

Literatur

- Bateson, G. (1988). *Ökologie des Geistes*. Frankfurt: Suhrkamp.
 Campbell, J. (1987). *Lebendiger Mythos*. München: Goldmann.
 Csikszentmihalyi, M. (1992). *Glücklich Sein*. Stuttgart: Klett Cotta.
 Dilts, R. (1993). *Die Veränderung von Glaubenssystemen*. Paderborn: Junfermann.
 Dreesen, H.N., & Eberling, W. (1995). Success recording - Komplimente und Dokumente in der lösungsorientierten Kurzzeittherapie. In W. Eberling & J. Hargens (1995, im Druck). *Einfach, kurz und gut*. Dortmund: modernes lernen.
 Imber-Black, E., Roberts, J. & Whiting, R.A. (1993). *Rituale*. Heidelberg: Auer.
 Tedlock, B. (1975). The Clown's Way. In D. Tedlock & B. Tedlock (1975). *Teachings from the American earth*. New York: Liveright.
 Turner, V. (1989). *Vom Ritual zum Theater*. Frankfurt: Campus.
 Hart, O.v.d. (1983). *Rituals in Psychotherapy*. New York: Irvington.
 Walter, J.L. & Peller, J. E. (1994). *Lösungsorientierte Kurztherapie*. Dortmund: modernes lernen.

Abstract: *The basic construction principles of a ritual are described as applied in many training courses for psychotherapists and counselors. The most important aspects of construction are: 1. search for symbols, 2. using all senses, 3. involvement and choreography and 4. instruction for and evaluation of group- and self-experience.*

Keywords: *rituals, construction of rituals*

Heinrich N. Dreesen, Dipl.-Psych.
 Norddeutsches Institut für Kurzzeittherapie
 Parkallee 30
 28209 Bremen

Die Integration einer kulturspezifischen Sichtweise in therapeutische Rituale

Behandlung einer türkischen Patientin

Michaela M. Özsel

Zusammenfassung: *Die ausführliche Falldarstellung zeigt beispielhaft, wie im Rahmen der Ehnopsychotherapie die kulturspezifischen Glaubens- bzw "Aberglaubens"-Systeme der Klienten genutzt werden können, wobei Ritual und Trance eine besondere Bedeutung zukommen.*

Im folgenden soll ein eher ungewöhnlicher Fall der Ethnotherapie vorgestellt werden. Es ist jedoch gerade das "Ungewöhnliche", das den Einsatz von Ritual und Trance exemplarisch verdeutlicht. Ferner ist dieser Fall ein Beispiel dafür, kulturdifferente Annahmen gezielt therapeutisch zu nutzen statt zu bekämpfen: die Berücksichtigung der sekundären Gesundheitssicht macht eine Behandlung nach der primären oft erst möglich.

Fallbeschreibung

Ayten Ç., eine 38 Jahre alte Türkin, wurde von ihrem Hausarzt, der sie seit Jahren medikamentös (Hypertonie) betreut, an mich verwiesen. Sie wirke depressiv auf ihn, verweigere plötzlich die bis dahin - ziemlich - regelmäßige Medikamenteneinnahme und, obgleich sie nicht akut suizidgefährdet auf ihn wirke, scheine sie "irgendwie keinen Lebenswillen" mehr zu haben. Er vermute starke familiäre Konflikte, die Patientin sei aber erfahrungsgemäß nicht willens, auf seine explorativen, konfliktlösungsorientierten Gesprächsangebote einzugehen. Außerdem scheine ein gewisser "Hexenwahn" eine Rolle zu spielen. Seine Versuche, ihr über "derartigen Aberglauben" hinwegzuhelfen seien aber ebenfalls an mangelnder Kooperationsbereitschaft ihrerseits gescheitert.

Es gelang von Anfang an, guten Rapport zu Ayten herzustellen. In einer Doppelsitzung erzählte sie mir freimütig - und fast unbeteiligt-resigniert - ihre Version: Sie habe bei ihrem letzten Heimaturlaub erfahren, daß ihre unharmonische Ehe auf einen Fluch zurückgehe, mit dem sie und ihr Mann bei der Hochzeit von einer gewissen Verwandten belegt worden waren ("Büyü"). Sie habe, dies ja nicht wissend, dennoch über die Jahre hinweg ihrer 3 Kinder wegen alles bereitwillig ertragen und sich aufrechtgehalten. Nun seien die Kinder aber fast erwachsen, würden bald aus dem Haus gehen und ihre Kräfte seien erschöpft. Sie werde bald sterben, somit wäre es auch nicht mehr wichtig, ihre Medikamente weiterhin einzunehmen. Sie sei dankbar, dem "Büyü" jedenfalls solange standhalten zu haben. Auf meine Frage, woher sie wisse, daß sie bald sterben werde, sagte sie, die ersten Anzeichen seien eingetreten, ihre "Lebensäfte" (Vaginalsekretion) seien ver-

siegt. Sie kenne nur eine Person, die eine solche Krankheit heilen könne, und die sei vor kurzem gestorben.

