

RiSS

P
S
Y
C
H
I
A
T
R
I
E

Zeitschrift für Psychoanalyse, Nr. 92

RISS

Zeitschrift für Psychoanalyse
Nr. 92

Psychiatrie
Was erreicht die Psychoanalyse?

- 5 Editorial »Psychiatrie«
- 9 Alexandre Wullschlegler
*Psychoanalyse und die alltägliche
Klinik der Zwangsmaßnahmen
in der Psychiatrie*
- 17 Anne Edan
*Ist der psychoanalytische Diskurs
in der Institution hörbar?*
- 31 Barry Watt
*Von der Fähigkeit, in Spaltung
allein zu sein: Therapeutische
Arbeit mit Obdachlosen*
- 45 Dorothee Bonnigal-Katz,
Patricia Gherovici,
Manya Steinkoler
Psychosis Therapy Project:
*Ein innovatives psychoanalyti-
sches Behandlungsprogramm*
Ein Interview
- 56 Giancarlo Savino
*ITTUM. Visionen,
Zeichnungen*

- 65 Gianluca Solla
Wo alles wimmelt. Zu Giancarlo Savinos ITTUM
- 71 Chantal Marazia
Annäherung an Basaglia. Gedanken zur psychoanalytischen Respektabilität
- 83 Christiane Montag, Dorothea von Haebler
Modifizierte Psychosen-psychotherapie: Vorstellung eines psychoanalytischen Einsatzes in der Behandlung von Psychosen.
Ein Interview, geführt von Alexandre Wullschleger und Aaron Lahl
- 103 Judith Kasper, Karl-Josef Pazzini
»Danke für Ihren Machtmissbrauch« – Zum Film 12 jours von Raymond Depardon
- 117 Erik Porge
Die Krankenvorstellung – eine Klinik der Vorstellung
- 121 Judith Kasper
Abwehr und Erreichbarkeit. »Psychiatrie« als Heimsuchung

REZENSIONEN

- 139 Witte, Sonja: *Symptome der Kulturindustrie. Dynamiken des Spiels und des Unheimlichen in Filmtheorien und ästhetischem Material.* Rezensiert von Hilmar Schmiedl-Neuburg
- 143 Herzog, Dagmar: *Lust und Verwundbarkeit – Zur Zeitgeschichte der Sexualität in Europa und den USA.* Rezensiert von Sonja Witte
- 146 Bertschinger, Matthias: *Freiheit und Krisis – Psychoanalyse des Autoritarismus und psychoanalytische Rechtsanthropologie.* Rezensiert von Peter Widmer
- 151 Nachruf
Zum Tod von Hermann Lang
von Peter Widmer
- 153 Abstracts
- 157 Autor*innen
- 162 Heftankündigungen
- 163 RISS Beirat
- 163 Autor*in werden
- 163 Leser*innenschaft
- 167 eRISS
- 168 Impressum

Die Grenze aber zwischen den normal und krankhaft benannten Seelenzuständen ist zum Teil eine konventionelle, zum anderen eine so fließende, daß wahrscheinlich jeder von uns sie im Laufe eines Tages mehrmals überschreitet. Andererseits täte die Psychiatrie unrecht, wenn sie sich dauernd auf das Studium jener schweren und düsteren Erkrankungen einschränken wollte, die durch grobe Beschädigungen des feinen Seelenapparats entstehen. Die leiseren und ausgleichsfähigen Abweichungen vom Gesunden, die wir heute nicht weiter als bis zu Störungen im psychischen Kräftespiel zurückverfolgen können, fallen nicht weniger unter ihr Interesse; ja erst mittels dieser kann sie die Gesundheit wie die Erscheinungen der schweren Krankheit verstehen. So kann der Dichter dem Psychiater, der Psychiater dem Dichter nicht ausweichen, und die poetische Behandlung eines psychiatrischen Themas darf ohne Einbuße an Schönheit korrekt ausfallen.

Freud, Sigmund: »Der Wahn und die Träume in W. Jensens ›Gradiva‹«. In: *Gesammelte Werke* (Bd. VII, S. 29–125). Frankfurt am Main: Fischer 1976

Editorial

Psychiatrie Was erreicht die Psychoanalyse?

Die Psychoanalyse ist weit davon entfernt, die Prophezeiung einzulösen, dass sie die Psychiatrie eines Tages erobern würde, wie Freud in einem Brief an Eugen Bleuler 1906 spekulierte. Sie steht als schwach institutionalisierter Diskurs, der sich zumindest hierzulande im Wesentlichen auf die langwierige Praxis nicht-psychiatrischer Leiden zurückgezogen hat, der heutigen Psychiatrie eher unverbunden gegenüber. Darauf darf sich die Psychoanalyse aber nicht beschränken. Gerade weil sie behauptet, die Singularität, die Geschichten und »Verrücktheiten« des Einzelnen zu würdigen und diesen Qualitäten einen Platz in der Gesellschaft und der Kultur einzuräumen, muss ihr daran gelegen sein, erreichbar zu bleiben oder zu werden für die Leidenden, die sich unter unterschiedlichsten Bedingungen in Psychiatrien befinden oder wiederfinden.

Die Psychiatrie hingegen steht als medizinisches Fach und als Institution des Gesundheitssystems unter dem starken Einfluss positivistischer, biologisch-technischer Diskurse, normativer Ideologien und erdrückender Effizienzforderungen. Die alltägliche Praxis ihrer Einrichtungen, das Wissen und die Methoden ihrer Forschung und Bildung, die Bedingungen und Möglichkeiten

ihres Denkens rücken oft weit ab von den besonderen Verrücktheiten und Leiden der Einzelnen. Die Angst vor und das Interesse am Wahnsinn – die Sorge um ihn –, die als existenzielle und soziale Faktoren die Psychiatrie prägen, haben es schwer, in psychiatrischen Konzepten einen positiven Ausdruck zu finden. Die Singularität der Subjekte, ihre Leiden und unbequemen Wahrheiten und ihre verstörenden Produktionen drohen in der psychiatrischen Praxis übersehen und verleugnet zu werden. Damit kommt eine Seite gesellschaftlicher Produktivität – und wenn es nur die Abseite wäre – nicht mehr zur Geltung.

Beide, Psychiatrie und Psychoanalyse, vergessen gern ihre gemeinsame Geschichte, ihr geteiltes Interesse an den schillernden und abgründigen Seiten menschlicher Existenzmöglichkeiten.

*RIS*S Nr. 92 will dieses Vergessen kritisch reflektieren und punktuell aufheben, sich Experimenten, Erfahrungen und Begegnungen zuwenden, die von Öffnung und Dialog zwischen Psychiatrie und Psychoanalyse zeugen. Das Heft fragt, was die Psychoanalyse aus der Welt der Psychiatrie heute noch erreicht, sowie umgekehrt, was und wen sie dort wie zu erreichen vermag. Ausgehend von sehr verschiedenen Hintergründen und Perspektiven zeugen die Beiträge des Hefts von individuellen und kollektiven Versuchen, theoretischen und praktischen, den Austausch und die Begegnung zwischen Psychiatrie und Psychoanalyse zu ermöglichen.

Alexandre Wullschleger und Anne Edan, beide Psychiater*innen, widmen sich in ihren Beiträgen der Möglichkeit einer psychiatrischen Praxis, die durch die Psychoanalyse geprägt ist. Zum einen der Akutpsychiatrie und der Anwendung von Zwangsmaßnahmen – unter dem Aspekt der psychotischen Übertragung – und zum anderen der Arbeit bei und mit Jugendlichen, die einen Suizidversuch unternommen haben. – Die Realität der psychiatrischen Praxis und ihrer Verbindung mit der Justiz werden auch im Text von Judith Kasper und Karl-Josef Pazzini über den Film *12 jours* von Raymond Depardon unter psychoanalytischen Aspekten betrachtet. – Die Herausforderungen der psychotherapeutisch-psychoanalytischen Arbeit mit Menschen mit Psychoseerfahrung und die Erreichbarkeit schwerstkranker oder sozial stark ausgegrenzter Menschen stellen einen weiteren Fokus des

Hefts dar und werden in drei Beiträgen angegangen. In zwei Interviews werden modifizierte psychoanalytische Ansätze bzw. Behandlungsrahmen vorgestellt, die sich der Arbeit mit diesen schwer zu erreichenden Menschen widmen: Die Psychoanalytikerin Dorothee Bonnigal-Katz spricht mit Patricia Gherovici und Manya Steinkoler über das *Psychosis Therapy Project (PTP)*, das sie in England gegründet hat und leitet. Dorothea von Haebler und Christiane Montag stellen im Gespräch mit Aaron Lahl und Alexandre Wullschleger die Grundprinzipien der modifizierten Psychosenpsychotherapie (MPP) vor, die konkrete Werkzeuge für die psychotherapeutische Praxis bietet. – Barry Watt stellt in seinem Beitrag Überlegungen zu seiner Praxis mit obdachlosen Menschen vor, die oft psychiatrisch gesehen krank sind, für die viele Einrichtungen der Gesellschaft nicht mehr erreichbar sind.

Eine historische Perspektive nimmt der Text von Chantal Marazia ein, der sich mit dem keineswegs eindeutigen und einfachen Verhältnis von Basaglia und der Psychoanalyse und der Aktualität und Rezeption seines Werks beschäftigt. – Judith Kasper wirft in ihrem Beitrag, der auf einem Forschungsprojekt über Archive der psychiatrischen Klinik San Lazzaro in Reggio Emilia basiert, einen persönlichen wie auch philologischen und historischen Blick auf den Signifikanten »Psychiatrie« und dessen Resonanzen. – Gianluca Solla kommentiert mit einem Beitrag die Bilder des italienischen Künstlers Giancarlo Savino, die in diesem Heft veröffentlicht sind.

Eric Porge fragt, ob die althergebrachten Krankenvorstellungen in psychiatrischen Krankenhäusern und medizinischen Fakultäten, wie sie auch Jacques Lacan praktiziert hat, vielleicht doch noch etwas sagen können.

Rezensionen gibt es zu Sonja Wittes *Symptome der Kulturindustrie*, zu Dagmar Herzogs *Lust und Verwundbarkeit* und zu Matthias Bertschingers *Freiheit und Krisis*. Es folgt ein Nachruf von Peter Widmer auf den kürzlich verstorbenen Psychiater und Psychoanalytiker Hermann Lang.

Parallel zu dieser Ausgabe des *RISS* erscheint auch die neue Ausgabe des *RISS+ Lacan und die Psychiater*. In diesem Heft publizieren und dokumentieren wir übersetzte Ausschnitte eines bisher noch unveröffentlichten Vortrags von Jacques Lacan, *Petit discours*

aux psychiatres, den er 1967 vor den Psychiatern in Ausbildung in der Klinik von Sainte-Anne gehalten hat. Dieser Text wird von Kommentaren begleitet, die im Zusammenhang mit dem Thema des *RISS* besondere Schwerpunkte und Fragen dieses Vortrags und der heutigen Beziehung von Psychiatrie und Psychoanalyse beleuchten. —

Marcus Coelen, Judith Kasper, Karl-Josef Pazzini
und Alexandre Wullschlegler

Alexandre Wullschleger

Psychoanalyse und die
alltägliche Klinik der
Zwangmaßnahmen in
der Psychiatrie

Als Psychiater und Psychotherapeut, der sich der Lacan'schen Orientierung anschließt, kann ich aufgrund meiner alltäglichen Praxis in psychiatrischen Krankenhäusern und Akutstationen davon berichten, wie sehr die Beziehung zwischen Psychoanalyse und Psychiatrie von gegenseitigen Widerständen, Missverständnissen, Misstrauen, gleichzeitig aber auch von Neugier und Respekt geprägt ist. In der Akutpsychiatrie kursiert die Meinung, dass die Psychoanalyse für die schwerstkranken Menschen, die dort behandelt werden, nicht geeignet sei. Patienten seien nicht »einsichtsfähig« genug, bräuchten zunächst eine medikamentöse Behandlung und profitierten nur von den konkreten Ansätzen der Verhaltenstherapie. Diesen verbreiteten Annahmen möchte ich in diesem Beitrag entgegentreten, indem ich am Beispiel der Zwangsmaßnahmen veranschauliche, wie sehr die Psychoanalyse als Theorie und Praxis selbst in den kritischsten Situationen und Behandlungsverläufen eine hilfreiche Unterstützung darstellt.

Bekanntlich werden in der Psychiatrie häufig Behandlungen gegen den Willen der Betroffenen durchgeführt. Zudem werden auch freiheitsbeschränkende Maßnahmen wie Isolierungen oder mechanische Fixierungen zur Abwendung akuter Gefahrsituatio-

nen angewendet. Die Anwendung von Zwang, die im Schnitt ca. 5 bis 8 % der stationär behandelten Patienten betrifft¹, kann als logische Konsequenz der »ordnungshütenden« Funktion der Psychiatrie in der Gesellschaft gesehen werden. Die Psychiatrie wird als medizinisches Fach mit der Aufgabe konfrontiert, sowohl die Sicherheit der Menschen zu gewährleisten, die sich in einer psychischen Ausnahmesituation befinden, als auch der Gesellschaft, deren Sicherheitsbedürfnis und Empfindlichkeit für »abnormales« Verhalten in den letzten Jahren noch einmal gestiegen sind. Auch wenn die Behandlung von Betroffenen gegen deren expliziten Willen in manchen Situationen lebensrettend sein kann (wie z. B. im Fall eines schweren, lebensbedrohlichen Delirs), stellt die Entscheidung, Zwang auszuüben, ein immer wiederkehrendes ethisches Dilemma für in der Psychiatrie Tätige dar. Auch dank der zunehmenden Aufmerksamkeit internationaler Verbände und Gesellschaften rücken diese ethischen Fragen in den Fokus der gesundheitspolitischen und psychiatrischen Agenda.² Darüber hinaus sind heutzutage die potenziellen Konsequenzen von Zwangsmaßnahmen bei den Betroffenen bekannt, von Todesangst und Erniedrigung bis hin zu posttraumatischen Belastungsstörungen.³

Wenn Betroffene über erlebte Zwangsmaßnahmen sprechen, erwähnen sie meistens ein unerfülltes Bedürfnis nach Präsenz, Zuhören und Zeit. Sie nehmen sie zudem vorwiegend als Konsequenz mangelnder oder ungenügender Beziehung zu den Mitarbeitenden wahr.⁴ Dabei sehen in der Psychiatrie Tätige klinische und psychopathologische Aspekte vorwiegend als entscheidend im Einsatz von Zwangsmaßnahmen und betonen meistens, wie sehr sie sich bemühen, den Patienten Zeit zu widmen, bevor sie Zwangsmaßnahmen anwenden. Diese unterschiedlichen Wahrnehmungen von Betroffenen und Professionellen zeigen, dass in den akuten Situationen, die zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen führen, eine Dimension überfällig und ungehört bleibt, der ich mich in diesem Beitrag anhand der Lacan'schen psychoanalytischen Theorie annähern möchte.

Bedauerlicherweise finden psychoanalytische Ansätze in der Betrachtung von Zwangsmaßnahmen kaum Anwendung. Ob aus Angst, Scheu oder gewollter Abgrenzung von diesem Thema –

dieser Bereich wird der institutionellen Psychiatrie überlassen. Festgestellt werden kann nur, dass in diesem Feld beide Disziplinen wenig voneinander wissen bzw. wissen wollen.

In der Praxis werden Zwangsmaßnahmen in erster Linie aufgrund einer unmittelbaren Gefährdung im Rahmen von akuten Exacerbationen einer psychotischen Erkrankung wie z. B. einer Schizophrenie oder einer bipolaren Störung angewendet. Die meisten Zwangsmaßnahmen finden kurz nach einer Aufnahme gegen den Willen der Betroffenen statt. Oft liegen wahnhaftige Symptome, Halluzinationen und eine beträchtliche Desorganisation des Denkens der akuten Situation zugrunde. Betroffene fühlen sich häufig bedroht und verfolgt, in diesen Situationen stellt die Gestaltung einer tragfähigen Beziehung eine erhebliche Herausforderung dar. Die Anwendung des Begriffs der psychotischen Übertragung auf diese besondere Beziehungskonstellation ermöglicht eine Neubeleuchtung, aus der mögliche Interventionen und praktische Ansätze abgeleitet werden können. Alfredo Zenoni hat die psychotische Übertragung als eine umgekehrte Übertragung definiert, in der ihre Richtung, die bei Neurotikern vom Subjekt zum Anderen im Sinne des *sujet-supposé-savoir* gehe, umgekehrt sei: Im Fall der Psychose gehe die Übertragung vom Anderen zum Subjekt und das psychotische Subjekt sehe sich als Objekt des Genießens des Anderen, als geliebtes oder verfolgtes Opfer seines Begehrens.⁵ Es kann angenommen werden, dass akute Situationen, in denen der Psychotiker im Rahmen seiner Erkrankung bereits mit einem »ausgelagerten Genießen« (frz. *jouissance délocalisée*) im Sinne Malevals konfrontiert wird⁶, zu einer Zuspitzung dieser Übertragungskonstellation führen und dass Stationsmitarbeitende als Vertreterinnen und Vertreter der Institution oft zu Personifizierungen eines unbarmherzigen und grausamen Anderen werden. Oft bleibt dem Subjekt nur der *passage à l'acte* als einziger Ausweg, als einzige Möglichkeit, dieser realen Bedrohung zu entgehen. So sind Professionelle in solchen Situationen mit der Frage konfrontiert, wie sie als Vertreterinnen und Vertreter einer Institution, die zur Aufgabe hat, die radikale Handlung des *passage à l'acte* zu vermeiden und das verwüstende und grenzlose Genießen der psychotischen Krise zu bändigen, einen Anderen verkörpern können, der sich nicht in diese dyadi-

sche und bedrohliche Übertragungskonstellation einklemmen lässt. Das Bewusstwerden dieser ungünstigen Übertragungskonstellation bei den in der Psychiatrie Tätigen und des darin liegenden Gefahrenpotenzials scheint unabdingbar zu sein, da nur so versucht werden kann, durch einen *pas de côté* (Schritt zur Seite) aus dieser affektgeladenen, bedrohlichen Situation herauszukommen. Nur durch die Wahrnehmung dieser gegenseitigen Bedrohung kann trotz der oft sehr angespannten Situation gewagt werden, dem Subjekt Zeit zu widmen, um ihm und seinem im Wahn ausgedrückten Leiden zuzuhören. In dem Moment kann dann ein Anderer verkörpert werden, der sich nicht in das Register des Verstehens einschreibt, über kein Wissen über das Subjekt und seine subjektive Realität verfügt, sondern sich in eine authentische Position des Nicht-Wissens begibt und dadurch diese Gestalt eines bedrohlichen, omnipotenten Anderen »unvervollständig« (*décomplète*).⁷

Erst wenn in der Psychiatrie Tätige sich ihrer Position als Verfolger bzw. Vertreter einer verfolgenden Institution bewusst werden, können sie trotz der oft sehr ausgeprägten Krankheitserscheinungen versuchen, die individuellen Wünsche und Ängste der Betroffenen zu berücksichtigen. Ein flexibler Umgang mit Regeln, eine transparente Handhabung von Prozeduren und Entscheidungen, eine unzweideutige Sprache – die die Versuchung des Verstehens und der Deutung meidet – und eine offene, fragende und interessierte Haltung sind dabei wichtige Werkzeuge, die in der Praxis helfen können, diesen Anderen zu verkörpern, der sich an die Seite des Patienten stellt.⁸ In vielen Situationen erweist sich auch die Anerkennung der eigenen Grenzen und die Äußerung eigener Gefühle und Bedürfnisse seitens der Mitarbeitenden als ein wichtiges Mittel, die imaginäre Dimension der akuten Situation und ihr Bedrohungspotenzial zugunsten der subjektiven Realität der Beteiligten zu lindern. So kann es manchmal gelingen, auf die Anwendung von Zwangsmaßnahmen zu verzichten.

