

# Interkulturelle Entwicklung des Systemischen Feldes

## Vergleiche zwischen England und Deutschland

*Eia Asen im Gespräch mit Thomas Hegemann*

### Zusammenfassung

*In diesem Interview beschreibt Eia Asen die von ihm beobachteten Unterschiede zum Umgang mit interkulturellen Fragestellungen in den Systemischen Feldern in Großbritannien und Deutschland. Aus Deutschland stammend ist er als Praktiker, Lehrer und Autor seit 35 Jahren bestens mit dem systemischen Feld in Großbritannien vertraut. International bekannt wurde er*

*mit dem Konzept der von ihm und seinem Team entwickelten Multifamilientherapie, das er auch in Deutschland vielfach vorgestellt hat. Eia Asen und sein Zentrum haben immer einen spezifischen Fokus auf die interkulturelle Ausrichtung der therapeutischen Arbeit gelegt. Daher ist er wie kein anderer geeignet, Vergleiche zwischen diesen beiden Ländern zu ziehen.*

**T.H.:** Eia, wir kennen uns jetzt seit 20 Jahren. Ich erinnere mich gut an meinen ersten Besuch im *Marlborough Family Service* (MFS). Meine Freunde, die ich von früheren Arbeiten in London kannte, hatten mich auf Euer Zentrum aufmerksam gemacht, als ich ihnen von meiner Suche nach einer guten familientherapeutischen Ausbildung erzählt hatte. Ich war schon immer von London und seiner multikulturellen Bevölkerung fasziniert. Die Quartiere der Stadt spiegeln diese Fassetten in ihren Menschen auf den Strassen, in ihren Geschäften, Märkten und Lokalen, in ihren Gebetshäusern und ihrem einmaligen kulturellen Angebot wieder. Ich habe in dieser Stadt längere Zeit gelebt und gearbeitet und daher eine Reihe guter Freunde. Zur damaligen Zeit, 1988, war ich noch ganz begeistert von sozialpsychiatrischen Ideen und fand, dass keine therapeutische Weiterbildung in Deutschland, schon gar nicht die gängigen in Psychoanalyse oder Verhaltenstherapie, ausreichend Bezug zur sozialen Welt der Klienten nahm. Daher wollte ich eine systemische Wei-

terbildung machen, und die, dachte ich, wäre nur im Ausland zu finden.

Die Freunde hatten mir den damaligen Leiter Eures Services, *Alan Cooklin*, (Cooklin et al 1983) empfohlen und den deutschen Arzt, der da auch sei. So sind wir beide erstmalig ins Gespräch gekommen, und Du hast bei mir gleich eine Begeisterung für Euren Ansatz geweckt, die bis heute anhält. Ich habe dann ja bei Euch die Diploma-Weiterbildung gemacht, die für mich der Eintritt in die systemische Welt war. Von Anfang an hat mich besonders die interkulturelle Perspektive Eurer Arbeit begeistert.

Könntest Du uns hier beschreiben, wie diese Perspektive in die Arbeit des MFS eingezogen ist.

**E.A.:** Nun, ich bin schon seit über 30 Jahren dabei. Ich meine unsere Klinik, die wir damals von *Marlborough Day Hospital* in einen *Family Service* umgetauft hatten (Asen 1992, Asen et al 2001). Als Du uns vor 20 Jahren zum ersten Mal besuchtest, da waren wir eine eigentlich doch recht *weiße* Einrichtung – ich

