

»Ihre Worte trage ich bis zu unserem nächsten Termin mit mir.«

Ulrike Kluge im Gespräch mit Insa Härtel

Versprechen in der klinischen Arbeit

Insa Härtel: Vielleicht starten wir mit der Frage, was Du Dir von Deiner Arbeit versprichst.

Ulrike Kluge: Das ist eine ziemlich schwierige Frage, die sich wohl auf meine klinische Arbeit am ZIPP¹ richtet. Vielleicht kann ich dabei auch über Forschung sprechen, weil ich es häufig so erlebe, dass ich, wenn ich viel in der akademisch-administrativen Welt unterwegs bin, die Arbeit mit den Patient/innen als entschleunigt wahrnehme. Sie beruhigt mich oft, obwohl es teilweise sehr schwierige Geschichten sind, die gerade unsere Patient/innen mit den Fluchthintergründen mitbringen.

Wenn das Thema ›Heilversprechen‹ ist: Ich denke ganz selten darüber nach (und vielleicht ist das auch ein Problem), wie ich die Patient/innen ›retten‹ oder ›heilen‹ kann; sondern eher darüber, wie ich mit ihnen gemeinsam Sinn herstelle. Sowohl für die Patient/innen, als auch für mich.

Man muss außerdem unterscheiden: Bei den Patient/innen, die ich in der Institut-sambulanz der Klinik sehe, ist ein ganz anderes Versprechen wirksam als bei denen, die ich in der Analyse-Praxis dreimal in der Woche sehe. In der Analyse-Praxis bin ich relativ klar, dass die Psychoanalyse nicht das Versprechen von Glück enthält. Das führt häufig auch zu Frustration – zumindest erlebe ich es so, dass es ein enttäuschendes Moment für die Patient/innen sein kann, wenn das so formuliert wird und im Raum steht.

Ich habe mal eine Patientin gehabt, bei der ich sagen würde, das ist quasi eine ›Traumanalyse‹ gewesen – das hat man ja nicht so oft. Sie ist mit vielen Symptomen und in einer schlechten Verfassung zu mir gekommen, ihre damals aktuelle Lebensrealität war wirklich schwer aushaltbar, sie war sehr destruktiv und eigentlich war die Behandlung prognostisch wenig günstig einzuschätzen – und dann ist das wirklich gut gelaufen. Vielleicht auch vor dem Hintergrund, dass die Analyse zu Ende ging, hat sie die letzten 30, 40 Stunden dann sehr progressiv erlebt. Und dann, in den letzten zwei Stunden, hat sie mir

1 Ulrike Kluge leitet das Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie (ZIPP), dazu gehört die AG Transkulturelle Psychiatrie an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Universitätsmedizin Berlin.

alles hingeworfen und gesagt: »Was hat das jetzt eigentlich gebracht? 330 Stunden und ich habe immer noch so große Konflikte in meiner Beziehung.« Das konnten wir dann wieder einfangen, aber es war interessant, wie das divergierte bzw. dass ich gar nicht so deutlich gespürt habe, wie sie trotz meiner transparenten Haltung auf das Glück gehofft hat, darauf, dass nach der Analyse alles ganz einfach sein sollte.

IH: Du hast gesagt, das war eine Traumanalyse, fast wie eine Ideal-Analyse, die sehr gut gelaufen ist: Was ist es, das dann gut läuft? Was war daran der Traum, das Traumhafte für dich?

UK: Sie hatte wirklich massive Symptome: Sie hat teilweise kaum noch geschlafen, hatte Angstzustände, konnte nicht mehr rausgehen, hatte schwere Depressionen, das Studium abgebrochen, es gab große Konflikte mit den Eltern. Und dann hat sie das zweite Studium perfekt gemeistert, hat sich ein soziales Umfeld in Berlin aufgebaut, hatte zwei Hiwi-Jobs parallel. Und auch ihre Beziehungen: Während der Analyse hatte sie eine relativ lange, stabile Beziehung, eine ziemlich gute. Dann die zögerliche Wiederannäherung an die Eltern bzw. die Anerkennung der Grenzen dieser Beziehungen. Also im Grunde alles, was man sich so wünscht im analytischen Arbeiten – dass jemand ein autonomes, selbstbestimmtes, erfülltes Leben leben kann – war gelungen. Aber es war eben weiter anstrengend. Sie musste aber zu diesem Zeitpunkt gehen, weil die Analyse vorbei war. Und weil sie sich auch progressiv verändern und sich ablösen wollte und durchaus wusste, dass es Teil des analytischen Prozesses ist, irgendwann in die Welt hinaus zu gehen. Aber sie konnte am Schluss nicht mehr sagen: »Das war hier gut, das hat mich getragen.« Abschiednehmen war eines ihrer zentralen Themen – und eines meiner Ziele in der Analyse lautete: trauern und Abschiednehmen zu können. Aber offensichtlich ist mir oder ist uns beiden gemeinsam nicht gelungen, das Trauern in den letzten Sitzungen so erlebbar zu machen, wie sie sich das gewünscht hätte. Ich hatte Sorge und die Hoffnung gleichermaßen, dass sie noch einmal hätte aggressiv werden können, sich das aber am Schluss nicht getraut hat, und dass ich das in meiner eigenen Ambivalenz nicht forciert habe.

IH: Was ich da implizit herausgehöre: Es gibt schon einen Wunsch – ob es ein Versprechen ist, weiß ich nicht –, dass der Mensch erfüllter und selbstbestimmter aus der Analyse geht. Könnte man das so formulieren?

UK: Ja. Gleichzeitig ist dabei das Thema der Autonomie und des Selbstbestimmten mit deutschen Patient/innen in der Analyse klarer: Als unausgesprochene, z.T. auch unbewusst geteilte Idee, als geteiltes Ziel. In meinem transkulturellen Arbeitskontext ist das eher eine Frage: Ist es das, worum es am Ende geht? Kann es darum gehen? Und was heißt das eigentlich? Da muss so etwas gemeinsam erst einmal exploriert werden. Und dann zweifle ich manchmal, wenn ich in den ›klassischen Analysen‹ sitze, ob ich das dort nicht auch viel stärker tun müsste. Dass ich also in den ›deutsch-deutschen‹ Settings analog der transkulturellen Kontexte in der Ethnopsychiatrischen Ambulanz vielleicht auch stärker hinterfragen müsste, worum es gehen soll, ob von den vermeintlich geteilten Werten auszugehen ist. Ich glaube, eine unhinterfragte Voraussetzung der unbewussten, geteilten Codes geschieht mit deutschen Patient/innen viel häufiger als in einem Kontext, in dem das ›Fremde‹ quasi sichtbarer ist. Schwierig zu beantworten ist auch die Frage: Wie transparent muss ich mein ›Heilversprechen‹ – oder meine Ideen, Werte, Vorstellungen – machen, um etwas Gemeinsames herzustellen?

