

EINFÜHRUNGSVORTRAG HANNOVER/ANDREASBERG

Utrecht, 24 November 1997

(BEYOND POLARIZING !)

WAS KOMMT NACH DEM POLARISIEREN ?

AUF DEM WEGE ZUM KONZEPTUELLE LINGUA FRANCA INTERKULTURELLE GESUNDHEITSPRAXIS

„POLARISIEREND DENKEN LEITET ZUM AUSSCHLIEßEN IM GESUNDHEITSPRAXIS“

Verzeihen Sie: Ich rede und schreibe nicht sehr gut Deutsch. Aber ich hoffe heute klar zu machen das die interkulturelle Kommunikation im Gesundheitspraxis etwas mehr ist als die Sprache richtig sprechen und schreiben. Meine non-verbale Expression wird vieles mehr übertragen als nur die Wörter.

Ich will Sie jetzt fragen wer von Sie nicht English versteht ? Weil ich dann wenn meine Ausdruckfertigkeit nicht genügend ist kann ich im English wechseln.

Ich habe von dem Feminismus gelernt das das Persönliche politisch ist. So fang ich an etwas über meine professionelle Karriere zu erzählen.

(SHEET 0!)

Ich bin kulturell Anthropologe und habe zehn Jahre als Arbeitstherapeut in die kurzfristige klinische Psychiatrie gearbeitet. Sieben Jahren davon habe ich anthropologische Feldarbeit (fieldwork) gemacht unter dem Titel ‚Männliche Adoleszenz, Ethnizität, Psychiatrie und Berufsbildung‘. Die Daten und Materialien verarbeite ich seit sieben Jahre schritt für schritt in Feldarbeitsberichte (Fieldworkreports). Jetzt habe ich sechzehn Berichte geschrieben und präsentiert. Acht davon sind publiziert und andere sollen auch veröffentlicht werden. Eine Liste der Berichte können sie mitnehmen vom Tisch hier. In 1993 habe ich meine Ausbildung zum Casemanager abgeschlossen und einem Jahre damit gearbeitet. Jetzt bin ich selbständig Berater und Trainer Interkulturelle Projekte. Das umfaßt schreiben und ausführen von Kursmodulen, Produktion von Bücher, Organization Seminare und Kongresse, bis zum langjährige Begleitung von Abteilungen in Geistige Fürsorge Institutionen.

Meine Beteiligung an interkultureller Problemen und Projekte ist gewurzelt in die Begegnung mit meinen ersten Frau dreißig Jahre her, in unsere zwei Kinder und mit meiner Schwiegerfamilie. Sie sind Indische Niederländer (Eurasiaten) das heißt Leute aus der drei Jahrhundert alte Mischkultur zwischen die Niederlande und Indonesien. Dieser Gruppe ist die grosste und meist verborgene Minderheit (350.000) in die Niederlande. Wir, Holländer, haben schon lange seit eine interkulturelle Tradition, die nicht immer schön war.

Ich benutze die Wörter transkulturell und interkulturell durcheinander. Für mich sind sie in diesen Vortrag gleichwertig. Am Anfang möchte ich zwei Ausgangspunkt ganz deutlich machen.

SHEET I

Interkultureller Gesundheitspraxis verbessert alle Fürsorge auch die für einheimische Risikogruppen.

Die Fürsorge wird sensitiviert und flexibilisiert und ist anwendbar für alle Risikogruppen

Interkultureller Gesundheitspraxis ist nicht so ferne als sie denken.

Wenn man die Unterschiede zwischen Ost- und West Deutschen Bürger über die Sprache hinaus ganz genau observiert oder die Nord- und Süd Deutschen studiert sind das interkultureller Vergleichen. Gesundheitspraxis ist anders in Nord- als in Süd-Deutschland, anders im Osten als im Westen Deutschlands. Warum haben wir ein blinde Fleck für die inländische Verschiedenheit und dicken die Verschiedenheit zwischen Deutschen und Migranten an. Dieses ist eine kulturelle frage die schon beantwortet ist durch den Amerikanischer Anthropologe Edward T. Hall. Er introduzierte die Konzepte ‚Hidden Dimension‘ und ‚Out of Cultural Awareness‘, womit er die kulturelle blinde Flecke andeutete. Was näher das kulturelle Verhalten ist wie schwieriger das auf zu merken und zu ernennen ist. Es ist nicht zufällig das Anthropologen exotische Völker studieren: was kulturell weit weg ist schwierig zu ernennen aber noch immer einfacher dann das eigene. Es ist nicht zufällig das eine grosse blinde Fleck der Anthropologie ist: das andere Kulturen studiert werden können um die eigene Kultur kennen zu lernen und damit Probleme zu löschen in die eigene Kultur.