meine jetzt nicht die Kittel (die wir auch übrigens nie trugen), sondern unsere Hautfarbe und, das muss ich auch gestehen, unsere Werte. Nun waren wir zwar nicht alle Briten, aber eben doch aus dem weißen Mittelstand – mitteleuropäisch, USA und Australien, etwa die Hälfte der Kollegen mit jüdischem Hintergrund, aber nichtsdestoweniger eine total weisse Institution. Die meisten von uns waren Überbleibsel der späten 60er Jahre, ‚alternativ‘ und rückblickend fast unangenehm zufrieden mit dem, was wir da ‚anti-psychiatrisch‘ machten. Das hatte auch etwas damit zu tun, dass einige von uns Mitte der 70er Jahre Supervision bei R.D. Laing genossen hatten. Unser Team war damals vor allem daran interessiert, mit marginalisierten Familien zu arbeiten und die enge Zusammenarbeit mit Salvador Minuchin, dessen erstes Buch ‚Families of the Slums‘ wir förmlich verschlungen hatten, untermauerte das weiter. Zu dieser Zeit dachten wir allerdings selten darüber nach, wie und ob unsere systemische Arbeit sich auch auf andere Kulturkreise übertragen ließe. Uns fiel dennoch auf, dass wir eigentlich sehr wenige ethnische Minoritäten-Familien behandelten – obschon wir doch in einem sehr multi-kulturell geprägten Stadtteil im Zentrum Londons arbeiteten – und das in einer von staatlichen Mitteln finanzierten Einrichtung. So sahen wir, dass nur sehr wenig KlientInnen aus Südostasien, China, der Karibik und Afrika zu uns kamen, und das ließ uns darüber nachdenken, wieweit unsere eigene Kulturgebundenheit und Zugehörigkeit zur dominanten kulturellen Gruppe vielleicht damit etwas zu tun haben könnte. So begann unser Team die Relativität unserer Werte und Therapiemodelle zu untersuchen und wir stellten fest, dass unser Ansatz doch sehr eurozentrisch war. So ‚erfanden‘ wir in den späten 80er und frühen 90er Jahren, ein kultur-spezifisches systemisches Training, und an einem solchen Kurs hast Du, Tom, vor all diesen Jahren ja selbst teilgenommen. Die Entwicklung und praktische Durchführung dieser Trainings hat unserem Team geholfen, mehr Klarheit in diesem Gebiet zu finden.

**T.H.:** Alan Cooklin hat es ja verstanden, ein internationales Kollegen-Team aufzubauen, was diese Idee glaubwürdig und fundiert vertreten hat. Was waren die Leitideen zum Aufbau dieses Teams und welche wichtigen Impulse haben Einzelne zur Entwicklung des ganz eigenen Marlborough-Profiles beigetragen?

**E.A.:** Wie verwandelt man nun eine ‚weiße‘ in eine ‚farbige‘ Institution? Anfang der 90er Jahre

entschloss sich unser Team, ein anti-rassistisches Training für die ganze Institution, einschließlich SekretärInnen und Verwaltung, durchzuführen. Das war sehr intensiv, anfangs ein paar volle Tage und dann regelmäßiges follow-up über Monate. Unser Trainer stammte aus Indien und scheute sich nicht, uns mit unserem ‚geheimen‘ und ‚subtilen‘ Rassismus zu konfrontieren. Dabei kam keiner mit dem Gütezeichen ‚nicht-rassistisch‘ weg und das war doch eigentlich schon sehr schockierend für uns alle, da wir uns selbst eigentlich als tolerant und liberal eingeschätzt hatten. Als wir dann allerdings bei diesem Training begannen, im Detail unsere eigenen Werte und Vorurteile zu äußern und zu untersuchen, da sahen wir schnell, dass der unterschwellige Rassismus, mit dem uns tagtäglich die Presse und andere Medien ‚füttern‘, auch von uns oft ‚unbewusst‘ und ‚unreflektiert‘ übernommen wurde und wird. Das äußerte sich beispielsweise in unserer Begründung, warum wir bisher keine Mitarbeiter mit einem Minderheitenhintergrund eingestellt hatten, nämlich dass sie nicht die ‚relevanten Qualifikationen‘ hätten. Bis dahin war es uns gar nicht in den Sinn gekommen, dass kulturelle Qualifikationen auch eine hohe Relevanz haben könnten.

Die Leitidee, die sich daraufhin entwickelte, war: je internationaler, sprich: multikultureller das Team ist, desto höher die Wahrscheinlichkeit, kultur-relevante systemische Arbeit zu entwickeln. Es war dann eigentlich ‚common sense‘, dass Kollegen aus anderen Kulturkreisen ihre eigenen Perspektiven und Wertvorstellungen einbringen würden, und dass das uns allen helfen würde, den Horizont zu erweitern. Das würde wiederum den KlientInnen aus unterschiedlichen Kulturen zu Gute kommen, die sich und ihre Problematiken besser verstanden wüssten. So entstand das Motto einer ‚weltoffenen‘ Einrichtung, die ein kulturübergreifendes Angebot machen konnte auch für ansonsten schwer erreichbaren Familien.