Wenn sich diese nicht vermeiden lassen, sollte jede Durchführung von Zwangsmaßnahmen unter diesen Aspekten der Übertragung betrachtet werden. Denn Betroffene berichten, dass das Gefühl, während der Zwangsmaßnahmen fair behandelt und

respektiert zu werden, eine entscheidende Rolle in der Wahrnehmung dieser Situationen spiele.⁹ Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen geht damit einher, dass auf das Gesetz Bezug genommen wird, wobei die Dimension der gesellschaftlichen Kontroll- und Regulierungsfunktion der Psychiatrie deutlich wird. Entscheidend ist aber, ob diese Funktion dem Patienten dient, d. h. unter Berücksichtigung seiner individuellen psychischen Situation, oder im Sinne einer reinen Verhaltenskontrolle und Gewaltausübung erfüllt wird. Auch den Mitarbeitenden, die in solchen Übertragungskonstellationen gefangen werden, droht die Gefahr, durch einen *passage à l'acte* der Situation zu entkommen. Wenn also über die klinische Situation nicht sorgfältig und transparent reflektiert wird, kann sich dieses Gewaltpotenzial in seiner realen, unbegrenzten Dimension des Genießens eines massiven körperlichen Eingriffs äußern.

Selbst nach dem Einsatz von Zwangsmaßnahmen stellt dieser Aspekt der Übertragung für die Praxis eine wichtige Orientierung dar. Um dies zu veranschaulichen, möchte ich noch eine Intervention vorstellen, die zwar nicht (nur) als ein psychoanalytischer Ansatz entwickelt wurde, die aber eine konkrete Unterstützung im Umgang mit der psychotischen Übertragung darstellt. Die Arbeitsgruppe »Sozialpsychiatrie und Versorgungsforschung« der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat 2016 ein Instrument zur Durchführung einer Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen entwickelt und erforscht.¹⁰ Es ist ein Leitfaden, der Professionellen helfen soll, ein Gespräch über den Einsatz von Zwang mit den Patientinnen und Patienten zu führen, was die Betroffenen sich in den meisten Fällen ausdrücklich wünschen.¹¹ Dieses Gespräch findet in der Regel einige Tage bzw. Wochen nach der/den Zwangsmaßnahme/n statt, wenn der/die Betroffene sich dazu emotional in der Lage fühlt, und wird von einem Teammitglied moderiert, das an der akuten Situation nicht beteiligt war. Daran nehmen neben der betroffenen Patient*in ein anderes Teammitglied ein Mitarbeiter der Station, der direkt an der Entscheidungsfindung Zwang anzuwenden mitgewirkt hat, und eine Bezugsperson der Patient*in teil, wenn von ihr gewünscht. Der Leitfaden und die Moderation sorgen dafür, dass alle wichtigen Aspekte der Situation thematisiert werden und dass alle Teilneh-

mende sich möglichst frei über ihre Wahrnehmung und Gefühle äußern können. Nach einem ersten Teil, in dem die Patient*in und der/die Stationsmitarbeitende ihre eigene Sicht über die akute Situation und ihre dazugehörigen Gefühle äußern dürfen, folgen Fragen zur Durchführung der Maßnahme, den möglichen Alternativen und den Bedürfnissen der Patient*in während und nach der Zwangsmaßnahme. Erste Ergebnisse der Begleitforschung zeigen, dass Betroffene und Mitarbeiter diese Intervention durchaus als positiv bewerten, und es zeichnet sich ab, dass diese Form der Nachbesprechung möglicherweise einen positiven Effekt auf die subjektive Wahrnehmung von Zwang und die Entwicklung posttraumatischer Symptome hat. Die bisherige Erfahrung zeigt, wie sehr diese Gelegenheit, über diese gewaltvollen Situationen zu sprechen, einerseits den Betroffenen hilft, ihre Psychose-Erfahrung neu bzw. anders zu betrachten, und andererseits den Mitarbeitenden die Chance bietet, über ihre eigene Erfahrung und Praxis mit und bei diesen Patient*innen, aber auch über ihre Angst im Umgang mit Psychose zu reflektieren.

Aus psychoanalytischer Sicht bildet diese Form der Nachbesprechung also eine Möglichkeit, diese besondere Übertragungskonstellation nachträglich zu berücksichtigen und die Erfahrungen der Beteiligten anders zu beleuchten. Die Beteiligung eines Dritten und der offene Austausch erlauben eine Triangulierung einer sonst dyadischen Beziehung (auch zwischen der Patient*in und der Institution), die zum Teil für die Eskalation der akuten Situation verantwortlich gewesen ist. Die Berücksichtigung der individuellen Gefühle und Wahrnehmungen hilft auch, die imaginäre Beziehung neu zu betrachten und durch eine gelebte Authentizität jenseits des Wahns und der Angst die Positionen der Beteiligten neu zu definieren. Darüber hinaus wird seitens der Mitarbeitenden ein Raum für die Individualität des Subjekts geschaffen, und das Anhören der besonderen Erfahrung erlaubt ihnen, sich von vorgefertigten Rollen und Krankheitsauffassungen zu verabschieden. Die Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen kann also als ein Versuch gesehen werden, freiheitsentziehende Maßnahmen und deren (teilweise) schädliche Konsequenzen sowie die Beziehung der Patienten zu der psychiatrischen Institution unter psychoanalytischen Aspekten zu betrachten und dem-

entsprechend zu behandeln. Als solche stellt sie auch einen modifizierten psychotherapeutischen Ansatz dar, der praxistauglich und für schwerstkranke Menschen zugänglich ist. Es ist zu hoffen, dass in Zukunft ein fruchtbarer Austausch zwischen Psychoanalytikern und in der Psychiatrie Tätigen stattfinden kann, der in die Entwicklung neuer gemeinsamer theoretischer und praktischer Ansätze mündet, denn Zwangsmaßnahmen stellen eine ethische und klinische Herausforderung in der Behandlung schwerstkranken Menschen dar, die nicht nur dem psychiatrischen Feld überlassen werden sollte. —

- 1) Vgl. Flammer, Erich / Steinert, Tilman: Involuntary Medication, Seclusion, and Restraint in German Psychiatric Hospitals after the Adoption of Legislation in 2013. In: *Frontiers in Psychiatry*. 2015, 6. Jg., S. 153
- 2) Vgl. Szmukler, George: *The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: ›Rights, will and preferences‹ in relation to mental health disabilities*. In: *International Journal of Law and Psychiatry*, Heft 54, S. 90–97
- 3) Vgl. Frueh, Bartley Christopher et al.: *Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting*. In: *Psychiatric Services*. 2005, 56. Jg., Heft 9, S. 1123–1133
- 4) Vgl. dazu Wullschleger, Alexandre et al.: *Beiträge zur Vermeidung von Zwang in der Akutpsychiatrie*. In: *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*. 2018, 86. Jg., Heft 8, S. 500–508.
- 5) Vgl. Zenoni, Alfredo: *Sich in der psychotischen Übertragung orientieren*. Übers. Alexandre Wullschleger. In: *RISS – Zeitschrift für Psychoanalyse*. 2019, Heft 90, S. 60–79
- 6) Maleval, Jean-Claude: *Délocalisation de la jouissance et perplexité angoissée*. In: *Logique du délire*. Rennes 2011: Presses Universitaires de Rennes, S. 123–153
- 7) Vgl. Zenoni, *Psychotische Übertragung*, S. 76 f.
- 8) Vgl. Mahler, Lieselotte; Jarchov-Jadí, Ina; Montag, Christiane; Gallinat, Jürgen. *Das Weddinger Modell. Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext*. 2014, Köln: Psychiatrie Verlag.
- 9) Vgl. Katsakou, Christina et al. *Coercion and treatment satisfaction among involuntary patients*. In: *Psychiatric Services*. 2010, 61. Jg., Heft 3, S. 286–292
- 10) Vgl. Wullschleger, Alexandre et al. *Standardisierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen auf psychiatrischen Akutstationen: Ergebnisse einer Pilotstudie*. In: *Psychiatrische Praxis*. 2019, 46. Jg., Heft 3, S. 128–134
- 11) Vgl. Mielau, Juliane et al. *Psychiatrische Zwangsmaßnahmen: Prävention und Präferenzen aus Patientensperspektive*. In: *Psychiatrische Praxis*. Jahr 44. Jg., Heft 6, S. 316–322

Anne Edan

Ist der psychoanalytische
Diskurs in der Institution
hörbar?

Einführung

»Malatavie« ist eine Abteilung der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik Genf, die sich der Prävention und Behandlung des suizidalen Risikos bei Jugendlichen widmet. Im stationären Bereich der Abteilung liegt ein Gästebuch, das jeder während der stationären Behandlung durchblättern kann und in dem die meisten Jugendlichen vor ihrer Entlassung einen kleinen Text verfassen. Das Buch, eigentlich zahlreiche Hefte, enthält sehr differenzierte Erfahrungsberichte, die das durch die suizidale Krise und ihre »Behandlung« Gelernte darlegen. Aber es geht auch um Lob. Die Jugendlichen loben die anderen Jugendlichen, aber auch das Behandlungsteam, das sich mit ihnen während ihres Aufenthalts befasst, und sie erwähnen dabei insbesondere diejenigen, die mit ihnen den Alltag teilen, die sie zum Lachen und zum Sprechen bringen, ihnen zuhören, manchmal sogar füttern oder mit ihnen spielen konnten. Jeder wird dabei für seinen Anteil an einer Erfahrung eines sozialen Bandes und einer Erforschung dessen, was zum Leid oder Engpass wird – manchmal bis zur Erwägung des Suizids – ausgezeichnet.

Diesen Erfahrungsberichten messen wir große Bedeutung bei; sie entfalten das, was für jeden während des Aufenthalts auf der Station wirksam war. Das Gästebuch verkörpert die Stelle, an der wir der Psychoanalyse zufolge das Wissen platzieren sollten, nämlich die Stelle, wo der oder die Jugendliche vom Schmerz und dem, was für ihn oder sie zur Lösung wird, gut sprechen kann. Die Koexistenz unterschiedlicher therapeutischer Stile ist hier von einer gemeinsamen psychoanalytischen Orientierung getragen: denn es geht der Therapeut_in, die die Patient_in empfängt, darum, richtig da und bereit zu sein, schwierige Mitteilungen aufzunehmen, ohne zu versuchen, die Sackgassen und die »Probleme«, die ihr anvertraut werden, zu lösen, sondern im Gegenteil die Jugendlichen damit vertraut zu machen, sich ihrem eigenen Punkt des Unerträglichen anzunähern.

In diesem Beitrag will ich sowohl untersuchen, was die psychoanalytische Lehre zur klinischen Betrachtung von Jugendlichen, die einen Suizidversuch unternehmen, beitragen kann, als auch, wie ein von der Psychoanalyse geprägter Diskurs hörbar gemacht werden kann, von jemandem, der als »Schüler der Klinik« eine ethische Position einnimmt.

Im Gegensatz zu anderen Verfahren schreckt die Psychoanalyse nicht vor Themen wie der Not, dem Todestrieb, der Ambivalenz und letztlich der Versuchung des Suizid zurück. Sie ist da, um zu hören und dem zuzuhören, was der sprechende Körper schreit bzw. murmelt. Diese spezifische psychoanalytische Haltung erscheint uns als unabdingbar, um Jugendliche, die einen Suizidversuch unternommen haben, aufzunehmen und ihnen zu begegnen.

Die klinische Betrachtung

Auf klinischer Ebene möchte ich drei Begriffe herausarbeiten, die uns leiten: Es geht um die Angst, die Klinik des Akts und den Begriff der Wiederholung. Einerseits sind damit Erscheinungen bezeichnet, denen die Jugendlichen, wenn sich der Schmerz des Seins manifestiert, ausgesetzt sind, andererseits sind mit denselben Begriffen Triebfedern benannt, um eine introspektive Arbeit in Gang zu setzen.

Die Angst ist das, »was nicht täuscht«. ¹ Mit dieser Behauptung lädt uns Lacan ein, Akzente der Wahrheit des Subjekts zu suchen, die gleichzeitig den Ausdruck des unbewussten Begehrens, die Konfrontation mit dem Realen und den Motor einer beginnenden Veränderung verdichten.

Die Angst setzt ein Signal für das Intime des Seins und fordert, von ihm behandelt zu werden. In dieser Hinsicht erinnert Lacan: »Agieren ist der Angst ihre Gewissheit entreißen«. ² Hier betont Lacan den »Drang zum Akt« [*pousse à l'acte*], der beim Subjekt von der Angst ausgelöst wird.

Gerade die Klinik des suizidalen Akts veranschaulicht das Paradox, das als ein Ausgangspunkt der Psychoanalyse betrachtet werden kann: Das Subjekt will nicht unbedingt sein eigenes Bestes. Diesem Paradox, so die Lehre der Psychoanalyse, liegt die Spannung zwischen dem Ich-Ideal, das dem Subjekt sagen würde, wie es mit seinem Leben zurechtkommen muss, und dieser dunklen Zone, die der Triebwelt gehört, zugrunde. Außerdem unterscheidet Lacan hinsichtlich des Akts, wenn er dem Subjekt entwischt, zwischen dem *passage à l'acte* und dem *acting out*. Er sieht das wesentliche Korrelat des *passage à l'acte* in dem Niederkommenlassen, von Seite des Subjekts gesehen. Der *passage à l'acte* ruft keine Deutung auf. Er ergibt sich plötzlich im Moment der »größten Bedrängnis des Subjekts« ³ genauso wie die Angst und er erscheint, wenn etwas Unerträgliches für das Subjekt auftritt, welches es in eine unbändige Versuchung treibt, »sich von der Szene fortzustehlen«. ⁴

Wiederum veranschaulicht das *acting out* etwas »im Benehmen des Subjekts, das sich zeigt«. Der demonstrative Akzent eines jeden *acting out*, dessen Ausrichtung hin auf den Anderen, muss unbedingt im Auge behalten werden«. ⁵ Wie jedes Symptom, jede Manifestation des Unbewussten ist es die »Demonstration [eines] unbewussten Begehrens«. ⁶

In der klinischen Arbeit mit den Jugendlichen sind diese Dimensionen verschränkt. Die Brutalität des *passage à l'acte* weist auf die Seite der Entladung hin. Mit der »verhaltensmäßigen Beimischung der Erregung als Ungeordnetheit der Bewegung« ⁷ wird die Wendung an den Anderen manchmal sogar von den Jugendlichen selbst klar ausgedrückt, wenn sie zum Beispiel

betonen, dass sie nicht »sprechen« können, dass sie »Angst hatten, dass ihnen nicht geglaubt wird« oder, dass »keiner ihnen zuhört«.

Rebecca ist ein 12-jähriges Mädchen, das von dem Reden ihrer Mutter, die selbst ihre Trennung von ihrem Mann vor circa 10 Jahren nicht »verdaut« hat, sehr geprägt ist.

Die Mutter kommt nicht aus einem verbitterten Reden über die Trennung von diesem reichen Mann heraus, der ihr ein schönes bürgerliches Haus hinterlassen hat, als er nach der Geburt mehrerer Kinder zu einer etwas jüngeren Akademikerin zog.

Die betrogene, tödlich beleidigte Frau hindert die Mutter daran, ihre Tochter zu hören, die in ihrem Zimmer weint oder nachts nicht einschlafen kann. Sie wird von ihrer eigenen Qual als verlassene Frau verblindet. Sie schenkt den Schulzeugnissen ihrer Tochter, die von einem die Autorität herausfordernden Verhalten (Misstrauen, Provokation, sogar Beleidigung der Lehrer) berichten oder den Einbruch ihrer schulischen Leistungen betonen, nur Missachtung.

Der Vater hingegen nimmt die Situation passiv an. Er beschreibt sich als sehr kulant hinsichtlich der finanziellen Forderungen seiner Exfrau, für Rebecca hat er nur wenige Worte. Vor dem vorgeführten Leid seiner Exfrau und im Hinblick auf seine Situation, die er genießt (mit einer jüngeren Frau in einer interessanten Phase ihrer Karriere zusammen zu sein), sagt er, dass er ihr das Haus, das er nach dem Tod seines Vaters geerbt hat, abgebe und glaubt, damit den richtigen Preis für die Trennung zu zahlen.

In diesem Kontext und nach einem Streit zwischen Mutter und Tochter, deren Ausgangspunkt war, dass die Mutter in Rebeccas Zimmer »ohne zu klopfen« hereinkommt, klettert Rebecca auf das Dach dieses Vaterhauses, wo sie mit ihrer Mutter lebt, und droht, sich umzubringen.

In dieser Szene stelle ich die Dimension des Unerträglichen fest, wenn die Mutter »ohne zu klopfen« hereinkommt, eine Wiederholung in Rebeccas Rede, die bemängelt, dass sie »keine Intimität haben darf«, dass ihre »Mutter sich überall wie zu Hause benimmt«. Diese Wiederholung verstehe ich in ihrer Dimension eines *passage à l'acte* als Wunsch, die Szene zu verlassen. Sie steigt aus dem Fenster, aber anzumerken ist, dass Rebecca nicht stürzt,

sondern ganz oben auf das Dach klettert, und gerade diese Entscheidung scheint uns viel von einer Demonstration zu haben: Das Dach dieses Hauses verkörpert das Objekt des Streits zwischen ihren Eltern, zwischen dem, was dem einen gehört und dem, was der anderen zusteht. In einem Hin-und-her-gerissen-Sein zwischen Vater und Mutter, zwischen dem Mann, der ein neues Leben anfängt, und der gekränkten Frau, verkörpert Rebecca den Rest einer gemeinsamen Vergangenheit und die unmögliche Zukunft.

Die Wiederholung, einer der Grundbegriffe der Psychoanalyse laut Lacan, soll als eine Gelegenheit nun betrachtet werden, die sich dem Subjekt bietet für das, was ihm geschieht, Verantwortung zu übernehmen.

Die Wiederholung ist eine Äußerung dessen, was sich im Leben eines Subjekts aufdrängt, was widersteht und misslingt; sie unterstreicht dabei die Hypothese von einem Unbewussten, das alles wieder auftreten lässt, was dem Subjekt einmal gesagt wurde und ihm wehtat, ebenso wie all das, was dem Subjekt unmöglich ist zu sagen.

Lilly hat einen Suizidversuch unternommen, der als schwer eingeschätzt wurde: Sie hat viele Medikamente eingenommen und ihrer Familie nichts gesagt. Erst als die körperlichen Symptome auftraten und ihre Mutter sie fragte, was los war, konnte sie ihren Akt zugestehen.

Zunächst erklärt sie mir, dass sie schon immer suizidale Gedanken hatte. Auch wenn sie in der Vergangenheit schon Suizidgedanken hatte, so ist der aktuelle *passage à l'acte* ihr erster (tatsächlicher) Suizidversuch. Er stehe, so Lilly, im Zusammenhang mit der Trennung von ihrem Freund und insbesondere mit seiner Begründung für die Trennung: »Du nimmst mit deinem Leiden zu viel Platz ein. Meine Mutter ist krank und ich muss mich ihr jetzt widmen.« Mit dieser Aussage wird der ganze Raum, den sie einnimmt, infrage gestellt. Sie teilt mir dann eine Erinnerung mit, die ihrer Meinung nach das ununterbrochene Vorhandensein von Suizidgedanken veranschaulicht. Sie vertraut mir an, dass sie sich früher oft mit ihrer Schwester gestritten hat. Diese hat alles getan, um sie zu ärgern, obwohl Lilly dachte, dass ihre Schwester »den ganzen Platz« einnahm. Ich weise sie auf die Bedeutung hin, die sie denjenigen verleiht, die zu viel Platz einnehmen.

Mit einem Lächeln spricht sie in diesem Moment erneut in einer assoziativen Art mit mir über ihr anorektisches Symptom. Sie gesteht, dass sie sich als »dick« sehe, wenn sie abends im Bett liege, sie habe sogar den Eindruck, dass sie »aufgehe und unter ihrem eigenen Gewicht erstickte«. Ich fahre fort und sage: »Als ob Sie den ganzen Platz einnehmen würden?«, worauf sie mir ein Lächeln schenkt und bestätigt, dass sie dieses Mal selbst diesen Signifikant »den ganzen Platz einnehmen« vernommen hat.