Auf meine Frage nach dieser Behandlungsmethode berichtete sie mir folgendes: Während ihres Heimaturlaubs sei sie zu einem Hoca (hier: spiritueller Heiler) gegangen. Er habe ihre Lage sofort richtig diagnostiziert, - d.h. das "Versiegen ihres Lebenssaftes" - und auch die Ursache erkannt, d.h. das Büyü bei ihrer Hochzeit. Da er selbst - als Mann - eine derartige Erkrankung nicht behandeln konnte, habe er sie an eine Kollegin, eine ältere, weibliche Hoca, weitergeschickt.

Die Behandlung habe zwei Tage gedauert. Zunächst hätten sie gemeinsam Heilkräuter gesammelt. Diese wurden dann unter Gebeten mit Olivenöl zu einer Paste verarbeitet. Dann wären sie in ein Hamam (türkisches Badehaus) gegangen, wo sie eine abgetrennte Nische für sich hatten. Zunächst hätten beide die erforderlichen Waschungen ("Gusl", d.h. islamische Vollreinigung, die außer den hygienischen auch spirituelle Aspekte hat) vollzogen, und sich dann bis auf die Schläpfer entkleidet. Die Hoca habe dann mit ständigen kreisenden Bewegungen mit in die Kräuterpaste getauchten Händen über ihren gesamten Körper gestrichen. Dabei habe sie İlahis (d.h. Gebete in Liedform) gesungen und beide hätten verschiedene Suren gemeinsam gebetet (hauptsächlich die Fatiha und die İhlas Sure). Unterbrochen hätten sie die Behandlung nur für die 5 täglichen Gebete. Die ganze Zeit sei das islamische Fasten eingehalten worden (von vor Sonnenaufgang bis nach Sonnenuntergang keinerlei Flüssigkeits- oder Nahrungsaufnahme). Nach Sonnenuntergang wurde das Fasten mit im Koran genannten Lebensmitteln gebrochen: Datteln und Oliven. Zwischen durch habe die Hoca sich immer wieder erkundigt, ob "die Lebenssäfte schon wieder am Fließen seien". Das sei am Nachmittag des zweiten Tages der Fall gewesen. Sie hätten auch die Nacht im Hamam verbracht und, von wenigen Stunden Schlaf abgesehen, sei die Behandlung ununterbrochen vor sich gegangen.

Gegen Abend des zweiten Tages habe die Hoca beschlossen, daß sich nun genug Lebenssaft angesammelt habe. Sie verließen das Hamam und im Haus der Hoca schnitten sie die feuchte Stelle des Schläpfers heraus und verbrannten sie unter weiteren Gebeten. Die Hoca sagte ihr noch, sie habe nun das Büyü aufgehoben und ihr werde es langsam wieder besser gehen. Ihr Mann habe daraufhin - noch in der Türkei - ein rituelles Schafopfer für ihre Genesung dargebracht. Sie habe sich auch sofort besser gefühlt und sei voller Hoffnung und deutlich stärker nach Deutschland zurückgekehrt. Das Familienleben sei auch weitestens harmonischer geworden, die Befreiung von dem Büyü habe sich konkret für alle bemerkbar gemacht.

Einige Wochen später habe ihre Schwägerin sie angerufen und ihr den Tod der Hoca mitgeteilt. Zur gleichen Zeit seien auch ihre Lebenssäfte wieder versiegt und das Büyü habe erneut Macht über sie alle erlangt (ob sie einen Kausalzusammenhang annahm, wurde nicht ganz klar). Nachdem sie jedoch eine kurze Zeit der "Befreiung" erlebt hatte, sei ihr jetziger Zustand noch schwerer zu ertragen als es vor der Behandlung der Fall gewesen war. Außerdem bestünde nun keinerlei Hoffnung mehr, da ihr die Hoca versichert hatte, daß sie die letzte Frau einer Linie sei, die dieses bestimmte Heilwissen habe. Und sie sei ja nun gestorben.

Ich machte einige vage Andeutungen, daß die Hoca Recht gehabt habe, was die Türkei angehe. Ayten wich zum ersten Mal in unserem Gespräch von ihrer passiv-dissoziierten

Erzählerrolle ab und zeigte ein gewisses Interesse. Wieso dies nur für die Türkei gelte? Ich beschränkte mich auf weitere vage Bemerkungen, daß es in jedem Land der Welt bestimmtes Heilwissen gebe, daß sich jedoch der äußeren Form nach etwas unterscheide, so wie auch eine Sprache von der anderen.

Gegen Ende der Sitzung wirkte sie deutlich animierter und begann mich zu bedrängen, ihr mehr über das deutsche Äquivalent zu sagen. Zugleich zeigte sie eine gewisse Skepsis, sie habe in diesem Land weder je von einer Erkrankung wie der ihren noch von einer entsprechenden Behandlungsmethode gehört. Ich erklärte ihr, das liege daran, daß diese Art der Behandlung vom Heiler viel Kraft verlange und deshalb nur für ganz besondere Fälle reserviert würde, für Personen, die sich dieser Anstrengung als würdig erwiesen. Darum wäre es besser, nicht darüber zu sprechen. Ferner ließ ich durchblicken, daß mir so eine Methode bekannt sei.