»Ihre Worte trage ich bis zu unserem nächsten Termin mit mir.«

IH: Um was wird da gerungen – im Unterschied zu den Fällen, in denen die Codes quasi unhinterfragt geteilt zu werden scheinen?

UK: Etwa um den Begriff der Autonomie. Wenn beispielsweise eine Frau zu mir kommt, für die dieser Begriff eigentlich der zentrale Konflikt um so etwas wie Zugehörigkeit ist. Also: Mit wieviel Autonomie und Wunsch nach Autonomie gehöre ich eigentlich in welchen Kontext? Und welcher Kontext und welche Zugehörigkeit verbaut mir meine Autonomie und meine Selbstbestimmtheit? Ganz klassische, plakative Geschichten fallen mir dazu ein. Wenn ich das autonome Subjekt als Ziel der Analyse vor Augen habe und eine junge Frau mit einem solchen Ziel, den dazugehörigen Phantasien und resultierendem Verhalten ihre Zugehörigkeit zu ihrer Familie potentiell gefährdet, ist natürlich die Frage, ob sie das eigentlich tragen kann. Was ist darin das individuelle Leid und was ein gesellschaftlicher Konflikt, der individuell ausgetragen werden muss? In solchen Fällen wird noch stärker als sonst sichtbar, wie das Individuelle mit dem sozial-kulturellen Kontext verwoben ist. Und für mich steht damit im Raum, dass ich das eigentlich nie *detanglen*, nie ganz genau entwirren kann. Aber manchmal tue ich einfach so, als ob ich es könnte.

IH: Das steckt m.E. schon in einem Autonomie-Ideal selbst. Es ist ja eine Unmöglichkeit in sich, gerade mit der Psychoanalyse gedacht, die mit ihren Übertragungsprozessen in Frage stellen kann, dass es so etwas wie ein *autonomes Subjekt* gibt. Es ist in dem Ideal selbst verankert, könnte man vielleicht sagen, dass Autonomie auch ein ›Heilversprechen‹ – oder auch: ›Unheil-Versprechen‹ – ist, je nachdem, wie man es dann fasst.

UK: Hinsichtlich des Heilversprechens scheint mir dabei für die Patientinnen und Patienten mit Flucht- und Migrationsgeschichte die Klinikambulanz als Institution, oder besser als ›Ort‹, sehr bedeutsam. Ich erlebe es so, dass die Patient/innen ihn sehr stark besetzen: als ein Versprechen, dass es ein Ort ist, wo ihnen geholfen wird. Aus meiner Erfahrung erleben die Patientinnen und Patienten dort eine schützende Institution. Das liegt an den Gebäuden und ihrer Symbolik, aber natürlich auch daran, dass ein multidisziplinäres Team, verschiedene Behandelnde und Versorgende zur Verfügung stehen. Das ist in der Analyse-Praxis so nicht der Fall. Ebenso die ärztliche Autorität – natürlich wird eine Psychoanalytikerin auch als Autorität wahrgenommen, aber völlig anders. Diejenigen, die in eine analytische Therapie kommen, kommen über andere Wege. Eben nicht in das Krankenhaus oder die Klinik, die schon in ihrer Architektur, ihren Räumen Symbole für Heilung und Kurieren sind. Aber diese soziale Funktion und ihre Wirkmacht, die ein Krankenhaus, eine Klinik hat – in einem ganz positiven Sinne – ist für die Behandlungen nicht zu unterschätzen.

Herstellung geteilten Sinns

UK: Interessant ist, dass der Begriff der Heilung bei der WHO nicht auftaucht. Die WHO hat ja mittlerweile eine neue Sicht auf das Verhältnis von Krankheit und Gesundheit. So etwas wie Heilung taucht nur bei den alternativen ›Anderen‹ auf – *traditional healing* – und wird damit quasi im globalen Süden verortet. In diesem Kontext hat ein Psychosomatiker, Egnew, festgestellt, dass es in der Medizin seit Jahrzehnten keinen operationalisierten Begriff der Heilung gibt. Er hat dazu *medical experts* interviewt und geschaut, was diese unter Heilung verstehen. Interessanterweise konnte er drei zentrale Themen herausarbei-

ten: etwas *Ganzheitliches, Narratives, Spirituelles*. Die Befragten haben es im Sinne eines Prozesses mit dem Ziel verstanden, anhand subjektiver Leidenserfahrungen gemeinsam zu einer Bedeutung zu gelangen, oder auch: das Leiden zu transzendieren und Bedeutung herzustellen. Auch wenn das eine Reihe von Ärzt/innen, Psychiater/innen sicher unterschreiben würde, fällt mir in der Praxis immer wieder auf, wie wenig das tatsächlich stattfindet, bzw. ganz simpel, wie häufig die Zeit dafür fehlt.

So ist es auch zu verstehen, dass im medizinischen Kontext, wenn man den Begriff des ›Ganzheitlichen‹ fallen lässt, beim Gegenüber oft, das behaupte ich jetzt zumindest mal, zuerst der Gedanke auftaucht: »Ganzheitlich, das dauert immer sehr lange und nimmt ganz viel Zeit in Anspruch«. Und das ist natürlich auch so: Zu sprechen, zu erzählen, Bedeutung herzustellen, braucht Zeit. Da ist die Psychoanalyse natürlich wiederum an einem anderen Pol als der medizinisch-psychiatrische Kontext, in dem das Primat der Effizienz und Ökonomisierung schon seit längerer Zeit viel präsenter ist. Damit einher geht ein impliziter Imperativ, der suggeriert, dass eine Behandlung schnell ›zu schaffen‹ wäre.

