

Mario Erdheim

Das Fremde im Anderen, das Fremde in mir. Über das Kulturelle in der Psychotherapie.

1. Zur Entwicklungspsychologie der Fremdenrepräsentanz

Der Neugeborene als Fremdling und die Strategien, mit ihm vertraut zu werden. Der erste Schritt: von der Familie aufgenommen werden. Dann folgen weitere Begegnungen mit Fremden. Bekannt war schon seit jeher: das Fremdeln, die Acht-Monatsangst. Allmählich aber wurde auch eine andere Faktor sichtbar und experimentell ausgeforscht: Bowlbys Experimente, transkulturell erprobt. Die entscheidende Einsicht: Das Fremde löst beim Subjekt immer eine ambivalente Einstellung heraus: Angst und Faszination. Es ist das Verhältnis zur Bezugsperson, das darüber entscheidet, auf welcher Schiene die weiteren Reaktionen erfolgen werden, auf der Schiene der Faszination oder auf der der Angst. Die Bezugsperson hilft also die ambivalente Reaktion, die als solche lähmend ist, zu spalten und entweder der Faszination oder der Angst zu folgen.

Eine weitere wichtige Einsicht: mit 1,5 Jahren setzt ein wichtiger psychischer Mechanismus ein: Spaltung und Projektion. Wahrnehmungen, die das Kleinkind – insbesondere in der Beziehung zum Kreis von Menschen von dem es existentiell abhängig ist - als unangenehm empfunden werden abgespalten und nach außen projiziert, mit Vorliebe natürlich auf das was fremd ist. So tauchen Gestalten auf, vor denen das Kind Angst empfindet, manchmal fantasierte Gestalten, manchmal reale: Hunde, Katzen, Spinnen, etc. Diese werden Träger dessen, was man zum Eigenen nicht zählen kann/will, deshalb abspaltet und auf Fremdes projiziert. Das Kind entwickelt sich, wird größer, kommt in den Kindergarten und in die Schule und nimmt Kontakt auf mit fremden Menschen, das heißt zuerst einmal mit solchen, die nicht zur Familie gehören. Das Kind erlebt, dass es verschiedene Gruppen von Menschen gibt, zum Beispiel Christen und Nichtchristen, Deutsche und Türken; dadurch wird ihm auch klar, dass es nicht nur verschiedene Religionen, sondern auch Kulturen gibt. Das innere Konzept des Fremden differenziert sich immer weiter aus. Entscheidend ist nun, ob der so wirksame Mechanismus von Spaltung und Projektion weiter wirkt oder nicht. Wirkt es weiter, so bedeutet das, dass die Konflikte im inneren des Individuums, der Familie, der kulturellen Gruppe, zu der die Familie sich zählt, in erster Linie abgespalten und nach außen, auf die fremden Anderen abgespalten werden. Das Fremde wird dann immer nur als Gefahr, als etwas an sich Bedrohliches erlebt, zu dem man keinen oder nur wenig Kontakt haben möchte. Als Individuum, als Familie, als Gruppe schließt man sich von den anderen ab und traut nur dem eigenen.

Aber der Trieb Schub in der Pubertät und dessen Verarbeitung im Verlauf der Adoleszenz unter dem Vorzeichen des Inzestverbotes geben dem Fremden eine ganz neue Bedeutung. Die alten, familiären Liebesobjekte sollen als inzestuöse aufgegeben und Fremdes soll geliebt werden, das heißt die Angst vor dem Fremden soll überwunden werden und der Faszination weichen. Diese Tendenz hat für jede Kultur etwas Bedrohliches weil ihre Werte und Traditionen durch die Faszination, die das Fremde ausübt, infrage gestellt werden können. Mit Hilfe komplizierter und in der Regel auch traumatisierender Initiationsrituale haben die Kulturen ihre Traditionen an die

neue Generation weiterzugeben versucht. Die moderne Gesellschaft jedoch beschleunigte den Wandel derart, dass einerseits gar nicht mehr Zeit übrig blieb, die Traditionen weiter zu überliefern und diese andererseits schnell an Geltung verloren. Wo aber der Versuch unternommen wird, das Traditionelle weiterzuführen, entsteht ein weites Konfliktfeld.