Nun erkundigte sie sich ganz pragmatisch, wie man sich verhalten müsse, um "würdig" zu sein. Ich sagte, ich müsse sie zunächst näher kennenlernen, um zu entscheiden, ob ich davon sprechen wolle, sie müsse nächste Woche wiederkommen. Gegen Ende der nächsten Sitzung - die sie tatsächlich wahrnahm! - gab ich ihrem nun intensiven Drängen nach und erklärte ihr die "Bedingungen": der Klient müsse den aufrichtigen Wunsch haben, zu leben und zu gesunden. In ihrem Fall wäre ich einfach nicht sicher, denn sie nehme ja nicht einmal die ihr verschriebenen Medikamente! Ich ließ mich auf ihre diesbezüglichen Versicherungen nicht weiter ein, sondern sagte, sie müsse uns allen - jedoch hauptsächlich sich selbst - ihren Lebenswillen erst einmal beweisen. Dann könne sie wiederkommen und ich werde entscheiden, ob wir weiter daran arbeiten würden.

Wir vereinbarten weitere Termine (ihr Arzt hatte inzwischen seinerseits bei mir angerufen, um sich nach den Gründen für die auffallende Veränderung in ihrem Allgemeinbefinden und ihrer Compliance zu erkundigen). Mit unterschiedlichen Begründungen zögerte ich meine Zusage, sie zu behandeln, noch einige Sitzungen weiter hinaus und nutzte die Zeit, um die Selbstverpflichtungsaspekte und eine positive Erwartungshaltung zu festigen. Außerdem erhielt ich so Gelegenheit, die Vorgeschichte zu explorieren.

Ihr Vater war gestorben als sie 15 war. Der ältere Bruder konnte mit knapp 17 Jahren noch nicht ausreichend für ihre Mutter und für sie sorgen. So beschloß ihr - ebenfalls nicht begüterter - Onkel, ihre Existenz durch eine vorteilhafte Ehe zu sichern. Er verheiratete sie - gegen ihren Willen - mit einem um 15 Jahre älteren Mann guten Rufes, der sich als "Gastarbeiter" in Deutschland eine gesicherte Position aufgebaut hatte. Das Arrangement schien ideal: da sie noch so jung war, würde ein schon reiferer Mann sanfter mit ihr umgehen und - aufgrund der von Deutschland bekannten Bedingungen - wäre sie lebenslang gut versorgt.²

1 Die Behandlung türkischer Klienten in Deutschland hat sich als außerordentlich schwierig erwiesen. Therapieabbrüche sind extrem häufig. Selbst bei einem Modellprojekt der Universität Gießen (1987), das speziell auf kulturelle Unterschiede hin konzipiert worden war, kam es nur in 24% der Fälle zu einer Behandlung, die aus mindestens 3 Kontakten bestand. Ähnliche Schwierigkeiten bestehen selbst bei der diagnostischen Sicherheit somatischer Erkrankungen; bei nur 34% der türkischen Patienten, die mit der Überweisungsdiagnose "koronare Herzkrankheit" in die Medizinische Poliklinik Gießen eingeliefert wurden, konnte diese Diagnose bestätigt werden (bei den Deutschen sind es 75%). Als eine der Hauptursachen für die Unterschiedlichkeit der diagnostischen Sicherheit wird die kulturspezifische Symptompräsentation angenommen (Gallisch, 1989).

2 Ihre kindlichen - erfolglosen - Verweigerungsbemühungen, ihre Angst, dem ihr unbekannten Mann in ein unbekanntes Land zu folgen, ihre sofortige Schwangerschaft allein in der Fremde, ihre unglaublichen Anstrengungen, ihrer Kinder wegen sich abzufinden, sich zu akkulturieren etc., übersteigen bei weitem den Rahmen dieses Fallberichts. Ich beschränke mich bei dieser Darstellung daher bewußt auf die themenrelevanten Angaben.

Schließlich erklärte ich mich bereit, die "Behandlung" durchzuführen. Ich erinnerte sie nochmals daran, daß diese Methode nur wirksam sei, wenn sie aufrichtig gesunden wolle, ihre Absichten völlig rein seien. Ferner, daß auch die Wirkung nur so lange anhalten werde, wie sie diese Einstellung beibehalte. Hatte sie nicht schon einmal erlebt, daß die Heilung nur vorübergehend war? Ich wies sie dann an, 2 Tage vor dem Termin das islamische Fasten mit ihrem Mann gemeinsam einzuhalten. (Da er sie jeweils zu mir brachte und wieder abholte, hatte ich die Begegnungen genutzt, auch mit ihm guten Rapport aufzubauen, und er zeigte sich gewissenhaft-kooperativ.)