IH: Also wieder auch eine Art Versprechen. Aber wie sind denn die Begriffe ›ganzheitlich‹ oder ›Heilung‹ – das können ja beides provokante Begriffe sein – für dich besetzt?

UK: Vor anderthalb Jahren hätte ich gesagt: Ich heile nicht. Also: ›Heilung‹ nach Art eines idealen Prozesses, an dessen Ende Heilung im Sinne von ›zusammen‹, ›fertig‹, ›rund‹, ›heil‹ stehen würde – nee. Es gibt dieses Buch von Donna Haraway: *Staying with the Trouble* (2016) – das ist eher etwas, von dem ich sagen würde, das ist mein Versprechen: Ich kann unterstützen, das Chaos, die Überforderung und die Ambivalenzen zu halten. Inzwischen würde ich auch sagen: Heilung ist selbst ein kontinuierlicher, fortlaufender Prozess, bei dem das Ende gar nicht das Zentrale ist, sondern der Prozess selbst.

IH: Dein Versprechen hast Du vorhin auch als eine Art Sinngebungsprozess beschrieben. Würdest Du sagen, dass da eine Ähnlichkeit besteht zu dem, was Du mit dem Heilungsbegriff als Herstellung von Bedeutung skizziert hast? Und heißt ›Sinn‹, Sinn aus der eigenen Geschichte machen zu können, oder was ist Sinn dann genau?

UK: Naja, das ist schwierig. Ich würde immer sagen, das hängt sehr von mir in der aktuellen Situation ab, davon, was ich anbieten kann – wie ich mich gerade in der Welt verorte –, aber auch sehr vom Gegenüber. Ich war 2019 bei dem Kongress der *International Psychoanalytical Association* (IPA) in London und habe festgestellt, wie fern ›der‹ Analyse eigentlich ›der‹ Körper ist. Ich denke, es könnte dafür noch viel mehr Aufmerksamkeit geben, auch im Sinne von: sich in der Welt zu verorten und eingebettet zu sein, seinen Ort zu finden. Ich habe gestern zum ersten Mal diese Netflix-Serie *Black Mirror* geschaut, weil Patient/innen von mir immerzu davon gesprochen haben, und habe gedacht: Was? Wie? Ich habe dieses virtuelle Spiel ganz schlecht ausgehalten. Ich habe beim Schauen der Serie physisch wahrgenommen, wie die Verortung des Körpers in Zukunft noch schwieriger werden könnte. Bezogen auf das Digitale merke ich nun, dass man noch viel mehr auf das Körperlich-Physische achten sollte. Wo gehöre ich eigentlich hin? Und wie schlage ich irgendwo auf und sage: Hier bin ich jetzt. Und hier möchte ich sein.

Was die (Wieder-)Herstellung einer eigenen Geschichte betrifft, würde ich schon sagen, dass ich, wenn ich z.B. an psychotische Patient/innen denke, einen ›inneren Guide‹ als ein Ziel habe: eine Narration des eigenen Lebens der Patient/innen (wieder-)herzustellen, die dann geteilte Wirklichkeit werden kann und die die Wirklichkeit

»Ihre Worte trage ich bis zu unserem nächsten Termin mit mir.«

oder das Erleben, das zum Beispiel Angehörige nicht teilen, mit deren Wirklichkeit wieder verbindet. Zugleich würde ich – gewagt – behaupten, dass psychotisches Erleben manchmal eine sinnvolle Abwehrformation von Gefühlen und inneren Zuständen sein kann, die noch bedrohlicher sind oder erlebt werden, als die psychotischen Symptome. Und es erscheint mir als unglaublich schwieriger Prozess, dann Sinn herzustellen, der wirklich ein geteilter Sinn ist.

Ich finde es oft großartig – auch wenn es sehr anstrengend ist –, wenn Kollegen/innen mit psychotischen Patient/innen in Gruppen arbeiten. Denn das Aushandeln dessen, was sinngelend sein kann, finde ich sehr wichtig. Und manchmal denke ich, dass das dialogisch viel schwieriger ist, als in einer Gruppe.

Prozesse der Aushandlung

IH: Ich habe gerade gedacht, aus einer kulturtheoretischen Perspektive könnte man nochmal in Frage stellen, ob das Geteilte unbedingt ein Sinn sein muss. In Anlehnung an jemanden wie Roland Barthes in *Das Reich der Zeichen* (1981) könnte man vielleicht sagen, dass zumindest eine bestimmte Art von Sinn auch ein eher imaginäres Versprechen sein kann. Damit verbindet sich die Frage: Verknüpft sich eine Art von Kulturtheorie mit Deiner Arbeit, oder ist das eher etwas Getrenntes? Gerade, weil Du ja in transkulturellen Bereichen arbeitest, stellt sich diese Frage, finde ich.

UK: Vielleicht kannst Du das nochmal konkreter formulieren, wie das Kulturtheoretische in unsere Arbeit hineinkommen könnte.

IH: Du hast es im Grunde schon selbst angesprochen, als wir eben über die ›Autonomie‹ gesprochen haben. Ich würde sagen, aus einer kulturtheoretisch-psychoanalytischen Sicht ist der Autonomie-Begriff ein fragwürdiger. Und gleichzeitig ist es einer, der in der klinischen Praxis gang und gäbe ist. Da könnte eine wechselseitige Reflexion stattfinden. Und das passiert, beispielsweise dadurch, dass Du durch Deine Patient/innen, die die Autonomievorstellung nicht einfach fraglos teilen, darauf gebracht wirst. An solche Stellen habe ich gedacht.

UK: Es gibt einen guten Aufsatz von Wohlfart und Özbek (2006), der genau diese Frage diskutiert. Was es eigentlich heißt, wenn wir, wie in dem dort besprochenen Fall, mit einer jungen Patientin arbeiten, die in einem anderen, ›traditionellen‹ Milieu aufgewachsen ist und lebt, und für die eine individuelle Autonomie potentiell zu einem intrapsychischen Konflikt führt, resultierend aus dem ›inneren‹ Verhandeln der Werte der Herkunftsgruppe und derjenigen der Mehrheitsgesellschaft. Zu letzteren gehören auch unsere euroamerikanisch determinierten psychotherapeutischen Ziele wie z.B. Autonomieentwicklung. Aber ein psychoanalytischer Zugang bietet die Möglichkeit, genau das zu thematisieren, einen Schritt zurückzutreten. Wohlfart und Özbek haben damals angelehnt an Winnicott, Bion, Nadig und Bhabha das Konzept des *Transkulturellen Übergangsraums* entwickelt, in dem es um die Aushandlung zwischen dem Eigenen und dem Fremden, Gestern und Heute, Innen und Außen im therapeutischen Kontext geht.