Nach anthropologischer Hinsicht hat interkulturelles Verhaltens und das Selbstbild eines Volkes alles zu tun mit ihren Platz unter den Nachbarn und mit die (positiven und negativen) Druck unter wessen das Volk steht von diese Nachbarn. Ich war für sechs Jahre auf Studienreise in Polen und in Deutschland. Ich habe auch mehrere Polnische Deutschen begegnet. Ich habe, denke ich, auf diesem Reise als Niederländer/Anthropologe mehr begriffen von Deutschen und Polnischen als sie beide allein begreifen könnten. Als relativ autonome Außenseiter könnte ich mehr von die blinde Flecken sehen als die Beide. Das hat mir gelernt das wenn ich die Stereotypen loslasse kann ich anfangen richtig Interkulturell zu kommunizieren. Von seinen nationale Nachbarn kann man neben die Deutschen mit ein Migrantenhintergrund vieles interkulturelles über sich selbst lernen.

Ich meine damit das wir viel mehr über das Interkulturelle wissen dann wir vermuten.

Vieles von das interkulturelle Lernen ist verbunden mit erneut die eigene Kultur erlernen. Es kann gesehen werden als das verarbeiten von der eigene kulturelle Übertragung neben die individuelle oder persönliche Übertragung.

SHEET II OVERWINNEN RACISME IS EIGEN KULTUUR HERDEFINIEREN

Was wir Holländer machten mit Indonesier und Surinamer und was die Deutschen und Österreicher machten mit der Juden darüber will ich gerne **methodisch**, nicht politisch und nicht emotionell, sprechen als wir die Gesundheitspraxis Migranten verbessern wollen. Wenn es uns gelingt das gleichartige zu sehen zwischen das Polarisieren zwischen Holländer und Indonesier und was die Holländer machten dem Limburger im Süden oder die Friesen im Norden dann sind wir wirklich ein Schritt weiter. In dieser Geschichte sind die Auflösungen verschlossen für unsere heutige Probleme.

Wir Europäer stereotypieren schon Jahrhunderte unsere einheimische Minderheiten und dem Menschen in die Kolonien wie wir das jetzt mit Migranten machen.

Was sind die Engpässe, die Grundthemen, die Methodische Probleme in die interkultureller

Gesundheitspraxis in Europa die nächste Zehn Jahren ?

Im vielen Bildungssituationen habe ich erfahren das die endgültige Widerstand gegen Entwicklung einer interkulturelle Fürsorge sich meistens beschränkt an das Nationale und Europäische. Eine Psychologe-Psychotherapeut sagte mich: ‚Ich kann das nicht ändern. Ich bin nun einmal ein Niederländer und ein Europäer. Wir habe nicht so ein schöne Geschichte unter einander und auch außer Europa ist es nicht alles schön was wir gemacht haben. Aber ICH kann das nicht ändern.‘

In therapeutischer Hinsicht hat dieser Mann ein kulturelles Übertragungsproblem.

Professionell kann keiner Therapeut sagen: ‚Ich kann das nicht ändern.‘ Das ist professionelles Ethnozentrismus.

SHEET III ERKLÄRE DIE POSITIEVE SEITE ETNOCENTRISMUS)

Damit disqualifiziert der Therapeut sich selbst. Die Kultur kann man nicht ausklammern in der Therapie. Mann ist Europäer und die Klient ist Afrikaner aus der ehemalige Kolonien Deutschlands oder ist Indonesier aus der ehemalige Kolonie Hollands. Dieses ist ein professionelles Ethnozentrismus die man sich selbst und unter Kollegen nicht erlauben kann.