Die Konfrontation mit dem Realen und den Umgang damit, die sich in der signifikanten Wiederholung, sogar im Symptom der Jugendlichen aufzeigen, zu unterstreichen, kann an sich eine Befriedigung sein, genauso wie bei Lilly mit ihrem schönen Lächeln, als sie zum dritten Mal wahrnahm, wie sie um diese Vorstellung kreiste, »den ganzen Platz« einzunehmen.

Die Hypothese des Unbewussten, einer Spur, eines Abdrucks, der auf dem sprechenden Körper hinterlassen wird, erlaubt auch, aus einigen »logischen Sackgassen« herauszukommen, die in der klinischen Praxis mit den Jugendlichen immer wiederkehren. Die Präsenz des Todestriebes als eine dem Ich-Ideal der Jugendlichen konterkarierende Kraft zu akzeptieren, erlaubt es, dem Subjekt bei seiner Durchquerung des Realen und seinen Mühen, damit umzugehen, zuzuhören.

Lacans Lehre und die klinische Praxis

Alexandre Stevens betont:

Die Grundlage der verschiedenen Modelle von durch die Psychoanalyse orientierten Behandlungseinrichtungen liegt darin, den Patienten einen wohlwollenden, nicht dominierenden Anderen, der sogar das Phantasma des Subjekts repräsentieren kann, anzubieten. Erwartet wird davon das Auftauchen des Subjekts oder eine größere Freiheit für seine Produktionen. So schaffen diese institutionellen Modelle für das Sprechen den größten Raum, und unzweifelhaft ist deren klinische Arbeit durch den Bezug orientiert, den ihre Gründer zur Psychoanalyse haben.⁸

Anders gesagt geht es darum, die richtige Formel zu finden, um eine »gute Atmosphäre« zu schaffen, ein Ausdruck, der Jean

Oury wichtig war, eine Atmosphäre, in der die Überraschung, das Unerwartete und vor allem das noch nie Dagewesene ihren Platz haben. Eine Atmosphäre, die es dem Subjekt erlaubt, seine Lösung zu formulieren, ohne auf der Seite des Idealismus zu sein. Diese Lösung, die in Form eines Symptoms vorliegt (oder der wir die Form eines Symptoms geben müssen), muss Schritt für Schritt hergestellt werden. Wir können nicht einfach warten, bis es uns in den Schoß fällt. Wie auch Stevens sagt: *Es geht nicht darum, das Sprechen in einer unbegrenzten Art zu befreien, sondern dem Subjekt zu erlauben, ein oder mehrere besondere Symptome zu identifizieren, zu bilden und zu unterstützen, nach Art von Bastelarbeiten, die als Verankerungspunkte für die Ausschreitungen des Genießens fungieren.*⁹

Anstatt eines wohlwollenden Anderen oder zusätzlich zur Verkörperung eines wohlwollenden Anderen geht es Stevens darum, *einen barrierten, durchlöcherten, limitierten Anderen zu verkörpern, der nicht weiß und deshalb zuhört, um zu lernen, ... entlang der Signifikanten, was... die Suche eines Subjekts verankern kann, das Lebensgefühl, ein Symptom oder einfach das, was ihn am Leben hält. Es ist ein Anderer, der die Frage des Subjekts offen lässt, der ein aktiver Zeuge seiner Frage ist.*¹⁰

Die Lehre der Psychoanalyse leitet uns dazu an, in der Intimität des Gesprächs die absolute Singularität des Subjekts zu erkennen. Das bringt sie in Opposition zur wissenschaftlichen Logik, die durch die Wiederholung des Experiments die Stichhaltigkeit einer Praxis überprüfen will, wobei diese Möglichkeit der Überprüfung einer wissenschaftlichen Hypothese auch ermöglicht, die guten Praxen zu extrapolieren, zu evaluieren und zu unterstützen. Das Korrelat dieser absoluten Singularität besteht in der Notwendigkeit, nichts zu wissen und nicht zu viel zu verstehen als auch für die Überraschung zugänglich zu sein und deren Tragweite zu unterstreichen. Wir werden sehen, dass genau die Position von jemandem, der von der Klinik erst lernt, es uns erlaubt, uns an die Singularität anzupassen, zu vergessen, was wir wissen, um daran zu lernen, die Logik des Symptoms zu unterstreichen, aber auch den Zufallseffekt aufzudecken, den eine Überraschung mit sich bringen kann.

»Schüler_in der Klinik« zu sein stellt eine klinische Praxis dar, die darauf abzielt, sich von den Jugendlichen unterrichten zu lassen. Diese Position des Praktikers steht demjenigen, der weiß, dem Gelehrten, demjenigen, der im Voraus weiß, was für den anderen gut oder schlecht ist, entgegen. Was die oder den Jugendlichen betrifft, so haben wir also die Fragen im Kopf, mit denen sie oder er sich befassen muss: Wer bin ich? Woher komme ich? Was wird aus mir? Was will man von mir? Diese Fragen, die Themen der Identität, der Herkunft und des Rätsels des Begehrens des Anderen nach sich ziehen, stellt sich nicht nur die oder der Jugendliche. Dennoch ist sie/er die/der Einzige, die/der für ihren/seinen Fall eine Antwort formulieren kann. Die Verantwortung des praktizierenden Analytikers wird darin bestehen, diesem/r Jugendlichen seine/ihre radikale Einsamkeit sowie die heilsame Banalität seiner/ihrer Fragen zu signalisieren.

Schüler_in der Klinik zu sein heißt auch, sich an den verschiedenen von Lacan gelehrten Diskursen zu orientieren. Eine derart ausgerichtete Praxis wird von einem Begehren unterstützt, Effekte zu bewirken, die im Nachhinein vom Subjekt selbst als günstig beurteilt werden, und sie nimmt gleichzeitig auf sich, dass diese Effekte nicht vorhersehbar – geschweige vorhersagbar – sind. Diese Praxis, die auf nicht vorhersagbare, unvorhersehbare Effekte abzielt, dessen Bedeutung nur vom Subjekt bestätigt werden kann, stößt allerdings auf Widerstände in einer Institution. Es ist verständlich, dass diese Position als heikel wahrgenommen wird in einer Umwelt, die sich auf Behandlung eingestellt hat und deshalb natürlich das Wohl des Subjekts will, bevor sie das Wahre hören kann. Es geht daher darum, die Bedingungen zu denken, die den Diskurs des Wahren, der Lacans Lehre zugrunde liegt, hörbar machen.

Dabei ist es zunächst wichtig, die logischen Sackgassen zu erkennen, in die man gerät, wenn man sich (geleitet von Lacans Lehre) auf den Diskurs des Meisters oder den Universitätsdiskurs beschränkt. Und zu betonen, dass der Durchgang durch den Diskurs des Hysterikers notwendig ist, um sich dem Diskurs des Analytikers zu nähern – sowohl in seiner Art, wie er über seine Klinik spricht, als auch in der Art und Weise, wie er diejenigen herausfordert, die ihm zuhören. Die Anwendung dieses vom Diskurs

des Analytikers geprägten Diskurses der Hysterie (indem eben auch darauf geachtet wird, nicht zu viel zu machen, nicht zu sehr zu genießen) erlaubt eine Subversion des Diskurses des Herrn in seiner gewöhnlichen Form und erlaubt dabei, auf eine »etwas weniger blöde« Art und Weise, so Lacan, darauf zurückzukommen (»Man sollte es schaffen, dass der Herrendiskurs etwas weniger primär sei und, um es klar zu sagen, etwas weniger blöd.«)¹¹. Diese pragmatischere Anwendung ermöglicht es, ein »Wissen« zu vermitteln, das gerade das anbietet, was unsere eigene Erfahrung der Psychoanalyse, unsere klinische Praxis, unsere Arbeit in Kartellen uns gelehrt haben.

Diese versetzte Position ermöglicht es, die Formen des Austausch zu nivellieren, sobald es um Klinik geht. Es geht hier nicht darum zu wissen, wer recht hat, wer am besten die Situation analysiert, sondern zu wissen, ob mehrere Personen sich darauf einigen können, was gesehen und gehört wurde, was den Zustand der/s Jugendlichen verschlechtert oder verbessert, kurzum, was vom klinischen Verlauf bezeugt werden kann. In einem zweiten Schritt können wir beim Aufgreifen dieser verschiedenen Elemente, insbesondere bei Verwendung der Serie (von Gesprächen), eine Orientierung bieten, der man folgen kann, die dieses Mal von mehreren hörbar wird. Wie Lilly, die uns zeigt, wie sie sich hört, sobald die Wiederholung des Sprechens mit ins Spiel kommt, und sich Rivalität, Körpereffekt und Rätsel des Begehrens des Anderen darin mischen. Lilly veranschaulicht die Bildung eines analytischen Symptoms, welches das Problem und die Lösung in sich verdichtet. Dies mit dem Team, das selbst auf den Wiederholungseffekt aufmerksam werden konnte, teilen zu können, unterstützt die Möglichkeit, einen durch die Psychoanalyse geprägten Diskurs hörbar zu machen.

Freie Bahn zu geben, auszudrücken, was einer sagen kann, ohne weitere Anleitung als zu fragen »Wie geht es?« – dies erlaubt, einige Punkte hervorzuheben. Wir werden nicht nur zuhören, was einer sagen wird, um zu sagen, dass es »besser geht« oder »schlecht geht«, sondern vor allem auch dem Paradoxen oder Rätselhaften in der Rede Aufmerksamkeit schenken. Das Paradox veranschaulicht die Anwesenheit des anderen Schauplatzes, der der Schauplatz des Anderen wäre, des Unbewussten, und den

Raum, den dieser Schauplatz den Kämpfen zwischen Trieben, Triebbehandlung/Triebschicksalen und Ideal bietet. Oft zeigt sich das Rätsel als Rätsel dann, wenn der/die Jugendliche die Logik ausbreitet, die sie/ihn zum suizidalen Akt geführt hat. Dieses Rätsel ist da, es ist wichtig, damit kann sich der/die Jugendliche beschäftigen, es ermöglicht ihm/ihr, Fragen zu stellen und zugleich die Dimension des Realen zu ermessen, dem sie nicht entgehen kann und mit dem sie dennoch einen Umgang finden muss. Dieses Reale gehört bei den Jugendlichen zur Anforderung »Ich muss erwachsen werden«.

Darum auch schlagen wir im klinischen Gespräch der Patient_in vor, ihre kleinen Lösungen, ihre kleinen Wahrheiten als wertvollen Fund zu formulieren. Wir unterstellen bei ihr ein Wissen, damit sie ihrerseits einen neuen Gebrauch des Sprechens entdeckt und an dieser Erforschung Geschmack findet, die ihr erlauben wird, für ihre Gedanken, ihre Worte und ihre Handlungen Verantwortung zu übernehmen.

Louise beschreibt, dass ihr Problem ihre Mutter sei. Bei jedem Konflikt mit ihr ritzt sie sich beide Arme. Im Aufnahmegespräch hebt der Arzt hervor, dass sie in Krisensituationen auf das Schreiben zurückgreift, selbst wenn sie »nicht gelesen werden möchte«, weil es »zu persönlich« sei. Louise schreibt »nur über sich selbst, über ihr Leiden«. Da uns hier ihr Liebe zum Schreiben auffällt, melden wir sie bei der Schreibwerkstatt an. Wie erwartet wird Louise am Anfang jeder Gruppensitzung leidenschaftlich schreiben und dann ihre ganzen Texte gewissenhaft durchstreichen, bevor sie der Gruppe mitgeteilt werden. Wir lassen sie mit unserem Begehren nicht los, ein bisschen mehr zu wissen von dem, was sie schreibt, und sie lässt uns zuliebe davon ab, alles durchzustreichen, lehnt es aber ab, selbst vorzulesen, was ich dann auf ihren Wunsch bei einigen Sitzungen für sie tue. Schließlich, dank der ermunternden Rückmeldung der anderen Jugendlichen, wird sie es sich erlauben, die Texte, die sie geschrieben hat, selbst vorzulesen. Oft sind es Gedichte, die die anderen Jugendlichen mögen. Sie entwickelt dann diese neue Praxis weiter, indem sie direkt auf die an den Wänden der Station aufgehängten Tafeln schreibt oder einige der Texte ihrer Mutter im Familiengespräch vorliest.

Nicht zuletzt unterstützen wir die Möglichkeit mehrerer Treffen innerhalb der Institution, um den spezifischen Ton und die affektive Färbung der Lebensweise der Jugendlichen wahrzunehmen und zu unterstreichen, aber auch die Wiederholung dieses Tons zu ermöglichen und dabei dann einen Schritt zur Seite zu treten. Auf diese Weise nehmen die Jugendlichen unterschiedliche Funktionen ein, sei es im Team selbst als auch im Zusammensein mit den anderen Jugendlichen. Sie bedienen sich dabei verschiedener Mediationen, wie wir im Fall von Louise gesehen haben, die ihre Lösung darin findet, zu schreiben. Diese Begegnungsangebote sind auch dafür da, mithilfe der Kraft der Übertragung, sich die Erkundung dessen zu erlauben, was als selbstverständlich erscheint. Die Jugendlichen entdecken so, dass dieses »Selbstverständliche« infrage gestellt werden kann. Genau das ist tatsächlich unsere Idee, im Hinblick auf die von der Angst ausgelöste Gewissheit/Notwendigkeit des *passage à l'acte*, die einige Jugendliche zu der suizidalen »Lösung« geführt hat. Das psychoanalytisch geprägte institutionelle Modell soll Geschmack am Sprechen bringen, insbesondere in seiner fragenden Form, während wir uns darauf stützen, was der Jugendliche uns zu wissen gibt. Es geht darum, dies zu unterstützen und dabei die projektive Dimension zu akzeptieren. Es ist wichtig, diese anzunehmen, aber auch sich manchmal davon zu distanzieren. So betont Jacques Borie die Notwendigkeit, sich zum »Partner und Rätsel«¹² des Subjekts zu machen, um ihm so eine möglichst angenehme Erkundung dessen zu ermöglichen, was für das geteilte Subjekt als Rätsel fungiert.

Schluss

Es gibt klinische Situationen, die die Hypothese des Unbewussten demonstrieren und dabei auch die drei damit verbundenen anderen Grundbegriffe ins Spiel bringen: Wiederholung, Trieb und Übertragung. Die klinische Praxis mit Jugendlichen führt ständig zu dem, was Lacan auf der Seite des Realen und seiner Behandlung theoretisiert. Lacans Lehre spricht mühelos alle diejenigen an, die sich als Therapeuten mit dem von den Jugendlichen provozierten Nahkampf (*corps-à-corps*) auseinandersetzen müssen. Das wollte

ich in diesem Beitrag bezeugen. Lacan lädt uns ein, vor dem Leiden, dem suizidalen Risiko oder den Sackgassen des jugendlichen Subjekts nicht zurückzuschrecken. Genauso wenig wie vor der Gefahr der Psychotisierung, die die Klinik des Aktes und die Klinik der Hast mit sich schleppen. Angesichts dieser oft dramatischen Entwicklungen ist der Positivismus des Mainstreams oft hilflos. Dank der Anleitung der Psychoanalyse hoffen wir, zu denen zu gehören, die einhalten, damit zumindest einer das hören kann, was diese jungen Subjekte zu sagen haben, so erschreckend und niederschmetternd ihnen dies erscheinen mag. —

(Aus dem Französischen von Alexandre Wullschleger)

- 1) Lacan, Jacques: *Die Angst, Das Seminar, Buch X*. Übers. Hans-Dieter Gondek. Wien/Berlin 2013: Turia+Kant, S. 101
- 2) Ebd. S. 102
- 3) Ebd. S. 146
- 4) Ebd. S. 147
- 5) Ebd. S. 155
- 6) Ebd. S. 158
- 7) Ebd. S. 146
- 8) Stevens, Alexandre: »Postface«. In: Zenoni, Alfredo: *L'autre pratique clinique. Psychanalyse et institution thérapeutique*. Toulouse: Erès 2009, S. 309–312
- 9) Ebd.
- 10) Ebd.
- 11) Lacan, Jacques: »Vortrag vom 12. Mai 1972 an der Universität von Mailand«. In: Contri, Giacomo (Hg.): *Lacan in Italia 1953–1978*. Mailand 1978: La Salamandra, S. 32–55
- 12) Borie, Jacques: »Le psychotique et le psychanalyste. Entretien avec Jacques Borie«. In: *Vacarme*. 2013, 62 Jg., Heft 1, S. 206–227

Barry Watt

Von der Fähigkeit, in
Spaltung allein zu sein:
Therapeutische Arbeit
mit Obdachlosen

Ich möchte im Folgenden über eine grundlegend andere therapeutische Ausrichtung innerhalb der Übertragung nachdenken, die ich beim Übersetzen der klinischen Arbeit in eine besondere Praxis als hilfreich empfunden habe und die in der Lage ist, Menschen ohne Obdach zu begegnen. Diese Übersetzung hängt entscheidend von einem veränderten Begriff der Grundlagen der therapeutischen Begegnung ab, auf die ich im Folgenden eingehen möchte. Das Experiment meiner Darstellung dieser Ideen wird darin liegen zu versuchen, einige Konsequenzen herauszuarbeiten, die aus einer Ruhigstellung der Kategorie des »Eigentlichen« in der Psychoanalyse resultieren, wobei dieses gleichzeitig als das Eigene gehört werden sollte oder sich auf Subjekte bezieht, die als primär selbstbestimmt und in sich eingeschlossen begriffen werden, entweder als eine Eigenschaft, ein Attribut oder als Besitztum, aber auch als das, was als angemessene oder richtige erkenntnistheoretische und soziale Distanz zwischen so begriffenen Subjekten zulässig ist. Vieles von dem, was ich zu sagen habe, könnte als radikale psychoanalytische Erweiterung und Anwendung der Kritik des kanadischen Politikwissenschaftlers C. B. Macpherson begriffen werden. Seine Kritik richtet sich auf die

Beziehungen zwischen Menschen, die er als Dynamiken des »besitzergreifenden Individualismus« bestimmt hat. Diese Dynamiken erkannte er in Gesellschaften, die überwiegend durch die Kräfte des Markts und kapitalistische Beziehungen beeinflusst werden.¹

Um einen Einstieg in dieses Thema zu finden, sollte man beginnen, die Psychoanalyse innerhalb der liberalen philosophischen und kulturellen Tradition zu verorten. Also als eine Theorie-Praxis, die Subjekte in ein klinisches Szenario bringt, die sich idealerweise als ursprünglich selbstbesitzend, quantitativ eigenständig und qualitativ unterschiedlich begreifen und dementsprechend miteinander umgehen – prinzipiell ist es im Idealfall so, praktisch nicht immer. Man geht also von Subjekten aus mit spezifischen, unveräußerlichen Eigenschaften und Besitztümern, die nicht mit anderen geteilt werden. Kurz: begüterte Subjekte. Ungeachtet der inter- und transsubjektiven Prozesse versuchen Kliniker_innen, die sich mit Aspekten der (sehr unterschiedlichen) relationalen und lacanschen Traditionen beschäftigen, solche Prozesse zuweilen vielleicht als ein Verwischen der subjektiven Grenzen zu charakterisieren; dennoch wird eine ursprüngliche Segregation und Selbstbesitz vorausgesetzt, beibehalten und sogar aufgewertet.

In diesem Fall stellt sich die Frage nach möglichen Konsequenzen für die Psychoanalyse, die aus einer Aufhebung ihrer an Eigentum gebundenen Konventionen resultieren. In Zeiten des Neoliberalismus, der sich in einem transglobalen System der Aufrechterhaltung und Verewigung aller Aspekte des Eigenen verwirklicht, ist dies nur schwer vorstellbar. Dominierend ist ein unermüdliches Eindringen von Kapital in alle Bereiche unserer sozioökologischen Lebenswelt, die so vollständig in Objekte privater Urheberschaft und profitablen Tauschs transformiert wird, wobei es jeden Zentimeter in Objekte des Privateigentums und des gewinnbringenden Austauschs verwandelt, und zudem dominieren die alles umhüllenden Matrizen der Identität, mit einer Prämie auf die Selbstdarstellung persönlicher Eigenschaften.