Zusammenarbeit im Team

UK: Wir sind ein kleines Team in der Ambulanz der Klinik. Wir haben alle eine psychoanalytische Ausbildung, in einer Institution, die schwerpunktmäßig verhaltenstherapeutisch arbeitet. Unser Team besteht aus Kolleg/innen mit sehr diversen kulturellen Hintergründen, für die das Analytische und die Arbeit mit unseren Patient/innen so etwas wie eine ferne ›geteilte Heimat‹ ist. Wir haben uns immer mal wieder gefragt, wie es kommt, dass wir alle z.T. schon seit 14 Jahren in der Institution arbeiten. An einer Universitätsklinik herrscht zumeist eine hohe Fluktuation, und es ist ein Umfeld in dem wir mit unserem transkulturellen, psychodynamischen Zugang immer wieder um Anerkennung kämpfen müssen. Es hat sich in uns in den letzten Jahren damit die Idee verfestigt, dass dieses transkulturelle, multiprofessionelle Team nicht nur für die Patient/innen bedeutsam, sondern auch für die Arbeit von uns Behandler/innen zentral ist. Das Team hat für uns alle auch die Funktion, uns mit der Frage zu beschäftigen: Was ist meine Zugehörigkeit? Geographisch, soziokulturell, professionell. Es wurde uns immer deutlicher, wie wichtig diese Auseinandersetzung für unsere Reflexion über die Patient/innen ist. In die andere Richtung gedacht: Wie bedeutsam ist Nachdenken über die Geschichten und Familien der Patient/innen, mit denen wir arbeiten, für jede/n von uns? Es bringt uns als Team in ein Miteinander und ein Verstehen und gibt unserer Arbeit Sinn. In diesen Verstehens- und Aushandlungsprozessen schien uns ein Nachdenken über kulturelle Hintergründe zunehmend nachrangig, da der Begriff ›Kultur‹ immer auch etwas Festschreibendes, Statisches hat. Es geht uns zunehmend darum, zu eruieren, wie individuelles, kulturell und migrantisch determiniertes Verstehen miteinander verwoben sind. In dieser Verwobenheit möchten wir unsere jeweiligen individuellen blinden Flecke besser erkennen. Es wurde uns immer klarer, dass dieses kontinuierlich existierende, multiprofessionelle Team es uns ermöglicht, uns von den Geschichten berühren zu lassen, die damit häufig verbundene Ohnmacht oder Überforderung als Team zu halten und eine Bearbeitung und tragende Behandlungsbeziehung zu entwickeln.

Um zu den Patient/innen zu kommen: Die, die zu uns kommen, haben häufig Flucht- oder schwierige Migrationsgeschichten – und oftmals kein soziales Netz oder kein funktionierendes soziales Netz hier in Berlin bzw. Deutschland. Sie beschreiben es dann als bedeutsam, dass sie bei uns auf dieses Team treffen, also auf ein (wenn auch professionelles) soziales Netz. Und wenn wir als Team arbeiten und einen solchen Fall besprechen, stellen wir fest, wofür wir jeweils stehen, z.B. welche quasi-familiären oder sozialen Rollen wir zugeschrieben bekommen. Dann sagt z.B. eine Kollegin: »Was, sie hat einen Freund? Das hat sie mir noch nie erzählt! Bei mir ist sie oft sehr schwer und klagend.« Und dann sagt die andere Kollegin: »Nee, also mit mir hat sie etwas Flirtiges.« Und wir tragen den Prozess dann wie in einem Familien-System. Und das wiederum ist im Fantasieraum der Patient/innen mit Sicherheit präsent. So entsteht ein Netz aus den Geschichten.

Das ist der Vorteil des Institutsambulanz-Konzepts: Es nennt sich Komplexbehandlung und meint eine psychiatrisch-psychologisch-sozialarbeiterisch-pflegerische und meist auch noch ergo- und kunsttherapeutische Behandlung. Es ist uns gelungen für die transkulturellen Patient/innen eine Teamsitzung einmal pro Woche, und zwar mit all diesen Berufsgruppen, zu etablieren. Im Rahmen der Sitzung stellt eben eine/r, der/

»Ihre Worte trage ich bis zu unserem nächsten Termin mit mir.«

die gerade ein Anliegen hat, eine/n Patienten/in vor und sagt zum Beispiel: »Und dann ist da jetzt noch die Ausländerbehörde, und der kommt aus Brandenburg, und ich weiß gar nicht, was ich machen soll. Ich bin total wütend und ich weiß gar nicht, was das jetzt mit dem Patienten zu tun hat oder doch mit der Ausländerbehörde.« Dann erzählen die anderen, welche Begegnungen sie hatten. So klären sich oft Sachen. Wir versuchen, Sinn herzustellen und die jeweiligen drängenden Konflikte in den Blick zu bekommen. Wo liegen die problematischsten Dynamiken? Aber die Teamsitzungen dienen auch dazu, z.B. dem Pflegepersonal Gegenübertragungskonzepte näherzubringen, wenn dieses gerade sehr allergisch auf das Drängen eines/einer Patienten/in reagiert. Dafür ist das Team super. Manchmal fragen uns niedergelassene Kolleg/innen: »Wie machen Sie das denn, mit solchen schwer erkrankten Patienten und all den zusätzlichen sozialen Konflikten zu arbeiten?« Ich glaube, dass wir das wirklich gut hinbekommen. Ganz anders als das jemand alleine, z.B. in seiner Praxis könnte. Auch ich würde, wenn ich in einer Einzelpraxis wäre, es so nicht schaffen, diese Geschichten, diese Schwere der Geschichten, das unvorstellbare Leid und die vielfältigen Ohnmachten und Hilflosigkeiten, auch resultierend aus den Bedingungen im deutschen Aufnahmekontext, alleine auszuhalten. Wir haben etwas Interessantes für uns herausgefunden: Wir müssen manchmal gar nicht über die Patient/innen sprechen; es reicht bereits das Wissen, dass der/die andere weiß, es ist eigentlich nicht auszuhalten, und wieviel Ohnmacht da bei uns ankommt. Sodass man in so einer Teamrunde manchmal einfach sagen kann (und das dann auch auf Resonanz stößt): »Ich bin froh, dass der/die kommt.« Mehr geht manchmal auch gar nicht.