Für diese Ritual-Sitzung - die Ayten für die eigentliche Behandlung hielt - hatte ich einen gesamten Vormittag freigehalten. Ich ließ sie in meiner Praxis zunächst die rituellen Waschungen vollziehen. Wir setzten uns einander gegenüber auf den Boden, und ich wies sie an, die Ilahis zu singen, die sie von der Hoca erinnerte. Anschließend sprachen wir gemeinsam die beiden Suren, die damals hauptsächlich gebetet worden waren. Dann ließ ich sie wieder die Ilahis singen und so fort. Nach ca. einer Stunde waren äußerlich erste Anzeichen einer leichten Trance zu erkennen. Ich vertiefte dann die sich entwickelnde Trance und begann mit einer Zeitregression zur ersten Behandlung im Hamam. Zweischendurch erkundigte ich mich immer wieder, "ob die Lebensäfte schon angefangen haben zu fließen". Diese Erkundigungen hatten die Sprachform indirekter Suggestionen. Nach ca. 2 Stunden war das "Fließen des Lebensaftes" erreicht. (Ich hatte mit fraktionierter Trance gearbeitet, jeweils unterbrochen durch weiteres gemeinsames Rezitieren besagter Suren.) Dann brachen wir ihr Fasten gemeinsam mit Datteln und Oliven.

Um ein Fortdauern des Behandlungserfolges zu gewährleisten, arbeitete ich mit verschiedenen Maßnahmen des Zukunftspacings: Ich sagte ihr zunächst, daß anschließend an die erste Behandlung etwas wichtiges versäumt worden sei, nämlich das Aufbewahren der Asche des verbrannten Schlüpferteils. Die Hoca habe das nicht gewußt, da es in der Türkei nicht nötig gewesen sei. Sie sei jedoch nach Deutschland zurückgekehrt, und hier sei eben einiges anders, wie die Sprache. Ein weiterer Unterschied sei, daß sie diesmal das Verbrennungsritual alleine durchführen müsse, dies werde den Erfolg gegen ein erneutes Verschwinden oder Sterben des Heilers schützen, werde es von diesem unabhängig machen. Sie solle die Asche zunächst in einem Umschlag aufbewahren und sich von ihrer Schwägerin aus der Türkei ein "Muskalik" schicken lassen (kleine Silberbehälter für mit Gebeten beschriebene Papierstreifen, die an Ketten getragen werden und gegen den "bösen Blick" schützen; eine Tradition aus dem Volksislam). Darin solle die Asche aufbewahrt und - zuzeiten, wenn besonderer Schutz nötig erscheine - am Körper getragen werden. Ich gab ihr noch einige rituelle Anweisungen für die Verbrennung und sagte ihrem Mann beim Abholen, es sei zur Absicherung der Ergebnisse erforderlich, daß die gesamte Familie zu weiteren vier Sitzungen zu mir komme. Diese Sitzungen nützte ich zur Familientherapie und zu weiterem Zukunftspacing.

Es stellte sich heraus, daß der Ehemann Hüseyin damals auf die für ihn absolut unerwarteten passiv-aggressiven Reaktionen seiner jungen Frau mit Rückzug reagierte hatte. Den größten Teil seiner Freizeit begann er, sich in der islamischen Gemeinde aufzuhalten. Dort wurde seine "Geduld dem ungehörigen Verhalten seiner Frau gegenüber" sehr bewundert und entsprechend verstärkt. Im Laufe der Jahre wurde der als sanftmütige Ehemann und gütige Vater bekannte Hüseyin zu einem der geachteten Mitglieder der Gemeinde. Direkte Auseinandersetzungen des Paares haben wohl nie stattgefunden. (Auf

gelegentliche Wutausbrüche Aydens reagierte Hüseyin weiterhin mit Rückzug.) Jeder war auf seine Weise bemüht, seine Pflicht zu erfüllen und sich abzufinden. Das anfängliche Ungleichgewicht, bedingt u.a. durch den Altersunterschied und die unterschiedliche Verträglichkeit mit Deutschland, wurde nie ausgeglichen. Die drei intelligenten Kinder (alle besuchten die Realschule) hatten schließlich mit dem Vater gemeinsam die Führung der äußerlichen Belange der Familie übernommen. Ayten hatte sich mehr und mehr überflüssig und krank gefühlt, vor allem auch dadurch, daß die beiden Töchter ihr liebevoll auch noch viele Hausarbeiten abgenommen hatten, "um sie zu schonen". So waren diverse ungünstige, sich gegenseitig verstärkende Rückkoppelungsschleifen entstanden.

Meine familientherapeutischen Interventionen in diesem System waren äußerst indirekt, wie fast immer in meiner Arbeit mit türkischen Familien.³ Hauptsächlich wurde auf eine Aufwertung der traditionellen weiblichen Rolle in diesem Familiensystem hingearbeitet, die an dem islamischen Grundprinzip der "Gleichwertigkeit in der Unterschiedlichkeit" anknüpfte. Hierzu wurden verschiedene, aufeinander aufbauende Lehrgeschichten aus dem Sufitum sowie aus einer indischen Tradition erzählt. Eingestreute Suggestionen erzeugten einen leicht veränderten Bewußtseinszustand bei allen Familienmitgliedern.