Nach diesem für uns alle doch recht bewegendem Trainingserlebnis überlegten wir uns, was wir nun zu ändern sei. Wir begannen mit dem, was weniger schwer und ‚machbar‘ erschien und so gestalteten wir unser Wartezimmer und die Behandlungsräume multi-kultureller. Es verschwanden die gutbürgerlichen Gemälde von Degas und Monet und sie wurden durch Bilder von nicht-weißen Familien und Thematiken ersetzt. Chinesische Kalender, Islamische Kalligraphie, Bilder von Hindutempeln und ähnliches zierte nun unsere Wände. Und natürlich überlebten

*auch einige europäische Bilder. All das war der weniger schwierige Teil des Anfangs.*

*Viel schwieriger war es, Kollegen aus ethnischen Minoritäten einzustellen, aber es ließ sich dennoch machen. Der Impetus ging vor allem von zwei meiner Kolleginnen aus, Ann Miller (aus Australien) und Inga-Britt Krause (aus Dänemark). Damals, anno 1994, haben wir Kontakt mit lokalen Gesundheitspolitikern aufgenommen, die – so war das damals – zwar viel von ‚equal opportunities‘ redeten, aber wenig taten, dieses Konzept auch in die Tat umzusetzen. Wir schlugen ein Projekt vor, für das wir finanzielle Unterstützung brauchten. Nach vielem Rangeln bekam unser Team finanzielle Unterstützung, befristet auf zwei Jahre, aber mit der Auflage, Evidenz für Notwendigkeit und Effektivität dieser Arbeit vorzulegen. So entstand unser ‚Asian Family Counselling Service‘: Wir stellten sechs MitarbeiterInnen teilzeitig ein, aus Bangladesh, Pakistan und China, die viel Erfahrung aus der Arbeit mit Minoritäten aus ihrem spezifischen Kulturkreisen mitbrachten und auch deren Sprachen mächtig waren (Bengali, Syleti, Urdu, Punjabi, Kantonesisch und Mandarin). Einige hatten vorher in der Jugendhilfe und in spezifischen kulturellen und religiösen Gemeindeeinrichtungen gearbeitet. Andere hatten medizinische Ausbildungen im Ausland gemacht und mussten erkennen, dass ihre Qualifikationen in England nicht voll anerkannt wurden. Zusätzlich wurde auch eine Forscherin eingestellt, die das Projekt begleitete und qualitative und quantitative Daten sammelte. Wir boten unseren neuen MitarbeiterInnen eine interne systemische Ausbildung an. Sie hingegen trainierten uns darin, kultur-spezifisch und -relevant zu arbeiten. Diese gegenseitige Ausbildung war eine wichtige Erfahrung und totale Bereicherung für uns alle, und schnell zeigten sich die Resultate: Familien, die wir vorher nie erreicht hatten, kamen nach und nach zu uns oder wir suchten sie in ihren Wohnungen auf. Wir mieteten einen Raum im chinesischen Gesundheitszentrum in Soho – unserem Chinatown. Nach zwei Jahren hatten wir bewiesen, dass wir erfolgreich mit ethnischen Minoritäten arbeiten konnten, so dass die Stellen für unsere asiatischen MitarbeiterInnen von der Gesundheitsbehörde unbefristet verlängert wurden.*

*Das war also vor zwölf Jahren, und seitdem haben wir dieses Projekt erweitert und einen arabisch-sprechenden ‚Arm‘ hinzugefügt. Wir sind grade dabei, unsere Arbeit mit afro-karibischen Klienten und Familien auszubauen und vor kurzem haben wir das Marlborough Cultural*

*Therapy Centre gegründet, das klinische Arbeit mit ethnischen Minoritäten mit Lehre und Forschung verbindet. Die lange Zusammenarbeit mit unseren nun gar nicht mehr ‚neuen‘ MitarbeiterInnen hat die ‚Kultur‘ unserer Institution eigentlich total transformiert. Die Institution ist ‚bunt‘ geworden und wir sprechen zusammen inzwischen etwa 20 verschiedene Sprachen und können so systemische Arbeit in vielen Muttersprachen anbieten. Die Zahl der Zuweisungen zum Marlborough Family Service hat sich in den letzten Jahren dramatisch erhöht, mit bis zu 1000 Neuzuweisungen pro Jahr.*