Wenn Europa so reich und viele andere südliche Nationen arm bleiben wird die Zustrom der Flüchtlinge und Migranten andauern. Wir Europäer haben in die letzte Jahrhunderte ein unantastbares mythologisch Bild von uns selber gebildet. Für nicht-Europäische (junge) Männer bleibt Europa schwenken wie das Gold am Ende der Regenbogen. Noblesse Oblige: die ‚Große Zivilisation sein‘ verpflichtet.

Wenn die Superiorität und Reichtum Europas sich nicht kürzt und wir uns Selbstbild nicht demythologisieren **WIRD SICH UNSERE GESUNDHEITSPRAXIS** im Grunde nicht ändern.

Was ist dann unsere Spielraum um die Gesundheitspraxis zu ändern ?

Ich habe soeben schon gesagt:

SHEET IV (leg de kloof uit tussen wat Europa van zichzelf en wat niet-Europeanen van hen denken, maak analogie van de inzichtgevende therapie klient leert zichzelf zien door de ogen van anderen. Vertel van Bruno Latour's ‚Wir sind nie Modern gewesen‘ Darum können wir auch nicht post-modern sein. Europäisch gegenüber nicht-Europäisch ist noch immer Modern gegenüber Primitiv. Das gibt es nicht mehr: ES GIBT NUR HYBRIDEN)

WIR EUROPÄER SOLLTEN UNSER SELBSTBILD ÄNDERN !

Wie können wir das machen ?

UNSER MITTBURGER MIT MIGRANTENHINTERGRUND ZU HÖREN!

UND IHRE BILDER VON UNS KRITISCH WIEGEN UND ÜBERNEHMEN

Menschen von nicht-Europäischer Herkunft können uns lernen das es andere Selbstbilder gibt als dei Europäische Superiorität und Alleswischer. Wir Europäische Teilnehmer können uns selbst gratulieren mit die Anwesenheit von Kollegen mit ein Migrantenhintergrund diese Tage.

Ich kenne zwei Publikationen von zwei Teilnehmer dieser Tagung. Aber die will ich gerne nennen. Ein Teilnehmer, Sprecher und Freund begrüsse ich besonderes. Suman Fernando hat mir

durch seiner Bucher kein einfache Zeit gegeben beim Lesen seine Buch was hier auf dem Tisch liegt: Racism and Mental Health. Zusammen mit meinen Afro-Amerikanischer Lehrer Ronald Chavers gab er mir die Kehrseite meiner Europäische Superioritäts-, Rassismus- und Kolonialgeschichte zurück. Durch die Augen ursprünglich nicht-Europäische Erfahrungsexperte sah ich mich selbst als Europäer wieder.

Ich muss entschuldigen bei Suman Fernando weil ich das wort Migranten immer benutze. Ich weiss dass er dass Wort Migranten politisch unannehmbar findet. Die Andeutung Migranten suggeriert dass sie wieder abreisen sollen. Aber sie sind schon zwei Generationen in Europa und bleiben hier. Fur mich ist Migration jetzt neben al die peinliche Erfahrungen aber auch ein erreichende Ergebnis im leben einer Menschen. Es ist nicht möglich aber wir Psycho-Sozial Arbeiter sollten in unsere Ausbildung ein starker Migrationserfahrung machen müssen. Ein richtige ‚Cultural Shock‘ erleben un verarbeiten wurde die Qualität unsere Arbeit steigern.

Meinen Freund Ramazan Salman zitiert in sein Artikel: ‚Hintergrund gelungener Migration‘ 4 psycho-sozialen Phasen in der Entwicklung einer bi-kultureller Identität von Hudlig Vargas (1992). Durch seine Augen bekommen wir ein Blick in die Praxis der Migration. Die Phasen können wir direkt anwenden in unsere klinische Praxis. Man kann sie neben die diagnostische instrumenten und therapeutische methodieken liegen. Man kann die vier Phasen permanent im Hinterkopf behalten wann man im Gespräch ist mit ein Migranten.