Die Maßnahmen des Zukunftspacings wurden mit im islamischen Leben regelmäßig stattfindenden Ereignissen und Gebräuchen assoziiert: Ayten - die inzwischen das Muskalik erhalten hatte und ständig trug - wurde angewiesen, dies jeweils zu Beginn ihrer Periode anzunehmen und erst nach der erforderlichen rituellen Reinigung (Gusl) wieder anzulegen. So sollte ein Gewohnheitseffekt hinausgezögert werden und das "Heilige" (= "Heilende") dieser Handlung implizit bestätigt werden - auch der Koran darf während der Periode bis zum Gusl nicht berührt werden. Ferner wurde Hüseyin angehalten, zur Zeit des alljährlichen rituellen Schafopfers (Kurban Bayram) zusätzlich ein Huhn- oder Trut- hahnopfer zu bringen und das Fleisch der Familie zu geben, der sie das Büyü anlasteten.⁴ Weiterhin erklärte ich Ayten, daß es vorkommen kann, daß ein Muskalik entweder verschwindet oder sich entleert. Das wäre dann ein sicheres Zeichen dafür, daß ein Büyü ein für allemal seine Wirkung verloren habe. Hiermit sollte vorgebeugt werden, daß im Falle

3 Direkte Konfliktlösungsstrategien, besonders, wenn sie auf Konfrontation beruhen, sind hier fast immer ungeeignet, werden als potentieller "Gesichtsverlust" erlebt. Aus meiner langjährigen Ausbilder- und Supervisorentätigkeit in der Ethnopsychiatrie ist mir dies als die von deutschen Therapeuten hauptsächlich geschilderte Schwierigkeit bekannt. Immer wieder berichten sie mir, daß die "türkischen Familien auf einmal geschlossen gegen den Therapeuten stehen, alle Konflikte abstreiten und meist nach einer solchen Sitzung nicht wiederkommen". Türkische Klienten, die Erfahrungen mit deutschen Therapeuten gemacht haben, schildern mir ihre Sicht: "Wir gehen zur Therapie, um Hilfe für unser Zusammenleben zu bekommen. Aber die Therapeuten versuchen nur, uns noch weiter gegeneinander aufzubringen, erwarteten, daß wir vor ihnen schlecht voneinander sprechen". Die Ursachen für dieses kulturell-differente Verhalten sind zu komplex, als daß sie im Rahmen dieses Artikels erörtert werden könnten (siehe hierzu Özcel, 1990). Um nur einen der beteiligten Faktoren zu nennen: In einem empirischen Forschungsprojekt der Universität Frankfurt kamte gezeigt werden, daß Türken und Deutsche sich in ihren Copingmechanismen grundsätzlich unterscheiden: die hauptsächlich verwendete Maßnahme der deutschen Probanden war "gedankliche Weiterverarbeitung", die der Türken "Verharmlosung und Bagatelisierung" (Özelcel, 1990). Dieser eine Faktor allein zeigt schon, daß eine "Konfliktexploration" dem Copingmechanismus der "gedanklichen Weiterverarbeitung" entgegenkommt, die "Verharmlosung und Bagatelisierung" aber fast unmöglich macht. Aus dieser Sicht kann der oft erfolgreiche Therapieabbruch seitens türkischer Klienten als angebrachte Schutzmaßnahme verstanden werden.

4 Für den "Fluch des Büyü" hatte ich folgendes Reframing vorgenommen: aus islamischer Sicht ist es nicht gestattet, ein Mädchen gegen ihren Willen zu verheiraten - eine Tatsache, die Hüseyin inzwischen bekannt war. Das habe damals aber keiner der Beteiligten gewußt, alle hatten nach bestem (Un-)Wissen und Gewissen gehandelt. Nur besagte Verwandte müßte irgendeine gepörr haben, das sie, auch islamische Gesetze nicht ausreichend kennend, dazu geführt habe, sich innerlich gegen diese Ehe zu stellen. Dieser - ihr selbst unbewußte, jedoch berechtigte - Widerstand habe sich dann als Büyü ausgewirkt. Durch die jährliche Opfergabe würden alle im gegenseitigen Verstehen und Verzeihen "gereinigt" und vor weiteren ungunstigen Wirkungen geschützt werden. Wichtig wäre jedoch, besagte Familie nicht über den Grund der Opfergabe zu informieren. Dies wurde wieder islamisch dem begründet, daß Opfer dann am ehesten angenommen werden, wenn "die eine Hand nicht weiß, daß die andere gibt". Dies gestärkte der Kernfamilie die weitere - schützende - Externalisierung der partnerschaftlichen Konflikte bei gleichzeitiger Entlastung der Schuldzuweisung innerhalb der Großfamilie.

eines Verlustes dieses inzwischen für sie so bedeutungsvollen Objektes statt einer Therapiegefährdung eine Verstärkung des Erfolgs stattfinden könnte.