Ich würde sagen, es ist ein geschützter oder schützender Raum, manchmal ist das vielleicht das Zentrale, besonders zu Beginn. Auch wird immer wieder klar, wie wichtig Vertrauen ist, nicht nur das Sprechen. Manchmal weinen wir auch. In so einem professionellen Kontext wirft Weinen ja oft die implizite Frage auf: Bist du noch professionell genug? Das geht aber in diesem kleinen Team, welches auch für uns ein geschützter Raum ist. Das ist entlastend, weil immer die Frage des Scheiterns im Raum steht. Das Weinen resultiert auch aus den Abschieden und der Trauer, die so schwer zu ertragen ist, dass wir die Trauer zuweilen für unsere Patient/innen übernehmen. Gerade bei den geflüchteten Patienten geht es, darüber haben wir schon gesprochen, auch um die Frage, was sie für Ansprüche haben und was wir erreichen können.

IH: Ist ›Anspruch‹ in diesem Rahmen noch mal etwas anderes als das, was man sich verspricht, vielleicht auch etwas, was man (von sich) fordert, was man erwartet? Wir haben da jetzt schon mehrere Begriffe: Wunsch, Anspruch, Versprechen...

UK: Ich denke, Anspruch ist etwas, das eher von außen kommt: Von den Institutionen, in unserem Fall auch von den analytischen Instituten/Instanzen. Wobei sich die Frage stellt, wie der Anspruch z.B. der IPA (der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung) zu der Welt passt, in der wir leben. Der letzte IPA-Kongress war eine gute Erfahrung. Denn wir konnten mit unseren Patient/innengeschichten dorthin kommen und waren als Team glücklich, dass wir endlich einmal vier Tage Zeit hatten, um miteinander sprechen zu können, uns Vorträge anhören zu können, in einer Großgruppe etwas spüren und verstehen zu können, wofür sonst so wenig Zeit bleibt. Die meisten unserer Patient/innen sehen wir 30 Minuten wöchentlich, oder alle zwei Wochen, und hoffen dabei, trotz der begrenzten Ressourcen, entlastend, unterstützend, hilfreich sein zu können. Aber es

stand auch die Frage im Raum: Wie psychoanalytisch ist unsere Arbeit? Jetzt kann ich behaupten, dass die Frequenz zwar relevant ist, aber dass auch bei niedrigerer Frequenz die analytische Haltung, die analytische Beziehung eine wichtige haltende Funktion hat. Zugleich taucht aber die Frage in mir auf, ob das Wegfallen des über die höhere Frequenz sichergestellten Rahmens nicht auch die nötige analytische Haltung bedroht. Beim Kongress wurde mir dann noch einmal klarer, wie unterschiedlich die Realitäten zwischen einer analytischen Behandlungspraxis und unseren Settings sind. Und dann treffen wir bei einem solchen Kongress auf Kolleg/innen, die sehr viel höherfrequent Patient/innen sehen und dennoch den Eindruck haben, dass es nicht reicht. Aber was heißt das dann eigentlich? Welchen Spielraum gibt es? Welche Kompromisse sind nötig und möglich und welche dienen der Abwehr?

IH: Mir fällt gerade auf, dass Du das eben gerade mit ähnlichen Worten beschrieben hast, die Du vorhin für die Patient/innen verwendet hast: dass sie einfach kommen können. So als könntet ihr als Team da einfach mal kommen und einen Raum haben, wo ihr vier Tage sprechen und hören könnt. Da klang für mich gerade eine Parallele an. Würdest du sagen, es gibt eine solche Parallele, insofern man aus einer anderen Wirklichkeit in einen privilegierten Raum kommt?

UK: Ja, die Parallele gibt es. Wir arbeiten mit Fragen wie: Wie kommt die Überforderung der Patient/innen oder wie kommt deren Hoffnungslosigkeit bei uns an? Was suchen sie eigentlich bei uns? Ist das eine ähnliche Suche, wie die der migrantische Subjekte in diesem Team? Deshalb ist Dein Bild auf jeden Fall schön: einfach so einen Raum zu haben, wo man ankommen kann.

IH: Ich höre durch, dass das auch ein Versprechen ist: Endlich mal Zeit und Raum zum Denken zu haben, oder?

Aus der Schwere kommen

UK: Die Patient/innen in unserer interkulturellen Ambulanz sagen oft (wobei das nach Herkunftskontext verschieden ist), sie nehmen die Worte mit. Das berührt mich jedes Mal. Ich habe eine junge chinesische Patientin, die Opfer von Menschenhandel und im Zuge dessen schwanger war. Ihr wurde das Kind weggenommen, sie wurde zwangssterilisiert und zur Prostitution nach Europa verbracht. Sie hat am Anfang der Behandlung nicht gesprochen. Sie hat sich auf den Boden geworfen und geweint, ein Gespräch war sehr schwer möglich. Aber ich hätte sie damals auch nicht stationär einweisen können, weil klar war: Wenn sie mit ihrer Vorgeschichte und ihren inneren Bildern, in so einem krisenhaften Zustand dort z.B. fixiert wird, kein Deutsch spricht und vielleicht kein/e Dolmetscher/in zur Verfügung steht, womit sich die Szene noch unverständlicher und bedrohlicher darstellt, dann wird es nur noch schlimmer. Man musste also für sie den Raum so sicher halten, dass sie den Weg noch herfindet. Diese Patientin hat Jahre später einmal gesagt: »Ihre Worte trage ich bis zu unserem nächsten Termin mit mir und die begleiten mich.«

Man kann natürlich sagen, das passiere doch auch in der Analyse. Aber ich glaube nicht so, wie sie es erlebt hat. Sie trägt das – und das haben andere Patient/innen auch gesagt – so in sich und hält sich daran fest. Und dadurch, dass bei ihr alles so körperlich

»Ihre Worte trage ich bis zu unserem nächsten Termin mit mir.«

war, sehr stark somatisiert, ergibt das ein Bild: Als ob sie die Worte körperlich festhält. Und damit überlebt.