Der Film „My Big, Fat Greek Wedding“ aus dem Jahr 2002 erzählt von einer griechischen Großfamilie, die in New York lebt und ein griechisches Restaurant führt. Die älteste Tochter arbeitet in diesem Restaurant ebenso wie die Söhne, und alles wäre in bester Ordnung, würde sie eines Tages nicht beschließen, einen Computer-Kurs zu besuchen, sowie den Arbeitsort zu wechseln, nämlich vom Restaurant zu einem Reisebüro, das auch der Familie gehört. Es kommt, wie es kommen musste, sie verliebt sich in einen Amerikaner, und als die Liebesgeschichte herauskommt, ist die Familie fassungslos: wie konnte sie sich nur in einen „xenos“, in einen Fremden verlieben! Es ist ein amerikanischer Film, also hat er auch ein Happy End. Sie heiraten nach dem griechisch-orthodoxen Ritual und die Lebensfreude der Griechen überflutet den asketischen Puritanismus der Eltern des Bräutigams – Ende gut, alles gut. Alles, was zu schweren Konflikten führen könnte, ist aus diesem Film natürlich ausgeblendet. Was wäre, wenn die puritanischen Eltern darauf bestanden hätten, eine puritanische Hochzeit zu feiern? Was, wenn sich der Bräutigam geweigert hätte, der griechisch-orthodoxen Kirche beizutreten? Was hätten die Griechen gemacht, wenn die Tochter zum Protestantismus hätte übertreten wollen? Aus der Komödie wäre dann schnell eine griechische Tragödie geworden.

Pubertät und Adoleszenz sind prägende Zeiten für die Entwicklung der jugendlichen Sinnstrukturen, und wer seine Kinder traditionskonform prägen will, der muss sie gegen Einflüsse abschirmen, die sie mit anderen Wertkomplexen in Berührung bringen könnten.

Ausgehend von diesen Überlegungen können wir feststellen, dass das Fremde im Anderen mindestens zweischichtig ist: da ist einmal das „objektiv“ Fremde. Der andere ist anders, und dieses Anderssein löst in mir eine Ambivalenz aus. Das Fremde ängstigt und fasziniert in einem. Welcher Tendenz ich folge, hängt von vielerlei Faktoren ab: Beuge ich mich dem Inzestverbot und folge ich meinem triebhaften Verlangen oder bleibe ich inzestuös an das Alte gebunden, würge das Triebhafte ab und spüre nur Angst vor dem Fremden. Weil das Fremde etwas Reales ist, einen eigenen Willen hat, selber ambivalent ist gegenüber dem Fremden, den ich ihm gegenüber verkörpere, ist es schwierig, das Fremde in seiner Unbekanntheit zu erkunden. Wer es wagt, gewinnt viel: Die Auseinandersetzung mit dem Fremden ist eine Quelle psychischen Wachstums. Aber das Fremde hat, wie wir sahen, ja auch eine andere Schicht, gebildet durch all die Projektionen, die wir darauf geworfen haben. Mit dem objektiv Fremden können wir uns erst dann auseinandersetzen, wenn wir unsere Projektionen wieder auf uns zurückgenommen haben; erst von da an fängt der eigentliche Entdeckungsprozess an, und ich bin fähig, mich auf die neue Welt einzulassen.

Das Fremde in mir zu erkennen, ist nicht so leicht. Denn zuerst einmal ist das, was in mir ist, das Eigene, und das ist grundsätzlich „gut“. Das Fremde ist „draußen“. Und was ich in mir erkenne, aber nicht gut finde, das bearbeite ich mit Negation, Spaltung und Projektion. Auf Grund welcher Prozesse beginne ich das Fremde in mir zu erkennen? Wenn wir als Kind trotzig waren,

mussten wir zum Beispiel lernen, entweder auf den Trotz zu beharren und den Krach in Kauf zu nehmen oder aber den Trotz aufzugeben (den Eltern zuliebe oder aus Angst) – wohin ging aber der Trotz? Er verschwand in der Spaltung: das liebe und das böse Kind. Unter dem Drucke des Über-Ichs entwickelt sich etwas in mir, das ich als eine zu bekämpfende Instanz erlebe.

Das ist der Kern des Fremden in mir: das Böse und die daraus entspringenden Wünsche. Dieses Böse besteht aus dem Triebhaften und aus der Omnipotenz, das heißt also, dass diese Fremde in mir ursprünglich eben kein Fremdes, sondern etwas vom Eigenen ist, das vom Über-Ich in Acht und Bann gesetzt worden war. Dieses Eigene, das als Fremdes deklariert worden ist, wird als Wildes behandelt, das kolonisiert und so zivilisiert werden soll. Dieses Fremde, quasi Wilde ist jedoch ein bloßes Konstrukt des Über-Ichs und etwas ganz Anderes als das Fremde „draußen“, dem etwas Objektives, von mir Unabhängiges entspricht.