SHEET V DOMINANTE KULTUR VERLIERT IHRE SELBSTREFLEKTION

MENSCHEN VON NICHT EUROPÄISCHE KULTUREN ZUHÖREN

Warum sollten wir als Individuen das machen ? Es gibt viele Gründe und Motivationen. Wenn die Selbstreflektion der Europäische Kultur sich verarmt hat ist jeder Mitglied betroffen. Jeder Individuen trägt in seiner Identität ein Teil Europäische Identität in sich. Menschen aus nicht-Europäische Kulturen genau zu hören ist ganz plausibel weil es meiner persönliche Selbstreflektion steigert.

Ein andere Grund ist: Die Kultur ändert sich nur sehr langsam und tut das nur falls die Individuen sich ändern.

Sich selbst erneut kennen lernen ist auch ein einsamen Ativität. Darum sind Gleichdenkenden herzlich willkommen. Vielleicht sind diese Tage das richtige Moment.

In mein eigene Fall war zu hören ziemlich logisch. Ich habe ein teilweise asiatische Schwiegerfamilie. Ich habe zwei teilweise asiatische Kinder. Un jetzt habe ich mein Beruf daraus gemacht Eingeborene und Migranten zu zu hören.

Die Frage in die verbesserung interkulturelle Europäische Gesundheitspraxis ist jetzt theoretisch eigentlich gut zu erklären aber schwer im Praxis zu integrieren.

Die Kernfrage bleibt immer: Bin ich als Professionelle bereit die seelische Schmerzen, ‚mental pain‘, der Migranten in meinen Herz zu zu lassen wie ich das mache beim einheimische Klienten ? Die Methoden dazu sind Jahrhunderte, ja vielleicht Jahrtausende alt un Teil der meisten alten Kulturen.

INTERKULTURELLE METHODE

Beim traditionellen amerikanisch-indianischen Stamm der Cherokee kennt man schon vor Hunderten von Jahren ein Gebrauch, der die Kommunitation der Eheleute im sexual Bereich optimiert. Diese kulturelle Institution heißt ‚Talking Stick‘. Das ‚Talking Stick‘-Ritual ist heilig und hat eine konkrete Manifestation. Die Eheleute bekommen bei der Hochzeit einen zeremonielle Stock der ‚angekleidet‘ ist mit Federn und anderen sakralen Gegenständen. Die ‚Talking Stick‘ hängt über dem Bett und kann durch beide, wenn einer der beiden Liebe machen will, herunter genommen werden und zwischen siegelegt werden. Dann folgt eine Auseinandersetzung die eine

sakrale Struktur hat die Mann und Frau besonders gelernt haben in ihrem Initiationsritual. Die Initiator des ‚Talking Stick‘ Rituals stellt eine Frage oder fängt an ein Fortfahren zu erwähnen. Der Anderen muß immer wieder in eigenen Worten wiederholen was der erste gesagt und gemeint hat, so das kein Missverständnis in der Kommunikation entstehen kann. Negatives Spiel und Lüge sind nicht möglich weil, das ein Verstoß gegen die Gottheit ist.

Dieses Rituals ist eine gute Metapher und Beispiel für das Interkulturelles Verhalten zwischen autochthonen Helfern und allochthonen Klienten. Anthropologisch können die Mann- und Frauwelt als ganz verschiedenen aber komplementäre Kulturen gesehen werden. So kann man auch die Begleitsituation sehen. In der Gesundheitspraxis sind Helfer und Klient, mehr als in anderen gesellschaftlichen Situationen, von einander abhängig für eine erfolgreiche Behandlung. In der deutschen, wie in der holländischen, Gesundheitspflege wird neue Kultur gemacht und das ist, auch ohne Ethnozentrismus, Diskrimination und Rassismus, ein langjährige und anstrengende Prozeß. Die größte Fallgrube in der interkulturellen Begleitung kann auch im die Metapher oben aufgeklärt werden.

Manche Männer sagen: ‚Frauen werde ich nie begreifen!‘. Aber wenn man mit einer Frau zusammen leben will, soll ein Mann eben lernen, Frauen zu begreifen. Manche Männer polarisieren. Sie machen zwei unüberbrückbare Welten.

Im manchen multikulturellen Gesellschaften wird dieses polarisieren kultiviert: Eingeborene und Ausländer, Genossen und Fremden, Autochthonen und Allochthonen, Mehrheiten und Minderheiten, Deutschen und Migranten. Betreuer und Begleiter sollen sich viel Mühe geben nicht immer wieder in die Fallgrube zu treten, weil die Umgebung Druck ausübt, in zwei Welten zu denken.