Über die unterschiedlichen Traditionen hinweg ist die Psychoanalyse gut geeignet für unser gegenwärtiges Umfeld. Gerade dann, wenn sie dazu einlädt, uns auf miteinander unvereinbare

Projekte einzulassen wie, laut Lacan, »die Identifikation mit unseren Symptomen« oder dem Erfassen unserer »Individuationsreise«, wie die Jungianer es ausdrückten. Natürlich nähert man sich im Rahmen dieser Eigeninvestition und Identitätserweiterung einem Widerspruch: Um mich selbst als Individuum erfahren zu können, muss ich kontinuierlich meine Abhängigkeit von anderen erzeugen. Sie ist Bedingung dafür, die Anerkennung und Bestätigung anderer mir gegenüber sichern zu können, und evoziert eine paradoxe Erinnerung an eine vermeintliche Witzelei der amerikanischen Anthropologin Margaret Mead: »Denk immer dran, du bist ein Individuum wie alle anderen auch ... «

Eine unmittelbare klinische Notwendigkeit für die Übersetzung der Psychoanalyse in nicht besitzergreifende Termini entsteht, sobald man therapeutisch mit Menschen zusammenarbeitet, denen die Gesellschaft die soziale und kulturelle Gleichwertigkeit vorenthält. Ihnen wird die Anerkennung und Bestätigung ihres symbolischen und auch kulturellen Kapitals verweigert. Es kommt zu ihrer Absonderung in soziale und geografische Schwellenräume, die temporär und vorübergehend sind. Dies äußert sich bereits in der Art ihrer Benennung: Obdachlosenheim, Herberge und Resozialisierungseinrichtung. Obdachlose werden – sowohl symbolisch als auch buchstäblich – wirksam unsichtbar gemacht. Sie verschwinden, werden zu fremden Einwohnern, Staatsbürgern ohne Staatsbürgerschaft, denen eine Stimme und der Zugang zu einer Gerechtigkeit, die mit Zeugenaussagen gestützt werden könnte, verwehrt bleiben.

Bei Obdach besitzenden Menschen provozieren Obdachlose ein Spektrum widersprüchlicher und zutiefst konfliktreicher Reaktionen. Diese reichen von Ekel über Mitleid bis hin zu Hohn und Engagement. Möglicherweise ist dies so, weil obdachlose Menschen in sichtbarer Form an öffentlichen Orten erscheinen: Bei Regen sind sie unter Straßenunterführungen zusammengekauert, sitzen zitternd auf Parkbänken oder außerhalb der U-Bahnstation und warten, dass sich etwas ändert. Für die Meisten sind sie Drückeberger, keine Arbeiter, Nichtsnutze statt Zielstrebige, ein soziales Ärgernis, Schandfleck, der mit dem morgendlichen Müll weggefegt werden muss. Für die Mitfühlenden sind sie exzentrische und farbenfrohe ortsansässige Charaktere, faszinierende Fall-

beispiele, die akut Gefährdeten, sind Heilige der sozialen Ausgrenzung, seliggesprochene Objekte, die besondere Fürsorge, Aufmerksamkeit oder Hingabe verdienen. Für die für sie zuständigen klinisch Arbeitenden und das Betreuungspersonal stellen sie oft noch Menschen im Werden dar, die bislang nicht vollständig geformt sind. Sie sind weder Handelnde noch dazu geschaffen, als solche zu agieren. Sie finden sich an den Rändern des den Behörden Fassbaren bis eine entsprechende Pathologisierung erfolgt. Sie sind bewegliche diagnostische Zielscheiben, die am besten im gigantischen Netz der Sozialfürsorge gefangen werden. Um angemessen klassifiziert, überwacht und therapiert werden zu können, werden sie in den Dienstleistungssektor manövriert. Schließlich werden sie als körperlich und sozial gesäuberte Seelen wiedergeboren. In der Sprache der *high theory* sind obdachlose Menschen schmerzhaft rohe Exemplifizierungen dessen, was die Anthropologin Mary Douglas als »matter out of place« beschreibt.² Sie verkörpern die symbolische und gesellschaftliche Schwelle zwischen den Reinen und den Unreinen oder den *homo sacer* des Philosophen Giorgio Agamben.³ Ein Mensch, der eingebunden und zugleich ausgeschlossen, heilig und verflucht ist, den jeder töten, doch niemand opfern kann.

Für diejenigen unter uns, die obdachlose Menschen unterstützen, ist dieses Thema der *Liminalität* allgegenwärtig. Obdachlosenhelfer beobachten häufig, dass diejenigen, die an den sozioökonomischen Rändern überleben, zugleich auch unterschiedliche psychische Positionen einnehmen, die ebenfalls marginal sind. Die abschreckende Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) wird zu einer allzu leichten Auffangkategorie für Menschen mit unvorstellbar traumatischen, persönlichen und präpersonalen Geschichten. Der Zustand ihres physischen, sozialen und geografischen »Zwischen« führt unversehens zu Charakterisierungen eines psychischen »Zwischen«. Auch bei Vermeiden des Ausdrucks BPS bleibt die Trope des »psychischen Hinterlands« allgegenwärtig. Kliniker_innen, die innerhalb eines breit angelegten Bereichs der Bindungstheorie arbeiten, artikulieren beispielsweise die Schwierigkeiten, mit denen sie sich in der Arbeit mit Obdachlosen konfrontiert sehen, mit Bezug auf »kompromittierte relationale interne Arbeitsmodelle«, die durch ungeeignete und frühzeitige

Bindungsmuster gestört worden seien, was so zu Kategorisierungen von »ängstlich-ausweichenden« oder »unsicheren« Arten von Bindung führt. Diejenigen, die in der Tradition der Objektbeziehungen stehen, könnten sich auf Henri Reys kraftvolle Metaphern des »klastro-agoraphobischen Dilemmas«, des »marsupialen Raums«⁴ und der »Backsteinmutter« berufen⁵; ebenso auf John Steiners berühmten post-kleinianischen Vorschlag für »psychischen Rückzug«, einen hypothetischen Zufluchtsort zwischen den »paranoid-schizoiden« und »depressiven« Positionen, oder zuletzt auf John Adlams und Chris Scanlons psychologische Vorstellung der »obdachlosen Psyche«.⁶

Reys »klastro-agoraphobisches Dilemma« dramatisiert auf anschauliche Weise die reale Doppelbindung vieler obdachloser Menschen: die unmögliche Wahl zwischen Ersticken und Gefangenschaft – entweder tatsächlich drinnen oder im übertragenen Sinne in einer einengenden Beziehung – oder Verlassenheit und Unsichtbarkeit draußen auf den Straßen. Obdachlosigkeit gilt als ein Versuch, Probleme im psychischen Leben durch Strategien der Auseinandersetzung mit dem physischen Raum zu lösen. Existenzielle Zuflucht wird in zwielichtigen Formen des Daseins gesucht, so beispielsweise durch das temporäre Wohnen in »marsupialen Räumen«. Üblicherweise werden dabei zu einem hohen emotionalen Preis spannungsreiche und fragile Bindungen an Hilfseinrichtungen erzeugt, die als Ersatz für »Backstein-Mütter« fungieren. In der Navigation auf Pfaden und sicheren Routen, die kontinuierlich entlang der Abbruchkanten zahlreicher psychologischer Grenzen verlaufen, würden die Hilfseinrichtungen zu Stellvertretern – den »Backstein-Müttern«. Lacanianer könnten diese Metaphern in ihr Vokabular übersetzen, indem sie Obdachlosigkeit als eine Antwort auf Sackgassen und Irrwege in den Registern des Imaginären und Symbolischen durch »Konstruktionen im Realen« auffassen. Die obdachlose Person könnte eine sinnbildliche Figur ihres Konzepts des »Extimen« darstellen: jemand, dessen Leben in der Art des »außen-innen« gelebt wird; in einer Dichotomie zwischen privat und öffentlich, das Innere und Äußere ineinander verflechtend.

Ich persönlich muss mich jedoch über solch scheinbar unparteiische Analysen des psychischen »Zwischen« von Obdachlosen

wundern. Dies ist riskant, wenn man bedenkt, wie sehr Konfigurationen des »Zwischen« derzeit geschätzt werden, die starren Binaritäten, Polarisierung und Spaltung vermeiden, bis hin zu reichen und sinnträchtigen Nuancen, die Ausgewogenheit und die Fähigkeit suggerieren, mehrere Unterschiede gleichzeitig zu halten und zusammenzudenken, ohne eine erstickende Gleichheit zu erzwingen. Um Missverständnisse zu vermeiden, ist es wichtig hervorzuheben, dass ich die hier von mir kritisierte Anwendung der Modelle des »Zwischen« in anderen klinischen Kontexten nicht komplett verwerfe. Ebenso wenig, wie ich ihnen die potenzielle Nützlichkeit in vielen gegenwärtigen sozialen und politischen Umbrüchen aberkenne. Ich habe jedoch das Gefühl, dass ein »Zwischen« als spezifische klinische Bezeichnung für obdachlose Subjekte unabsichtlich narzisstische Projekte der beruflichen Immunisierung und sozialen Hygiene fördert, weshalb diese Bezeichnung zugleich herabwürdigend und stigmatisierend ist. Sind solche Analysen nicht das Produkt einer zutiefst ambivalenten behausten Gesellschaft? Projektionen auf diejenigen, die ein Leben in Angst vor wirtschaftlicher Unterdrückung führen, in einer Gesellschaft, in der emotionales Überleben sich auf Kosten kultureller Verachtung und sozialem Auslöschen verwirklicht? Laplanchianer würden möglicherweise fragen, ob wir nicht zutiefst rätselhaft Nachrichten – unübersetzbare Nachrichten – um die Bedeutungen von Obdachlosigkeit herum aussenden, welche dazu führen, dass wir die bereits am meisten Entfremdeten unter uns noch weiter entfremden. Wie auch immer wir versuchen, den klinischen Kuchen mit unseren theoretischen Spekulationen zu teilen, distanzieren und desinfizieren wir uns selbst wiederholt in vielen unserer Ausdrücke des »Zwischen« von den entsetzlich gewaltsamen und herabwürdigenden, persönlichen Geschichten, den Hinterlassenschaften intergenerationaler Traumata und den frühen Erfahrungen vielfältiger wirtschaftlicher und sozialer Entbehrungen, die für die Mehrheit der Geschichten obdachloser Menschen charakteristisch sind.

Sie lassen sich mehrheitlich durch ein Erbe der generationenübergreifenden Traumata und die frühen Erfahrungen von unterschiedlichstem ökonomischen und sozialen Mangel charakterisieren. Indem wir bestimmte Mitglieder unserer Kommunen,

vor allem in der sublimierenden Sprache der Theorie, als sozial und physisch verloren, buchstäblich und metaphorisch obdachlos beschreiben, befähigen wir Kliniker_innen dazu, aufkommende Ängste bezüglich ihres eigenen Potenzials für physische und psychische Verwerfung einzudämmen. In der Sprache, die wir verwenden, um über unsere klinischen und sozialen Eingriffe zu informieren – seien es realistische Porträts, scheinbar wertfreie »empirische« und »objektive« klinische Beobachtungen oder die idealistischen Spekulationen der Theorie – beschämen und erniedrigen wir obdachlose Personen fortwährend und verbannen sie an die Ränder: Sie sind weder das eine noch das andere, weder hier noch dort. Letztlich dient ein solches »Zwischen« nicht als angemessene soziale, psychodynamische Beschreibung oder klinische Diagnose. Im Sinne Pierre Bourdieus ist es ein Verrat an der Notwendigkeit, soziale Unterschiede durch die Einrichtung und Regulierung »angemessener« sozialer, persönlicher und epistemologischer Distanz zu kontrollieren. Denjenigen von uns, die mit Obdachlosen zusammenarbeiten, ermöglicht es eine angemessene Distanz zu wahren, derweil wir das Privileg eines Dachs überm Kopf genießen und das Eigentum schützen, welches wir am meisten fürchten zu verlieren: unseren Verstand und unseren Körper.

An diesem Punkt sollten wir die Obdachlosen selbst anhören. Was fordern sie, sobald sie eine Therapie beginnen? Wie alle Menschen, fordern sie natürlich alle möglichen Dinge. Angefangen mit der Aufarbeitung ihrer traumatischen Geschichten oder dem Beistand beim Trauern um Angehörige. Sie stellen Fragen bezüglich familiärer Streitigkeiten oder der Themen Sexualität und Gender. Sie suchen einen Zufluchtsort, um über Stimmen und Visionen oder idiosynkratische Überzeugungen sprechen zu können. Eine Sache sticht jedoch heraus: Der Wunsch nach einer regulären Zeit und einem Raum, um in der Gesellschaft eines Anderen allein zu sein. Mit jemandem, an dessen Seite man einfach nur still dasitzen kann und der nichts von einem verlangt. Der Wunsch nach einer Pause von den Menschen, mit denen sie sich gegenwärtig einen Schlafrum teilen, oder nach einer Auszeit von den mürrischen Blicken der Pendler_innen und Ladenbesucher_innen der Stadtzentren. Es soll nicht bloß ein weiterer Termin

innerhalb des Karussells von Sozialarbeiter_innen, Projektarbeiter_innen, Beamt_innen vom Wohnungsamt, dem Tagespersonal, dem Nachtpersonal, Ärzte_innen, Krankenpfleger_innen sein, die es alle besser wissen und verschiedene Projekte der »Rehabilitation« und »Genesung« empfehlen. Natürlich sind obdachlose Menschen häufig allein. Viele nehmen lange Zeiträume frei gewählter Isolation in Anspruch. Aufgrund von unterschiedlichen persönlichen Gründen verschwinden sie oder tauchen unter. Dies ist jedoch nicht dasselbe wie die Möglichkeit, allein, wirklich allein zu sein, gemeinsam mit jemand anderem, sogar wenn dieser jemand ein_e erfahrene_r Therapeut_in ist.

Ich hoffe, dass die Anspielung auf Winnicott⁷ unmissverständlich ist, denn das ist der Kern des Falls, den ich heute in groben Zügen zu skizzieren versuche. Für die Anpassung des therapeutischen Rahmens reicht es nicht aus, dass der/die Therapeut_in selbst eine starke Fähigkeit hat, allein zu sein, insbesondere im Falle ausgedehnter emotional erschöpfender und desolater Übertragungs-Gegenübertragungszustände. Dennoch erachte ich dies als eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass überhaupt etwas Bedeutendes geschehen kann. Es reicht nicht aus, den anderen psychisch zu betreuen und dabei symbolisch Raum für die Zurückhaltung des therapeutischen Verstands bereitzuhalten und zu gewähren. Der/Die Therapeut_in muss, soweit es psychisch irgendwie geht, riskieren, dass ihm die Anderen das Dach über dem Kopf, den Schutz wegnehmen, und den anderen dazu befähigen, dies mit ihm zu tun. Es geht darum, eine Fähigkeit zu entwickeln, den anderen, in einer Art Abgespaltenheit allein zu lassen: »to cleave the other alone«. Im doppelten Sinne von »cleave«: durch das radikale Zergliedern und Loslösen von sich selbst als Subjekt schafft der/die Therapeut_in einen Raum der Übertragung, der therapeutischen Zugehörigkeit und des therapeutischen Potenzials. Dadurch wird die von Obdachlosigkeit betroffene Person dazu befähigt, den/die radikal enteignete_n Therapeut_in als ein Mittel zu nutzen, um wieder einen Tunnel zurück in die Welt zu erhalten, die sie ausgewiesen hat.

Indem ich »dem_der anderen erlaube, mich des Dachs über dem Kopf, des Schutzes zu berauben«, erweitere und radikalisiere ich Freuds bekannte, technische Beschreibung der therapeutischen

»Neutralität« und der »Aufhebung des Urteils«, Bions Modell des »container-contained« und Winnicotts »primary maternal preoccupation«. Dies betrifft ebenso die Minimalisierung des narzisstischen Selbstinteresses, die in verschiedenen Ausrichtungen der Psychoanalyse empfohlen wird. Die eben genannten Referenzen beschreiben tranceartige Zwischenzustände, die potenziell in der Übertragung rekapituliert werden. Sie bewegen sich entlang der Grenzen von Schlafen und Wachsein, Passivität und Aktivität. All dies sind Zustände des »Zwischen«, von denen ich behaupte, dass sie charakterisieren und maßgeblich beeinflussen, wie die Selbstwahrnehmung obdachloser Menschen durch Nachrichten beeinflusst wird, die ihnen von der behausten Bevölkerung vermittelt werden. Es reicht nicht aus, sich auf die psychologische Auslegung des von Dominique Scarfone aufgegriffenen Ansatzes der »passability« (*passabilité*) zu berufen, der erstmals durch Jean-Francois Lyotard begründet wurde.⁸ In diesem Ansatz wird ein Zustand der Empfänglichkeit impliziert, der jegliche Begründung von Bedeutung oder Interpretation ablehnt. Ein Konzept eines therapeutischen Zusammentreffens, das R. D. Laing vermutlich ansprechend gefunden hätte. »Der Therapeut ohne Eigenschaften« könnte die erste Formulierung dieser Position innerhalb der Übertragung sein. Dies ist jedoch immer noch eine liminale Position, aufgehoben zwischen Etwas und Nichts. Sie kennzeichnet primordialen Selbstbesitz und die Person selbst als minimal besitzergreifend. Es wird die Beständigkeit eines anfänglichen Eigentums impliziert, sobald man eigenschaftslos oder weitestgehend des persönlichen und beruflichen Narzissmus beraubt ist. Es gewährt ein symbolisches, subjektives »Zuhause«, in das man wahlweise zurückkehren kann, welches mit zweitrangigem Eigentum und Eigenschaften zu vereinbaren ist.

Ein Fortschritt besteht darin, den/die Therapeuten_in als jemanden zu charakterisieren, der/die sich darum bemüht, Bions Formulierung der »thoughts without thinker« oder alternativ der »thoughts that think themselves« exemplarisch darzulegen. Dadurch wird eine Bedeutung der Subjektivität erfasst, die des Eigentums entäußert ist, denn es gibt kein primäres Eigentum, die man sich zuschreiben kann. Präziser ist jedoch noch Harold Searles' bemerkenswerte technische Beschreibung, nach der

der/die Therapeut_in sich in einen psychotischen Raum begibt: »Hoffentlich wird der Therapeut bis zu einem begrenzten, selbstanalytisch erfassbaren Grad [...] ein Gebiet der Gegenübertragungs-Borderline-Psychose oder sogar der Gegenübertragungs-Psychose entwickeln.«⁹ Searles bezieht sich auf die Arbeit mit den nach ihm benannten »Borderline«-Fällen. Diese kann als eine Beschreibung gelesen werden, welche, ausgehend vom Eigentum, die gängige Unterscheidung zwischen einem selbstgenügsamen Subjekt und seinem symmetrisch eingekapselten Anderen aufhebt. In der Auseinandersetzung mit dem sozial und symbolisch abgeschafften Anderen schlage ich deshalb eine Position der Übertragung vor, in der die Idee eines souveränen Selbst vermieden wird. Eine Position, in der die Negation des/der Therapeuten_in als souveräne Subjektivität mit der sozio-symbolischen Negation der Subjektivität des Anderen in einem kollaborativen Projekt des »Negierens der Negation« sich überschneidet und einen neuen Horizont des Zusammenseins eröffnet.

