

Wege zur interkulturellen Öffnung in der Musiktherapie in Deutschland – Musiktherapie bei Menschen mit Migrationshintergrund

Ways to Intercultural Openness in Music Therapy in Germany Music Therapy for Individuals with a History of Migration

Keiko Matsui, Osaka, Berlin

Einwanderungsspitzenland in Europa und multikulturelle Gesellschaft zu sein sind charakteristische Züge des heutigen Deutschland. Die innewohnende Problematik ist nicht mehr zu ignorieren. In der Therapie von Ausländern/Menschen mit Migrationshintergrund ist das Beachten des soziokulturellen Kontexts sowie eine kultursensible Vorgehensweise unabdingbar. Kontextualität in der Musiktherapie verlangt ein Berücksichtigen der jeweiligen Musikerfahrungen, des kulturell geprägten Umgangs mit Gefühlen sowie der Muttersprache der Ausländer/Migranten. Die Musiktherapie in Deutschland hat zwar bis vor kurzem noch wenig Interesse an diesem Feld gezeigt. Dennoch ist Kultursensibilität in der Musiktherapie bereits erkennbar. Auch die Musiktherapie in Deutschland bewegt sich in Richtung „Interkulturelle Öffnung“ mit transkulturellen Perspektiven.

Present-day Germany claims to have more immigrants than any other European country and is seen as a multicultural society. The inherent problems can no longer be ignored. Consideration of the sociocultural context as well as a culture sensitive approach are essential in therapy with foreigners / individuals with a history of migration. Contexture in music therapy requires consideration of an individual's experience with music, the customary manner in which a culture approaches the subject of emotions, as well as the native language of the foreigner / migrant. Until recently, music therapy in Germany showed little interest in this subject. Cultural sensitivity, however, is already apparent in the field of music therapy. With its transcultural perspectives, the field of music therapy in Germany is also moving towards „intercultural openness“

Meine erste Heimat ist Japan. Ich lebe seit 1994 in Berlin und studierte Musiktherapie an der Universität der Künste. Inzwischen ist Deutschland meine zweite Heimat geworden. Meine eigenen Erfahrungen bezüglich mangelnder Kultursensibilität in der klinischen Arbeit, in Lehrinhalten und – in der Literatur – in den musiktherapeutischen Falldarstellungen veranlassten mich, meine Diplomarbeit diesem Thema zu widmen. Im folgenden Beitrag möchte ich einige Aspekte hervorheben, die für Musiktherapeuten von besonderer Relevanz sein sollten.

Deutschland ist ein Einwanderungsland.

Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge veröffentlichte statistische Daten über Migration mit einer differenzierten Darstellung der Zahl der Zu- und Fortzüge (2005). Diese Daten besagen, dass im Jahre 2003 Deutschland mit der Zuwanderungszahl von 759 967 – ohne Staatenlose – eine Spitzenposition unter allen europäischen Ländern einnahm. Im Jahr 2005 lebten laut Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 6 755 811 Ausländer in Deutschland. Diese Zahl entsprach 8,2 Prozent der Gesamtbevölkerung. Am Ende des Jahres 2005 lebte ein Drittel (33,9 %; knapp 2,3 Millionen) aller Ausländer schon zwanzig Jahre oder länger in Deutschland. 45 % von ihnen (3,0 Millionen) lebten mehr als fünfzehn Jahre in Deutschland. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer aller in Deutschland lebenden Ausländer betrug 16,8 Jahre. Die Tatsache, dass Deutschland hinsichtlich der Einwanderungszahlen als Spitzenland in Europa betrachtet wird und dass diese Ausländer in Deutschland nicht nur vorübergehend, sondern hier fest ansässig sind, wird in der Gesellschaft seit vielen Jahre nicht genügend wahrgenommen.

Die Akzeptanz fremder Kulturen durch die Einheimischen ist selektiv. So werden zwar kulturelle Produkte wie zum Beispiel italienische Pizza, türkischer Döner, chinesische Nudelpfanne oder japanisches Sushi in Deutschland gerne konsumiert, Kontakte mit fremden Menschen finden jedoch eher während einer Auslandsreise statt (Koptelzewa 2004). Die Fremdheit wird so lange als interessant angenommen, wie die Einheimischen die Fremdheit der Anderen nicht als Bedrohung empfinden.

Diese Blindheit gegenüber der kulturellen Realität übertrug sich auf die Politik, sodass die vielen Probleme, die Ausländer und Menschen mit Migrationshintergrund hier haben, so lange nicht ernst genommen wurden, bis diese Problematik zu ernsthaften gesellschaftlichen Problemen führte. Die Ignoranz gegenüber anderen Kulturen führte sogar dazu, dass diese Menschen für die steigende Arbeitslosigkeit verantwortlich gemacht wurden und man ihnen die Rolle des Sündenbocks zuwies. Die wachsende Multikulturalität und die dadurch entstandenen Kommunikationsprobleme zwischen Einheimischen und Ausländern/Migranten waren jedoch nicht mehr zu ignorieren.

Laut Mohammadzadeh (2004) erstreckte sich die Ignoranz gegenüber der Tatsache der Migration und den sich daraus ergebenden Problemen für lange Zeit nicht nur auf den Bereich der Politik, sondern auch auf die Bereiche der Wissenschaft und des Sozialwesens. Dies lässt sich am Beispiel der statistischen Erhebungen in Deutschland erkennen. Die Ausländerstatistik erfasst die Menschen, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit haben, als Ausländer. Die Menschen, die die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, jedoch Migrationshintergrund aufweisen, werden dagegen in den Statistiken nicht erfasst. Die Anzahl von Menschen mit Migrationshintergrund wächst Jahr um Jahr. Menschen, die aus anderen Kulturen stammen, nehmen einen immer größer werdenden Anteil an der Gesamt-

bevölkerung ein. Somit ist die reale Zahl von Menschen, die anderen Kulturen entstammen, erheblich höher als die Statistikdaten von Ausländerzahlen es ausweisen.

Menschen, die aus anderen Kulturen stammen und einen deutschen Pass besitzen, werden einerseits in Sinne der Statistik zwar als Deutsche betrachtet. Auf der anderen Seite werden sie in der Realität der Gesellschaft jedoch oft als Ausländer, d. h. als Störfaktor, betrachtet und behandelt, da sie genau so wie die anderen „Ausländer“ aussehen und von den Einheimischen nicht als Deutsche wahrgenommen werden. Sie müssen ständig darum kämpfen, dass sie die gleichen Rechte wie die „Deutschen“ haben. Oft führt dieser Kampf zu Kränkungen.

Man darf indes nicht vergessen, dass diese Menschen ähnliche Probleme wie Ausländer haben. Sie haben selbst den Migrationsprozess durchgemacht oder als Familienangehörige miterlebt. In Familie und Außenwelt existieren zum Teil derart unterschiedliche sozio-kulturelle Werte, dass ständig ein gesellschaftlicher Kampf geführt wird. Mit dieser Situation müssen sie sich zurechtfinden und sich mit ihr auseinandersetzen. Der Prozess, in dem sie sich während der Migration befinden, ist ein seelisch oft belastender und führt gelegentlich auch zu psychosomatischen Leiden.