Wenn wir Rudyard Kipling ‚de-polarisierend‘ paraphrasieren heißt es:
,Osten und Westen, Norden und Süden begehen sich in diesem Moment jeder Sekunde.’

AUCH HEUTE IM DIESEN RAUM SIND ALLE HIMMELSTRICHE ANWESEND !!

SHEET VI MONODISZIPLINARITÄT ALS FACH-ETHNOZENTRISMUS

Wir sind heute eine interdisziplinär Gruppe und repräsentieren mehrere Sektoren der Gesundheitspraxis. Das erfordert eine interdisziplinäre Perspektive. Solch eine umfassende Perspektive ist weltweit wachsend und meiner Versuch ist nur einer der möglichen. Wir professionelle Intellektuelle brauchen unseren disziplinäre Denkraum aus zu weiten. Näher an unsere Kollegen und ins besondere näher an die Lebenswelt der Klient.

Wir sollten in die Ausbildung unsere Fachkräfte aus verschiedene Disziplinen die Polarisierung, das ausschließende in unser Denken attackieren. Jeder ist einiger Maße Migrant und die Migranten sind mehr als einiger Masse deutsch. Da ist immer ein gemeinsamen Gebiet wo man sich begegnen kann. Das gilt auch für die Fachdisziplinen.

Aber Fach-ethnozentrismus ist uns allen bekannt.

Durch allerlei Gründe werden die Observationen und Einsichten Helfer von verschiedenen Disziplinen anders gewogen und manchmal eingepaßt in dem medizinisch-psychiatrisch-psychologischen Rahmen. Ein Psychiater, ein Chef oder Direktor sollte die Schlußverantwortlichkeit tragen, aber nicht alles tragen und bestimmen. Wir Niederländer haben das richtig begriffen. Wir Niederländer sind allergisch für leere und negative Autorität. Die disziplinäre Hierarchie schadet die Behandlung und Begeleitung der betreffenden Klienten häufig.

Wir haben in die Niederlanden ganz wenig pragmatisch Untersuchungen und kein Methoden um die Zusammenarbeit zwischen Berufsdisziplinen in der Gesundheitspraxis zu verbessern. Das ist jetzt noch ein Terra Incognita ein unbekanntes Land.

SHEET VII IM KONZEPTUELLER BEREICH WISSEN

WIR HEUTE SCHON MEHR DANN GENUG

(Kleinman, E. T. Hall, Fernando, Littlewood, Sartorius, de Jong, etc...)

DAS KERNPROBLEM IST DIE

HERORDNUNG

UNSERE KONZEPTE UND

DIE IMPLEMENTIERUNG

(dafür sind wir hier in diese Tagung)

SHEET VIII ZUSAMMENFASSUNG

DIE DREIECK KULTURELLE - DISZIPLINÄRE - GENDERELLE ETHNOZENTRISMUS

LAß UNS HEUTE DIESE VIER TAGE INTERGENDER, INTERDISZIPLINÄR UND

INTERKULTURELL ANFANGEN

ACHTEN WIR UNS FÜR DIE GENDER, DIE DISZIPLINEN UND DIE KULTUREN IM

KOMMUNIKATION ANDERE TEILNEHMER

(In Berichten und Beratungen wird über die Art wie mit "Disziplinen-Zentrismus" wissenschaftlicher, pädagogischer und klinischer Disziplinen in Teams umzugehen, wenig oder nichts gesagt. Untersuchungen, Planberatung und noch weniger Trainingsprogramme, um Disziplinen und Personen zu lernen in verschiedenen Rollen in der Praxis der Gesundheitsfürsorge besser zusammenzuarbeiten, sind kaum vorhanden. Das scheint ein blinder Fleck in der Verwaltung zu sein. Jeder Professioneller in einem para-medizinischen Beruf weiß wie schwer es in diesem Punkt sein kann, gleichwertig mit zum Beispiel medizinischen und psychologischen Kollegen zusammenzuarbeiten. Bestimmte Diagnosen und Klassifikationen von psycho-soziale Problemen können so dominant sein, daß andere mindestens so wertvolle Annäherungen in der Behandlung unter den Tisch fallen oder verschwinden. Eine gediegene Analyse der Entstehung der Dominanz und Hierarchie wissenschaftlicher, medizinischer und psychologischer Disziplinen und Berufe der letzten zwei Jahrhunderte kann einen Teil der Teamspannungen und Teamkonflikte, in einer Bezirksvernetzung für Jugendfürsorge verdeutlichen. Die Folgerungen solcher Untersuchung könnten die interdisziplinäre Zusammenarbeit strukturell verbessern wenn sie integriert werden in Ausbildungscurricula.)