Durch das Verwerfen einer Subjektivität, die als souverän und selbstbesitzend wahrgenommen wird, erweisen sich die Ansätze des »Zwischen« als ungültig. Es existieren keine unterschiedlichen Objekte und somit auch nichts, was »dazwischen« liegt. So lässt sich ein fehlerhafter Schluss vermeiden, der erzwingt, sich entweder zwischen der Privilegierung einer Metaphysik der Anwesenheit oder Abwesenheit zu entscheiden oder zwischen einer Politik des Gleichen und Verschiedenen. Beim Nachdenken über die politischen Aspekte einer solchen Umgestaltung ist es hilfreich, zum Schluss kurz die Arbeit des italienischen Philosophen Roberto Esposito über Gemeinschaft zu erwähnen.¹⁰ Esposito analysiert Philosophien der Relationalität, indem er die Kategorie des Eigenen in der westlichen, metaphysischen und soziopolitischen Tradition dekonstruiert. Zugehörigkeit und Relationalität basieren nicht mehr auf atomisierten Subjekten und Konditionen des Zusammenseins, bezogen auf Vorstellungen des gemeinsamen Habens, Nehmens oder Teilens. Stattdessen bauen sie auf Verschuldung und der gegenseitigen Verpflichtung, etwas zu geben, auf. Frühere Modelle der Zugehörigkeit, wie Freuds Gruppenpsychologie, sieht Esposito in Exklusion und Immunität begründet und nicht in authentischer Inklusion und Gemeinschaft. Unter

freudischen Bedingungen verläuft die Konstitution von Zugehörigkeit narzisstisch. Sie wird durch eine kollektive und laterale Identifikation mit einem geteilten, vertikalen Ich-Ideal, ähnlich einer Sprache, einer Führungsposition, einem Ethos oder Territorium, begründet. Esposito schlägt stattdessen eine alternative, melancholische Grundlage für Gemeinschaft und Relationalität vor, basierend auf dem Bekenntnis von Verlust und einer radikalen Enthüllung der Andersartigkeit, die aller possessiver und souveräner Identität entäußert ist. Dieser Art des Charakterisierens, mit dem versucht wird darzulegen, wie der/die Therapeut_in danach strebt, selbst und zugleich mit der Person zu sein, die Obdachlosigkeit erlebt, korrespondiert mit meiner Erfahrung der Übertragung-Gegenübertragung und der klinischen Arbeit mit denjenigen, die sozial ausgelöscht wurden.

Ich habe vorgeschlagen, dass die primäre Bedingung für die Ausweitung der psychoanalytischen Arbeit auf Menschen, die Obdachlosigkeit erfahren, durch eine Suspendierung der Kategorie des Eigenen und all seiner Elemente erreichbar ist. Eine Suspendierung, die mit einer Kritik der neoliberalen, sozioökonomischen Bedingungen einhergehen muss, die größtenteils, wenn nicht sogar ausschließlich, die Erzeuger von Obdachlosigkeit sind und die erfolgreiche klinische Einbindung der Obdachlosen erschweren. Natürlich bleibt noch vieles unbeantwortet. Es wurden eher noch weitere Fragen aufgeworfen als beantwortet. So ist zu fragen, was es bedeutet, Theorien in Abwesenheit von Referenzrahmen zu entwickeln, die sich um den Besitz von Eigentum herum konstituieren, sowie insbesondere, welche Konsequenzen dies für die Theoretisierung der Subjektivität hat. Fragen, auf die ich hoffentlich in Zukunft zurückkommen werde, um sie zu vertiefen. Eine solche Theoretisierung versucht über die Objektbeziehungstheorie- und Beziehungstheorie ebenso wie die Entwicklungs- und Bindungstheorien hinauszureichen und auch den Lacanismus zu untergraben, indem sie sogar dessen »entessenzialisiertes« und verdrängtes Subjekt als einen Effekt von Sprache zum Einsturz bringt. Dieses Subjekt wird gemäß Lacans berühmter Formulierung verstanden, »als das, was ein Signifikant für einen anderen Signifikant repräsentiert«.

Bei der Artikulation einer überzeugenden, inklusiven Psychoanalyse müssen wir deshalb damit anfangen, uns den/die Therapeut_in nicht als Träger_in von Attributen, als Besitzer_in bestimmten Eigentums, Fachmann_frau spezifischer Funktionen oder Hüter_in eines therapeutischen Rahmens vorzustellen, sondern als einen Bruch an Offenheit und Selbstentblößung in einer ansonsten rasch immunisierenden und einschließenden Welt. Eine Offenheit, die sich nicht an jemanden oder bestimmte Andere, sondern an das Anderssein selbst richtet. —

(Übersetzt aus dem Englischen von
Tara O. Sullivan und Marcus Coelen)

- 1) Macpherson, C. B.: *The Political Theory of Possessive Individualism*. Oxford University Press, 1964.
- 2) Douglas, Mary: *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*. Routledge, 1966.
- 3) Agamben, Giorgio: *Homo sacer. Die souveräne Macht und das nackte Leben*. Übers. aus dem Italienischen von Hubert Thüring. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1998.
- 4) Das ist der Raum im Beutel von Beuteltieren [A. d. Ü.]
- 5) Rey, Henry: *Universals of Psychoanalysis: In the Treatment of Psychotic and Borderline States*. Free Association Books 1944
- 6) Scanlon, C., and Adlam, J.: »Housing unhoused minds: Complex multiple exclusion and the cycle of rejection revisited«. In: *Psychoanalytic Thinking on the Unhoused Mind*. Hg. von G. Brown, Routledge, 2014
- 7) Winnicott »The Capacity to be alone«. In: *International Journal of Psychoanalysis* 39 (1958). S. 416–420. Der Autor betitelt seinen Aufsatz mit einem Wortspiel, das er hier und infolge wiederholt: »The Capacity to cleave alone« spielt auf Winnicotts Beitrag an, lässt aber auch die Fähigkeit, den anderen allein zu lassen (leave), anklingen. Der Titel kann also so viel wie »Die Fähigkeit, allein zu spalten« heißen.
- 8) Scarfone, Dominique: *The Unpast: The Actual Unconscious*. Übers. von D. Bonnigal-Katz, The Unconscious in Translation 2015
- 9) Searles, Harold: »The Countertransference with the Borderline Patients«. In: *Essential Papers on Border-line Disorders: One Hundred Years at the Borderline*. Hg. von M. H. Stone, New York University Press, 1986, S. 511
- 10) Esposito, Roberto: *Communitas. Ursprung und Wege der Gemeinschaft*. Übersetzt aus dem Italienischen von Francesca Raimondi und Sabine Schulz, Zürich, Berlin: diaphanes 2004

Psychosis Therapy Project: Ein innovatives psychoanalytisches Behandlungsprogramm

Ein Interview mit Dorothee Bonnigal-Katz (DBK) von Patricia Gherovici (PG) und Manya Steinkoler (MS)

Im März 2017 trafen wir die Psychoanalytikerin Dorothee Bonnigal-Katz während der zweitägigen »Transgender, Gender and Psychoanalysis«-Konferenz in London. Eine Veranstaltung, die sie mit »The SITE for Contemporary Psychoanalysis« und dem Freud Museum organisiert hatte. Wir waren fasziniert von ihrem *Psychosis Therapy Project (PTP)*, einer englischsprachigen psychoanalytischen Behandlungseinrichtung für psychotische Patient_innen, die Frau Bonnigal-Katz leitet.¹

MS&PG: Was führte Sie zu einem offenen Behandlungsprogramm für Psychose?

DBK: Ich begann meine Arbeit mit psychotischen Patient_innen im Kontext meiner psychoanalytischen Ausbildung am »Site for Contemporary Psychoanalysis« in London. »The Site« wurde von ehemaligen Mitgliedern der »Philadelphia Association« gegründet, ebenso wie von einigen Leuten, die direkt an der Antipsychiatrie-Bewegung der 1960er beteiligt waren (Kingsley Hall etc.). Die Psychose ist deshalb ein wichtiger Interessenschwerpunkt am »Site« und es existiert dort eine Tradition der Auseinandersetzung

mit dem Thema Psychose. In die Arbeit von »Site« sind herausragende Kliniker_innen involviert, die über Jahre hinweg eng mit R. D. Laing zusammengearbeitet haben, darunter Haya Oakley, dessen Unterstützung für mich im Laufe der Jahre unverzichtbar geworden ist. Haya ist einer der leitenden Lehrer und Betreuer beim *Psychosis Therapy Project* in einer Klinik für Psychose in Nordlondon, bei der ich vor über vier Jahren begonnen habe. Das ist der unmittelbare Kontext meines persönlichen Interesses an der Psychose, und relevant ist hierbei die Referenz zu Laing.

MS&PG: Können Sie uns etwas über ihre eigene Laufbahn erzählen?

DBK: Als ich meine Ausbildung in Frankreich begann, bevor ich vor ungefähr zehn Jahren nach Großbritannien gezogen bin, wurde meine Arbeit durch Jacques Lacans bahnbrechenden Beitrag zur psychoanalytischen Behandlung von Psychosen beeinflusst. Lacan war einer der bedeutendsten Kliniker der Psychose. Er war in der Lage, dem Freud'schen Korpus selbst Schlüsselerkenntnisse zur Psychosenbehandlung zu entnehmen, trotz und über Freuds eigene Behauptung hinaus, dass die Psychoanalyse für die Psychose nicht relevant sei. Die Arbeiten von Serge Leclaire, Jean Laplanche, François Roustang, Gisela Pankow und Evelyn Kestemberg stellen ebenfalls wichtige Referenzen für meinen Ansatz dar. Im britischen Kontext wurde ich mit der Arbeit von Winnicott und Bions Theorie der Psychose bekannt gemacht. In beiden Fällen konnte ich einiges an Inspiration aus den klugen Beobachtungen ziehen, die sie bezüglich der klinischen Erfahrung mit Psychose machten, obwohl sie innerhalb sehr verschiedener metapsychologischer Modelle und aus unterschiedlichen psychoanalytischen Traditionen heraus sprechen. Während meiner Ausbildung bei »The Site« fand einer meiner klinischen Einsätze im *Inslington Mind* Tageszentrum statt, einem wunderbaren und chaotischen Haus in Crouch Hill (Nordlondon), wo ich Menschen mit akuten und vernachlässigten Bedürfnissen behandelte.

MS&PG: War das der Anstoß für den Beginn der Mitarbeit beim *Psychosis Therapy Project*?

DBK: Islington Mind ist eine psychologische Wohltätigkeitsorganisation in Nordlondon, welche vor allem Menschen unterstützt, die in erheblichem Maße auf Pflege angewiesen und zugleich von sozioökonomischem Ausschluss betroffen sind. Bei meiner Arbeit hatte ich von Beginn an viel Autonomie, wofür ich sehr dankbar war, weil ich dadurch die Chance bekam, so experimentell zu sein, wie ich es mir wünschte. Ich stellte mich im Haus als Therapeutin zur Verfügung und einige Nutzer der psychotischen Behandlungen begannen damit, mein Sprechzimmer wöchentlich zu besuchen, um, wie sie es ausdrückten, meinen Rat zu erfragen. Mir vermittelte das einen ersten Eindruck, wie sich ein psychoanalytischer Zugang zur Psychose gegebenenfalls gestalten könnte. Die Arbeit war für mich von Beginn an faszinierend. Ich war beeindruckt von der Intensität der Begegnungen mit den psychotischen Personen, der Komplexität der Übertragungs-Bindung mit Psychosepatient_innen und der Fülle an klinischem Material, das daraus resultierte.

So entwickelte sich das *Psychosis Therapy Project*. Als mein Einsatz langsam zu Ende ging, merkte ich, dass es wichtig war, diese begonnene Arbeit nicht einfach hinter mir zu lassen, sondern die Ergebnisse zu formalisieren, sie breitflächiger zugänglich zu machen und in eine angemessene fachspezifische Therapiemöglichkeit zu transformieren. Offenbar gab es die Notwendigkeit für eine solche Therapie, da sie bis dahin einfach noch nicht existierte. In Großbritannien kommen Menschen mit einer diagnostizierten Psychose für eine staatlich geförderte Psychotherapie prinzipiell nicht infrage. Jenseits von Medikamenten und zeitlich begrenzter psychologischer Therapien (überwiegend CBT) bleiben langfristige Therapien weitestgehend unzugänglich für diejenigen, die sich eine private Behandlung nicht leisten können. Deshalb ist das *Psychosis Therapy Project* im britischen Kontext eine einzigartige Behandlungsmöglichkeit, da es den komplexen Bedürfnissen besonders gefährdeter und unterprivilegierter Menschen entgegenkommt. Peter Nervins, der Leiter von Islington Mind (ein Psychoanalytiker und Mitglied von »The Site«), begrüßte die Initiative. Das Projekt konnte schnell engagierte Auszubildende und Freiwillige für sich gewinnen, und innerhalb weniger Monate war ich in der Lage, ein Team aufzustellen. Überweisungen kamen

anfangs überwiegend aus *Inslington Mind*, hier vor allem aus *Inslington Minds* angesehener »Hearing Voices group«.

MS&PG: Wie konnte das Projekt finanziert werden? Woher kam die Unterstützung?

DBK: Abgesehen von der großzügigen Unterstützung von Inslington Mind startete das Projekt ohne Geldmittel. Die Finanzierung (oder das Fehlen einer solchen) bleibt tatsächlich eine der größten Schwierigkeiten, der sich das Projekt seit seiner Gründung stellen muss. Es gibt offensichtliche Gründe dafür, und ich habe vermutlich nicht den Raum, um sie im gegenwärtigen Kontext detailliert auszuführen, aber sagen wir mal, dass der therapeutische Erfolg, der sich in dieser Art von Projekt abzeichnet, nicht einfach mithilfe von nachweisbaren Standards zu messen ist. Die Art der Interventionen, welche von uns im Projekt angeboten werden, sind nützlich, das wurde kürzlich durch eine Befragung unter den Nutzern unserer Leistungen bestätigt. Aber das dominierende Modell von »Erholung und Rehabilitation«, welches über die Förderung von Leistungen bestimmt, ist unbrauchbar für die Behandlung der Psychose, wenn es nicht sogar die Verfolgungsideen verstärkt.

MS&PG: Das ist ein besonders wichtiger Aspekt, dessen Hervorhebung Kliniker_innen, die mit psychotischen Patienten arbeiten, zu schätzen wissen – das Risiko, standardisierte und normalisierende Modelle durchzusetzen, welche nicht die komplexe klinische Realität der Psychose widerspiegeln und diese somit nicht nur unterlaufen, sondern sogar verschlimmern. Manche haben argumentiert, die gesättigte Realität der Psychose verlange ein anderes therapeutisches Tempo. Ist das auch Ihre Erfahrung?

DBK: Die Arbeit ist sehr langsam – es kann Jahre dauern, bis die Menschen den Schritt gehen, sich zu öffnen. Manchmal passiert es nie. Deshalb verpflichten wir uns zu langfristiger, ergebnisoffener Arbeit, und bisher hat sich das als äußerst therapeutisch und effektiv erwiesen. Der Sinn der Langzeittherapie besteht darin,

die notwendige Zuverlässigkeit zu gewährleisten, die es Individuen erlaubt, sich auf einen sicheren und zugleich flexiblen therapeutischen Rahmen einzulassen, der sich, über die Zeit hinweg, Stabilität gebend auswirken soll. Aber dies verträgt sich im Allgemeinen nicht besonders gut mit Finanzierungsvoraussetzungen und -kriterien. In diesem Stadium verlassen wir uns für das alltägliche Fortlaufen der Leistungen auf die unerlässliche Finanzierung durch *Islington Mind*, aber dennoch müssen wir mit wenig Geld auskommen und eine solide, langfristige Finanzierung ist nur schwer zu erhalten. Seit 2017 ist das Projekt unter den Auspizien von *Lambeth & Southwark Mind* nach Südengland expandiert. Eine erste Testreihe findet zurzeit in Brixton statt, aber auch dort, und egal wie notwendig solche Leistungen in diesem unterversorgten Stadtteil Londons sind, bleibt die Finanzierung eine Herausforderung. Ich denke, das Projekt war trotz allem bisher sehr widerstandsfähig, und wir werden Wege finden, um sein Fortbestehen zu sichern. Dennoch bleibt es ein anhaltender Kampf. Die Verhältnisse, mit denen wir uns konfrontiert sehen, sind aufgrund eines äußerst extremen Mangels an Finanzierung und Unterstützung furchtbar. Die Nutzer unserer Leistungen sind gefährdet. Wir bemühen uns darum, ein psychisches Sicherheitsnetz für sie aufrechtzuerhalten, koste es, was es wolle. Wir sollten allerdings das Ausmaß einer bereits laufenden Krise psychischer Gesundheit nicht unterschätzen.

MS&PG: Worin besteht die Einmaligkeit des Ansatzes, den sie vorschlagen? Wurden Sie durch andere psychoanalytische Modelle der Psychosenbehandlung beeinflusst?

DBK: Ich hatte nicht wirklich eine Vorstellung eines bestimmten Modells, als ich mit dem Projekt begann. In gewissem Sinne waren alle Bedingungen in *Islington Mind* erfüllt und das Projekt entstand gleichsam von selbst. Die Psychoanalyse kann einiges durch die Hinwendung zur Gesellschaft dazugewinnen und auf die verheerenden Folgen von sozialem und ökonomischem Ausschluss reagieren. Ihr therapeutischer Ansatz kann wiederum einiges für Gesellschaft bereitstellen, besonders zur Behandlung akuter psychischer Probleme, die oftmals – jedenfalls im Kontext der Arbeit,

die wir in London verrichten – nicht von sozioökonomischer Diskriminierung zu trennen sind. Mit dem Beginn des Projekts entdeckte ich ähnliche Projekte in Frankreich und Kanada, die eine Quelle der Inspiration für uns wurden. Sie existieren schon seit Langem und gehören einer reichen Tradition der psychoanalytischen Arbeit mit Psychosen an. Das Kestemberg-Zentrum in Paris wurde 1974 gegründet und ist auf die psychoanalytische Behandlung von Psychose spezialisiert. Vassilis Kapsambelis, der Direktor des Kestemberg-Zentrums, lud mich freundlicherweise dazu ein, an einer Tagung im letzten Frühling teilzunehmen, und ich war beeindruckt von der Qualität der Beiträge und der Einrichtungen. Das *PTP*-Team hofft darauf, das Zentrum im kommenden Jahr erneut besuchen zu können. Ein anderes Traumprojekt, auf das ich gestoßen bin, ist das »388« in Montreal, ein psychoanalytisches Zentrum, welches sich der Behandlung von Psychose (vorwiegend bei jungen Menschen) widmet und von Willy Apollon und Danielle Bergeron geleitet wird. Ich hoffe, mit ihnen in Kontakt treten zu können.

MS&PG: Nachdem wir mehr über das *Psychosis Therapy Project* erfahren haben, sind wir gespannt zu hören, wie Sie die Psychose definieren.

DBK: Man kann wohl sagen, dass die Psychose von Anfang an eine Herausforderung für die Psychoanalyse darstellte, besonders für die psychoanalytische Technik. Der Hauptgrund dafür ist meines Erachtens eine Beeinträchtigung der Mechanismen des Verdrängens bei der Psychose. Dies ist eine abweichende Eigenschaft: Ich sehe die Psychose als Ort des Scheiterns der Verdrängung, welche logischerweise zum Versagen der metaphorischen Funktion führt. Keine Verdrängung, keine Rückkehr zum Verdrängten, keine Erinnerung (jedenfalls nicht im konventionellen Sinne), keine Verarbeitung: dies vermittelt Analytiker_innen das Gefühl, ihrer üblichen Anhaltspunkte und Werkzeuge beraubt zu sein. Zugleich ermöglicht die Auseinandersetzung mit der Psychose besondere Einblicke in den primären Prozess: Es gibt eine Art von Buchstäblichkeit, die über die Modalitäten der Inschrift und der Artikulation des Unbewussten herrscht. Als solche ist sie eine

Goldgrube für Theoretiker_innen der Psychoanalyse und ein Kernbegriff der Metapsychologie. Interessanterweise kann die Psychose somit an den Rändern und zugleich im Herzen des psychoanalytischen Projekts lokalisiert werden.

MS&PG: Wir stimmen Ihnen bezüglich der Schlüsselrolle der Psychose innerhalb der Psychoanalyse völlig zu. Gleichwohl sehen wir, dass Psychoanalytiker_innen, vor allem in den Vereinigten Staaten, sich zurückziehen, sobald sie mit Psychosen konfrontiert werden, da sie davon ausgehen, die Psychoanalyse könne diesbezüglich wenig hilfreich sein. Werden Sie gelegentlich in dem Versuch, psychotische Patienten analytisch zu behandeln, auch mit Widerstand konfrontiert?