**T.H.:** *Ich habe mich ja zweimal für die Weiterbildung bewerben müssen und bei der ersten Ablehnung gedacht, dass ich als Ausländer keine Chance hätte. Als ich dann eine Jahr später genommen wurde, hat mich dann sehr beeindruckt, dass auch die Studiengruppe der Diploma-Weiterbildung 1990/91 sehr international zusammengesetzt war. Ich hatte das Glück mit KollegInnen aus Singapur, Nigeria, den USA und mit einer anderen Deutschen, sowie mit KollegInnen, die familiäre Wurzeln in Irland und Israel haben, lernen zu können. War das Zufall oder Absicht, die Gruppen so interkulturell zusammenzustellen?*

**E.A.:** *Wir haben – seit unserem antirassistischen Training – bewusst und gezielt versucht, multi- und interkulturell zu arbeiten, sei es bei der klinischen Arbeit oder bei der Weiterbildung. Das Präfix ‚multi‘ beschreibt so ziemlich, worum es bei uns geht: sich und andere aus soviel wie möglichen Perspektiven zu sehen. Das fördert die wohlwollende Neugierde in Bezug auf das ‚Andere‘ und hilft, sich der Relativität der eigenen Position bewusst zu werden und auch dessen, dass unsere Werte kulturell konstruiert sind und werden. Unser Interesse an der Multifamilien-therapie, unsere Ideen zur ‚Multipositionalität‘ des Therapeuten, unser multikulturelles Team und Klientel sind Beispiele dafür. Und da ist es dann auch kaum Zufall, sondern pure Absicht, dass wir bei unseren Weiterbildungen interkulturelle Gruppen zusammenstellen. Unsere Erfahrung ist, dass viele der Ausgebildeten anschließend auch vom multi-kulturellen Virus infiziert sind, und Du, Tom, bist ja ein Paradebeispiel dafür!*

**T.H.:** *Auch die Klienten kamen aus vielen verschiedenen Kulturen. Damals hatte ich ja eine Arbeitsstelle in der Kinderpsychiatrie in Harrow gefunden, wo ich einer ähnlichen Vielzahl von Kulturen begegnet bin. Bei Euch fand ich jedoch, dass viele Migrantenfamilien gezielt zu Euch kamen, obwohl sie aus anderen Bezirken*

kamen und daher auch andere Servicedienste hätten wählen können. Ich persönlich habe so Familien unter Lifesupervision gesehen, die ihre kulturellen Wurzeln in Portugal, Irland, Pakistan, Somalia, Barbados und China hatten. Es war für mich als Deutscher anfangs auch nicht leicht, unbefangen mit Familien zu arbeiten, deren jüdische Großeltern vor dem deutschen Terror aus verschiedenen Ländern Europas geflohen, und deren Verwandte ermordet worden waren. Wie habt Ihr Euch in der Londoner Versorgungslandschaft so platziert, so dass andere Dienste Euch die Klienten gezielt zuweisen, auch wenn sie nicht in Eurem Versorgungsgebiet wohnen?

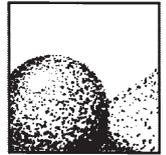
**E.A.:** *In den letzten 10 Jahren hat unser Projekt doch viel Interesse gefunden. Wir haben allerdings eine Menge Öffentlichkeitsarbeit gemacht. Unsere asiatischen KollegInnen sprechen oft im Radio – in Sendungen, die auf spezifische Minoritäten zugeschnitten sind. Wir haben viel publiziert, wir präsentieren unsere Arbeit in lokalen und internationalen Workshops und Tagungen. Wir haben sehr gute Kontakte zu Selbsthilfegruppen, Moscheen, Tempeln und Kirchen und arbeiten mit vielen Mullahs, Imanen, Priestern und Rabbis zusammen – so sind wir langsam stadtbekannt geworden.*

**T.H.:** Wir können hier auf die vielen Facetten der Arbeit des MFS nicht weiter eingehen. Das Konzept der Tagesklinik (Asen, 2005), das Schulprojekt (Asen, 2006) und die Multifamilientherapie (Asen & Scholz, 2008, Asen & Scholz, 2009) hast Du ja an andere Stelle ausführlich auch für deutsche Leser beschrieben. Alle diese Projekte durchzieht aber ein spezieller interkultureller Faden. Könntest Du für uns dieses interkulturelle Profil Eurer Arbeit noch einmal zusammenfassen?