Eine besondere Wahrnehmung von Fremdheit im Eigenen entsteht dadurch, dass dem Subjekt bisher Vertrautes, ja sogar Selbstverständliches abhanden kommt, indem es einem fremd vorkommt. Wir kennen das aus unserer eigenen Erfahrung: Dem Kind wird beim Übergang zum Erwachsenenalter seine Kindheit fremd. Aber was heißt das? Es gibt zum Beispiel Spiele, die man nicht mehr gerne spielt, Witze, die man als Kind unglaublich lustig fand, und eines Tages kann man nicht einmal mehr müde darüber lachen. Geschichten, die man einst so spannend fand und nun zum Gähnen sind. Ähnliches kann einem mit der Musik passieren. Diese Form des Fremdwerdens von Vertrautem, ist jedem von uns mehr oder weniger bekannt. In der Pubertät zeigt sich bei manchen Jugendlichen eine fortwährende Anstrengung, ihr Zimmer neu oder einfach anders einzurichten. So nimmt man Abstand von seiner eigenen kindlichen Vergangenheit. Später kann einem allmählich auch die eigene Adoleszenz fremd werden, oft unmerklich und zuweilen merkt man es erst, wenn man die Adoleszenz der eigenen Kinder nicht versteht, und zwar in erster Linie, weil man die eigene vergessen hat und die der Jugendlichen einem so fremd vorkommt. Und wie entwickelt sich das später? Kann man sich vorstellen, dass einem die eigene Arbeit, die man ein Leben lang geleistet hat, fremd wird? Es kann ein Unfall sein, der einen aus dem Leben reißt, eine Krankheit, die die Zukunftsaussichten radikal kürzt oder verändert. Zudem wissen wir alle, dass wir einmal sterben, aber in der Regel nicht wann. Krankheit und Tod sind für die meisten von uns etwas Fremdes. Geraten wir in ihre Nähe, dann wird oft das, was uns vertraut war, fremd. Als Flüchtlinge, Kranke oder Sterbende werden wir zu Fremdlingen, und das allein taucht unser bisheriges Leben in ein eigenartiges, fremdes Licht. Sie kennen alle die Frage: wenn Sie wüssten, dass Sie nur noch drei Monate zu leben haben, was würden sie ändern? Auf jeden Fall gibt es Menschen, die dann sagen, dass durch die neue Perspektive, die sich bietet, einem das bisher Vertraute fremd geworden sei, und einen frei dafür gemacht habe, nun etwas ganz Neues zu machen, einen Neubeginn zu wagen.

2. Neubeginn, Adoleszenz und Psychotherapie

In der Ankündigung zu dieser Veranstaltung hieß es: "Der Prozess der Migration ist ebenso verwirrend wie die Adoleszenz. Das Eigene und das Fremde müssen neu zueinander in Bezug gesetzt werden. Dabei kann der therapeutische Prozess zur Bewegung werden, in der sich entscheidet, ob die Migration zu einem Neubeginn führt oder nicht." Adoleszenz, Migration und Therapie werden auf eine gleiche Ebene gestellt und das bedarf einer näheren Erläuterung. Der

gemeinsame Nenner, der den Vergleich gestattet, sind die Sinn gebende Strukturen mit deren Hilfe wir unsere Welt ordnen. Kultur, definierte Max Weber, sei jener Bereich, der aus der Sinnlosigkeit des Weltgeschehens herausgegriffen und vom Individuum mit Sinn und Bedeutung besetzt werde. Für ein Kind hat die Welt andere Bedeutungen als für den Erwachsenen, und die Adoleszenz ist diejenige Lebensphase, in der ein radikaler Bedeutungswandel vollzogen werden muss: Sexualität, Beziehungen, Arbeit müssen mit neuen Bedeutungen belegt werden. Was das Individuum zum Wandel zwingt, ist die Notwendigkeit, neue Erfahrungen zu machen. Nur wenn er diese vermeidet oder verleugnet, bleibt alles beim Alten. Aber das ist mit einem beträchtlichen psychischen Aufwand verbunden, der viele Energien aufbraucht. In der Adoleszenz ist es in erster Linie der von Sexualität, Aggression und Narzissmus (vor allem von den Omnipotenzphantasien) geschaffene innere Druck, der das Individuum antreibt, neue Erfahrungen zu machen. Eine mögliche Reaktion auf diesen Druck ist die Angst vor den neuen Erfahrungen, was schlimmstenfalls zu einer Blockade der Entwicklung führen kann. Neue Erfahrungen sind nicht zuletzt deshalb wichtig, weil vor allem sie dem Subjekt eine Neubewertung seiner Vergangenheit erlauben. Wenn Louise Kaplan schreibt: "Der Zweck der Adoleszenz ist es, die Vergangenheit zu revidieren, nicht sie auszulöschen"¹, so verweist sie auf die Chance, sich nun bei Fremden (d.h. nicht Familienangehörigen) das zu holen, was einst im familiären Rahmen defizitär gewesen war. Gelingt dies, so kann die frühere Erfahrung revidiert werden; scheitert es, so ist die Voraussetzung für eine Kumulation des Traumas gegeben, und dann scheint es, als ob die frühkindliche Geschichte des Individuums für sein weiteres Leben determinierend würde. Jeder spätere Bedeutungswandel – auch diejenigen, die von äußeren Verhältnissen wie etwa Kriege, Emigration oder von inneren, vom Altern zum Beispiel erzwungen werden - wird in der Regel zu Neuauflagen der adoleszenten Umbrüche führen. Der Wandel der Bedeutung gebenden Struktur scheint mir für das Verständnis therapeutischer Prozesse von besonderem Interesse zu sein, denn er bietet ein Modell für das, was von einer Therapie erwartet werden kann. Die Therapie soll nämlich, ähnlich wie es schon einmal während der Adoleszenz passierte, einen Strukturwandel zustande bringen, der dem Individuum ermöglicht, einen Neubeginn zu wagen. das heißt, neue Bedeutungen zu schaffen und somit auch die Konflikte, vor denen es steht, aus einer neuen Perspektive zu betrachten und anzugehen.