Katamnese

Die Familie hatte eine sehr kreative Möglichkeit für die von mir angestrebte Aufwertung Aydens gefunden, die mir eine der Töchter einige Monate später mitteilte, als ich sie beim Einkauf traf: die endgültige Rückkehr der Familie in die Heimat sei für dieses Jahr geplant. Drüben im Dorf - wo die Familie inzwischen Haus- und Grundbesitz erworben hatte - müßte für die Umsiedlung unheimlich viel vorbereitet werden. Bei der Frage, wie dies zu bewerkstelligen sei, wäre eigentlich allen auf einmal folgendes klar geworden: da Aydens Wissen über deutsche Verhältnisse das geringste der Familie war, war ihr Wissen über türkische Umstände logischerweise am größten! So hätte man ihr diese wichtige Aufgabe übertragen, dort alles vorzubereiten und sie vorausgeschickt. Sie telefonierten ein bis zweimal pro Woche und alles laufe bestens.

Dem Bericht der Tochter konnte ich entnehmen, daß Ayten im Ursprungsdorf nun eine geachtete Sonderstellung als "reicher, weiser, erfahrener" Frau zukam, die von den anderen Frauen mit Achtung behandelt und in verschiedensten Angelegenheiten um Rat gefragt wurde. Der Schilderung ihrer Tochter nach hat sie sich offensichtlich eine Haltung "selbstbewußter Bescheidenheit" zu eigen gemacht - die sie m.E. auch vor der negativen Seite der Ambivalenz schützt, die oft den Rückkehrern, den sog. "Almancilar", in ihren Ursprungsdörfern entgegengebracht wird.

Die letzten Nachrichten, die ich von der Familie erhielt, waren positiv. Der Sohn, der zur Beendigung seiner Banklehre noch in Deutschland zurückgeblieben war, berichtete mir, daß alle "zufrieden" seien und es der Mutter weiterhin - auch gesundheitlich - gut gehe. Seiner Schilderung war zu entnehmen, daß die üblichen Re-Integrationsschwierigkeiten gut bewältigt worden waren. In dem zentralanatolischen Dorf (Provinz Kütahya, ca. 2000 Einwohner) scheint noch eine weitgehend traditionelle Teilung in "Männerwelt" und "Frauenwelt" zu bestehen. Beide Eltern haben offensichtlich in ihre jeweils eigene "soziale Nische" gefunden, in der sie angesehene Mitbürger sind - jeder auf seine Art. Seine Schwestern wären bei Verwandten in Ankara untergebracht, wo die eine ebenfalls eine Banklehre angefangen habe und die andere Sonderkurse besuche, um den Gymnasialabschluß nachzuholen. Ihr Vater habe beschlossen, beide nur auf eigenen Wunsch hin zu verheiraten.

Diskussion der therapeutischen Interventionen

Aus westlicher Sicht ist mein therapeutisches Vorgehen sicherlich zumindest teilweise fragwürdig. Ist es ethisch, "Aberglauben" zu akzeptieren (und hiermit zu verstärken)? Hätte man Ayten nicht zur Selbständigkeit hinführen sollen, statt ihre traditionelle Rolle weiterhin zu bestätigen? Hätte man nicht versuchen sollen, die eheliche Partnerschaft durch Vergangenheitsbewältigung zu klären und durch Selbstbehauptungstraining Aydens für ein größeres Gleichgewicht zwischen den Partnern zu sorgen?

Die von mir vorgenommenen Interventionen können m.E. durch ein Ericksonisches Erklärungsmodell am ehesten verständlich werden, da viele seiner üblichen Methoden zum

Einsatz kamen. Auch das Grundprinzip meines Vorgehens, das der Utilisation statt der Konfrontation, entspricht im weitesten Sinne der Ericksonischen Methodik

Strategisches Vorgehen: Durch gezieltes 'Hinhalten' und bewußt vage Andeutungen wurde bewirkt, daß Ayten genug Interesse aufbrachte, nach dem ersten Termin weitere wahrzunehmen. Wie oben ausgeführt, ist eine große Schwierigkeit der Therapie türkischer Klienten die hohe Abbruchquote. So ist für mich der jeweils erste Schritt das Sicherstellen weiterer Sitzungen, in denen dann der Rapport und die Selbstverpflichtungsaspekte vertieft werden können. In diesem Fall wurde ihr erwachtes Interesse an der Behandlung fernertilisiert, um ihre Compliance mit den ärztlichen Anweisungen zu verstärken.