Wo fangen wir an unsere Konzepte, unsere Sprache, unsere Berufprofile, unser Benehmen, unsere Bildungsprogramme zu ändern?

(ENTSCHEIDE JETZT NÄCHSTE TEXT)

Ich werde ihm einige Initiativen, Projekte, Publikationen und analytische - integrative Konzepte präsentieren.

Mit einem medizinischen Anthropologen und einem medizinischen Soziologen machte ich einen Plan für einen Kongress, vielleicht in 1999 in die Niederlande, um traditionelle und moderne Heilweisen gleichwertig nebeneinander zu präsentieren. Auch europäische einheimische Heilweisen gehören dazu.

Die letzten zwei Jahre habe ich mitgearbeitet an zwei Büchern. Das erste ist das ‚Handbuch Transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie‘ bei Redaktion von Joop de Jong und Margo van den Berg. Das zweite ist ‚Ein Blick in die Transkulturelle Fürsorge in ein Riagg‘ das geschrieben ist zu Erinnerung der Tode Abbas Leito die in Rotterdam ein Migrantenteam aufgebaut hatte.

Ich habe auch ein anderes Buch mitgebracht wo europäische einheimische und nicht-europäische Heilweisen untersucht sind. Das Thema nähert sich unseren Themen ganz an. Vom Leiden zum Heilen.

(Diese Bücher liegen dort auf dem Tisch!!!!)

Vor drei Jahren habe ich eine professionelle Arbeitsgruppe gegründet: ‚Anthropologen in der Psychiatrie‘ die fast dreißig Mitglieder hat und zehn aktive Personen. Die meisten sind klinisch betätigt in der Psychiatrie. Dieser Gruppe spielte eine große Rolle bei der Initiative und Zusammenstellung des ersten ‚Handbuch Transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie‘ bei Joop de Jong und Margo van den Berg (red). Die Gruppe bereitet jetzt ein Manifest vor worin unsere gesamtliche pragmatische Vision für langfristige Verwirklichung interkultureller Gesundheitspraxis der ambulanten Psychiatrie und Riaggs formuliert ist. Wir wollen im Januar 1998 das veröffentlichen um eine Debatte heraus zu fordern.

Ich bin Mitglied der Stiftung Interkulturelle Geistliche Gesundheit Zorg (IGGZ) worin die meisten Schlüsselpersonen in der transkulturellen Gesundheitspraxis in die Niederlande verbunden sind. Das Transkulturelle Psychiatrie Professorat Joop de Jong's ist fünf Jahre erlangt und wir sind daran unsere gemeinsamen Prioritäten für diesen Jahre zu machen. Ein wichtiges Teil der Mitglieder der IGGZ hat einen Migrantenhintergrund. Im April nächsten Jahr wird die IGGZ ein umfassendes Manifest herausbringen worin die Prioritätenliste mit politischer und methodischer Begründung formuliert ist.

Mit meiner zweiten Frau schreibe ich für das Niederländische Handbuch Interkulturelle Gesundheitspraxis (HIZ) ein Kapitel über die interkulturelle Vermittlung zwischen Gesundheitspraktikern und Klienten. Verschiedene Projekte werden wir beschreiben.

Einer meiner bezahlten Projekte ist die Beratung einer Jugendabteilung eines Riaggs im Zentrum Rotterdams. Zeit drei Jahre begleite ich dort 25 Pädagogen und Jugendpsychologen von wem schon mehr als die Hälfte ihrer Klienten Migrantenkinder sind. Ich lerne dort viel über die Möglichkeiten und Unmöglichkeiten um als Team, als Abteilung ein ‚Mindshift‘ (wie heißt das im Deutsch?) zu machen von monokultureller zu interkultureller Fürsorge.