Michael Balint² spricht über den „Neubeginn“, womit jede Analyse aufhören sollte. Es gehe um die Frage, inwiefern es dem Analysanden gelinge, „Stück für Stück seine bisherigen gewohnten, automatischen Objektbeziehungen, oder mit anderen Worten, seine unheilvolle Weise des Liebens und Hassens“ (283) aufzugeben. „Wiederholte schlechte Erfahrungen, die in einigen Fällen das Gewicht echter Traumata hatten, hatten ihn seinerzeit in seine neurotischen Weisen des Liebens und Hassens hineingezwungen. Jetzt, in der Sicherheit der analytischen Übertragung, schien er seine Abwehr versuchsweise aufgeben, auf einen - noch - ungesicherten, naiven, das heißt prätraumatischen Zustand regredieren und neu beginnen zu wollen, zunächst auf primitive, bald aber immer reifere, nichtneurotische (soweit dies überhaupt denkbar ist) Form zu lieben und zu hassen“ (284).

¹ Kaplan, L. (1984) Abschied von der Kindheit. Eine Studie über die Adoleszenz. Klett-Cotta, Stuttgart 1988, S.387.

² Balint, M. (1965) Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Bern und Stuttgart: Ernst Klett und Hans Huber, 1966.

Wir können diese Überlegungen benützen, um das Problem der Emigration besser zu verstehen. Wenn die Verstrickung mit den alten Objekten von Liebe und Hass auch in der Fremde fortbesteht, setzt sich beim Individuum der Sicherheit vermittelnde Wiederholungszwang durch und erstickt die Möglichkeiten zu einem Neubeginn. Die Frage ist, inwiefern es möglich ist, in der Emigration diesen Wiederholungszwang außer Kraft zu setzen, und den Neubeginn zu wagen. Um dieser Frage zu nachzugehen, möchte ich nicht, wie Balint und später Leon und Rebecca Grinberg³, auf die frühe Kindheit rekurren, sondern auf die Adoleszenz.

Eine wesentliche Leistung, die das Individuum in der Adoleszenz zu erbringen hat, ist bekanntlich die Ablösung von seiner Familie, was ja nur möglich ist, wenn sich der Jugendliche aus den Verstrickungen lösen kann, die ihn an die Familie fesseln. Durch das Inzestverbot gezwungen, müssen die Jugendlichen die familiären Liebesobjekte aufgeben, Liebe und Hass in neue Strukturen einbinden, um mit bisher fremden Menschen in neue Beziehungen zu kommen. Die Chance zum Neubeginn kann nur dann genutzt werden, wenn die Adoleszenten mit den Fremden neue Erfahrungen machen können. Auch die Migration ist ein schmerzhafter und verunsichernder Ablösungsprozess von den Verstrickungen mit der alten Gesellschaft, und ob der Neubeginn in der fremden Gesellschaft glücken wird oder nicht, hängt nicht zuletzt davon ab, ob es dem Individuum gelingt, die Fremde libidinös zu besetzen, das heißt, dass sie für es wichtig und bedeutsam wird. Die Krisen, die der Migrationsprozeß auslöst, gleichen in vielerlei Hinsicht den adoleszenten Krisen. Verstrickungen, Neubeginn und Adoleszenz sind also die Konzepte, mit deren Hilfe die psychische Dimension der Migration besser verstanden werden können.

Balint ging davon aus, dass komplexe, hoch differenzierte Formen starr und nicht anpassungsfähig sind. Neue Anpassungsleistungen setzen deshalb voraus, dass die hoch differenzierte Organisation aufgegeben werden muss. Ein Neubeginn ist also nur möglich, ausgehend von den undifferenzierteren, primitiveren Formen“ (285). In diesen Fragen kann ich mit Balint nicht ganz einig sein. Impliziert wird ein spezifisches kulturtheoretisches Denken, wonach Komplexität mit Starrheit assoziiert wird, was nicht notwendigerweise der Fall ist. Es gibt starre und bewegliche Arten von Komplexität und Entwicklung setzt nicht immer Regression voraus. Ich ziehe es vor, den Begriff des Neuanfangs in erster Linie als im Gegensatz zum Wiederholungszwang stehend zu betrachten. Zwar hat auch der „Neubeginn“ etwas mit Wiederholung zu tun: man beginnt wieder, aber eben ohne Zwang. Man beginnt wieder und versucht den Zwang auszuschalten. So wird überhaupt der Wandel möglich, der vom Wiederholungszwang verhindert wird. Neubeginn wäre demnach eine spezielle, eine radikale Form des Wandels: Bildung eines Neuansatzes. Entstehung von Neuem.