**E.A.:** *Transskulturelles Lernen erfolgt am besten in kulturell gemischten und multi-professionellen Teams, wie in unserem Team im Marlborough Family Service in London. Hier haben wir speziell Therapeuten angestellt, die die ethnischen Minderheiten unserer Versorgungsbezirke widerspiegeln, so aus Bagladesh, China, Indien, Pakistan, aus arabischen Ländern und von den karibischen Inseln. Hier bekommen KlientInnen und deren Familien kultur-relevante Interventionen, einschließlich Islamisches Counselling. Diese KollegInnen helfen uns, kulturelle Kompetenzen zu erwerben und wir bilden sie systemisch aus – ein gegenseitiges Lehren und Lernen. Unser multi-kulturelles Team schickt so ein wichtiges Signal an unsere Klienten – und auch an andere Kliniken und Organisationen (Asen, 2007).*

**T.H.:** Schon während meiner Arbeit in England, und erst Recht nach meiner Rückkehr nach Deutschland 1992, war es für mich frappierend, dass in diesem Land, obwohl die absoluten und relativen Zahlen von Menschen mit Migrationshintergrund höher sind als in Großbritannien, eine fachliche Diskussion der Notwendigkeiten der Versorgung dieses Menschen in der therapeutischen und psychiatrischen Welt praktisch nicht stattfand. In den englischsprachigen Fachzeitschriften erschien damals in jeder Ausgabe ein relevanter Artikel, in den deutschen: nichts. Die Artikulation dieser Frage löste bei der großen Mehrheit der Professionellen, auch im systemischen Feld, Kopfschütteln aus. Bei dem ersten Workshop, zu dem wir Dich Anfang der 90er Jahre nach München eingeladen haben, hast Du diese Verwunderung über diese Unsensibilität hier ja noch geteilt.

Dies hat sich ja nun glücklicherweise in den letzten 15 Jahren eindrucksvoll verändert. Du konntest diesen Prozess gut beobachtet. Mehrfach jährlich redest Du in Deutschland auf Tagungen, leitest Workshops und hast auch Teams als Supervisor begleitet. Mit Deinen persönlichen Wurzeln in unserem Land hast Du über den professionellen Kontakt auch Verbindungen zu öffentlichen und privaten Diskussionen zu diesem Thema.



Wenn Du nun die aktuelle interkulturelle Diskussion hier mit der bei Dir daheim in England vergleichst, welche Ähnlichkeiten und Unterschiede fallen Dir auf?

**E.A.:** *In den angelsächsischen Ländern ist interkulturelle Kompetenz seit vielen Jahren wichtig und gefragt und im systemischen Familientherapiebereich voll in Lehrprogramme integriert. Kollegen aus den verschiedensten Kulturen lehren in Ausbildungsinstituten und ethnische Minoritäten sind so auch auf dieser Ebene vertreten. Im klinischen Bereich arbeiten wir in London mit Kollegen und ‚gestandenen‘ KlientInnen aus all den Ländern oder Regionen, aus denen die betroffenen Familien stammen. Wir haben das geschafft, weil wir aktiv potentielle Mitarbeiter aus den relevanten Kulturen suchten und uns dann gegenseitig ausbildeten. Ich sehe das in Deutschland weniger – man sieht hier viel weniger Kollegen aus anderen Kulturkreisen und wenn, dann nicht in leitenden Funktionen. Bei Veranstaltungen in Deutschland fällt mir immer wieder auf, wie relativ ‚weiß‘ das Publikum und die Diskussionen sind. Da ist die Gefahr der ‚Exotisierung‘ groß, wenn Ins-*

*tititionen sozusagen als eine Art ‚Feigenblatt‘ einer oder vielleicht sogar zwei ‚nicht-weiße‘ Mitarbeiter einstellen.*

**T.H.:** Hier in Deinen Ausführungen, und auch in der Diskussion in der englischsprachigen systemischen Literatur zu dieser Thematik, fallen immer wieder Begriffe wie „Race“ und in diesem Zusammenhang auch „Black“ und „White“. Die größten Minoritätengruppen in Deutschland kommen aus der Türkei, aus dem russischen Kulturraum und aus den Balkan- und Mittelmeerländern. Da ist diese Begrifflichkeit irritierend. Der Begriff „Rasse“ ist auf dem Hintergrund unserer Geschichte ja generell nicht so einfach zu gebrauchen. In den Medien wird ja auch viel mehr von „Fremdenfeindlichkeit“ und „Antisemitismus“ geredet als von „Rassismus“. Könnest Du bitte noch einmal dazu Stellung nehmen, was mit den Begriffen „Race“, „Schwarz“ und „Weiss“ gemeint ist.