Dem Klienten in seinem eigenen Bezugsrahmen begegnen: Durch Akzeptanz ihrer eigenen kausalen Sichtweise ihrer Schwierigkeiten wurde potentieller 'Widerstand' umgangen und der Rapport weiterhin verstärkt. Die Ethik dieses Vorgehens betreffend bin ich der Meinung, daß die Erwartung, der Klient möge auf "abergläubische" Erklärungsmodelle verzichten, auch als "wissenschaftlicher Eurozentrismus" verstanden werden kann, d.h. als die selbstverständliche Annahme der Überlegenheit des westlich-wissenschaftlichen Modells. Eine solche - wenn auch nur implizite - Geringschätzung der Sichtweise des Klienten ist dem therapeutischen Prozeß kaum dienlich (ganz davon abgesehen, daß es äußerst unwissenschaftlich wäre, anzunehmen, daß die Nicht-Existenz von irgendetwas - z.B. einem Bîyü - bewiesen werden könne). Ferner wurde im Ericksonischen Sinne die "Sprache des Klienten gesprochen", indem die Begründungen aus der für sie gültigen islamischen Weltanschauung heraus entwickelt wurden.⁵

Utilisation: Der Erfolg der ersten Behandlung wurde genutzt - zunächst einmal unabhängig von der sicherlich interessanten Frage, aufgrund welcher Faktoren die Therapie der Hoca erfolgreich gewesen war. Hierzu wurden alle mir bekannt gewordenen Elemente - wenn irgend möglich - auf die jetzige Situation übertragen. Für Elemente, die nicht übertragbar waren, wurde eine plausible Erklärung angeboten, die günstigerweise einer weiteren Verstärkung der positiven Erwartungshaltung sowie dem Zukunftsspacing diene. Ferner wurden einige Elemente über das ursprüngliche Ausmaß hinaus erweitert (z.B. das Aufbewahren der Asche), wodurch implizit vermittelt wurde, daß auch der Therapieerfolg über den ursprünglichen hinausgehen würde.

Eine Kombination von direktem und nicht-direktivem Vorgehen: Die direkten Elemente der strategischen Planung entsprechen türkischen Erwartungen und bedeuten - wiederum im Ericksonischen Sinne - das "Sprechen der Sprache der Klienten". Aus weitgehend autoritären Familien- und Gesellschaftsstrukturen kommend, empfinden anatolisch-türkische Klienten ein nicht-direktives Vorgehen meist als Unsicherheit des Therapeuten. Dies wirkt sich negativ auf die Erwartungshaltung und Compliance - und damit auf die Therapie als solche aus.

5 Natürlich kam mir in diesem Fall mein Wissen um die türkisch-islamische Kultur zugute (ich bin in der Türkei aufgewachsen). Obwohl eine kulturelle Vertrautheit vieles erleichtert, ist es meiner Erfahrung nach jedoch keineswegs Voraussetzung für transkulturelles Arbeiten. Was dagegen unverzichtbar ist, ist die Achtung vor anderen Weltansichten und den sich hieraus ergebenden Annahmen. Wenn der Klient genügend Vertrauen darin entwickelt, ernst genommen zu werden, kann er detailliert viel schildern, das sich dann zum Aufbau therapeutischer Rituale nutzen läßt. Ferner wird das Selbstwertgefühl von Minoritätsklienten durch einen Therapeuten gestärkt, der interessiert und bereit ist, selbst zuzulernen. (Für Therapeuten, die nicht schon in einer durch Rituale und systemische Sichtweisen geprägten Kultur aufgewachsen sind, ist zum Einstieg van der Harts "Rituals in Psychotherapy", 1983, sehr zu empfehlen.)

Die indirekten Anteile überwogen in den Familientherapiesitzungen, wo durch alte Lehrgeschichten zwar die Richtung vorgegeben wurde (Aufwertung, Gleichheit in der Unterschiedlichkeit), ohne daß konkret festgelegt wurde, wie das zu geschehen habe. Es wurde sozusagen dem "kollektiven kreativen Unbewußten" der Gesamtfamilie überlassen. (A posteriori läßt sich oft plausibel schildern, wie ein bestimmtes Therapieergebnis 'folgerichtig' aus einer bestimmten Intervention hervorgegangen ist. Das wäre - zumindest für die meisten meiner Fälle - jedoch ein zu großer Anspruch. Vielmehr vertraue ich zusätzlich zu meiner strategischen Therapieplanung - dem Zuhilfenehmen vielfältigster unvorhergesehener äußerer und innerer Umstände [in diesem Fall beispielsweise die Rückkehr der Familie in die Türkei] sowie der Umorganisationsfähigkeit der "kreativen, lebenden Systeme", als welche Klienten aus konstruktivistischer Sicht gesehen werden können.)