IH: Das ist interessant – als Du vorhin über das Physische gesprochen hast und darüber, dass die Psychoanalyse davon z.T. eher weit weg scheint, da habe ich gedacht, dass Worte manchmal auch etwas sehr Physisches haben. Auch die Stimme hat etwas sehr Sinnliches. Das finde ich darin wieder, wie Du beschreibst, dass das Wort etwas Objekthaftes hat. Ein Wort hat ja ebenfalls eine Materialität. Was ist es denn, was Du Dir versprechen würdest, wenn das Sprechen noch stärker physisch würde?

UK: Das ist eine gute Frage. In London hat eine Referentin, die zum Zusammenhang von Körper und Psyche gearbeitet hat, eine Patientengeschichte vorgestellt. Die Mutter des Patienten war alkoholabhängig, ihre Fähigkeiten ihn zu versorgen waren sehr beeinträchtigt. Wenn es ihr einmal möglich war, ihm Frühstück zuzubereiten und er dieses dann nicht essen wollte, hat sie diese Zurückweisung, diese Enttäuschung nicht ausgehalten und ihn genötigt zu essen, indem sie seinen Kopf in das Essen gedrückt hat; er hat es dann wieder erbrochen und so ging es weiter. Ich fand beeindruckend, wie die Therapeutin das in sich aufgenommen hat. Wenn ich bereit bin, das in mir aufzunehmen, auch die Stimme und die Worte, wenn ich das körperlich an mich heranlasse, wenn ich also meinen Körper zur Verfügung stelle, dann macht das, glaube ich, etwas mit dem, was an Resonanz zwischen Patient/in und Therapeut/in aufkommen kann. Ich glaube, dass das bei den psychiatrischen Patient/innen so offensichtlich ist, weil diese häufig auf eine Weise schwer gestört sind, dass das nicht mehr ausgeblendet werden kann. Die Frau, die diesen Vortrag hielt, war sehr beeindruckend, weil sie ihre körperlichen und physischen Fantasien präsent gemacht hat. Also auch ihr Begehren, ihre Lust. Das ging dann so weit zu schildern, wie sie das mit dem Patienten ganz gut verhandeln konnte, indem sie z.B. das Setting geändert haben, wenn sie über Sexualpraktiken und Stellungen und was diese jeweils für sie bedeuten, geredet haben. Sie hat beschrieben, wie sich das in ihrem Behandlungsraum inszeniert hat: Sie hatten dann zum Beispiel die Stühle hintereinander stehen. Das steht für sehr viel Vertrauen und Intimität. Man muss vielleicht dazu sagen, dass das Hauptproblem des Patienten eine sexuelle Störung war. Es war interessant, wie die Analytikerin darüber gesprochen hat. Vielleicht ist es sogar so, dass mehr Analytiker/innen so arbeiten, aber in der analytischen Theoriebildung bzw. in Texten zu Behandlungstechniken noch immer vergleichsweise wenig darüber gesprochen wird.

IH: Wenn ich es richtig verstehe, geht es in diesem Beispiel einerseits um das Setting und andererseits um das Verbalisieren der Erfahrungen, die stärker körperlich wahrgenommen werden?

UK: Ja. Ich fand es aber eben auch eindrücklich, weil ich es noch nie so deutlich und detailliert formuliert gehört habe: Wie sie ihren Körper im Arbeiten mit dem Patienten zur Verfügung stellt, sodass sie ihren Körper sichtbar und spürbar werden lässt in dem Setting.

Ich habe mich dann gefragt, ob das auch an der ›saloppen New Yorkerin‹ liegt, als die ich die Vortragende empfunden habe. Da war etwas von einer Woody Allen-Atmosphäre. Vielleicht geht es in ihrem Kontext wirklich anders als in einem deutschen? Ich habe mich gefragt, ob das in einem vielleicht etwas ›oberflächlicheren‹ Alltagskontext einfacher verhandelbar erscheint, bezogen auf die Angst und Bedrohung der ernsthaften, tiefen Integrität – um es mal herunter zu brechen. Die Referentin sagte zum Schluss, sie hätte

zu dem Patienten am letzten Tag so etwas gesagt wie: »Irgendwie hab' ich es ihnen schon gesagt, aber I love you.« Dann habe ich mir so ein Berliner Institut vorgestellt und wie ich in der letzten Sitzung der Analyse »Ich liebe dich« sage. Und der Patient hätte dann auch noch gesagt: »I knew«. Und dann habe ich gedacht, dieses »I love you« – auch wenn Englisch nicht meine Muttersprache ist – transportiert vielleicht etwas anderes als: »Ich liebe dich«. Ich habe mich gefragt, wie Intimität in der Sprache anders verhandelt wird und der Körper im analytischen Kontext als intimer, zu schützender Ort vielleicht auch unterschiedlich bedroht oder gefährdet wahrgenommen wird.

IH: Meinst Du, dass dieses Versprechen eines ›tiefen‹ Sinns – oder wie hast Du gerade gesagt: tiefer Integrität? – manchmal selbst etwas Hinderliches ist?

UK: Zumindest für das Spielerische, ja. Und das »I love you« hatte nach meinem Eindruck hier eine Leichtigkeit. Es kann sein, dass das daran liegt, dass ich mit dem Englischen nicht so tief verbunden bin, weil es nicht meine Muttersprache ist.

IH: Trotzdem hat sich an der Stelle offenbar ein Wunsch festgesetzt. Darin liegt also auch ein Versprechen: Dass sich das Schwere ein Stück verliert. Das ist beeindruckend, gerade im Kontext der schwierigen Geschichten, mit denen Du arbeitest, der Schwere, mit der Du es zu tun hast. Vielleicht hängt das mit einem solchen Wunsch zusammen?

UK: Ich glaube, dass das in so einer Gruppe wie eine Wellenbewegung ist, bei der jeweils eine oder einer von uns mal sehr von der Schwere affiziert ist und dann wieder eine oder ein anderer versucht, die andere Seite hereinzuholen, manchmal ist das vielleicht auch eine Art Abwehr.