**E.A.:** *Wenn ich in Deutschland mit KollegInnen spreche, dann benutze ich eigentlich nie das Wort „Rasse“, da es für mich als Deutscher doch zu sehr vorbelastet ist. Hier in Großbritannien allerdings läuft mir das Duo „race and culture“, das eigentlich bei allen systemischen Ausbildungsprogrammen einen prominenten Platz einnimmt, total lässig vom Mund. Aber ich hätte totale Hemmungen, auf deutsch über „Rasse und Kultur“ zu sprechen – diese beiden Worte kann man doch eigentlich nicht in einem Atemzug nennen! ‚Race‘ ist im englischen Sprachgebrauch bei den vom Social Constructionism beeinflussten Systemikern in keiner Weise ein biologisch angehauchter Begriff, sondern hat viel gemeinsam mit den Begriffen ‚ethnicity‘ und ‚culture‘. Wenn wir von „Rasse“ reden, dann meinen wir meist sich selbst definierende (self-identified) Gruppen, mit gemeinsamen beliefs and practices bezüglich Kultur, Geschichte und dominanten Narrativen – von denen einige vielleicht sogar politisch sein mögen.*

*‚Black‘ und ‚white‘ waren vor 20 Jahren Begriffe mit heftigen politischen Untertönen – wer nicht ‚weiß‘ war, war eben ‚schwarz‘. Die (politisch) „Schwarzen“ (es konnte sich um Afrikaner, Inder, Chinesen handeln) hatten einiges gemeinsam: sie waren unterprivilegiert, marginalisiert und diskriminiert. „Schwarz“ war eine Kurzformel, die ihren Nutzen hatte, da sie uns aufmerksam auf jede Art von Diskriminierung machte, aber da gab es auch das Risiko einer ‚Schwarzweißmalerei‘ und einem für viele unakzeptablen Reduktionismus. Unsere chinesischen Mitarbeiter z.B. wollten sich nach ein*

*paar Jahren absolut nicht mehr als ‚schwarz‘ definieren und so setzte sich zunehmend der Begriff ‚nicht-weiß‘ durch, um diskriminierende Praktiken, die etwas mit anderer Hautfarbe oder spezifischen Kulturkreisen und Ethnizitäten zu tun hatten, weiter im Auge zu behalten.*

*Interessanterweise gibt es im Englischen keinen äquivalenten Begriff für ‚Fremdenfeindlichkeit‘ – hinter dem sich ja doch die verschiedensten Formen von Rassismus verbergen, wie Antisemitismus, Antimuslimismus, Antischwarzismus, Antitürkismus usw. Es lässt sich ja auch darüber streiten, wer und was nun wirklich ‚fremd‘ ist: In Großbritannien leben ja viele Menschen mit schwarzer Hautfarbe weitaus länger dort als viele zugewanderte „Weiße“ – die letzteren sind also eigentlich ‚fremder‘. So ist für mich der Begriff ‚Fremdenfeindlichkeit‘ eigentlich irreführend wie auch irgendwie steril und saniert.*

**T.H.:** Ich könnte dieses Gespräch wie die vielen, die wir schon vorher bei uns oder bei Euch daheim und letztes Jahr mit Deinen Kolleginnen im Garten des MFS geführt haben, noch lange fortführen. Leider haben wir auch jetzt nur eine begrenzte Zeit zur Verfügung. Zum Abschluss möchte ich Dich gerne bitte, uns Deine Wünsche und Empfehlungen für eine kreative Zukunft einer interkulturellen Perspektive der systemischen Arbeit in Deutschland mitzugeben.