DBK: Die Dissozialität der Psychose in der psychoanalytischen Praxis ist eine, die sich meiner Ansicht nach leicht hinterfragen lässt. Freud hat die Verdrängung zum Grundpfeiler gemacht, auf dem das gesamte Konstrukt der Psychoanalyse aufbaut. Wenn die menschliche Psyche mit der entsubjektivierenden Buchstäblichkeit des Unbewussten zusammenprallt, weil die Verdrängung nicht funktioniert, so folgt daraus nicht, dass das Konstrukt der Psychoanalyse zusammenbricht, weil die Verdrängung gestört ist. Der Fokus verlagert sich einfach auf die Kehrseite der Verdrängung, auf die andere Seite des Spiegels. Dort ist das Ganze nicht mehr die Summe seiner Teile, dort herrscht öde Zeitlosigkeit. Im Vergleich zur Klinik der Neurose handelt es sich um eine ganz andere, zuweilen sehr verarmte, trostlose Landschaft. Ein Ort, an dem das cartesianische Cogito ein unverfügbarer Luxus bleibt. Denken und Sein sind einander fremd geworden, das eine garantiert nicht mehr das andere. Was die Bedeutung betrifft, ist sie aus irgendeinem Grunde im Körper gefangen, undurchschaubare Restbestände in einem undurchschaubaren Ganzen: Das Wort ist einfach nicht an das Fleisch gebunden. Die Auseinandersetzung mit der Psychose mobilisiert somit fundamentale Fragen über Existenz und Subjektivität. Psychotische Personen kommen, wenn sie unsere Hilfe in Anspruch nehmen, mit ihrer ganzen ontologischen Unsicherheit. Was sie suchen, ist subjektive Orientierung und Substantialität. Allgemein gesprochen: Die Arbeit ist sehr

fordernd und verlangt ein hohes Maß an Disziplin und Strenge seitens der Analytiker_in. Bei der Psychose gibt es keinen Raum für zwei: 1+1 ist tatsächlich 1, eine Realität, die paradoxerweise in einer mörderischen Dyade verwurzelt ist. Es ist die Aufgabe der Analytiker_in, diese unter allen Umständen zu verhindern. Ich drücke es gerne so aus: Die Analytiker_in muss danach streben, einen »Nullpunkt der Subjektivität« zu verkörpern. Das alles sind unmöglich zu erfüllende Ansprüche, denen man nur schwer gerecht werden kann. Aber ist das Unmögliche nicht das Terrain der Psychose? Das macht die Psychose paradoxerweise zum Vorbild der psychoanalytischen Technik. Neben der scheinbaren Irrelevanz von Freuds technischer Anleitung beinhaltet die klinische Begegnung mit der Psychose, was Freud als die Grundlage der »talking cure« ansieht: Er nennt es »Wahrhaftigkeit«. Er schreibt explizit von seiner Überzeugung, »dass die psychoanalytische Behandlung auf Wahrhaftigkeit aufgebaut ist«. (»Bemerkungen zur Übertragungsliebe«, GW X, S. 3129)

In diesem Sinne ist Wahrhaftigkeit bei Freud keineswegs ein Ideal: Sie ist eine technische Voraussetzung, verwurzelt in der fundamentalen Herrschaft der Abstinenz, der Neutralität und der beständigen Frustration des Therapeuten bezüglich aller Formen der Befriedigung des Egos. Im klinischen Rahmen ermöglicht eine solche Haltung die Ausarbeitung eines wertfreien therapeutischen Raums, in dem man sich sicher und fruchtbringend auf die psychotische Erfahrung einlassen kann. In diesem Kontext sind Therapeut_innen dazu in der Lage, der psychotischen Erfahrung eine Geltung zu verschaffen, die sich in sofortigen therapeutischen Erfolgen realisiert.

MS&PG: Wie können solche Erfolge erzielt werden?

DBK: Die Idee besteht darin, basierend auf der Voraussetzung der Ehrlichkeit, eine therapeutische Allianz zu entwickeln. Das *PTP* strebt ebenfalls danach, diese auszuführen und zu bekräftigen. Das trifft natürlich nicht nur auf die Psychose, sondern auf die psychoanalytische Praxis im Allgemeinen zu. Aber in der Klinik der Psychose stellt sie eine Notwendigkeit dar. Eine weitere dazu in Bezug stehende Notwendigkeit besteht in der Ablehnung aller

Formen der Normalisierung der »Realität«, welche die psychische Realität psychotischer Personen zensieren würde. Dadurch entziehen wir dem Individuum seinen wertvollsten Schutz. Dies korrespondiert mit Freuds Einsicht, dass das, was »wir für die Krankheitsproduktion halten, die Wahnbildung [...] in Wirklichkeit der Heilungsversuch, die Rekonstruktion« ist (»Über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia«, GW VIII, S. 308). Es ist deshalb notwendig, mit und innerhalb der psychotischen Erfahrung der Absicht zu folgen, den »Heilungsversuch« des Individuums voranzutreiben und zu einem Prozess der »Rekonstruktion« beizutragen.

MS&PG: Wenn, wie Sie argumentieren, Psychotiker_innen keinen Verdrängungsmechanismus besitzen, könnte man daraus schließen, dass sie kein Unbewusstes besitzen und somit keine geeigneten Kandidaten für eine psychoanalytische Behandlung sind. Jedoch sprechen einige psychoanalytische Schulen über psychotische Phänomene oder sogar psychotische Experimente, die implizieren, die Psychose sei ein potenziell universeller subjektiver Zustand. Was ist Ihre Meinung dazu?

DBK: Meine Metapsychologie folgt nicht der Klein'schen Theorie, sodass ich die Psychose nicht als universelles Phänomen betrachte. Ich denke nicht, dass wir alle einen psychotischen Kern haben. Ich bin davon überzeugt, dass uns allen ein Unbewusstes inneohnt, ein Kern der Negativität, der unsere Hingezogenheit zum Tode begünstigt. Es ist eine mangelhafte Verteidigung, aber dennoch eine Verteidigung, die einzig verfügbare, wenn der Verdrängungsmechanismus nicht mehr wirksam ist. In der Neurose ist die Verdrängung nicht vernichtet, sie scheitert nur und die Konsequenzen sind sehr anders. Gisela Pankow macht in diesem Kontext die nützliche Unterscheidung zwischen Zerstörung (Psychose) und Verzerrung (Neurose). Ich denke, dass innerhalb des Bereichs der Psychose eine verstärkte Theoretisierung und mehr metapsychologisches Engagement notwendig sind. Die Erfahrung der Arbeit mit psychotischen Menschen ist eine andere und vieles davon muss noch symbolisiert werden. Evelyn Kestemberg

spricht von der Pflicht zur Theorie. Sie hat recht. Ich glaube, dass Kliniker_innen, die im Bereich der Psychose arbeiten, die Verpflichtung haben, sich theoretisch mit der Psychose auseinanderzusetzen, und umgekehrt ist die Psychoanalyse dazu verpflichtet ist, sich mehr den vernachlässigten Bedürfnissen der Gesellschaft zuzuwenden. —

(Übersetzt aus dem Englischen von Tara O’Sullivan)

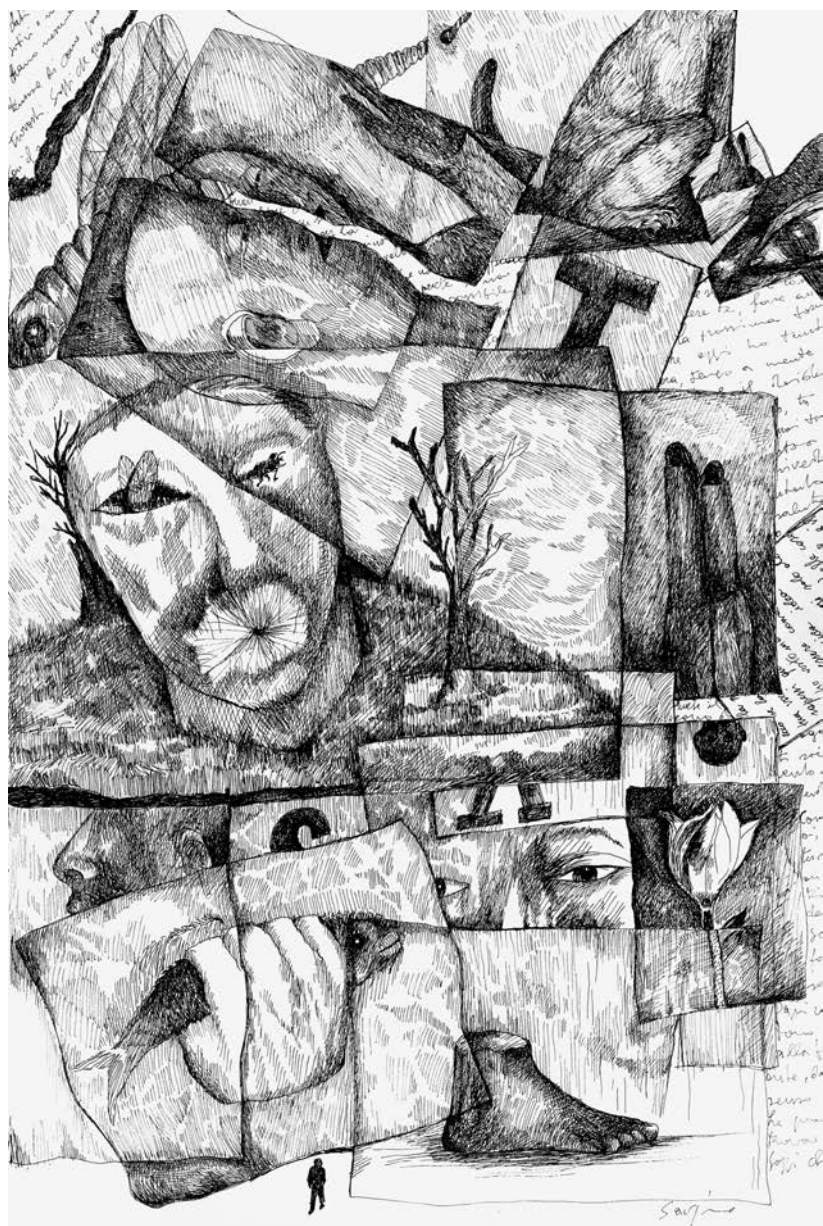
- 1) Das Interview wurde ursprünglich für *Division Review. A Quaterly Psychoanalytic Review* geführt und in der Nummer 18 (Herbst 2018), S. 20–23, veröffentlicht. Wir danken den drei Autorinnen und der Zeitschrift für die Erlaubnis des Abdrucks der Übersetzung.

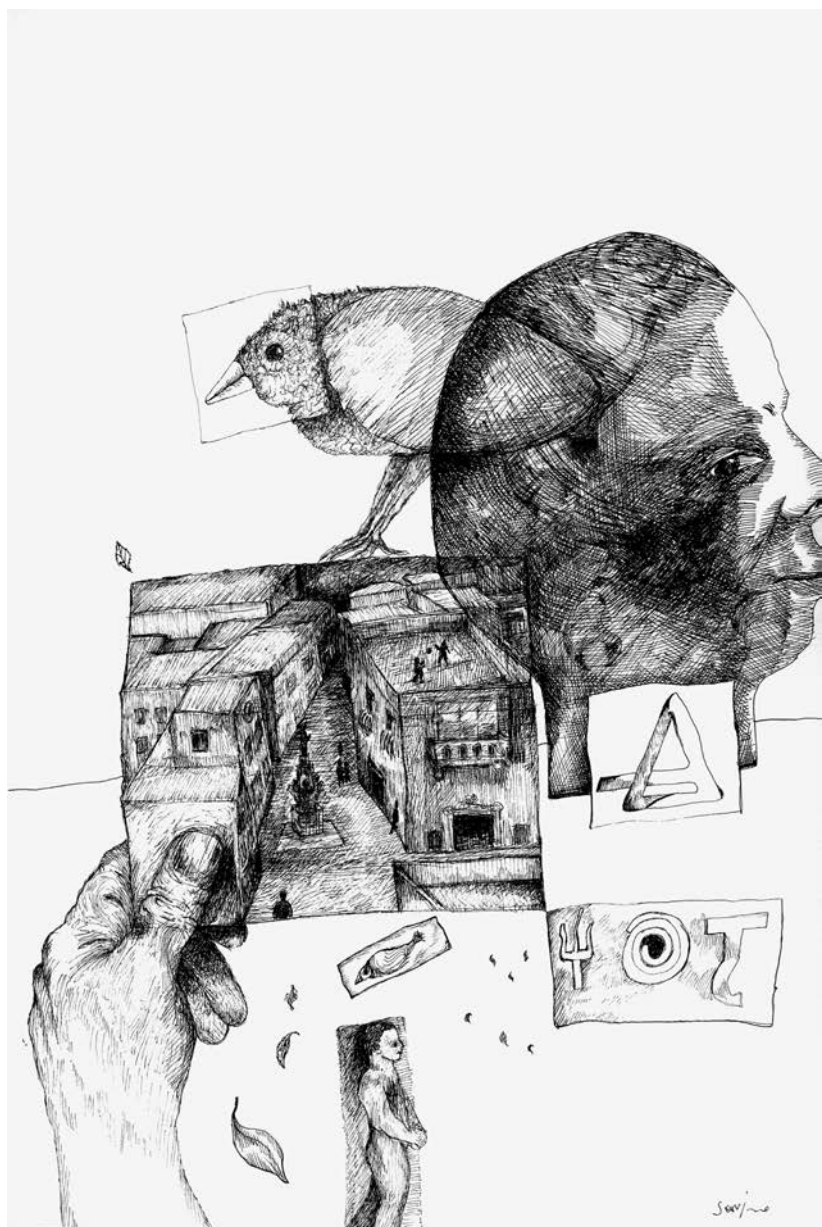
Giancarlo Savino

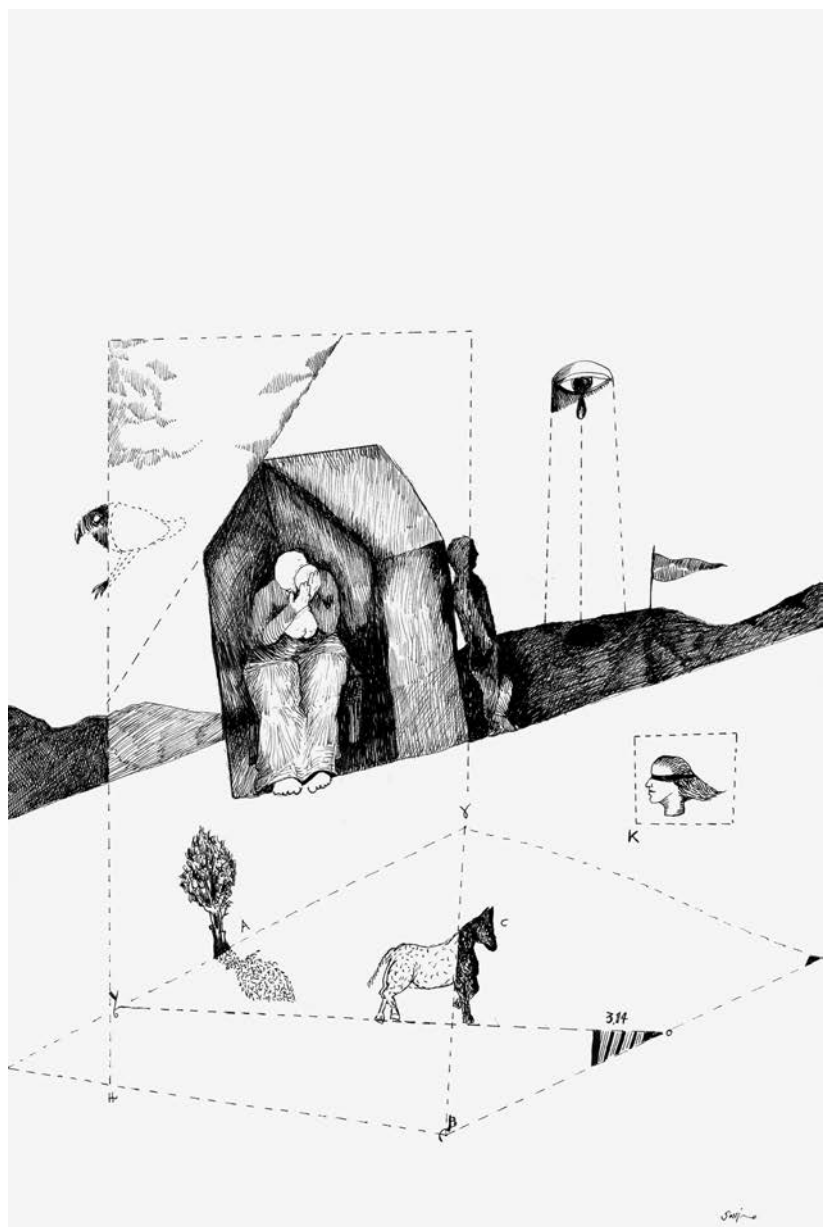
ITTUM

Visionen, Zeichnungen

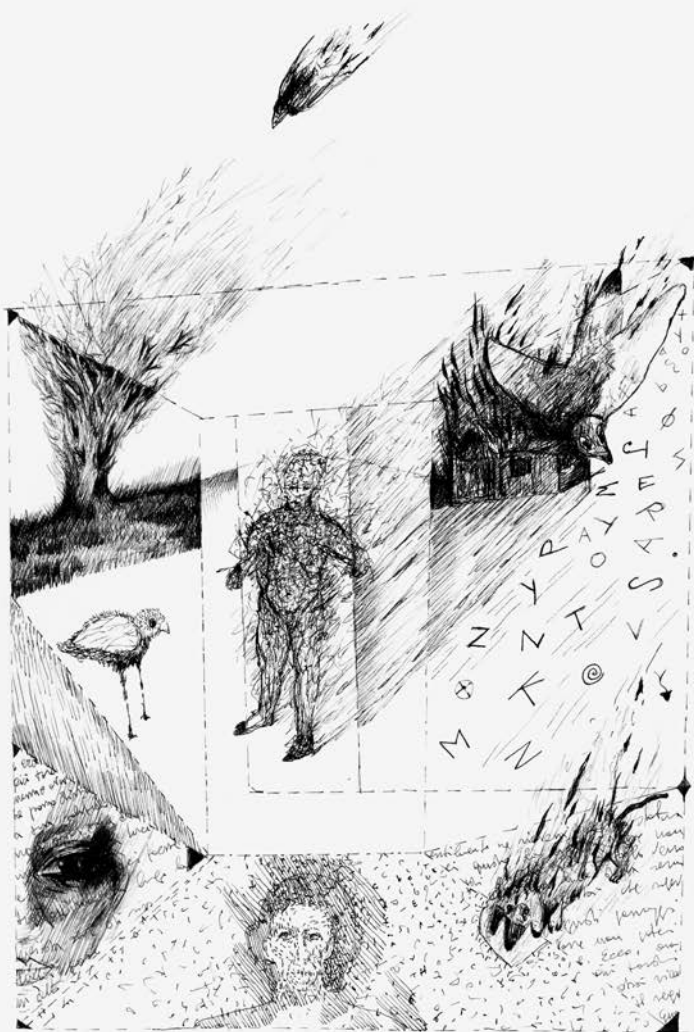
fotografiert von Yara Bonanni

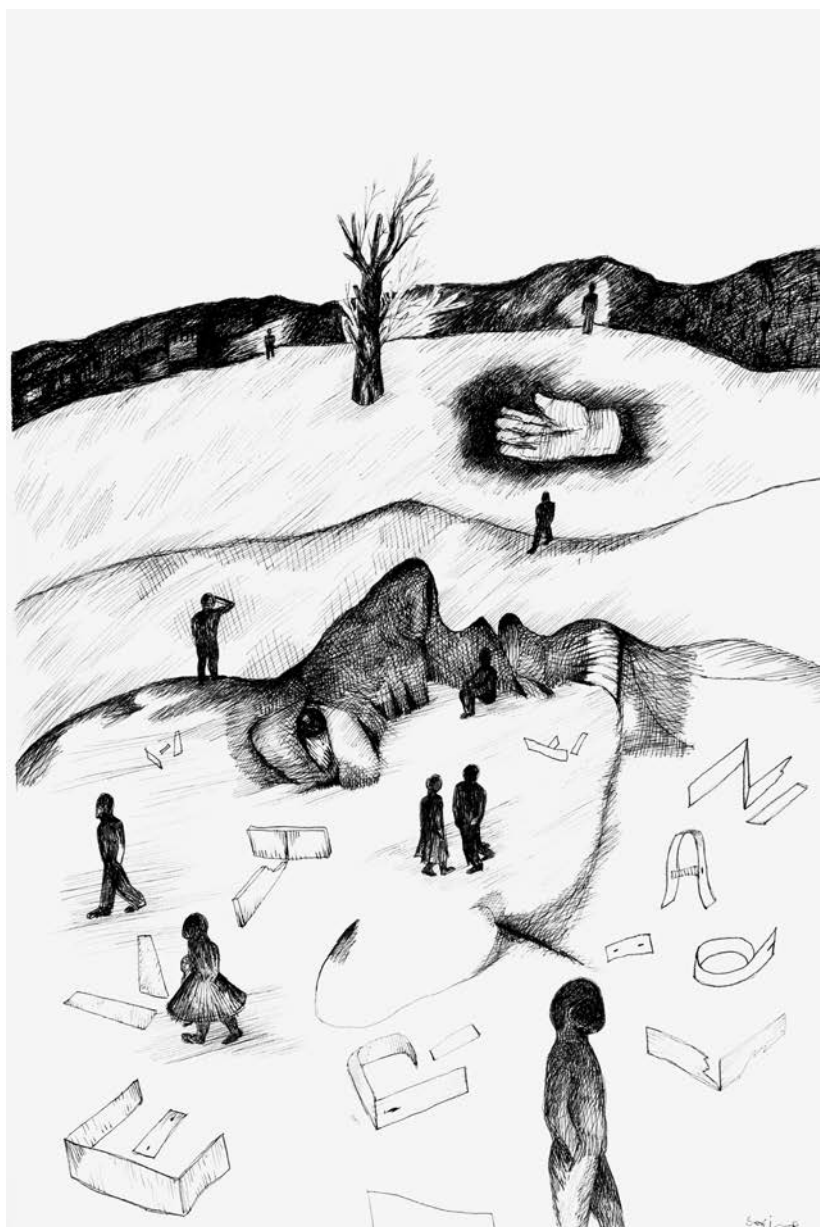












Gianluca Solla

Wo alles wimmelt.
Zu Giancarlo Savinos
ITTUM

Giancarlo Savinos Zeichnungen *ITTUM*, die in dieser Ausgabe des RISS veröffentlicht werden, könnten zusammen das einzige Buch sein, das Pinocchio jemals besaß und sofort verkaufte: eine Fibel – das magische Buch des Alphabets. Alle Zeichen sind ordnungsgemäß dargestellt, was auf die Herrschaft verweist, die Pinocchio wie alle anderen Kinder über die Sprache ausüben soll. Doch Pinocchio wird versuchen, dies auf alle möglichen Weisen zu untergraben.