(ENTSCHEIDE JETZT NÄCHSTE TEXT)

Zum Schluß ein Konzept was ich zusammen mit andere klinische Anthropologen entwickelte. Das ist unsere niederlandische Herausforderung an Sie, Teilnehmer aus andere Nationen.

MIGRATION ALS TRANSITION

Das dritte Kapittel des Handbuches Transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie, was ende 1996 heraus kam, ist geschrieben durch drei vier klinisch Anthropologen worunter ich selbe. Wir haben viele Samstage lang mit einander gestreitet um uns ein herorientierung auf die Migration aus zu denken. Wir hatten zwei voraussetzungen.

A) Es musste ein klinisches angemessene und integraler Konzept sein.

B) Es musste direkt erklärbar sein an der Klienten. Das heisst: es musste nah an die Lebenswelt der meisten Migranten liegen.

Wir fanden das Konzept der Rite de Passage von Arnold van Gennep, ein Belgische Kultur Anthropologe die dieses ausarbeitete im 1906. In dieses Buch beschreibt ihr die Vergleichung der Übergangen Lebensfasen in verschieden Kulturen. Rites of Passages, das heisst Transitionsrituelle finden in viele Kulturen statt und sind streng strukturiert. Die Erklärung die Existenz diese Rituelle sieht er und sein Britischen Kollegen Nachfolger Victor Turner in die Liminalität die Personen die sich in die Übergange befinden. Sie sind auf dem ADrempel=(limen heisst Drempel im lateinisch). Sie sind ‚dazwischen‘ (in between im Englisch). Ein jungen die initieert wird ist kein Junge mher aber auch noch kein Mann: er ist liminell. Dadurch hat er keine Identitat und ist ein Gefahr fur sichselbst und fur seine Umgebung. Darum muss diese Periode durch anderen strukturiert werden. Rites of Pasages sind Rituelle um ein Menschen in die unsichere Übergangsperioden seines Lebens zu stabilisieren. Da lag unsere gesamtliche Entdeckung. Aber der nachste Schritt war: wie können wir diese Einsicht zur klinischen Praxis bearbeiten? Wir haben vier mehr oder weniger universeller kultureller Muster benennt: Alter, Gender, Verwandtschaft und Religion. Via diese Muster beschreiben wir in das Kapitel fünf Fälle (Cases).

Das Artikel liegt hier (Morgen) kopiert auf dem Tisch. Es ist aber schade im Niederlandisch.

Interkulturelles Verhalten kann, in meine Auffassung, nicht beschränken zum Berufsbereich. Wie Professor Collatz von Ethnomedizinisches Zentrum Hannover's schreibt hat die gegenwärtige Welt sich endgültig geändert. Und die Europäische Gesellschaften ändern sich in multikulturellen Hinsicht am schnellsten. Was wir heute mit einander ausarbeiten läßt sich auch im Privatbereich anwenden.

Als letzte Anweisung für diese Tagung möchte ich sagen das jeder von Ihn seine und ihre eigene persönliche, disziplinare, kultur- und genderverbundene Logik und Methodik hat. Was ich heute übertrage ist kein geschlossenes System aber ein offenes Modell das jeder einpassen und komplettieren in die eigene Logik und Methodik.

‚Von wo hast du al dieser Energie?‘ fragen Kollegen. Da sind drei Quellen.

Die erste ist das ich so Europäisch sozialisiert bin das ich, was Jean-Jacques Rousseau ‚compassion‘ nennt, nicht verloren habe. Die Erkennung und von ‚an other sensible being, and particularly any of our own species, suffer from pain of death‘. (1755)

Ich versuche hier ohne Arroganz die zweite Quelle zu ernennen: Ich kenne meine Persönlichkeit und meine Kultur. Damit kenne ich meine Bestimmung in mein Leben. Ich brauchte dafür vierzig Jahren meines Lebens und drei Väter: meine eigene, biologische Vater, meine eurasiatische Schwiegervater und meine spirituelle afro-amerikanischer Vater.