Ob die Migration glückt oder missglückt, hängt nicht zuletzt davon ab, welche Möglichkeiten der Migrant hat, neue Erfahrungen zu machen. Und dazu gehört unter Umständen auch die Therapie, die er auf sich nehmen soll. Was ändert sich, wenn man über die Konflikte und Schwierigkeiten, die man hat, nachdenkt und darüber spricht? Was ändert sich durch die

³ Grinberg, L. y Grinberg, R. (1984) Psicoanálisis de la migración y del exilio. Alianza editorial. Madrid

Abhängigkeit, die man in Bezug auf den Therapeuten eingeht? Wenn sich in der Therapie immer nur die alten Ängste, die alten Enttäuschungen, die alten Verletzungen -sozusagen im Maßstab eins zu eins - wiederholen, dann wird die Therapie scheitern. Erst wenn es auf Grund neuer Erfahrungen in der Therapie möglich wird, die Differenzen zwischen heute und früher zu erleben, werden sich dem Patienten auch neue Perspektiven eröffnen. Gelingt der Neubeginn, so ist das mit einem tiefen Glücksgefühl verbunden; Unglück hingegen bedeutet, dass der Wiederholungszwang die Oberhand gewonnen hat.

Wünschenswerte psychische Prozesse, die im geschützten und kontrollierten Rahmen der Therapie ablaufen, können auch nur dasselbe erreichen, was im Rahmen der Kultur möglich ist. Ich beziehe mich dabei auf die Überlegung, dass die Therapie auch nur das erreichen kann, was eine gelungene Adoleszenz zustande bringen kann. Die Migration zeigt, zu welchen Änderungen und Wandlungen der Mensch imstande ist. Hier finden wir auch einen wichtigen Grund dafür, weshalb man sich als Therapeut mit Migrationsbewegungen beschäftigen soll. Jeder Therapeut muss sich Gedanken über die Wandlungsfähigkeiten des Menschen machen. Je nachdem, welche Einstellung er dazu hat, je nachdem, was er für möglich hält und was nicht, wird er sich in den Therapien verhalten. Die Beschäftigung mit Kulturtheorie und Geschichte erweist sich nicht zuletzt deshalb als unverzichtbar, weil sie die Bandbreite der Veränderungsmöglichkeiten sichtbar macht und man sich vor die Frage gestellt sieht, inwiefern solche Veränderungen auch therapeutisch möglich sind. Das gilt im Positiven wie auch im Negativen: Therapien können auf die Individuen ebenso schädlich und traumatisch wirken wie historische Prozesse. Aber das gilt auch in einem positiven, uns hier besonders interessierenden Sinn: Historischen Prozessen können wir auch entnehmen, zu welcher Art von Neubeginn der Mensch imstande ist.

3. Die kulturelle Dimension von Gesundheit, Krankheit und Therapie

Gesundheit, Krankheit und Therapie sind in bestimmten Lebensformen eingebunden. Vergleichen wir diese Eingebundenheit in Kulturen, die traditionsgebunden und mehr oder weniger einheitlich sind, mit Kulturen, in welchen Innovationen und die Beschleunigung des Kulturwandels eine zentrale Rolle spielen, dann können wir die geschichtliche Dimension von Gesundheit, Krankheit und Therapie deutlicher erkennen.

Zum Begriff der Gesundheit und Krankheit

Es ist interessant, dass man keine klaren und objektiven Kriterien für „Gesundheit“ findet. Was bedeutet das? Christian Scharfetter⁴ versuchte dem Begriff der Gesundheit nahe zu kommen: „Gesund ist der Mensch, dem – u. U. auch trotz des Leidensdruckes einer Körperkrankheit und/oder gegen den Normendruck seiner Gesellschaft – sein Leben gelingt (Selbstverwirklichung), der den Forderungen seines Wesens (Echtheit) und der Welt entsprechen und ihre Aufgaben bestehen kann (Adaptation) – einer der sich im Leben bewährt“. So betrachtet ist Gesundheit immer auch eine kulturelle Leistung und es reicht nicht aus, sie durch biologische und chemische Prozesse beschreiben oder gar bestimmen zu wollen. Vielmehr ist Gesundheit

⁴ Scharfetter, C. (Hsg.) (1982) Abnormität, Krankheit, Therapie in der Psychiatrie. Interdisziplinäres Kolloquium über den gesellschaftlichen Umgang mit psychischen Kranken... Zürich. S.18-19.

mit Sinn und Bedeutung besetzt. Aus diesem Grund ist – wie Scharfetter feststellt – eine solche Definition auch nicht operationalisierbar. Der Begriff der Gesundheit ist nicht wirklich objektivierbar; immer bleibt ein unauflösbares subjektives Fundament übrig; dieses ist nicht zu knacken.

Das Subjektive ist wichtig, weil es zum Regulator des Verhältnisses Individuum/ Gesellschaft wird. Weil dieses Verhältnis veränderbar ist, muss es immer wieder neu definiert werden.