Migration und Krankheit

Forschung über Migration und Krankheit gibt es schon lange. Die Erklärungen von Wissenschaftlern hinsichtlich der Erkrankungen von Ausländern und Menschen mit Migrationshintergrund im Aufnahmeland nützten den Betroffenen bis dato jedoch nicht viel. Weshalb „Migration und Krankheit“ sich zu einem zunehmend ernstesten Thema entwickelt haben, liegt im Umstand begründet, dass Sozialarbeiter, Pfleger oder Ärzte in ihren sozialen und medizinischen Arbeitsfeldern hinsichtlich der Menschen mit Migrationshintergrund mit wachsenden Problemen konfrontiert werden. Insbesondere trifft diese Situation auf Großstädte in Westdeutschland zu. Hill und Röhl (2002) beschreiben den Ernst der Lage in Hamburg.

Mitarbeiter im medizinischen und sozialen Bereich haben immer häufiger mit Menschen zu tun, die unterschiedlichen Kulturen entstammen. Sie stellen dabei fest, dass sie sich gegenseitig nicht verstehen. Das oft unverständliche Verhalten der Fremden sowie Kommunikationsschwierigkeiten mit ihnen (wegen des Fehlens einer gemeinsamen Sprache) bringt das Personal im sozialen und medizinischen Bereich auf der einen Seite in eine mehr und mehr hilflose Position. Auf der anderen Seite fühlen sich Menschen aus fremden Kulturen zu oft nicht verstanden (Schulze 2006).

Ärzte werden erstmals mit dem für sie nicht einzuordnenden Erklärungsverhalten von Ausländern und Deutschen mit Migrationshintergrund konfrontiert, wenn diese zum Beispiel mit körperbetonten Erklärungen über Schmerzen im ganzen Körper und über ihre seelischen Nöte berichten. Pfeiffer stellt dieses

Phänomen am Beispiel türkischer Migranten dar (Schulze 2006). Insbesondere die medizinische Wissenschaft müht sich um die Erklärung, warum und weshalb Ausländer im Aufnahmeland psychisch erkranken und warum dies so häufig geschieht. Es wurde untersucht, wie Einheimische die Ausländer und die Migranten erleben. So wurden beispielsweise die vielen Ausländer, die in den sechziger und siebziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts hierher gekommen waren, als „Arbeitsmigranten“ wahrgenommen. Unter diesem Blickwinkel wären Ausländer und Migranten nur vorläufig zum Zwecke des Erwerbs gekommen und würden dann irgendwann auch wieder in ihr Ursprungsland zurückgehen. Sie waren nur Gäste. Psychische Erkrankungen von Arbeitsmigranten wurden nicht in ihren kulturell bedingten Zusammenhängen wahrgenommen. Die damalige Politik der Assimilation unterstützte zudem die Einstellung, dass sich die Ausländer den Deutschen anzupassen hätten. Nicht die Einheimischen müssten die Ausländer verstehen, im Gegenteil: Die Ausländer sollten sich bemühen, die Einheimischen zu verstehen. Diese Assimilationspolitik ist aus den verschiedensten Gründen gescheitert. Im Ergebnis hat sich die Kluft zwischen Einheimischen und Ausländern bzw. Menschen mit Migrationshintergrund von Jahr zu Jahr verfestigt, bis auch dies nicht mehr ignoriert werden konnte.

Viele Ärzte haben Erkrankungen dieser Menschen damals häufig bagatelisiert, indem sie konstatierten, dass die Arbeitsmigranten nur vor Heimweh krank würden. Aus wissenschaftlicher Sicht wurde hierfür ein Erklärungsmodell geschaffen, in dem Heimatland und Aufnahmeland polarisiert wurden, wobei das Aufnahmeland Deutschland als das fortgeschrittenere Land angesehen wurde. Hinter diesem Erklärungsversuch verbirgt sich die Annahme, dass die Ausländer, wenn sie in ihr Heimatland zurückkehren würden, schon wieder gesund werden würden. Dass dieser Erklärungsversuch nicht viel weiter führte, war der Tatsache geschuldet, dass diese Menschen nicht nach Hause zurückkehren wollten, sondern immer noch hier leben und hier sogar Wurzeln geschlagen haben, wenn ihre Familien in die zweite und sogar dritte Generation hineinwachsen. Die damaligen Arbeitsmigranten, die der ersten Generation angehören, sind mittlerweile mit ihren chronischen Krankheiten alt geworden und auf die Hilfe von Menschen angewiesen, die ihre Kultur noch immer nicht wirklich verstehen. Deshalb ist der Handlungsbedarf auf dem Feld der Pflege immer größer geworden. Diese Tendenz wird sich in Zukunft verstärken.

Andere Erklärungsversuche, wie zum Beispiel Wohnsituation, hygienische Zustände oder Bedingungen der Arbeitswelt als Ursache von Erkrankungen auszumachen, trugen ebenfalls nicht erheblich dazu bei, den von Krankheit betroffenen Ausländern und Menschen mit Migrationshintergrund zu helfen. Was solchen Erklärungsmodellen fehlt, ist die Beachtung der Unterschiedlichkeit der Menschen. Selbst wenn Ausländer aus demselben Herkunftsland kommen, gilt auch für sie: Der eine leidet und wird krank, der andere wiederum nicht.

Was über Jahre hinweg in den Räumen einheimischer ärztlicher Praxen üblich war, zeigte, dass Menschen aus unterschiedlichen Kulturen nicht kultursensibel

und medizinisch und psychosozial diagnostiziert und versorgt wurden. Die Folgen von Fehldiagnosen waren entsprechende Fehlbehandlungen. Dies wiederum führte nicht selten zur Chronifizierung körperlicher und seelischer Beschwerden (Schulze 2006).

Es gibt Erklärungsmodelle, die auf die Innenwelt der Menschen gerichtet sind, d. h. psychosomatische Erklärungsmodelle für den Zusammenhang von Krankheit und Migration. In ihnen wird die Migration als solche als belastendes Lebensereignis gesehen. Das Phasenmodell von Sluzki (2001) und das Modifikationsmodell von Machleidt (2002) erklären den Ablauf anschaulich. Schulze (2006) folgert in ihren Untersuchungen, welche sich auf die Biografie der Migranten stützen, dass nicht der Prozess der Migration für sich allein als Ursache von Krankheit bei Migranten anzusehen ist, sondern dass auch die mangelnde Aufarbeitung von Krisensituationen im Heimatland und das Fehlen einer erfolgversprechenden Strategie zu Erkrankung führen können.

Schulze weist deshalb darauf hin, dass bei Krankheit von Menschen, die aus anderen Kulturen stammen, nicht nur äußere Bedingungen oder psychische Belastung ursächlich sind, sondern dass beide Faktoren, sowohl der äußere situative Faktor wie auch der individuelle Faktor ihre Bedeutung haben.