IH: Abwehr in einem auch produktiven Sinn, oder?

UK: Wir ringen damit. Weil diese Art von Schwere in den institutionellen Gegebenheiten und vor dem Hintergrund des Versorgungssystems und seinen begrenzten Möglichkeiten ja auch bedeutet zu glauben, man könne diese Menschen in diesem Setting gut versorgen. Und das ist natürlich eine Omnipotenz-Fantasie. Eigentlich sind sie oft so schwer erkrankt, dass sie viel mehr bräuchten. Als Kompromiss sagen wir uns dann, bei uns werden sie ja schon ziemlich gut versorgt. Nur um an anderer Stelle wieder zu denken: Nein, um das halten zu können, bräuchte es vielleicht doch viel mehr. Und dann fragen wir uns: Sind wir gescheitert, weil wir beispielsweise nicht die Frequenz anbieten können, die uns manchmal sehr nötig erscheint? Und haben auch das Gefühl, für die Trauer, die gemeinsame Arbeit um Leid und Verluste zu integrieren, die nötig wäre, reicht der Raum, reicht die begrenzte Zeit nicht.

IH: Das leuchtet mir ein. Gleichzeitig hatte ich den Eindruck, als Du über die Leichtigkeit gesprochen hast, die Du in dem Vortrag erlebt hast, dass das Leichte vielleicht nicht nur eine Abwehr der Schwere ist. Es erschien mir wichtig, dass es auch noch eine andere Seite gibt.

UK: Das ist etwas, worüber ich oft nachdenke: Wie vermittele ich Kolleg/innen in diesem ›effizienten‹ Medizinsystem, warum es das Psychoanalytische braucht? Ich glaube, dass bei unseren Patient/innen, von denen viele sagen, sie seien sehr schwer traumatisiert und sie seien so krank, das analytische Vorgehen ein vorläufiges Nicht-Verstehen und eine genuine Neugier auf den Menschen und seine Geschichte ermöglicht. Dadurch ist es hilfreich, das ist im Grunde sehr simpel. Damit kann man z.B. aus der Opfer-Täter-Logik herauskommen oder auch aus dieser Schwere, in dem Sinne, dass kein Subjekt nur diese

»Ihre Worte trage ich bis zu unserem nächsten Termin mit mir.«

Schwere und nur das Trauma ist. Ich glaube, das ist etwas, was in einem medizinisch-psychiatrischen Kontext zuweilen passiert: Die Diagnose ist das Subjekt. Sodass man fragen muss: Wem dient die Diagnose? Den Patient/innen sicherlich nicht, in ganz wenigen Momenten vielleicht, z.B. für eine Attestierung.

Wenn ich uns in diesem psychiatrischen Kontext anschau, wie wir mit den Patient/innen sprechen und zu ergründen versuchen, wer die Menschen hinter der Schwere, hinter der Traumatisierung, hinter der belastenden Geschichte sind, dann müssen wir manchmal feststellen: Da finden sich noch ganz andere, potentiell noch traumatischere, frühere Geschichten. Aber wir können auf diesem Weg auch all die Momente von einem ›guten Objekt‹, von einer gelingenden Beziehung finden, an die wir anknüpfen können.

IH: Das könnte auch anschließen an das freudsche »Junktim zwischen Heilen und Forschen« (Freud 1976 [1927a]): Dass dieser Moment des Entdeckens oder der Neugierde, wie Du es genannt hast, dabei eine wichtige Rolle spielt und es in der Analyse immer auch darum geht, sich auf eine Entdeckungsreise zu begeben. Es lässt sich gar nicht trennen bzw. es geht vielleicht sogar weniger darum, ›heilen‹ zu wollen, als um den Impuls, gemeinsam etwas zu entdecken.

UK: Und bei der Entdeckung immer darauf gefasst zu sein, dass ich da etwas entdecken könnte, was ich vielleicht lieber nicht entdeckt hätte. Das sind die Momente, in denen ich wirklich denke, das schaffen wir nur in Gruppen. Weil ich manchmal Dinge entdecke – womit ich wieder beim Körperlichen bin – die ich nicht gut alleine (aus)halten kann.

Unheilvolle Dynamiken

IH: Ich würde gerne noch auf das Unheilvolle zu sprechen kommen. Was würdest Du in Deiner Praxis als ›unheilvoll‹ bezeichnen? Oder vielleicht auch als unheilvolle Effekte der Tätigkeit selbst. Was würdest Du gern vermeiden? Denn die jeweiligen Wünsche, die in Deiner Praxis auftauchen, können ja auch eine Kehrseite haben.

UK: Ich habe, vielleicht weil ich gerade sehr mit unserem Team beschäftigt bin, gar nicht so viel von den Patient/innen gesprochen. Wenn ich an das Unheilvolle denke, würde ich sagen: Bei den Geflüchteten aus dem ehemaligen Jugoslawien haben wir einen Fehler gemacht oder nicht genügend versucht, die Konstellation bzw. die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, und wie sie die Therapie beeinflussen, zu verstehen (auch wenn ›Fehler‹ natürlich gerade auch zum Prozess gehören). Als diese Geflüchteten damals nach Berlin kamen, war das anders als bei den jetzigen Geflüchteten. Viele von ihnen mussten monatlich zur Ausländerbehörde, um ihre Duldung zu verlängern, diese Kettenduldungen. Wir hatten eine traumatherapeutische Gruppe für Kosovo-Albanerinnen und -Albaner. Ich war da noch neu am ZIPP, als Psychologin-in-Ausbildung, und bin sehr spät in die Gruppe als Ko-Therapeutin eingestiegen. Dort kam es immer wieder zu folgender Dynamik: Eine/r musste wieder zur Behörde und permanent stand die Frage im Raum: Was passiert morgen? Steht die Abschiebung an? Und es ging in diesem Gruppenprozess – nicht nur, aber sehr viel – darum, den Aufenthalt zu sichern, bzw. die damit verbundenen krisenhaften Zustände zu halten. Ich erinnere es als so etwas wie eine ›Stellungnahmen-Maschinerie‹. Viele der Patient/innen hatten das Bild, dass wir ihren Aufenthalt sichern könnten. Und es war ja auch so: Wenn wir bestätigen konnten, dass eine Traumatisierung vorliegt und