„Krank“ ist, im Selbstverständnis des ‚Patienten‘ und im Urteil seiner Umwelt, wer, aus welchen Gründen auch immer, an sich und der Welt über das landes- und gruppenübliche Ausmaß hinaus qualitativ oder/und quantitativ leidet (Leidensaspekt), wer mit den gegebenen, nicht allzu extremen Verhältnissen bis zu einem Leben beeinträchtigenden Maß nicht zurecht kommt, wer in der Lebens- und Weltbewahrung versagt (Versagensaspekt), wer infolge seines hochgradigen Andersseins nicht in lebendige Verbindung mit anderen Menschen treten kann (Beziehungsaspekt). Auch beim Begriff der Krankheit sind das Kulturelle und das Subjektive nicht ausblendbar. Gerade wegen ihrer Subjektivität sind Gesundheit und Krankheit kulturelle Phänomene par excellence. Wenn ein Individuum also krank wird und sich mit Hilfe einer Therapie bemüht, gesund zu werden, muss es mehr machen als nur das, was nötig wäre, um wieder einen funktionsfähigen, schmerzfreien Körper zu bekommen. Was das Individuum tun muss, läuft darauf hinaus, dass es auch eine bestimmte Lebensform annehmen müsste, falls es wieder gesund werden möchte. Indem es sich in seiner Gesellschaft um Gesundheit bemüht, bemüht es sich, sich auch die Werte dieser Gesellschaft anzueignen – meist auf unbewusste Art und Weise. Über das Streben nach Gesundheit in der Gesellschaft, in der das Individuum lebt, verinnerlicht es diese Werte und Haltungen. Unter Umständen werden sie zu Introjekten, deren Wirkung das Individuum nicht kontrollieren kann.

Obwohl man davon ausgehen kann, dass die genetische Konstitution der Menschen die gleiche ist, gibt es eine Vielfalt von Kulturen. Mit anderen Worten: man kann die Unterschiedlichkeit der Kulturen (ebenso wie der Sprachen) nicht aus der biologischen Verfassung des Menschen ableiten. Diese verdankt sich vielmehr der Geschichte der entsprechenden Gruppierungen.

Diese Unterschiede (der Kulturen) haben immer eine symbolische Dimension. Man kann sagen, dass das soziale Leben eine Welt symbolischer Bedeutungen beinhaltet. Die Art und Weise, wie ein Individuum Wirklichkeit erlebt, ist immer über eine symbolische Ordnung vermittelt. Der Bezug zur Wirklichkeit ist also nicht „fix und fertig“. Deshalb kann sich dieses Verhältnis auch ändern. Dann verändert sich sowohl das Individuum als auch dessen Wahrnehmung von der Wirklichkeit. Das scheint mir eine wesentliche Voraussetzung dafür zu sein, dass Psychotherapie überhaupt möglich ist.

Die „symbolischen Formen“ haben also eine strukturierende Funktion. Sie sind eine Art kultureller Matrizen, die einen überindividuellen Sinn vermitteln. Sie geben Orientierung und erlauben, beunruhigende Erfahrungen zu verstehen. Es geht darum, Ängste und Verunsicherungen, die einen hindern, mit dem Alltag zu recht zu kommen, neu zu organisieren. Man kann sagen, dass Therapien symbolische Formen sind, mit deren Hilfe man diese Aufgabe der Reorganisation zu lösen versucht.

Ein Grund, weshalb es so schwer ist, die kulturelle Dimension beim Studium von Krankheiten einzubeziehen, war die Art und Weise, wie die westliche Medizin in der Neuzeit sich entwickelte. Sie richtete ihr Interesse fast ausschließlich auf die physiologische Seite der Gesundheit. In der auf der anatomischen Pathologie beruhenden Medizin sammelte sich allmählich ein ungeheures diagnostisches Wissen an, mit dem das therapeutische Wissen nicht Schritt halten konnte. Diese Kluft war in der Psychiatrie besonders groß. „Die pathologische Anatomie“, schrieb Koelbing in seiner Geschichte der ärztlichen Therapie, „hatte so viel zur Erkenntnis der Krankheitsvorgänge und ihrer Ursachen beigetragen, dass man von ihr ohne weiteres erwartete, sie werde auch die Hirnveränderungen aufdecken, die den Menschen verrückt machen. Aber abgesehen von Syphilis, Arteriosklerose und Altersveränderungen blieb diese Forschung ergebnislos...“⁵. Bei dieser Ausrichtung aufs Physiologische ging das Interesse an der kulturellen Dimension der Krankheit zusehends verloren, und wir dürfen nicht übersehen, dass heute wieder eine solche Gefahr droht.