Ebenso Savinos *ITTUM*. Denn insofern die Zeichen darin überhaupt einem Alphabet entsprungen sind, sind sie heterogen und unvorhersehbar. Sie sind da, ehe man sie überhaupt hätte erwarten können. Als hätte der Hauch des Traums über diesen Seiten alle unsere Wörter zu bloßen Buchstaben gemacht und dann auch diese in einfache und wirre Zeichen, Punkte, Linien zerlegt.

Wenn *ITTUM* nicht länger ein Alphabet darstellt, dann auch deshalb, weil durch jede Zeichnung darin die Erfindung einer ganz anderen, instabilen und zufällig wirkenden Schrift hervorgebracht wird. Diese Schrift besteht aus dem Weißen, dann aus Linien, Räumen und Schatten, die sich ständig ändern. Diese

Schrift füllt nicht nur das Blatt (oder warum nicht die Wand oder die Schulbank, die Haut oder die Kleidung), sondern sie räumt auch auf: sie macht Platz, sie macht Luft. Etwas fängt darin an zu atmen. Und wir erkennen, warum die Zeichnung für das Leben der Menschen so wichtig ist: Sie macht Platz da, wo die Vorstellungen eng und monolithisch geworden sind.

Ich halte *ITTUM* in Händen. Wenn ich ein Inventar dessen erstellen sollte, was darin in unbegrenzten Kombinationen zu sehen ist, könnte es so lauten: Köpfe, Gasometer, Bäume, Hände, Vögel, Linien, Alphabete, Insekten, Flüge, Schwärme, Formen ohne festen Charakter, Stadt, Fischseiten, Tiere, schwarze Silhouetten, Ausschnitte, Gesichter wie Landschaften, Herzen, Buchstabensalat, Flügel ...

Beim Drehen des umfanglichen Bandes in alle Richtungen erscheinen viele weitere Figuren. Ein Babel nach dem anderen. Diese Figuren sind wie Traumkreaturen, die nur sich selbst ähneln. Die Züge der Zeichnungen erfinden eine Schrift, was nicht heißt: eine Sprache. Vielleicht erfinden sie eine sprachfreie Schrift, die jedes Mal angeschaut, überlegt, angehört, gelesen werden muss. Alles muss entschlüsselt werden und geht doch über jede mögliche Entschlüsselung hinaus. *ITTUM* konfrontiert die Leser mit einer offensichtlichen Unmöglichkeit des bloßen Verstehens oder Interpretierens und lässt sie stattdessen frei kombinieren und herum-schweifen: *ITTUM* ermöglicht zu sehen, sich selbst beim Sehen zu sehen, die innere Stimme zu hören, die Bewegung des Körpers angesichts der Leichtigkeit der Zeichnungen zu fühlen.

Die Welt von *ITTUM* erscheint zerbrechlich. Es ist vielleicht eine vorübergehende, fragile Welt. Sie hat jedoch etwas Unvergessliches an sich, denn sie hängt mit unseren imaginären Welten zusammen. Wir erkennen sie als Bruder, als Schwester. Die Linien schränken die Assoziationen nicht ein, sondern sind vielmehr ihre Träger: Sie bilden Brücken, verknüpfen Welten, entwerfen Verbindungen zwischen Innen und Außen, Ursache und Wirkung, Körper und Geist. Doch noch solche Aufteilungen werden gesprengt oder vielmehr durch das Gewimmel von verbindenden Linien unterwandert: Die Linien bringen Grenzen in Schwung, sie vermehren Übergänge, sie verursachen Intensität und Erweiterungen. Selbst wenn sie unterbrochen scheinen, hört der Fluss

nicht auf, darunter weiter zu fließen. Dank der geheimen Kraft der Zeichnung fließt alles auf dem Blatt: die zeichnende Hand, aber auch die löschende; die Tinte fließt; die Blätter fließen nacheinander; unsere Augen fließen; jetzt fließen diese Wörter; es fließt sogar die Stimmwelle auf dem Bildschirm, wenn der Text diktiert wird.

Mindestens zwei Hände scheinen in diesen Zeichnungen am Werk zu sein. Man ist geneigt zu sagen, dass sie eine Art Übermaß an handwerklichem Geschick bezeugen. Jedenfalls handelt es sich um immer mehr als die eine Hand, die den Bleistift, den Stift oder ein anderes Werkzeug hält, mit dem gezeichnet wird. Und die andere Hand? Nun, man könnte sagen: Eine Hand zeichnet, die andere löscht – oder, wenn wir nicht so weit gehen wollen, die andere zieht das Zeichenpapier, sie spannt es, sie befleckt das Gezeichnete mit den Fingerspitzen, verbraucht es, mischt es.

So träume ich von einer Etymologie, die das Wort »disegno« [Zeichnung] so zu schreiben ermöglichen würde: di-segno. Im Zeichen der Zwei. Eine Hand malt, markiert, unterschreibt, aber es gibt immer eine andere Hand, die die Zeichen ein wenig verstreut, verwirrt und gegen jeglichen Darstellungswunsch durcheinanderbringt. Der »disegno« – so etwas wie die »Zweimal-Zeichnung« – ist immer auch eine Streuung [di-seminazione]. »Disegno«: nicht nur zweimal das Zeichen, sondern der Ort der Zwei, der Wiederholung, der Zwietracht der aus den Zeichen entsprungenen Beziehung. Sogar das Weiße der Seite, wo es scheinbar nichts gibt, lässt sich dann als das Ergebnis einer akribischen Ausradierung denken, einer Löschung, die überhaupt erst Platz für die Zeichnung und für unsere Augen schafft. Bevor man mit dem Zeichnen beginnt, passiert vielleicht etwas Ähnliches wie beim Schreiben: Man muss erst den Platz dafür schaffen. Man muss erst zum Weißen kommen, zu jenem Weißen, das in der Lage ist, die Samen der Zeichnung aufzunehmen. (In diesem Sinne würde ich gern der westlichen Vernunft die Entdeckung einer Vernunft der Zeichnung entgegensetzen: einer Vernunft des Wucherns, die nicht so sehr zur Entdeckung der Ordnung des Lebendigen, sondern zu einer Erfahrung von dessen Wimmeln führt.)

Jenseits der Linien, die die Konturen der Figuren umreißen, trägt eine weitere Sache zum Zeichnen bei: die Schaffung des

Schattens. Leonardo spricht davon in seinem *Trattato della pittura*: Einzig die gekonnte Kombination von Linien und Schatten ermöglicht dem Zeichnen, Werke zu schaffen, die »unendlich mehr sind als die, die die Natur macht«. Das Zeichnen sollte niemals mit der Leichtigkeit des Strichs verwechselt werden, die sich mit der Nachahmung dessen, was bereits existiert, zufriedenstellt. Der Umriss der Körper ist schon keine Linie mehr, sondern geht dank des Schattens in die Umwelt über. Jede Linie ist immer doppelt: Sie markiert eine körperliche oder gegenständliche Grenze, stellt aber gleichzeitig die Öffnung einer weiteren Perspektive dar, eine Passage, die sich allmählich öffnet, während die Hand Stück für Stück die Linien skizziert. Ein und dieselbe Linie zeichnet das Profil oder die Silhouette einer fertigen Figur und markiert zugleich den Punkt, an dem diese Figur sich mit dem Rest der Welt, ja mit der unendlichen Reihe des Existierenden berührt. Indem die Linie eine bestimmte Figur existieren lässt, bringt sie diese auch in Kontakt mit dem, was um sie herum stets unbestimmt bleibt. Jede Figur ist darum kraft der Linie immer in Differenz zu anderen und daher in permanenter Bewegung und Verwandlung.

Das Zeichnen ist daher eine forschende Geste. Es ist die Suche nach einer Möglichkeit, träumend in das Gewimmel des Lebens zu gelangen. Das Gewimmel des Lebens zur eigenen Haut werden zu lassen, das scheint das Motto von *ITTUM* zu sein. Was auch heißt, sich dem Gewimmel des Zeichnens zu überlassen und darin das Geheimnis des Lebendigen zu erkennen. Die Zeichnung erweist sich so als die Träumerei der Hand, die das Auge dorthin führt, wo es noch nie war. Zeichnend werden Darstellungen zu Traumbildern, Ideen zu Abenteuern. Zeichnend wird die Grenze der Sprache überschritten, suchend nach dem, was ein Leben immer noch begehrt.

Beschwert von zu vielen Erinnerungen verlassen wir uns von Zeit zu Zeit auf die Kraft des *di-segno*. Dessen Linien ermöglichen es, diese Erinnerungen oder Vorstellungen in Bewegung zu versetzen und zu anderen Formen neu zu kombinieren. Zwar werden wir die Erinnerungen nicht los, doch wo die Linie der Zeichnung Platz schafft und wir erfahren, wie wertvoll ihr Fluchtpunkt sein kann, setzt sich etwas in uns frei und nimmt Abschied von der

Idee, dass unsere Erinnerungen immer so bleiben sollen, wie sie waren. Sie fliegen. Was sich ereignet hat, geht jetzt. Nichts wird verloren sein. —

Chantal Marazia

Annäherung an Basaglia.
Gedanken zur psychoanalyti-
schen Respektabilität

»Klassisch ist«, nach Hans-Georg Gadammers Definition, »was sich bewahrt, *weil* es sich selber bedeutet und sich selber deutet; was also derart sagend ist, daß es nicht eine Aussage über Verschollenes ist, ein bloßes, selbst noch zu deutendes Zeugnis von etwas, sondern der jeweiligen Gegenwart etwas so sagt, als sei es eigens ihr gesagt«. ¹ Anders ausgedrückt: Klassisch ist, was die jeweilige Gegenwart erreicht. Folgt man Gadammers Definition, so steht Franco Basaglia, dem Italien die Schließung der psychiatrischen Krankenhäuser verdankt (Legge 180/1978, auch als *Lex Basaglia* bekannt), im Verdacht der Klassizität: Kürzlich wurden in Italien auch die forensischen Großkrankenhäuser abgeschafft, was sicherlich beweist, wie sehr Basaglia weiter zum Selbstverständnis der italienischen Gesellschaft beiträgt. Die vielen Monografien, Sammelbände und Festschriften, die weit über die rechtzeitig zum Jubiläum erschienene Literatur zum Basaglia-Gesetz und zu den »68ern« hinausgehen, die regelmäßigen Neuausgaben und Übersetzungen seiner Bücher zeugen davon, dass Basaglia uns heute noch direkt anspricht.

Diesen Eindruck hat die Arbeit an dem vorliegenden Beitrag (zu Basaglia, in einem Themenheft zur »Erreichbarkeit«, in einer

Zeitschrift für Psychoanalyse) ins Wanken gebracht. Die Beschäftigung mit der vergleichsweise kargen Literatur zu »Basaglia und die Psychoanalyse« hat nämlich in mir einige Passagen aus Susan Sontags Essay »Annäherung an Artaud« heraufbeschworen, dem mein Beitrag auch seinen Titel verdankt. »Ein Usus der literarischen Respektabilität [...]«, erklärt Sontag, »besteht darin, einen unverschämten, im wesentlichen uneinnehmbaren Autor akzeptabel zu machen, der dann zum Klassiker wird auf der Basis der vielen interessanten Dinge, die über das Werk gesagt werden müssen, und die die wahre Natur des Werkes selbst kaum beachten (vielleicht sogar verhehlen) [...]«.² Was dann vor uns steht, ist ein »gewollter Klassiker«, d. h. »ein Autor, den die Kultur zu assimilieren versucht, der jedoch zutiefst unverdaulich bleibt«.³

Basaglia würde ich durchaus nicht als unverdaulich bezeichnen. Aus der (weit gefassten) psychiatrischen Literatur der 1960er und 1970er Jahre sticht er geradezu durch die Klarheit seiner Sprache und die Eindeutigkeit seiner Botschaft heraus. Soll er jedoch auch den PsychoanalytikerInnen etwas sagen, benötigt er, so mein Eindruck, eine Übersetzung, sozusagen eine künstliche Verdauung.

II

Die bedeutendsten Versuche, Basaglia zu einer »psychoanalytischen Respektabilität« zu verhelfen, laufen vorwiegend über die Gegenüberstellung mit Jacques Lacan, d. h. über eine Auseinandersetzung, die zwar auf der Hand gelegen hätte, die aber nicht stattgefunden hat. Eine verfehltete Gelegenheit, so wird meist herausgelesen – für Basaglia, versteht sich von selbst. Denn, hätte er »bloß Lacan gelesen«⁴, dann hätte er vieles so gar nicht gesagt; oder er hätte zumindest zwischen der eigenen Position und jener Lacans ein bestimmtes Maß an Übereinstimmung gefunden und vielleicht so mit Lacan (z. B. ausgehend von dessen Überlegungen zur Paranoia) weiterdenken können.⁵ So gab es mehrere Versuche, diese Gelegenheit nachzuholen, Lacan und Basaglia in einen Dialog zu bringen, z. B. als Denker der Grenze⁶ oder über deren Theorie des Subjekts.⁷ Basaglia und Lacan, Basaglia mit Lacan

...

Die Moderation solch »unmöglicher Debatten«⁸ ist eine verlockende intellektuelle Übung, die umso gelungener erscheint, wenn die »Gegenspieler« sich am Ende als unbewusste Genossen herausstellen. Interpretation ist schließlich ursprünglich Vermittlung. Ob diese Schlichtung im Fall von Basaglia und Lacan gelungen ist, kann ich schwer beurteilen. Dafür ist meine Kenntnis von Lacan zu oberflächlich. Mein Eindruck ist, dass bei diesen Versuchen Basaglia gelegentlich regelrecht auf das Prokrustesbett der Psychoanalyse (als »System der Zurechtstutzungen«⁹ im Sinne von Gilles Deleuze) gezwängt werden muss, um die PsychoanalytikerInnen zu erreichen. Nur ein Beispiel sei hier genannt: Basaglia hat nach eigener Vorstellung mit der Schließung der psychiatrischen Krankenhäuser das »Unmögliche verwirklicht«. Dies würde ihn eindeutig auf Lacans Seite verorten, denn für Lacan ist das Unbewusste nicht nur Wiederholung, sondern ein unbeschriebenes Blatt in der Geschichte des Subjekts.¹⁰

Hier soll es jedoch nicht darum gehen, Basaglia auf die Probe der Psychoanalyse zu stellen, oder gar darum, ihm seine psychoanalytische Respektabilität erneut abzusprechen. Vielmehr möchte ich hier fragen, ob Basaglia auch ohne die Vermittlung Lacans (und der Lacanianer) zu den PsychoanalytikerInnen spricht, ob er auch ohne das Enzym der Interpretation für die Psychoanalyse verdaulich ist.

III

Ich muss an dieser Stelle gestehen, die Einladung zum vorliegenden Beitrag mit der Hoffnung angenommen zu haben, in Basaglias Nachlass unveröffentlichte Quellen zur Psychoanalyse zu finden. Den sensationellen Fund suchte ich vergeblich. Die Aussicht, dass das Typoskript eines Vortrags, den Basaglia zusammen mit dem Psychoanalytiker Michele Risso im Jahr 1973 in Triest anlässlich einer Veranstaltung zur »Aktualität Freuds« verfasste¹¹, neues Licht auf dieses Thema werfen könne, wurde bereits nach Durchsicht der ersten Zeilen vereitelt. Die Enttäuschung führte mich zurück zu den Texten und zu Basaglias institutioneller Laufbahn, die ich hier am roten Faden der Psychoanalyse zusammenfasse.