Somit ist es wichtig, immer auch den biografischen Hintergrund des jeweiligen Menschen einzubeziehen. Der Kontext, in dem Migranten leben, wird durch die Zeit vor der Migration und die Zeit während des Migrationsprozesses bei der Entstehung der Krankheit definiert. So stellt Schulze dar: „Nicht die Migration „an sich“ ist Auslöser für einen Erkrankungsprozess, sondern negative Erfahrungen in der Gegenwartsgesellschaft, die strukturelle Analogien mit problematischen biografischen Erfahrungen vor der Migration aufweisen.“ (Schulze 2006, 240).

Die transkulturelle Perspektive

Die oben genannte Erkenntnis zeigt, wie wichtig es ist, den sozio-kulturellen Kontext in die Behandlung von Migranten einzubeziehen. Eine transkulturelle Perspektive wird im Rahmen der psychosozialen Versorgung immer wichtiger. Unter dem transkulturellen Blickwinkel werden als Gesichtspunkte berücksichtigt:

- das Verständnis für den Migrationshintergrund von Patienten und Klienten
- transkulturelle Krankheitskonzepte im medizinischen Kontext.

Die „Transkulturelle Psychiatrie“ bezieht migrationspezifische und soziokulturelle Aspekte in die psychiatrische Versorgung und die Berücksichtigung von Migranten als spezielle Zielgruppe ein. Transkulturelle Psychiatrie eröffnet neue Perspektiven, indem wir Selbstverständliches überdenken und neue Konzepte und Sichtweisen einfließen lassen und neu formulieren, durch welche der Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen verbessert werden kann. Die psychosoziale Versorgung bietet in erster Linie eine an der mitteleuropäischen Gesellschaft orien-

tierte Lösungsperspektive und ist somit nicht hinreichend auf weit entfernte Länder gerichtet (Hegemann; Salman 2001). Die Aufgabe besteht für die immer komplexer werdende multikulturelle Gesellschaft, den jeweils unterschiedlichen kulturellen Einflüssen ausgesetzten Menschen einen angemessenen psychosozialen Dienst anzubieten. Dafür ist die transkulturelle Perspektive sehr hilfreich. Die Transkulturelle Perspektive ist panhumanistisch und verlangt eine ständige kritische Überprüfung von Konzepten und Kategorien.

Projekte in verschiedenen Städten

Mit Beginn der neunziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts und teilweise in den letzten Jahren wurden in verschiedenen Städten immer häufiger Projekte mit dem Ziel gestartet, Migranten und Menschen mit Migrationshintergrund im sozialen Feld und im Gesundheitsbereich zu helfen. Die Projekte basieren auf einer interkulturellen Vorgehensweise. Diese fordert, dass die Einheimischen sich auch den Menschen, die anderen Kulturen entstammen, annähern lernen. Die Bereitschaft wird verlangt, sich aufeinander zuzubewegen und einander verstehen zu wollen. Eine solche Vorgehensweise wird durch den Begriff „interkulturelle Öffnung“ gekennzeichnet. Es gab und gibt Projekte auf kommunaler Ebene (wie zum Beispiel das Projekt **Integra** in Göttingen im Jahr 2000), die sich als Ziel die „interkulturelle Öffnung der kommunalen Dienste“ gesetzt haben (Koptelzewa 2004).

Die Stadt München hatte nach einer statistischen Erhebung per 31.12.1998 bezogen auf die Gesamtbevölkerung der Stadt einen Ausländeranteil – Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft – von 20,1 %. Die Verteilung auf die einzelnen Stadtbezirke war unterschiedlich hoch, in keinem betrug der Anteil der Ausländer jedoch mehr als 36,7 %, so dass von einer Gettoisierung von Nationalitäten – wie es z. B. von einigen Bezirken Berlins behauptet wird – nicht gesprochen werden konnte. Dennoch hat sich die Stadt München mit der Einrichtung und Förderung verschiedenster Institutionen, die das Zusammenleben von Angehörigen unterschiedlicher Kulturen erleichtern sollen, gezielt der Aufgabe gestellt, auf kommunaler Ebene Integrationsmaßnahmen zu unterstützen (Koptelzewa 2004). Das Erkennen der Problematik der Multikulturalität zwingt die Kommunen zu kultursensiblerer Kommunalarbeit.

Vergleichbar verhält es sich in Frankfurt am Main: Die Stadt hat mit 27,6 % den höchsten Anteil an ausländischen Einwohnern unter den deutschen Städten. Die Menschen mit nichtdeutscher Staatsbürgerschaft kommen aus 180 Staaten. Der Handlungsbedarf für die interkulturelle Öffnung ist vor diesem Hintergrund groß (Koptelzewa 2004). Die aktuell laufenden interkulturellen Projekte sind auf der Internetseite erfahrbar (Frankfurt a. M. 2007).

Berlin (13,7 %) sowie Hamburg (14,2 %) sind Bundesländer, deren Bevölkerung einen hohen Ausländeranteil aufweist (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2007). Beide Bundesländer haben nicht nur auf lokaler Ebene, sondern

darüber hinaus grundsätzlich für die Bereiche Bildung, Soziales und Gesundheit Handlungsbedarf erkannt und Initiativen ergriffen. So hat beispielsweise am 19.12.2006 der Hamburger Senat ein Handlungskonzept zur Integration von Zuwanderern beschlossen (Hamburg 2007). Berlin führt bereits seit 10 Jahren Projekte auf interkultureller Ebene im sozialen und medizinischen Bereich durch (Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg 2006).

Musiktherapie und Migranten in Deutschland

Es soll hier erörtert werden, wie Musiktherapie in Deutschland mit dem Thema Migranten – mit deren kultureller Verschiedenheit, mit methodischen Überlegungen hierzu – bis dato umgegangen ist. Das Interesse an diesem Thema zu messen ist nicht einfach. Dennoch sollte man zumindest den Versuch unternehmen, über eine kritische Durchsicht der Fachliteratur, die sich mit dieser Thematik beschäftigt – oder auch nicht –, dies herauszufinden. Bis Ende des vergangenen Jahrhunderts gab es nach Richter (1999) offensichtlich kaum derartige Fachliteratur in der deutschen Musiktherapie. Noch drei Jahre später, im Jahr 2002, als ich mit den Arbeiten zu meiner Diplomarbeit zum Thema „Menschen mit Migrationshintergrund und Musiktherapie“ begann und dafür musiktherapeutische Fachliteratur suchte, stellte ich schnell fest, dass ich kaum musiktherapeutische Literatur in Deutschland, deren Hauptanliegen in der Beschäftigung mit Migranten zu suchen wäre, finden konnte. Auch bei der erweiterten Stichwortsuche erlebte ich Ähnliches, indem ich Wörter wie „Migration“, „Migrationshintergrund“, „Ausländer“ in der Fachliteratur selten entdeckte (Matsui 2004). Dies kennzeichnete zunächst die Situation in Deutschland.