Ein anderer Faktor spielt ebenfalls eine Rolle beim Verlust der kulturellen Dimension: das problematische Verhältnis der Wissenschaft zum Subjektiven. Kultur ist nur als etwas Subjektives, das heißt Subjektbezogenes zugänglich. Ich möchte das kurz erläutern. Beim Nachdenken über die Sinn und Bedeutung gebenden Strukturen habe ich mich bereits auf Max Weber bezogen. Er definierte Kultur: als einen „vom Standpunkt des Menschen aus mit Sinn und Bedeutung bedachte(n) endliche(n) Ausschnitt aus der sinnlosen Unendlichkeit des Weltgeschehens“⁶. An diese Ausschnitte, an diese Kultur kommen wir nur über „Subjekte“ heran – das wäre ja auch der Unterschied zur Naturwissenschaft: diese fragt nicht nach Sinn und Bedeutung des Planeten Jupiter. Wenn diese Frage gestellt wird, dann bewegt man sich nicht mehr in der Astronomie, sondern in der Historie, und man erforscht den Wandel der Bedeutung der Sterne von der Astrologie bis zur Mondlandung. Die Bedeutung des Himmels hat sich offensichtlich verändert. Ähnlich haben sich auch die Bedeutung von Krankheit und Gesundheit geändert, und mit ihnen auch das Verhältnis zwischen Therapeut und Patient. In dem Maße als der Körper als Automat, als Maschine definiert wurde, verengte sich auch das therapeutische Verhältnis: es glich zusehends dem eines Mechanikers zu einem Gerät, das er reparieren soll. Ein Arzt, der nur Labortests als Grundlage seiner Diagnose benutzen möchte und deshalb auch nicht mit dem Patienten zu sprechen braucht, der muss sich nicht um die symbolische Dimension der Krankheit seines Patienten kümmern. Der Therapeut dagegen muss mit dem Patienten sprechen können. Aber wie muss er mit ihm sprechen, damit die kulturelle Dimension überhaupt erscheinen kann?

Es war Freuds große Leistung entdeckt zu haben, dass diese kulturelle Dimension des Leidens und der Krankheit nur über das Erzählen von „Geschichten“ geht; der Therapeut muss bereit sein, Geschichten zu hören. Was haben Geschichten mit Beziehungen zu tun? Beziehungen sind der Ort aus dem Geschichten entspringen und wo sie in der Regel auch spielen. Indem ich eine

⁵Koelbing, H. M. (1985) Die ärztliche Therapie. Grundzüge ihrer Geschichte. Wissenschaftliche Buchgesellschaft. Darmstadt. S. 225.

⁶Weber, M. (1904) Die Objektivität sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis. In: Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre. Tübingen 1922. S. 180.

Geschichte erzähle, trete ich in Beziehung einerseits zum Gegenstand, von dem die Geschichte handelt und andererseits zu dem Wesen (es kann ja auch eine Katze oder eine Phantasiegestalt sein), dem ich die Geschichte erzähle. Aber der Mensch ist ja nicht nur in Geschichten⁷, sondern auch in Beziehungen verstrickt: zur Mutter, zum Vater, zur Geliebten, zum Chef und zu den Arbeitskollegen. Man könnte also sagen: Weil der Mensch ein soziales Wesen ist, das heißt auf soziale Beziehungen angewiesen ist, muss er Geschichten erzählen. Gibt es aber nicht auch Menschen, die davon nichts zu erzählen wissen, die nur von ihren Krankheiten, körperlichen Beschwerden und Schmerzen sprechen? Geschichten sind sozusagen der bewusste Teil der Beziehung – das Bewusstsein der Beziehung. Was nicht als Geschichte erzählt werden kann, entzieht sich demnach dem Bewusstsein, ist unbewusst.

Der Mensch ist aber nicht nur ein soziales Wesen, sondern auch ein Wesen mit Bewusstsein, das heißt, er symbolisiert, was er erfährt, und bedient sich dabei der verschiedenen symbolischen Systeme, die ihm seine Kultur zur Verfügung stellt.

4. Das therapeutische Dreieck⁸

Das therapeutische Dreieck ist ein vom französischen Ethnologen Jean Pouillon schon in den siebziger Jahren entwickeltes Konzept, das mir immer⁹ sehr brauchbar erschien, um das Verhältnis zwischen Therapeut, Patient und Krankheitstheorie zu untersuchen. Er zeigt auf, wie die in einer Gesellschaft gültige Auffassung der Krankheit das Verhältnis Therapeut/Patient definiert und umgekehrt, wie dieses Verhältnis die Theorie der Krankheit bestimmt. Es handelt sich um ein stabiles Dreieck: Das Verhältnis Therapeut-Patient stützt und produziert diejenigen Daten, die die Theorie der Krankheit belegen und diese Theorie gibt vor, wie Therapeut und Patient sich zueinander verhalten sollten, das heißt auch, welche Erwartungen sie einander entgegenbringen sollten.