**E.A.:** *Ich denke mir, dass interkulturelle Arbeit auf verschiedenen Ebenen simultan gemacht werden muss und zwar auf der Ebene der systemischen Ausbildung, der klinischen Praxis, der institutionellen Arbeit – an und mit sich und dem Team – und auf der Ebene der Politik, mit grossem und kleinem ‚P‘. Alle systemischen Institute sollten von Anfang an – und nicht nur in Form von einer ‚ethnischen Happy Hour‘ (die es dann vielleicht einmal im Jahr gibt) – interkulturelles Denken und Arbeiten fest in das Kurrikulum einbetten – nicht als eine leidige Pflichtübung, sondern als eine notwendige Perspektivenerweiterung. In der klinischen Praxis sollten in Deutschland meiner Meinung nach viel mehr systemisch arbeitende Kollegen aus den verschiedensten Kulturkreisen angestellt werden. Dies müsste man aktiv rekrutieren, vielleicht sogar mit Hilfe von positiver Diskriminierung um bisher Versäumtes aufzuholen. Ich habe schon davor gewarnt, dass diese KollegInnen nicht zu Feigenblättern für eine anderweitig eurozentrische arbeitende Institution werden. Das heißt, dass sie zentrale und auch führende Positionen in klinischen und auszubildenden Insti-*

tutionen einnehmen sollten. Allerdings bedeutet das, dass sich Institutionen ihres eigenen ‚institutionalisierten Rassismus‘ bewusst werden. Das lässt sich nicht aus Büchern lernen, auch nicht nur durch Selbstreflektion, sondern durch anti-rassistisches Training – durch ‚Außenseiter‘. Die Bildung von multi-kulturellen Teams, einschließlich gegenseitiger Schulung mit und von Dolmetschern, hilft Brücken zu bauen. Die Abwesenheit von multi-kulturellen Teams könnte man auch als Beispiel des institutionellen Rassismus verstehen. Ohne da auch politisch zu arbeiten, zumindest auf lokaler Ebene, wird sich nichts grundlegend

ändern – Antirassismus ist ja, wenn man sich das auf deutscher nationaler Ebene anschaut, nicht etwas, das systematisch – und schon gar nicht systemisch – angegangen wird.

**T.H.:** Eia, ich möchte Dir herzlich danken, für diese Erklärungen. Sie haben für mich ja nicht nur die Unterschiede zwischen dem Systemischen Feld in Großbritannien und dem in Deutschland aufgezeigt, sondern haben mich und sicher auch die Leserinnen und Leser angeregt, über die Praxis in unserem Land und in unseren Instituten und Einrichtungen intensiver nachzudenken.

## Summary

*In this interview, Eia Asen outlines his views on differences in the systemic fields in Britain and Germany concerning intercultural issues. As a native German, he is best acquainted with the systemic field in Britain as a practitioner, teacher and author for more than 35 years. He gained international reputation for the concept of Multi-*

*Family-Therapy, which he and his team developed in London. Widely he presented this in meetings and conferences in Germany as worldwide. Eia Asen and his team always put a specific focus on an intercultural perspective of their work. So he is, as no other, suitable to highlight intercultural work from the perspective of both countries.*

## Literatur

**Asen, Eia** (1992): ‚Tagesklinik für ganze Familien‘. TW Neurologie Psychiatrie 6, 492-499

**Asen, Eia; Dawson, N. & McHugh, B.** (2001): ‚Multiple Family Therapy – the Marlborough model and its wider applications‘. Karnac, New York and London

**Asen, Eia** (2005): Von Multi-Institutionen-Familien zur Selbsthilfe. Zeitschrift für Systemische Therapie und Beratung 23: 166 – 171

**Asen, Eia** (2006): Kinder und Erwachsene in der Multifamilientherapie. Psychotherapie im Dialog 7: 49 – 52

**Asen, Eia** (2007): Beispiele zur interkulturellen Therapie. Wege zum Menschen 59: 332-341

**Asen, Eia & Scholz, M.** (2008): Multi-Familientherapie in unterschiedlichen Kontexten. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatrie 57: 362 – 380

**Asen, Eia & Scholz, M.** (2009): Praxis der Multifamilientherapie. Carl-Auer, Heidelberg

**Cooklin, A.; Miller, A. & McHugh, B.** (1983): An institution for change: developing a family day unit. Family Process 22: 453-468



## Kontakt zum Verfasser

[eia.asen@nhs.net](mailto:eia.asen@nhs.net)

## Kurzbiografie

**Eia Asen** ist Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie wie für Erwachsenenpsychiatrie und – psychotherapie. Er hat Medizin in Berlin studiert und arbeitet seit über 35 Jahren in London. Er ist der Direktor des Marlborough Family Service und systemischer Therapeut.

**Aus: Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung 2/2009**  
**Copyright verlag modernes lernen Dortmund • Alle Rechte vorbehalten!**