Eine Welle der „Globalisierung“ auch in der Musiktherapie war dann am Anfang des neuen Jahrhunderts nicht zu übersehen. Seit 2001 existiert die Internetseite „Voices“, in der Musiktherapeuten aus der ganzen Welt die Diskussion über ihr Fachgebiet auf der Webseite führen können. Bei „Voices“ werden kontextgebundene und kultursensible musiktherapeutische Ansätze dargestellt und diskutiert. Hierbei ist die Sichtweise vorherrschend, dass Musiktherapie in jedem Land in einen spezifischen Kontext eingebunden ist und jeweiligen kulturellen Einflüssen unterliegt. Diese Auffassung ist eine Voraussetzung dafür, dass sich Menschen aus jeweils anderen Kulturkreisen gegenseitig verstehen. Ohne Respekt vor der Unterschiedlichkeit von Kulturen kann über Musiktherapie in jeweils anderen Ländern nicht sinnvoll diskutiert werden. Diese Einsicht hat die deutsche Musiktherapie relativ spät erreicht. Ein Beispiel dafür ist die Diskussion über „Community Music Therapy“ im April des Jahres 2005 anlässlich der Veranstaltung des „Internationalen Musiktherapie Instituts Berlin e.V.“ an der Universität der Künste Berlin (Schwaiblmaier 2005). Die zu diesem Zeitpunkt publizierte musiktherapeutische Fachliteratur lässt die veränderte Sichtweise im therapeutischen Ansatz bereits erkennbar werden. Wenn auch noch sehr selten finden sich heute

Wörter wie „Migranten“, Migrationshintergrund“ im Index in der entsprechenden Fachliteratur. Die Fallbeispiele in der jeweiligen Literatur lassen eine bewusste Benutzung der Begriffe „Migration“ oder „Migranten“ erkennen.

Frustriert von der zunächst mangelhaften Ausbeute bei der Fachliteraturrecherche hinsichtlich der Begriffe „Migranten“ und „Migrationshintergrund“ und mit diesem ernüchternden Ergebnis konfrontiert, kam bei mir die Frage auf, ob Migranten etwa von musiktherapeutischer Behandlung ausgeschlossen würden. Es könnte ja sein, dass Therapeuten wegen der Probleme bei der Verständigung sich nicht in der Lage sähen, Migranten zu therapieren, die nur über unzureichende Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen. Gab es etwa auch hier irgendeine Art von Ignoranz, wie sie in so manch anderen wissenschaftlichen Bereichen anzutreffen ist?

Um auf diese Frage eine Antwort zu finden, hatte ich mich für meine Diplomarbeit dazu entschlossen, publizierte Fallbeispiele zu untersuchen. Ich habe für dieses Vorhaben zwei Fachzeitschriften, die „Musiktherapeutische Umschau“ sowie die „Zeitschrift für Musik-, Tanz- und Kunsttherapie“ herangezogen. Aus diesen zwei Zeitschriften habe ich Fallbeispiele, die in den Jahrgängen 1998 bis 2002 veröffentlicht wurden, herausgesucht. Es wurden letztendlich insgesamt 48 Fälle ausfindig gemacht und in die Untersuchung einbezogen.

Der nächste Schritt der Untersuchung bestand darin, herauszufinden, bei welchen der 48 Fallbeschreibungen es sich nicht um „Einheimische“, sondern zweifelsfrei um Migranten handelte, die im Fokus der Beschreibung standen. Das Ergebnis war das Folgende: In vielen Fallbeispielen wurden die Patienten/Klienten anonymisiert dargestellt. Insofern bot sich mir keine Möglichkeit, aus der Art der Beschreibung ausfindig zu machen, um was für einen Menschen es sich jeweils handelte, über den berichtet wurde. Ich stellte fest, dass bei manchen Falldarstellungen lediglich die Komponenten Alter, Geschlecht und die Art der Krankheit als wichtigste Daten über die Patienten/Klienten angegeben wurden. Oft wurden keine fiktiven Namen verwendet, sondern lediglich „Herr A.“ oder „Frau B.“. Es war schwierig herauszufinden, ob sich hinter dieser Anonymität ein in Deutschland lebender Ausländer oder ein Mensch mit deutschen Pass, aber mit Migrationshintergrund verbarg.

Von den 48 Fällen wurden im nächsten Schritt Art und Umfang der Angaben, mit denen Auskunft über die Patienten/Klienten erteilt wird, einer näheren Untersuchung unterzogen. Im Ergebnis dieser Untersuchung konnte ein erheblicher Mangel hinsichtlich der Beschreibung der soziokulturellen Faktoren im jeweiligen Fall konstatiert werden. Personenspezifische Informationen wie Alter und Geschlecht wurden angegeben, weitergehende Informationen eher selten (Matsui 2004).

Zweck meiner weiteren Untersuchung war, ob dargelegt wurde, ob und inwieweit bei diesen ausländischen Menschen bei der musiktherapeutischen Behandlung soziokulturelle Aspekte berücksichtigt worden waren. Dafür habe ich sieben Fallbeschreibungen aus den oben genannten 48 Fällen herausgefiltert, bei denen es sich höchst wahrscheinlich um solche handelte, die sich auf die Behandlung von

Menschen mit ausländischer Herkunft bezogen. Hierbei wurden der Beschreibung migrationspezifische Informationen über Herkunftsland, Migrationsgeschichte (Grund, Dauer, Ablauf), Aufenthaltsstatus, kulturelle Komponenten etwa wie bestimmte Werte- und Glaubenssysteme entnommen. Das Ergebnis zeigte, dass den oben genannten Aspekten sowie der Lebensweise der jeweiligen Patienten/Klienten in der Fallbeschreibung nur geringes Interesse geschenkt worden war. (Matsui 2004).

Was könnte man von diesem Tatbestand ableiten? Zumindest kann man nicht behaupten, dass Ausländer oder Migranten von musiktherapeutischer Behandlung ausgeschlossen worden wären. Wobei es hier schwer ist, eine Aussage darüber zu machen, welcher Anteil von der Gesamtheit aller Behandlungsfälle auf ausländische Patienten/Klienten entfällt, weil solche differenzierten Statistikdaten auf dem Felde der Musiktherapieforschung Mangelware sind. Was weiter erfragt werden muss, ist, auf welche Weise diese Menschen therapiert worden waren.

Menschen mit Migrationshintergrund – mit oder ohne deutschem Pass – stammen aus einem Ausland, sie sind also biculturell. Sie haben eine erste und eine zweite Heimat. Spohn nennt dies „zweiheimisch“ (Spohn 2006). Menschen mit Migrationshintergrund leben in einem Spannungszustand, in dem sie sich immer wieder zwischen zwei Welten hin- und hergerissen fühlen. Wenn innerhalb der deutschen Bevölkerung ein anderes Land mit einem negativen Gefühl besetzt ist, wagen es Nicht-Einheimische häufig nicht, ihr Herkunftsland zu nennen (Spohn 2006). Der Umstand, dass es schwierig für sie ist, eine Balance in sich selber und der deutschen Gesellschaft gegenüber zu suchen, findet in der Gesellschaft nicht ausreichend Beachtung.