Wir können weiter davon ausgehen, dass sowohl der Therapeut als auch der Patient ein inneres Bild dieses Dreiecks haben: jeder stellt sich auf seine Weise vor, wie dieses Dreieck aussehen sollte. In traditionellen Gesellschaften werden Therapeut und Patient in der Regel über ähnliche Bilder verfügen; in innovativen, polyphonen Gesellschaften, die sich in einem beschleunigten Wandel befinden, kann es hingegen öfters passieren, dass das therapeutische Dreieck des Therapeuten mit dem des Patienten nicht zur Deckung kommt. Wie wäre der Prozess des Zur-Deckung-bringens zu beschreiben? Am besten stellt man ihn sich als Prozess der Konsensbildung vor und unterstellt damit, dass das Verhältnis Therapeut-Patient so sein sollte, dass eine Konsensbildung möglich wird. Das setzt aber voraus, dass der Patient über den (psychischen) Raum verfügt, um seine eigene Theorie der Krankheit zu entfalten. Das braucht allerdings Zeit. Das Pendant zum psychischen Raum, dessen der Patient bedarf, um zu seiner eigenen Theorie der Krankheit zu gelangen, ist die Selbstreflexivität des Therapeuten. Diese besteht in der Anstrengung, immer das Eigene und das Fremde in Bezug zueinander zu setzen unter ständiger Berücksichtigung des eigenen Verhältnisses zum Patienten.

⁷ Schapp. W. (1959) Philosophie der Geschichten. Rautenberg, Leer/Ostfriesland.

⁸ Pouillon, J. (1970) Doctor and Patient: Same and/or Other ethnological Remarks. In: Psychoanalytical Study of Society 1972: 9-32.

⁹ Vgl. Erdheim, M. (1982) Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit. Suhrkamp. Frankfurt a. M. S. 161ff.

Selbstreflexivität ist aber ein „fait social“ wie die Erinnerung. Der französische Soziologe Maurice Halbwachs¹⁰ konnte nachweisen, dass das Gedächtnis nicht nur eine neuronale, sondern auch eine soziale Basis hat; diese macht aus dem Gedächtnis ein soziales Phänomen: Was man erinnert, hat einen Bezug zu den Gruppen, in denen man aufwuchs und zu denen man sich entweder zugehörig oder von denen man sich ausgeschlossen fühlte.

Selbstreflexivität impliziert ebenfalls eine solche soziale Basis, auf der das wächst, was zur Selbstreflexion führt. Die Gruppe, mit der man sich identifiziert, bestimmt, worauf sich die Selbstreflexion beziehen wird. Die therapeutische Richtung, zu der sich ein Therapeut bekennt, prägt seine selbstreflexive Haltung. Wer sich in diese Probleme vertieft, sieht sich bald in unabsehbare Geschichten verstrickt, und zwar nicht so sehr in individuelle als in kollektive Geschichten. Diese werden deshalb relevant, weil wir uns mit unserer Kultur und ihrer Geschichte identifizieren, und wir müssen der Frage nachgehen, wie sich diese Verstrickungen auf das Verständnis auswirken, das wir Emigranten in der therapeutischen Arbeit entgegenbringen sollten. Als Therapeuten haben wir, ähnlich wie die Emigranten, keinen festen Boden unter den Füßen: Mit welcher Art Zukunftserwartungen können wir arbeiten? Wie gehen wir mit unseren Ohnmachtserfahrungen um? Wie steht es mit unserer Identität: treten wir gegenüber unseren Patienten als Deutsche, als Juden oder als Westler auf? Wie reagieren wir auf Diskriminierung: protestieren wir oder nehmen wir Kränkungen passiv hin? Wie beurteilen wir die Migration?

Das therapeutische Dreieck steht immer in einem gesellschaftlichen und kulturellen Kontext und den dazu gehörenden Formen der Sinnggebung. Weil es verschiedene Formen von Sinnggebung gibt, gibt es auch eine Vielzahl von psychotherapeutischen Formen. Diese kann man nicht vereinheitlichen. Aber wir können beobachten, wie unter dem Einfluss des Neo-Liberalismus und seiner ökonomischen Auffassung eine solche Vereinheitlichung angestrebt wird. Als Begründung für diese Vereinheitlichung werden finanzielle Überlegungen eingeführt, und man ist gezwungen, sich Gedanken zu machen, wie viel eine psychotherapeutische Beziehung kosten darf. Wie wirkt sich diese Berechnung auf die Art der Beziehung aus? Wie sieht eine psychotherapeutische Behandlung aus, wenn sie im Hinblick auf Profit konzipiert werden muss? Wie arbeitet man, wenn die Frage nach der Anzahl der besetzten Betten wesentlich für das Weiterbestehen einer Abteilung ist? Kann eine Klinik wie ein Hotel geführt werden? Sollte auch hier die Wirtschaft, das heißt das ökonomische Prinzip der Profitmaximierung maßgebend werden, um die Bedürfnisse der Patienten zu definieren? Ab wann „rentiert“ eine Psychotherapie? Nach welchen Kriterien soll das berechnet werden?

© Dr. phil. Mario Erdheim, Zürich

¹⁰ Halbwachs, M. (1925) Das Gedächtnis und seine sozialen Bedingungen. Neuwied 1966.