Da ist noch eine dritte Quelle. Durch die Auge der Frauen mich selbst sehen ist für mich ein Versicherung das ich mich selbst nicht zu ernsthaft nehme. Meine Frau sagt manchmal: ‚Dirck, hast du heute schon über dich selbst gelacht.‘

Dirck van Bekkum

Utrecht/Hannover

24 November 1997

DE-POLARISIEREN IST SCHIEBEN VON ‚ODER‘ ZUM ‚UND‘

SHEET 0

EINFÜHRUNGSVORTRAG HANNOVER/ANDREASBERG

28 November 1997

(BEYOND POLARIZING !)

**WAS KOMMT NACH DEM
POLARISIEREN?**

AUF DEM WEGE ZUM

KONZEPTUELLE LINGUA FRANCA

IN

INTERKULTURELLE GESUNDHEITSPRAXIS

***„POLARISIEREND DENKEN LEITET ZUM AUSSCHLIEßEN IM
GESUNDHEITSPRAXIS“***

ZWEI AUSGANGSPUNKTE

INTERKULTURELLER GESUNDHEITSPRAXIS

**VERBESSERT ALLE FÜRSORGE AUCH FÜR
EINHEIMISCHE RISIKOGRUPPEN**

**WIR WISSEN MEHR ÜBER DAS
INTERKULTURELLE ALS WIR
VERMUTEN**

**(Vergleich regionale Unterschiede Deutschlands und zwischen Mann-Frau
Welten)**

**BEWÄLTIGUNG RASSISMUS IST
DAMIT**

VERBUNDEN DAS MENSCHEN IHRE

EIGENE KULTUR NEU ERLERNEN

**(im Spiegel Holländische und Polnische
Nachbarn**

und Migrantengruppen)

WIR EUROPÄER STEREOTYPIEREN

SCHON JAHRHUNDERTE

EINHEIMISCHE MINDERHEITEN

UND MENSCHEN IM KOLONIEN

WIE WIR DAS JETZT

MIT MIGRANTEN MACHEN.

ALLE MENSCHEN (UND GRUPPEN)

BRAUCHEN ETHNOZENTRISMUS

(um sich zu unterscheiden)

ABER

ES GIBT POSITIVE UND NEGATIVE

FORMEN ETHNOZENTRISMUS

**(Von internationale Fußball Spiele bis
Genozide)**

(Von Angst bis Raschismus im Therapie Raum)

**WIR EUROPÄER MUSSEN UNSER
SELBSTBILD ÄNDERN !**

Wie können wir das erreichen ?

**UNSER MITTBURGER MIT
MIGRANTENHINTERGRUND ZU HÖREN !**

**DIE DOMINANTE KULTUR IST GENEIGT
IHRE SELBSTREFLEKTION ZU
VERLIEREN**

**(Untergeordnete Gruppen - Völker können
ohne**

Selbstreflektion nicht überleben)

**UNSER MITTBURGER MIT
MIGRANTENHINTERGRUND ZU HÖREN!
UND IHRE BILDER VON UNS KRITISCH
WIEGEN UND ÜBERNEHMEN**

SHEET VI

SPRACHEN ZWISCHEN DISZIPLINEN

UND

SPRACHEN ZWISCHEN

PROFESSIONELLEN

UND

KLIENTEN NAHER ZU EINANDER

BRINGEN.

(Kleinman's Konzepte der ‚Klinische Realität‘

**Die ‚Erklärende Modelle‘
und das Konzept der
‚Migration als Transition‘**

(van Bekkum u.a.)

**IM KONZEPTUELLER BEREICH WISSEN
WIR HEUTE SCHON MEHR DANN GENUG**

(Kleinman, E. T. Hall, Fernando, Littlewood, Sartorius, de Jong, etc...)

**DAS KERNPROBLEM IST DIE
HERORDNUNG**

**UNSERE KONZEPTE UND
DIE IMPLEMENTATION**

(dafür sind wir hier in diese Tagung)

SHEET VIII

INTERKULTURELLES EBENE

**GENDER EBENE
DISZIPLINÄRE EBENE**

SKIZZENHAFTE DREIECK

**KULTURELLES - DISZIPLINÄRES - GENDERELLES
ETHNOZENTRISMUS**