Oft treffen wir eine solche Situation bei Migrantenkindern an. Da sie anpassungsfähiger sind, etwa beim Erwerb einer zweiten Sprache, tragen sie sogar zu Differenzen und Spannungen im familiären Bereich bei. Aus dieser Sicht sollte auch die Musiktherapie ihre Arbeit mit Migrationskindern neu überdenken.

So wie ich bereits auf die Erkenntnisse im sozialen und im medizinischen Bereich hingewiesen habe, ist es unumgänglich, auch in der Musiktherapie den jeweiligen soziokulturellen Hintergrund des Patienten/Klienten zu berücksichtigen:

Herkunftsland, Migrationsgrund, Migrationsablauf und die mit ihm einhergehende Problematik sowie kulturspezifische Verhaltensmuster sind bei Diagnostik und Behandlung einzubeziehen. Voraussetzung hierfür ist in der Behandlungssituation seitens des Therapeuten das Bemühen um Verständnis und Respekt gegenüber der jeweils anderen Kultur. Da die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund von Jahr zu Jahr wächst, werden Musiktherapeuten sich auch vermehrt auf die Kultur der Patienten/Klienten mit Migrationshintergrund einlassen müssen.

Jüngste Entwicklung

Die in den letzten Jahren veröffentlichte musiktherapeutische Fachliteratur lässt zumindest eine Tendenz zur interkulturellen Sensibilisierung erkennbar werden. Die Artikel von Braak (2006) und Baer (2006) verweisen darauf. Beide beschreiben unter dem Begriff „Interkulturelle Musiktherapie“ die musiktherapeutische Arbeitsweise, indem sie über Migranten als Patienten und Klienten berichten. Baer weist auf das weite Feld musiktherapeutischer Arbeit mit Migranten hin, in dem das vorherrschende Thema, das jeden Migranten betrifft, nämlich das Gefühl, zwischen zwei Welten hin- und hergerissen zu sein, spürbar wird.

Interkulturelle Sensibilisierung macht sich deutlich bemerkbar im Bereich der Musiktherapie mit Kindern. Dies ist verständlich, sind doch Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund von kulturellen Konflikten, die in die Familie hineingetragen werden, oft am stärksten betroffen. So beschreiben Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk (2005) in einem Fallbeispiel elektiven Mutismus als Folge des kulturellen Konfliktes. In der Fallbeschreibung nehmen Angaben zum Migrations-Familienbild und zur Lebensweise eines Mädchens breiteren Raum ein. Koch-Temming und Findeisen (2006) stellen ebenfalls musiktherapeutische Behandlungen mutistischer Kinder im Kontext der Migrationsfamilie dar, in dem verschiedene migrationsspezifische Vorgehensweisen – sowohl im Allgemeinen wie auch speziell im musikalischen Bereich – genannt werden. An einem weiteren Fallbeispiel wird die transkulturelle Vorgehensweise sichtbar. Roeske (2005) beschreibt einen Fall, in dem bei einem Kind mit Migrationshintergrund Schulverweigerung diagnostiziert wurde. In diesem Beispiel wird dem sozialen und kulturellen Kontext größere Aufmerksamkeit geschenkt. Das Herkunftsland, der Migrationsgrund, der Aufenthaltsstatus, die Schwierigkeiten bei der Migration, die derzeitige soziale Situation und die kulturellen Besonderheiten der Familie werden ausführlich beschrieben. Der Musiktherapeut achtet darauf, die ihm zugänglichen soziokulturellen Informationen in seine Therapie einfließen zu lassen. Er setzt bewusst Musik ein, die als dem Kind zugehörig – als kulturelle Identität und als Ressource – angesehen werden kann.

Der Einbezug der kulturellen Komponente wird auch in der Elternarbeit erforderlich, da Familiensysteme in anderen Kulturkreisen jeweils anders strukturiert sein können. Wer in der Familie die Machtposition einnimmt und welche Hierarchie in der Familie vorherrscht, muss besonders berücksichtigt werden. So kann zum Beispiel nur die Großmutter oder der älteste Sohn in der Familie Ansprechpartner der Therapeutin/des Therapeuten sein. Bei Menschen mancher Kulturkreise muss die Therapeutin/der Therapeut sogar den Hausbesuch als notwendiges Element ihrer/seiner Tätigkeit ansehen (Koch-Temming; Plahl 2005).

Die kulturell geprägte Bedeutung bestimmter Musikinstrumente, die persönliche Bewertung des Instrumentes, der Bedeutungsgehalt des Musizierens – wo wird wie „musiziert“ –: Solche Sachverhalte sollten a priori befragt werden. Das heißt, dass Musiktherapeuten hier zu Lande für selbstverständlich erachtete Dinge

auf der allgemeinen wie auch auf der musikalischen Ebene hinterfragen sollten. Maack (2004) legt Wert auf die Feststellung, dass sowohl der Therapeut als auch die Klienten/Patienten mit den kulturellen Verschiedenheiten bewusst umgehen müssen. Sie weist auf die Gefahr hin, dass Therapie bei Klienten/Patienten Schaden verursachen kann, wenn TherapeutInnen ohne Wahrnehmung dieser Unterschiede therapieren.

Multidimensionale Kulturkonzepte

Hierfür können sich multidimensionale Kulturkonzepte als hilfreich erweisen. Hegemann betrachtet in seinem Kulturkonzept Kultur als dynamisch und vom Kontext abhängig. Menschen werden je nach Sichtweise anders beurteilt: „Kultur stellt für uns alle einen Hintergrund von etablierten und über Generationen überlieferten Sichtweisen, Werten, Ansichten und Haltungen dar, die einerseits unser ganzes Denken, Fühlen und Handeln beeinflussen, die wir andererseits aber in individueller wie auch kollektiver Weise übernehmen, modifizieren und weiterentwickeln, und zwar in Abhängigkeit von Kontexten.“ (Hegemann 2001, 195).

Für das Erleben von Musik gilt dasselbe. Jeder Mensch hat musikalische Hörfahrungen, die in Beziehung zum kulturellen Kontext stehen. Man darf nicht ohne weiteres davon ausgehen, dass für jemanden, der aus einem bestimmten Land kommt, allein deshalb auch die Musik dieses Landes für ihn die richtige Auswahl für die Therapie bedeutet. Wird von dem Einen die Erzeugung von Schallwellen lediglich als Geräusch wahrgenommen, können dieselben für den Anderen bedeutungsvolle Klänge darstellen. Die Bedeutung, die der Einzelne einem hörbaren oder auch nicht hörbaren Ereignis – Stille – zumisst, steht in Beziehung zum kulturellen Kontext.