dass die Person, wenn sie abgeschoben wird, retraumatisiert und/oder suizidal wird, dann hat das zumeist dazu beigetragen, dass der Aufenthalt verlängert wurde. Kritisch betrachtet, haben wir aber auch suggeriert, dass wir traumatherapeutisch mit diesen Menschen arbeiten können. Heute würde ich sagen, dass beides gleichzeitig nicht geht, weil der Rahmen viel zu unsicher war und wir kontinuierlich in der Krisenintervention waren. Aus heutiger Sicht würde ich sagen, dass wir nicht hinreichend darüber nachgedacht haben, wie die Stellungnahmen und der gesellschaftliche Rahmen den therapeutischen Rahmen fragilisiert haben. Anders formuliert: wie wichtig es ist, sich die Möglichkeiten und Grenzen bestimmter Settings sehr genau zu vergegenwärtigen. Was wehren wir ab, wenn wir in einem psychotherapeutischen Kontext vielfach sozialarbeiterische Tätigkeiten übernehmen bzw. *advocacy*-Arbeit machen? Wie verändert das unsere therapeutische Haltung und was bedeutet es für therapeutische Beziehungen? Das Unheilvolle – im Sinne einer Größenfantasie, die wir ja auch zugeschrieben bekommen haben – ist, dass wir uns dadurch von Verwaltung und Politik haben funktionalisieren lassen, nämlich indem wir in unserem therapeutischen Kontext juristische, beurteilende Funktionen übernommen haben, die einer abstinenter Haltung doch zuwider laufen: »Wenn wir etwas bescheinigen, dann haben wir die Macht, den Menschen eine Aufenthaltsperspektive zu ermöglichen.« Ich fand das damals und finde es auch heute noch politisch sehr wichtig, mit dieser Macht umzugehen; aber wir haben das damals nicht differenziert genug reflektiert.

Das Unheilvolle ... Ich glaube schon, dass das Therapeutische im psychoanalytischen Arbeiten immer eine Gratwanderung ist. Ich frage mich immer wieder, ob meine Interventionen gut für den Patienten oder die Patientin sind. Im »klassisch« psychiatrischen Kontext gibt es natürlich ebenfalls einige potentiell unheilvolle Praxen, wenn man/frau so möchte; z.B. gehören Diagnosen zuweilen dazu. Aus meiner Sicht wird vielfach zu wenig gefragt, welche gesellschaftlichen Schwierigkeiten und Kontexte psychiatrisiert und pathologisiert werden. Diagnosen können potentiell auch missbraucht werden, um eigentlich gesellschaftliche Konflikte, gesellschaftlich Unheilvolles, Krisen in Individuen »zu bearbeiten«. Die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung ist dafür ein Beispiel, eine individuelle Pathologisierung von Krisen, Kriegen, struktureller Gewalt. Solche Erfahrungen haben natürlich Auswirkungen auf Individuen, die vielfach der Behandlung bedürfen. Aber es bedarf auch der Anerkennung der gesellschaftlichen Bedingtheit von Verlusten. Eva Illouz steht für mich exemplarisch dafür zu fragen: Was haben wir mit der Selbstreflexion und dadurch, das Leid nach innen zu nehmen und es da zu betrachten, vielleicht auch an Besetzung von der Welt abgezogen? Verhindern wir die Betrachtung und Bearbeitung gesellschaftlicher Probleme und Herausforderungen, indem wir sie ganz im Zeitgeist von Atomisierung und Individualisierung im Individuum lokalisieren? Sehr verkürzt formuliert: Viele der traumatisierten Patient/innen, die zu uns kommen, wären ohne Krieg, Folter, Flucht und Vertreibung nicht in Behandlung. Was tragen wir zu der Entkontextualisierung und zur individuellen Pathologisierung bei? Für mich entsteht dann – neben der Forderung nach einer qualitativ zufriedenstellenden Behandlung – die Frage, was es außerdem noch braucht und was wir dazu beitragen können. Müssten wir noch mehr über Großgruppenformate, gesellschaftspolitische Interventionen oder Ähnliches nachdenken, um eine Einbettung des individuellen Leids in den Kontext gesellschaftlicher Brüche und Krisenherde zu ermöglichen?

»Ihre Worte trage ich bis zu unserem nächsten Termin mit mir.«

Darüber hinaus gibt es natürlich tausend andere Sachen. Wenn ich den IPA-Kongress zu *Femininity* nehme und die vier Haupttheoretiker/innen dort sind: Sigmund Freud, Donald Winnicott, Wilfred Bion und dann noch Melanie Klein. Und Lou Andreas-Salomé, Sabina Spielrein, Helene Deutsch tauchen lediglich am Rande auf. Auch das ist natürlich eine sehr pointierte Darstellung. Es gab noch ein paar andere Beobachtungen während des Kongresses, wie gesellschaftliche Veränderungsprozesse und damit verbundene Neuerungen, Konflikte etc. verhandelt werden, und es schien so schwer darüber zu sprechen, wie wir unsere Theorien und Methoden vielleicht auch verändern müssten, damit die Psychoanalyse eine gesellschaftskritische und gesellschaftsrelevante Kulturwissenschaft bleibt.

Transkript: Sarah Sander, gekürzt u. redigiert von Insa Härtel und Ulrike Kluge.

Literatur

BARTHES, Roland (1981 [1970]): *Das Reich der Zeichen*, Frankfurt a. M: Suhrkamp.

FREUD, Sigmund (1976 [1927a]): »Nachwort zur Frage der Laienanalyse«. In: *Gesammelte Werke, Bd. 14*, hg. v. Marie Bonaparte, Anna Freud, Edward Bibring, Willi Hoffer, Ernst Kris, Otto Isakower, Frankfurt/Main: Fischer, 287–296.

HARAWAY, Donna J. (2016): *Staying with the Trouble. Making Kin in the Chthulucene*, Durham: Duke University Press.

WOHLFART, Ernestine/ÖZBEK, Tülay (2006): »Die Suche nach den offenen Türen. Eine ethno-psychoanalytische Kasuistik über das Phänomen der Besessenheit«. In: *Psyche* 60: 2, 118–130.