Systemisches Vorgehen: Da türkische Klienten erfahrungsgemäß selten allein zu Sitzungen erscheinen, wird ein systemisches Vorgehen sehr erleichtert. In diesem Fall konnte der Ehemann auf ganz natürliche Art involviert werden. Aus seinem dominant-väterlichen Verhaltensrepertoire konnte ich so gezielt die fürsorgliche Komponente verstärken, indem ich ihn zu einem alljährlichen zusätzlichen Opfer für Ayten verpflichtete und das Zusammengehörigkeitsgefühl des Ehepaares stärkte, indem ich beide in Vorbereitung auf den Ritualtermin fasten ließ. Später wurde das System zunächst auf die Kinder und dann auf die Verwandtschaft in der Türkei hin erweitert (Einbindung der Schwägerin in den Heilungsprozeß, Reframing des Büyüs mit einhergehender Opfergabe). Alle Maßgaben waren aus einem islamischen Aktionsmodell heraus machbar und sinnvoll. Sie utilisierten vorhandene Ressourcen, ohne "Widerstand" zu erwecken oder die angestrebte Aufwertung Aydens erneut zu gefährden.

Rituale: Rituale, als wohl älteste Therapieform überhaupt, gehören m.E. zum wirkungsvollsten therapeutischen Instrumentarium. Aufgrund ihrer Multidimensionalität fördern sie veränderte Bewußtseinszustände und wirken auf vielfältigsten Ebenen zugleich. Durch ihre überschaubare Strukturiertheit bieten sie einen sicheren Rahmen für ansonsten leicht überwältigende Emotionen und ermöglichen - besonders durch die Verwendung von Objekten (z.B. das Musikal) oder das Assoziieren mit regelmäßig stattfindenden Ereignissen (z.B. das Ritualopfer) - ein Fortbestehen therapeutischer Prozesse über den offiziellen Abschluß der Therapie hinaus.

Schlußbemerkungen

Trotz ihrer großen Effektivität gehören die Methoden von Ritual und Trance⁶ nicht zu meinem alltäglich verwendeten therapeutischen Instrumentarium. Ein Teil ihrer machtvollen Wirkung liegt sicherlich gerade darin begründet, daß sie die "Ausnahme", nicht die "Regel" sind. (Obwohl ethnopsychologische Forschungen [Dittrich & Scharfetter, 1987] zeigen, daß in 90% aller untersuchten indigenen Kulturen Trance und Ritual zur Heilung genutzt werden, bleiben diese Heilrituale auch dort etwas Nicht-Alltägliches.)

Obwohl die von mir hier vorgestellte Fallstudie diesen Eindruck erwecken könnte, sind diese Methoden keineswegs auf ausländische oder 'unübliche' Klienten beschränkt. Aus-

6 Hiermit ist nicht die "Alltagstrance" im Ericksonischen Sinne gemeint, sondern bewußt induzierte, qualitativ deutlich veränderte Bewußtseinszustände. "Alltagstrancen" treten in eigentlich allen meinen Sitzungen auf, sei es durch die Beachtung der natürlichen Ultradianrhythmen, sei es durch den durchgängigen, beläufigen Gebrauch hypnotischer Sprachmuster.

schlaggebender als die kulturelle Identität ist m.E. der Anlaß. Ich setze sie hauptsächlich in Transitionsphasen und schwerwiegendem Verlust- und Trauererleben ein. Die eigentliche Herausforderung für die Anwendung bei Klienten aus dem westlichen Kulturraum liegt weniger in der Durchführung als in der Motivierung, sich auf ein Ritual einzulassen. Rituale wirken nicht, wenn sie 'gespielt' werden. Therapeut und Klient müssen mit 'Leib und Seele' dabeisein. Und so, wie für die Motivierung zu einem Ritual die Berücksichtigung der Weltansicht des Klienten unbedingt erforderlich ist, ist es auch für die Ritualkonstruktion unerlässlich, diese aus dem Wertsystem des Klienten heraus - und wenn irgend möglich - mit diesem gemeinsam zu gestalten.

Unter Berücksichtigung dieser Fakten ist es auch in einer westlichen Praxis von heute sinnvoll und möglich, sich das außerordentliche Potential dieser uralten Therapieform, der von Ritual und Trance, nutzbar zu machen.

Literatur

- Dittrich, A. & Scharfetter, C. (1987). *Ethnopsychotherapie*. Stuttgart: Enke Verlag.
 Gallisch, M. (1989). Materialien zum gemeinsamen Kolloquium der Abteilung des Zentrums für Psychosomatische Medizin, 2.
 Gießener Modellprojekt türkischer Arbeitnehmer und ihrer Familien (1987). Zentrum für Psychosomatische Medizin, Universität Gießen.
 Hart, O.v.d. (1983). *Rituals in Psychotherapy: Transition and continuity*. New York: Irvington.
 Özelsel, M. (1990). *Gesundheit und Migration: Eine psychologisch-empirische Untersuchung an Deutschen sowie Türken in Deutschland und in der Türkei*. München: Profil Verlag.

Abstract: *This case description illustrates how, in the frame of ethnopsychotherapy the clients' culture-bound belief- and "superstitious" systems can be utilised. Within this context rituals and trance are of special significance.*

Keywords: *Rituals, trance, ethnopsychotherapy*

Dr. Michaela M. Özelsel, Dipl.-Psych.
 Hans Sachs Weg 14
 63785 Obernburg