Ein Beispiel: In einer deutschen musiktherapeutischen Praxis sind Gong-Gruppe und/oder das Tamtam vorhanden. Diese Instrumente werden von den meisten Menschen, die in Westeuropa beheimatet sind, als exotisch klingende Musikinstrumente mit als fremd empfundenem Klang betrachtet. Werden nun mit diesen Instrumenten tiefe, sich langsam wiederholende Töne erzeugt, assoziiert ein Japaner hingegen mit hoher Wahrscheinlichkeit in einem Tempel erzeugte Glockentöne, welche man zweimal am Tag überall zu hören bekommt. Mit noch höherer Wahrscheinlichkeit wird er den Glockenschlag zum Jahreswechsel assoziieren. Mit diesen Tönen – insgesamt 108mal nacheinander erzeugt – wird in den Tempeln traditionsgemäß das zu Ende gehende Jahr verabschiedet und gleichzeitig das neue Jahr begrüßt. Es handelt sich hierbei um im ganzen Land praktizierte Rituale, die dem Japaner beim Hören der tiefen Klänge in Erinnerung gebracht werden – eine andere Interpretation ist dem japanischen Menschen kaum möglich. Insofern werden diese Klänge von ihm nicht als exotisch, sondern als zum Alltagsleben gehörig interpretiert.

Eine ähnliche Erfahrung habe ich anlässlich einer Gruppenimprovisation während meines Studiums gemacht. Im Verlauf der Improvisation kristallisierte

sich eine 12malige Tonwiederholung heraus. Nach dieser Improvisation äußerten meine Kommilitonen in ihrer Mehrheit Assoziationen über ein Gespenst, welches die Eigenschaft hat, stets pünktlich um Mitternacht in Erscheinung zu treten. Diese Assoziation rief bei mir Irritation und Verständnislosigkeit hervor. Ich assoziiere dabei Mittagessen! Denn gegessen wird überwiegend um zwölf Uhr mittags, und ein Gespenst erscheint in Japan auf gar keinen Fall um zwölf Uhr Mitternacht, sondern um drei Uhr morgens!

Ferner müssen die Hörerfahrungen der Migranten in zweierlei Hinsicht berücksichtigt werden. Die eine betrifft die Hörgewohnheiten hinsichtlich Musik in der Öffentlichkeit – z. B. Musikunterricht in der Schule, Hörerlebnisse in den Medien –, die andere betrifft die Musikhör- und Musiziergewohnheiten bei privaten Treffen oder in der Familie. In dieser Hinsicht kritisiert Merkt (2004), dass musikkulturelle Einseitigkeit im Musikunterricht an deutschen Schulen dazu führt, dass Migrantenkinder einer gewissen Ignoranz und Missachtung gegenüber der eigenen Musikerfahrung ausgesetzt sind. Im Unterricht erfolge weitgehend weder eine Auseinandersetzung mit der Musikkultur anderer Länder noch der Versuch, Beziehungen zwischen der Musik (den Musiken?) unterschiedlicher Kulturen zu erforschen oder zu diskutieren.

Somit ist es für den Erfolg der Therapie wichtig, sich grundsätzlich bereits vor Beginn der Therapie Gedanken über die Auswahl der Musikinstrumente, über die Entscheidung, für welche Musik, sowie über die Art und Weise der Umsetzung von Musik zu machen.

Das gilt in gleichem Maße für die Therapie selbst. Bei der gleichen Krankheit reagieren und agieren Menschen auf unterschiedlichste Weise. Insbesondere fällt dies bei Menschen aus anderen kulturellen Wertesystemen auf. Was das Musiktherapieverständnis betrifft, so kann auch Therapie – je nachdem, in welchem Kulturkreis therapeutisch gearbeitet wird – unterschiedlich verstanden werden.

Unterschiedliche Betrachtungsweisen des „Selbstbegriffes“

Der Selbstbegriff wird in der Psychotherapie unterschiedlich definiert, im allgemeinen westlichen Laienverständnis wird mit dem „Selbst“ jedoch vorwiegend das Individuum in seiner Selbstständigkeit assoziiert. Daher wird auch bei der Betrachtung des Stellenwertes von Gesundheit und Krankheit von einem Selbstbegriff ausgegangen, zu welchem Begriffe wie Ich-Stärke und Ich-Stärkung gehören. Im Gegensatz dazu wird in anderen Kulturkreisen das Selbst immer im Bezug zu und als Teil seiner Umwelt gesehen. Das Selbst stellt eine integrierte Identität dar. Diese Betrachtungsweise des Selbst beeinflusst sowohl die Deutung von Krankheit als auch den Umgang mit ihr (De Jong 2001).

Ein derartiger Gegensatz wird von Kobayashi-Weinsziehr, Kraemer und Rez (2006) als Gegensatz zwischen „Gemeinschafts-Ich“ und „Individual-Ich“ bezeichnet. In der „Gemeinschafts-Ich“-Gesellschaft hat die Harmonie in der jeweiligen

Gruppe Vorrang. Die individuellen Bedürfnisse stehen nicht im Vordergrund. Ein einfaches Beispiel (Japan): Wenn ein Mitglied einer Gruppe Durst hat, darf es sein Bedürfnis der Gruppe gegenüber nicht auf direktem Wege verbal zum Ausdruck bringen. Es soll vielmehr die Frage an die Gruppe richten, ob sich jemand in ihr befinde, der Durst habe. Wenn die Mehrheit der Gruppenmitglieder vorhandenes Durstgefühl bestätigt, dann wird auf diese Weise dem Einzelnen gegenüber anerkannt, dass er berechtigt war, sein Bedürfnis zum Ausdruck zu bringen. Es sei denn, dass er innerhalb der Gruppe die mächtigste Position innehat, wie zum Beispiel als älteste Person in der Gruppe oder als eine Person, der am meisten Respekt gezollt wird – etwa dem Lehrer oder dem Vater als Oberhaupt der Familie: Nur diese darf ihr Bedürfnis ohne weitschweifige Umschreibungen auf direktem Wege unmissverständlich zum Ausdruck bringen.

Wenn Menschen über einen langen Zeitraum in einem solchen gesellschaftlichen Umfeld, welches durch das „Gemeinschafts-Ich“ geprägt ist, leben, tun sie sich auch in anderen Kulturkreisen schwer, ihre individuellen Bedürfnisse zu äußern und zu befriedigen. In Japan beispielsweise findet das deutsche Personalpronomen „ich“ seine Entsprechung nicht in nur einem einzigen Begriff, sondern in vielen sprachlichen Variationen, deren Anwendung im Einzelfall von der Situation, von den Adressaten sowie von der Hierarchie im gesellschaftlichen Umfeld abhängig ist.

In einer Kommunikationssituation unterschiedlicher Kulturen wird es deshalb zu Irritationen führen oder Missverständnisse zwischen den Parteien aufkommen lassen, wenn gegensätzliche Ich-Vorstellungen bestehen. In der Therapie-situation wird bei der am „Individual-Ich“ orientierten deutschen Musiktherapie die Beziehungsinitiative und Handlungsinitiative, welche vom „Selbst“ ausgeht, positiv bewertet, und daher wird vom Patienten/Klienten „Aktion“ verlangt. Bei der Therapie wird aus dem „Selbst“ heraus initiierte musikalische Aktivität und aktives, sprachliches Ausdrücken von Gefühlen für notwendig erachtet und dem Patienten/Klienten abgefordert – ein Japaner beispielsweise hat das nie gelernt. Unterstellen wir, dass der deutsche Musiktherapeut sowie sein Patient/Klient aus gegensätzlichen gesellschaftlichen Ich-Verständnissen heraus handeln. Einem Patienten/Klienten, der aus einem am „Gemeinschafts-Ich“ orientierten kulturellen Umfeld kommt, wird durch die Aufforderung zu entsprechenden Entäußerungen ein Verhalten abverlangt, welches einen klaren Verstoß gegen den Verhaltenskodex seiner Gesellschaft darstellt. Dieses wiederum stellt für ihn eine schwere Belastung dar, denn er ist es einfach nicht gewohnt, eigene Bedürfnisse unmittelbar darzustellen und gegen den gesellschaftlichen Verhaltenskodex zu verstoßen.

Der Patient, der nicht von selber agiert und reagiert, erweckt daher zunächst eher den Eindruck, als hätte er keinerlei Motivation zur Therapie. Eine derartige Beurteilung erweist sich dann insofern als falsch, wenn im Herkunftsland des Patienten sowohl das Schweigen als auch die Inaktivität beim Spiel als vollkommen kulturkorrektes gesellschaftliches Verhalten bewertet werden. Man muss hier grundsätzlich von der Erwartung der Patienten ausgehen, dass die Therapeutin/der Therapeut ihnen aufträgt, was sie tun sollen.

Auf ein ähnliches kulturell sensibles Interventionsbeispiel, welches sich von deutschen Beispielen unterscheidet, hat Maack (2004) in Bezug auf die Therapiesituation der Guided Imagery and Music (GIM) hingewiesen.

Auch der Umgang mit Krankheit wird folglich bei demjenigen, der seine Sozialisation in der Kultur des „Gemeinschafts-Ich“ durchlaufen hat, ein anderer sein. Seine Erkrankung ist kein bloß individuelles Geschehen und wird daher nicht nur von ihm allein durchlebt, sondern vom gesamten Umfeld seiner Familie. Lediglich den Erkrankten – sozusagen isoliert – zu therapieren, wird als nicht ausreichend erachtet.

Gefühle

Auch der Umgang mit Gefühlen ist im kulturellen Kontext zu hinterfragen.

Musiktherapeuten arbeiten – wie Therapeuten anderer Disziplinen auch – vornehmlich mit der Gefühlswelt ihrer Patienten/Klienten. In der Situation der Gruppentherapie werden in der freien Improvisation die SpielerInnen zur Äußerung und Beschreibung von Gefühlen aufgefordert. Die Äußerung von Gefühlen ist jedoch in einen kulturellen Kontext eingebunden. Ein Gefühl kann man verbal nur zum Ausdruck bringen oder es begreifen, indem man sich der Sprache bedient, mithilfe derer die Welt des sich Äußernden konstruiert ist. Diese Sprache wird in der Regel nur von demjenigen unmissverständlich gedeutet werden können, der im gleichen Kontext lebt oder einmal in ihm gelebt hat: Wenn ein „Asiat“, der seine Kindheit in seinem Heimatland verbracht hat und als Erwachsener nach Deutschland migriert ist, das Wort „schön“ äußert, bedeutet dies nicht unbedingt dasselbe im Sinne des Wortes „schön“, wie es der Einheimische verwendet. Es ist in diesem Falle davon auszugehen, dass der „Asiat“ deutsche Begriffe u.U. lediglich vokalbelmäßig scheinbar richtig benutzt, dabei jedoch dem Wort eine andere, nämlich dem kulturellen Kontext nicht entsprechende Bedeutung beimisst als der Therapeut. So kommt es zu Missverständnissen, die oft nicht bewusst werden.

Sprache als Kommunikationsmittel ist eine wichtige Komponente, deren Verständnis in der Therapie als selbstverständlich vorausgesetzt wird. Der verbale – Missverständnisse ausschließende – Austausch unter Verwendung der deutschen Sprache ist für Migranten allerdings häufig eine sehr anstrengende Angelegenheit.

Muttersprache und Therapie

Auf der „Fachtagung Migration, Integration und Gesundheit“, die am 15. und 16. März 2006 im Berliner Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg stattfand, wurde die Arbeit des Interkulturellen Gesundheitsnetzwerkes, dessen Anfang aus dem Jahre 1996 datiert, ausführlich vorgestellt. Unter anderem wurde ein Bericht über die Arbeit des „Zentrums für Interkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Super-

vision – ZIPP“ an der Charité Berlin vorgelegt. ZIPP bietet seit September 2002 ein spezifisches Behandlungsspektrum für Menschen an, die aus anderen Kulturen kommen. Dort stellte man anhand einer quantitativen Studie, die zwischen 2002 und 2005 durchgeführt wurde, fest, dass die deutschen Sprachkenntnisse bei der Mehrheit der Patienten (internationales Klientel), nämlich bei 54 %, die in der ethnopsychiatrischen Ambulanz behandelt worden waren, für eine fehlerfreie Diagnostik und eine adäquate Behandlung als nicht hinreichend anzusehen waren. Als Konsequenz aus den Ergebnissen dieser Erhebung wurden interne und externe Dolmetscher-Dienstleistungen installiert. ZIPP hebt die Bedeutung der Erkenntnis hervor, dass für eine erfolgversprechende Therapie die Berücksichtigung der Muttersprache der Migranten unumgänglich ist (Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg 2006).

Es erscheint verständlich, aus Kostengründen – Honorierung eines Dolmetschers – und seitens der Therapeuten wegen der Vermeidung des Aufwandes, die Behandlung allein in deutscher Sprache durchführen zu wollen. Dagegen spricht, dass Menschen zumeist nur in ihrer Muttersprache ihre Gefühlswelt so reflektierend zum Ausdruck bringen können, dass sie verstanden werden. Da Musiktherapie mit der Gefühlswelt zu tun hat, muss darüber nachgedacht werden, in wieweit Musiktherapie in Deutschland – will sie denn erfolgreich tätig sein – diese Aspekte (Muttersprache versus deutsche Sprache) – künftig verstärkt in ihre Arbeit einbeziehen muss.

Braak (2006) unterstützt diese Auffassung. Sie ist der Meinung, dass der Einbezug von Dolmetschern in der Musiktherapie notwendig ist, falls die Patienten/Klienten nicht in der Lage sind, unter Benutzung der deutschen Sprache – oder einer gemeinsamen dritten Sprache – den Wert, den sie ihrer eigenen Musik beimessen, sowie die daraus resultierenden Gefühle zum Ausdruck zu bringen, und somit ein gegenseitiger kultureller Austausch nicht möglich ist.

Es gibt erste Anzeichen dafür, dass Musiktherapie in Deutschland sich in Richtung interkulturelle Sensibilität bewegt. Es muss aber noch vieles auf diesem Feld getan werden, um Musiktherapeuten zu befähigen, mit Migrantenpatienten oder -klienten kultursensibel umzugehen. Um dieses Ziel zu erreichen, erscheint es sinnvoll und wünschenswert, die besonderen Bedingungen und Schwierigkeiten in der Therapie von Migranten breiter und intensiver, als dies bisher der Fall ist, zu diskutieren, weil auch und gerade aus einer nicht oder wenig erfolgreichen Therapie Lehren gezogen werden können.

„Interkulturelle Öffnung“ bedeutet Bewegung auf einander zu. Sie hat zur Voraussetzung, dass Angehörige verschiedener Kulturen ihre Bereitschaft erkennen lassen, die Kultur des jeweils Anderen kennen lernen zu wollen. Respekt der anderen Kultur gegenüber ist unabdingbar. Respekt in diesem Sinne bedeutet auch bereit zu sein, eigene Begrifflichkeiten in Frage zu stellen und zu überprüfen, welche Assoziationen diese beim Angehörigen der anderen Kultur hervorrufen. In dieser Situation befindet sich Musiktherapie in Deutschland heute.

Literatur

- Baer, U. (2006): Klänge der Zugehörigkeit, Lieder der Sehnsucht. Aus der interkulturellen musiktherapeutischen Arbeit. *Musiktherapeutische Umschau* 27, Heft 3, 255–260
- Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg, Abt. Gesundheit und Soziales Plan- und Leitstelle Gesundheit (2006): Dokumentation der Fachtagung Migration, Integration und Gesundheit. 10 Jahre Interkulturelles Gesundheitsnetzwerk am 15. und 16. März 2006. Berlin
- Braak, P. (2006): Interkulturelle Musiktherapie. *Musiktherapeutische Umschau* 27, Heft 3, 249–254
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.) (2005): Migration, Asyl und Integration in Zahlen. 14. Aufl. Nürnberg
- De Jong, J. (2001): Klassifizieren oder nuancieren? Psychodiagnostik mit Hilfe von DSM oder ICD. In: Hegemann T.; Salman R.(Hrsg.): *Transkulturelle Psychiatrie-Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Bonn
- Frankfurt a. M. (2007): <http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2879>
- Frohne-Hagemann, I.; Pleß-Adamczyk, H. (2005): Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Göttingen Hamburg (2007): <http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/soziales-familie/zuwanderung/service/integrationskonzept.html>
- Hegemann, T. (2001): Interkulturelles Lernen. Ein multidimensionaler Ansatz zum Erwerb interkultureller Kompetenz. In: Hegemann, T.; Salman, R. (Hrsg.): *Transkulturelle Psychiatrie-Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Bonn
- Hegemann, T.; Salman, R. (2001): *Transkulturelle Psychiatrie – eine Reise*. In: Hegemann T.; Salman R.(Hrsg.): *Transkulturelle Psychiatrie-Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Bonn
- Hill, J.; Röhl, M. (2002): Muß sich unser Gesundheitssystem auf die Betreuung von Migranten einstellen? In: Dettmers, Ch.; Albrecht, N.-J.; Weiller, C. (Hrsg.): *Gesundheit Migration Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenhilfkunde*. Bad Honnef
- Kobayashi-Weinsziehr, R.; Kraemer, M.; Rez, H. (2006): Warum Karl und Keizo sich nerven. In: Kumbier, D.; Schulz von Thun, F. (Hrsg.): *Interkulturelle Kommunikation: Methoden, Modelle, Beispiele*. Reinbek bei Hamburg
- Koch-Temming, H.; Findeisen, B. (2006): „Lost in Translation.“ Musiktherapie mit mutistischen Kindern aus Migrantenfamilien. *Musiktherapeutische Umschau* 27, Heft 2, 107–117
- Koch-Temming, H.; Plahl, C. (Hrsg.) (2005): *Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen-Methoden-Praxisfelder*. Bern
- Koptelzewa, G. (2004): Interkulturelle Kompetenz in der Beratung: Strukturelle Voraussetzungen und Strategien der Sozialarbeit mit Migranten. In: Moosmüller, A.; Roth, K. (Hrsg.): *Münchener Beiträge zur Interkulturellen Kommunikation Bd. 18*. Münster

- Maack, C. (2004): Kulturelle Aspekte in der Arbeit mit rezeptiver Musiktherapie – Am Beispiel von „Guided Imagery and Music“ nach Helen Bonny (GIM). In: Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.): *Rezeptive Musiktherapie*. Wiesbaden
- Machleidt, W. (2002): Ethnizität und transkulturelle Phänomenologie psychischer Erkrankungen. In: Albrecht, N.-J.; Dettmers, Ch.; Weiller, C. (Hrsg.): *Gesundheit Migration Krankheit – sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde*. Bad Honnef
- Matsui, K. (2004): *Musiktherapie unter soziokulturellen Aspekten von MigrantInnen in Deutschland – Eine Untersuchung anhand ausgewählter Fallbeispiele aus Fachzeitschriften*. Diplomarbeit, Universität der Künste Berlin
- Merkt, I. (2004): Musik in der Interkulturellen Arbeit. In: Hartogh, T.; Wickel, H. H. (Hrsg.): *Handbuch Musik in der sozialen Arbeit*. Weinheim, München: Juventa Verlag
- Mohammadzadeh, Z. (2004): Zur gesundheitlichen Versorgung von Migranten: Erfahrungen im Gesundheitsamt Bremen. In: Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales (Hrsg.): *MigrantInnen und Gesundheit im Saarland. Interkulturelle Öffnung als Voraussetzung für bessere Gesundheitschancen*. Saarbrücken
- Richter, C. (1999): Interkulturelle Begegnungen – Chancen und Probleme der musiktherapeutischen Behandlung von Ausländern und Migranten. *Musiktherapeutische Umschau* 20, Heft 2, 93–102
- Roeske, C. (2005): „Ach wie gut, dass niemand weiß ...“ – Musiktherapie für Kinder aus Migrationsfamilien bei Schulverweigerung. In: Koch-Temming, H.; Plahl, C. (Hrsg.): *Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen-Methoden-Praxisfelder*. Bern
- Schulze, H. (2006): *Migrieren – Arbeiten – Krankwerden – eine biographietheoretische Untersuchung*. Bielefeld
- Schwaiblmaier F. (2005): *Community Music Therapy*. *Musiktherapeutische Umschau* 26 Heft 2. 178–179
- Sluzki, C. E. (2001): Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: Hegemann T.; Salman R. (Hrsg.): *Transkulturelle Psychiatrie-Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Bonn
- Spohn, C. (Hrsg.) (2006): *zweiheimisch – Bikulturell leben in Deutschland*. Hamburg
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2007): http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrta2.asp

Keiko Matsui, Drakestr. 11 B, 12205 Berlin