Basaglia hat sich wiederholt zur Psychoanalyse geäußert. Hierzu möchte ich nur zwei Quellen heranziehen: einen ausführlichen analytischen Lebenslauf, den Basaglia anlässlich einer (gescheiterten) Bewerbung auf eine Professur im Jahre 1974, also vor der Verabschiedung des Gesetzes 180, zusammenstellte¹², und insbesondere eine Reihe von Vorträgen, die er im Winter 1979, also ein gutes Jahr nach dem »Basaglia-Gesetz«, in Brasilien hielt. Maria Grazia Giannichedda, die die italienische Edition der »Brasilianischen Konferenzen« herausgegeben hat, behauptet nicht ganz zu Unrecht, dass sie heute wohl den besten Zugang zu Basaglia böten.¹³ Die Brasilienreise war für ihn zumindest eine der letzten Gelegenheiten, sich persönlich über sein Programm zu äußern, denn er starb wenige Monate später an einem Hirntumor. Diese Vorträge gelten somit als Basaglias Vermächtnis. Dementsprechend trägt auch die deutsche Ausgabe den etwas pathetischen, aber nicht ganz unbegründeten Titel *Die Entscheidung des Psychiaters. Bilanz eines Lebenswerks*.¹⁴

IV

In Italien stieß die Psychoanalyse verhältnismäßig lange auf Widerstand.¹⁵ Als ihr nach dem Zweiten Weltkrieg der Durchbruch gelang, lag das Schwergewicht des offiziellen psychoanalytischen Diskurses auf der klassisch Freudianischen Theorie. Diese ist auch der erste psychoanalytische Bezugspunkt für Basaglia, der Anfang der 1950er Jahre an der Universität Padua arbeitete und eine akademische Karriere anstrebte. Basaglia äußerte sich zur Psychoanalyse erstmals in einem daseinsanalytischen Aufsatz, zwar nur im Vorbeigehen, aber kritisch.¹⁶ Ob diese Abfertigung fundiert ist, d. h. ob Basaglia Freud wirklich gelesen hat, ist fraglich. Vielmehr scheint er hier Ludwig Binswangers Kritik vom Freudschen »homo natura« leidenschaftslos wiederzugeben.¹⁷ Basaglia blieb bis Anfang der 1960er Jahre der phänomenologisch-anthropologischen Psychiatrie treu, und seine Haltung gegenüber der Psychoanalyse scheinbar unverändert. Als er 1961 die Leitung der psychiatrischen Anstalt in Görz annahm, wandte er sich geradezu schlagartig von dieser Forschungsrichtung ab. Diese »intellektuelle Verarbeitung« hatte sich als völlig inadäquat erwiesen, sobald sie

auf die Probe der »gewaltsamen, zerstörerischen und segregierenden Realität der psychiatrischen Institution«¹⁸ gestellt worden war. Nun suchte Basaglia vorerst nach einem »institutionellen« Vorbild. Dieses fand er in der englischen »therapeutic community«, deren Projektträger entweder aus der psychoanalytischen Ecke kamen, wie Ronald Laing, oder zumindest damit sympathisierten, wie David Cooper. Noch deutlicher war die psychoanalytische Prägung der französischen »psychothérapie institutionnelle«, die, von Lacan inspiriert, vom katalanischen Psychiater François Tosquelles in den 1940er Jahren im *Hôpital de Saint-Alban-sur-Limagnole* entwickelt worden war und bald auch an anderen Standorten Fuß gefasst hatte. Als mustergültig galt damals die vom Lacanianer Jean Oury 1953 gegründete *Clinique de La Borde*. Basaglia pilgerte mehrmals nach La Borde, wo übrigens auch Félix Guattari tätig war. Aber er sah sich auch in Italien um, wo er auf die Mailänder Gruppe für die Entwicklung der Psychotherapie (*Gruppo milanese per lo sviluppo della psicoterapia*) um Pier Francesco Galli stieß. Im Unterschied zur Italienischen Psychoanalytischen Gesellschaft (*SIP*), welche die Psychoanalyse unter dem Vorwand der Reinhaltung isolierte, suchte die Mailänder Gruppe den Kontakt mit der Psychiatrie und der modernen Psychologie. Als die Gruppe im Jahre 1965 ihren ersten Fortbildungskurs organisierte, soll die erste Anmeldung von Basaglia gekommen sein.¹⁹ In diesem Kontext begegnete Basaglia auch Risso, der zwar nie förmlich mit ihm arbeitete, aber die Görzer Gruppe beratend unterstützte und später zusammen mit Basaglia die Reformbewegung *Psichiatria Democratica* gründete.

Doch auch die institutionelle Psychotherapie erwies sich als Enttäuschung. Die Lacan'sche Schule der institutionellen Therapie war *auf eine kleine private Anstalt für hundertzwanzig Kranke in Château de La Borde beschränkt, wo die Patienten weiterhin mit Medikamenten abgefüllt und mit Elektro- und Insulinschocks traktiert werden. Gewiss gibt es ausgiebig Diskussionen über Psychoanalyse – ob nun Lacanscher oder anderer Prägung –, aber die hundertzwanzig Patienten sind weiterhin eingesperrt, und das interessiert offenbar niemanden.*²⁰ Die Psychologie und die Psychoanalyse springen ein, wenn die primären Bedürfnisse erfüllt sind; wenn man im Mist lebt (und das ist angesichts unserer psychiatrischen Institutionen nicht

symbolisch gemeint), sind das Spiel der zwischenmenschlichen Beziehungen und die Analyse der ursprünglichen Komplexe ein Hohn auf die Realität, genauso wie die phänomenologische Analyse des Im-Zwang-Seins oder des Zusammen-Seins-in-der-Segregation²¹, urteilt Basaglia in seinem Lebenslauf, den daseinsanalytischen Jargon nachahmend.

Basaglia und seinen Anhängern ging es hingegen darum, *die Wissenschaft in eine neue Wissenschaft zu transformieren, einen neuen Kodex zu finden und [...] dem Proletariat und dem Lumpenproletariat, das die Anstalten bevölkerte, neue Antworten zu geben.*²² Die einzige mögliche Antwort war für sie die Schließung der Anstalten, die Negierung der Institution, die mit dem Gesetz 180 verwirklicht wurde und auch heute, allen Umsetzungsproblemen zum Trotz, die psychiatrische Landschaft Italiens definiert.

Auf nationaler und internationaler Ebene wurde (und wird) diese Lösung heftig diskutiert. Auch viele PsychoanalytikerInnen haben sich dazu geäußert. Hier sei nur das Urteil von Jean Oury wiedergegeben, denn es fasst diese Reaktionen prägnant zusammen: *Ich mochte Basaglia wegen seines impulsiven Charakters, aber nicht wegen seiner Politik. Die Kranken gingen morgens raus und kamen abends zurück, und das Krankenhaus war geschlossen. Die Patienten sind physisch verschwunden. Vielleicht ist das die konkrete Antipsychiatrie, man beseitigt die Kranken, sie verschwinden.*²³

V

Obwohl man (auch) von psychoanalytischer Seite mit Unbehagen auf das Gesetz 180 blickte, waren es gerade die PsychoanalytikerInnen, die Basaglia in Brasilien die Tür öffneten. Kurz nach der Verabschiedung des Gesetzes luden sie ihn ein, am ersten Kongress für Psychoanalyse der Gruppen und Institutionen (*I Congresso brasileiro de psicanálise de grupos e instituições*) teilzunehmen, ein Ereignis, das als »Messe der Psychologie« in die Geschichte eingegangen ist. Anwesend waren, unter anderem, auch Robert Castel und Félix Guattari, die, wie Basaglia, mit der Kritik an der Psychoanalyse nie gespart hatten – Castel ebenso mit Basaglias Segen.²⁴ Am meisten sorgte aber Basaglia auf der »Messe« für Unruhe. Denn er nutzte die Gelegenheit, den elitären Charakter

des Ereignisses und der Psychoanalyse überhaupt anzuprangern. Dennoch, oder vielleicht gerade deshalb, folgten weitere Einladungen. So kam es zu den brasilianischen Vorträgen.²⁵ Aus der Beharrlichkeit, mit der einige Teilnehmer Basaglia mit Fragen zur Psychoanalyse bedrängten, ist zu schließen, dass im Publikum mehrere PsychoanalytikerInnen gesessen haben. Über diese Eindringlichkeit zeigte sich Basaglia gelegentlich auch irritiert («Die Frage ist sehr interessant, aber sie hat mich in dem unterbrochen, was ich gerade über das hier unbekannte italienische Gesetz erklären wollte.»). Nichtsdestotrotz ging er auf die meisten Fragen ausführlich ein. Aus diesen Antworten lässt sich die Kritik an der Psychoanalyse – die negative sowie die positive – leicht heraus hören und auf einige grundsätzliche Punkte bringen:

Basaglia besteht auf zwei Klarstellungen, die man sich vor Augen halten sollte. Er will sich nicht »auf das Glatteis theoretischer Erörterungen begeben«, stellt sich aber gern der Diskussion mit den Psychoanalytikern »auf dem Feld der Praxis«.²⁶ Ferner müsse man »für die Psychoanalyse die Geschichte bemühen«, denn man könne nicht einfach behaupten, nicht mit ihr einverstanden zu sein. Historisch sind für Basaglia dabei zwei Tatsachen festzuhalten. Erstens: Freud hat die Psychoanalyse in einem »für die Bourgeoisie kritischen Augenblick entwickelt«. Hier hat jenes Problem seinen Ursprung, das Basaglia unter dem Stichwort »multinationaler Konzern Psychoanalyse« fasste.²⁷ *Die Psychoanalyse erfindet bzw. bedient sich [...] einer letztlich bourgeoisen Technik und erweist sich von Anfang an als eine Klassentherapie, weil zu ihr nur die kleine Zahl jener Zugang hat, die für die Sitzungen zahlen kann und diejenigen, die einigermaßen gebildet sind.*²⁸

Dieser Vorwurf ist zugegeben nicht besonders originell und auf den ersten Blick zudem unbegründet: Die Psychoanalyse ist in Deutschland seit 1967 eine kassenärztliche Leistung. Die Mehrzahl der AnalytikerInnen arbeitet hier im System der Fremdfinanzierung.²⁹ Den Übergang zur Eigenfinanzierung können sich jedoch nach wie vor die wenigsten leisten. Und was, wenn, wie immer wieder angedroht, die Psychotherapie nicht mehr kassenfähig sein sollte?

Zweitens, erinnert uns Basaglia, entstand die Psychoanalyse als Wissenschaft zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Was hat sie seit-

dem für den Geisteskranken getan? »Sie hatte zwar eine große Bedeutung für die Literatur, die Kunst, die Geistesgeschichte, das Irrenhaus hat sie nie erreicht.«³⁰ Die Psychoanalyse sei insofern eine marginale Wissenschaft geblieben, als die PsychoanalytikerInnen »immer zwei Behandlungsmodalitäten [hatten], eine für die Anstalt und eine für die Abgeschiedenheit ihrer Praxis.«³¹ Was Basaglia damit meint, ist nicht eindeutig. Er könnte jedoch auf das epistemologische Paradox anspielen, das die Historikerin Gladys Swain wenig später ausformuliert hat: Der Zeitpunkt, an dem die Psychopharmaka auf breiter Front eingeführt wurden, fällt mit der Verbreitung der Psychoanalyse (mit dem Psychoanalismus im Sinne Castels) zusammen.³² Das Paradox bestehe darin, so Swain, dass der Durchbruch der Psychoanalyse unter dem Zeichen ihrer theoretischen Nemesis geschah. Das Paradox wird dann so gelöst: WissenschaftlerIn zu sein (Medikamente verschreiben) ist das eine, etwas anderes ist es, intellektuell soziale/r AkteurIn zu sein.³³ Oder, wie es die amerikanische Anthropologin Tanya Luhrmann modisch verpackt hat: einmal weißer Kittel, einmal Tweed.³⁴ Erkennen die PsychoanalytikerInnen diese Kontradiktion? Wie gehen sie damit um?

Die dritte und letzte Frage ergibt sich aus einer positiven Bewertung der Psychoanalyse: »Ich halte Freud aus zwei Gründen für einen der Großen dieses Jahrhunderts«, erklärt Basaglia: *Erstens, weil er den Menschen sagte, dass es etwas gibt, was sie selbst von sich nicht wissen, das Unbewusste, ein wichtiger Teil des Menschen, und zweitens, weil er derjenige war, der den Geruch, den Gestank des sterbenden Bürgertums subjektiv erlebbar machte. Für mich war Freud genau aus diesem Grund ein großer Soziologe, ein großer Politiker. Denn seine Theorie entstand aus der Untersuchung eines politischen Mechanismus, wobei man diese Theorie für richtig oder falsch halten mag.*³⁵ Auf welchen politischen Mechanismus antwortet die Psychoanalyse heute?

VI

Ob Basaglia heute (noch) die PsychoanalytikerInnen anspricht, ob er ein Klassiker ist, können diese am besten beurteilen. Seine Aktualität misst sich jedoch nicht unbedingt ausschließlich daran,

dass sich die Gegenwart direkt angesprochen fühlt. Man kann vielleicht sogar das Gegenteil behaupten, wie Félix Guattari suggeriert hat: Als nämlich im Jahre 1971 die französische Ausgabe der *Negierten Institution* erschien, das Buch, das Basaglia und seine »Equipe« ins Rampenlicht rückte, schloss Guattari seine Rezension mit den folgenden Worten: »Dieses Buch ist insofern wertvoll, als es tausend Fragen aufwirft, die die Psychiater sorgfältig vermeiden.«³⁶ —

- 1) Gadamer, Hans-Georg: *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*. Tübingen 1990: Mohr, S. 294
- 2) Sontag, Susan: »Annäherung an Artaud«. In: Susan Sonntag: *Im Zeichen des Saturn*. München u. a. 1981: Hanser, S. 92
- 3) Ebd. S. 92
- 4) Vgl. Kantzà, Giuliana: »Il punto d'impasse«. In: *La Psiconalisi*, 25, 1999, S. 68–76
- 5) Vgl. Viganò, Carlo: »Basaglia con Lacan«. In: *La Psiconalisi*, 25, 1999, S. 46–57
- 6) Vgl. Recalcati, Massimo: »Lo snodo Sartre, Basaglia e Lacan«. In: Alessandro Massi (Hg.): *Franco Basaglia e la filosofia del '900*. Mailand 2010: BeMa, S. 11–22
- 7) Vgl. z. B. Leoni, Federico: »Lacking subjects and the subject of lack. Basaglia and Lacan«. In: Lorenzo Chiesa (Hg.): *Lacan and philosophy. The new generation*. Melbourne 2014: re.presse, S. 221–237
- 8) Analog zu den »unmöglichen Interviews« mit bereits verstorbenen Persönlichkeiten. Vgl. z. B. Calvino, Italo: *Unmögliche Interviews*. Berlin 1999: Wagenbach
- 9) Deleuze, Gilles: *Unterhandlungen. 1972–1990*. Frankfurt am Main 1993: Suhrkamp, S. 30
- 10) Vgl. Recalcati: »Lo snodo Sartre Basaglia e Lacan«, S. 18–19
- 11) Typoskript »La psicanalisi e le ideologie psichiatriche«, verfasst für die Veranstaltung »Attualità di Freud«, Trieste, 12 1973, (Nachlass Basaglia, Mappe 11, 5)

- 12) Vgl. Basaglia, Franco: *Introduzione generale ed esposizione riassuntiva dei vari gruppi di lavori*. In: Ongaro Basaglia, Franca (Hg): *Scritti 1953–1980*. Turin 2018: Einaudi, S. 23–43
- 13) Vgl. Giannichedda Maria Grazia: »Introduzione«. In: Franco Basaglia: *Conferenze Brasiliane*, Milano 2018: Raffaello Cortina Editore, S. XII
- 14) Vgl. Basaglia, Franco: *Die Entscheidung des Psychiaters. Bilanz eines Lebenswerks*. Bonn 2002: Psychiatrie Verlag
- 15) Vgl. David, Michel: *La psiconalisi nella cultura italiana*. Turin 1966: Bollati Boringhieri; Conci, Marco: *Die Geschichte der Psychoanalyse in Italien. Anfänge, Entwicklung und gegenwärtige Lage*. In: *Luzifer Amor* 18, 1996, S. 114–155
- 16) Vgl. Basaglia, Franco: »Il mondo dell'incomprensibile schizofrenico attraverso la Daseinsanalyse. Presentazione di un caso clinico« [1953]. In: Ongaro Basaglia, Franca (Hg): *Scritti 1953–1980*. Turin 2018: Einaudi, S. 50
- 17) Vgl. z. B. Ludwig Binswanger: *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze. Bd. I. Zur phänomenologischen Anthropologie*. Bern 1947: Francke.
- 18) Basaglia, Franco: »Introduzione generale ed esposizione riassuntiva dei vari gruppi di lavori«, S. 25 [Ü. C. M.]
- 19) Vgl. Galli, Pier Francesco: »Psicoterapia, psicoanalisi e psichiatria nei primi anni 1960«. In: *Il piccolo Hans* 50, 1986, S. 173–190. Basaglias Diskussionsbeitrag ist wiedergegeben in [Galli, Pier Francesco (Hg.)]: *La Psicoterapia in Italia. La formazione degli psichiatri. Atti delle giornate di studio del 30.10.65 e del 11.12.66*. Mailand 1967: Centro Studi di Psicoterapia Clinica, S. 24–28
- 20) Basaglia, Franco: *Die Entscheidung des Psychiaters*, S. 121–122
- 21) Basaglia, Franco: »Introduzione generale ed esposizione riassuntiva dei vari gruppi di lavori«, S. 28 [Ü. C. M.]
- 22) Basaglia, Franco: *Die Entscheidung des Psychiaters*, S. 122.
- 23) Oury, Jean zitiert nach François Dosse: *Gilles Deleuze et Félix Guattari. Biographie croisée*. Paris 2007: La Découverte, S. 394 [Ü. C. M.]

- 24) Castels Buch zum »Psychoanalysis« erschien in Italien mit einem Vorwort von Franco Basaglia und seiner Frau Franca. Vgl: Robert Castel: *Lo Psiconalismo*. Turin 1975: Einaudi
- 25) Vgl. Amarante, Paulo: *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro 1998: Editora Fiocruz, S. 55
- 26) Basaglia: *Die Entscheidung des Psychiaters*, S. 192
- 27) Ebd. 88
- 28) Ebd. 89
- 29) Vgl. Rüger, Ulrich und Bell, Karin: »Historische Entwicklung und aktueller Stand der Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie« 50, 2, 2004, S. 127–152
- 30) Ebd. 89
- 31) Ebd. 89
- 32) Vgl. Castel, Robert: *Le psychanalisme*. Paris 1973: Maspéro.
- 33) Swayn, Gladys: »Chimie, cerveau, esprit et société«. In: *Dialogue avec l'insensé*. Paris 1994: Dies. Gallimard, S. 269
- 34) Vgl. Luhmann, Tanya: *Two Mind. The Growing Disorder in American Psychiatry*. New York 2001: Vintage Books. Vgl. hierzu auch Borch-Jacobsen, Mikkel: »Science de la folie, folie de la science. La psychiatrie aux États-Unis«. In: *Le Débat* 114, 2001/2, S. 141–152
- 35) Basaglia: *Die Entscheidung des Psychiaters*, S. 192
- 36) Guattari, Félix: »La contestation psychiatrique«. In: *La quinzaine littéraire* 94, 1970, S. 25 [Ü. C. M.]

Modifizierte Psychosen-
psychotherapie: Vorstellung
eines psychoanalytischen
Einsatzes in der Behandlung
von Psychosen

Interview mit Christiane
Montag (CM) und
Dorothea von Haebler (DH),
geführt am 31.8.2019
von Aaron Lahl (AL) und
Alexandre Wullschleger (AW)

Die Psychotherapie psychotischer Erkrankungen, u. a. von Schizophrenien, obwohl heute als wichtiger Teil der Behandlung anerkannt, wird in der Praxis oft übersehen und wenig beachtet. Zudem stößt die Integration psychoanalytischer bzw. psychodynamischer Verfahren in die psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis mit psychotischen Patienten auf bestimmte Schwierigkeiten, die zum Teil mit einem Mangel an konkreten, praktischen Ansätzen zusammenhängt. Die Entwicklung der modifizierten Psychosenpsychotherapie [MPP], die in diesem Bereich den Therapeuten theoretische und praktische Interventionen und Ansätze zur Verfügung stellt, bildet einen Versuch, psychoanalytische Begriffe und Techniken zugänglich und »praxistauglich« zu machen. Christiane Montag und Dorothea von Haebler haben beide an der Entwicklung der MPP mitgewirkt.

Alexandre Wullschleger: Wie würden Sie die MPP erklären bzw. vorstellen? Was sind die Kernelemente?

Dorothea von Haebler: Es ist eine neue Methode der Behandlung von Psychosen, in der wir das psychotische Dilemma behandeln oder sogar reparieren, würde ich sagen, und das nicht über Einsehensprozesse, sondern über interaktionelle Prozesse. Wir behan-

deln kein Defizit, sondern eine mangelnde Symbolisierung durch interpersonelle und interaktionelle Maßnahmen innerhalb der Therapie und mildern dadurch das Dilemma. Und das ist etwas anderes als eine korrigierende Erfahrung. Im Prinzip geht es also um eine Strukturbildung zwischen dem Ich und dem Anderen. Wichtig ist auch, dass wir diese Methode in Form eines Manuals niedergeschrieben haben.¹ Dies hat eine eigene Geschichte. Wir haben gedacht, dass wir ein Manual brauchen, um diese Methode zu beforschen. Also der Forschung wegen und der Lehre wegen. Wir haben gesagt, wir schreiben dieses Manual, um uns zu beforschen und eine objektive Sicht darauf zu geben.

Christiane Montag: Es ist kein Manual im Sinne von konkreten Interventionen, die vorgeschlagen werden und in einer bestimmten Reihenfolge abgearbeitet werden müssen. Wir nennen es zwar Manual, aber es ist eine Sammlung von Prinzipien bzw. Werkzeugen. Es sind Prinzipien, die im Mittelpunkt stehen und die relativ flexibel immer wieder bedient werden oder in den Mittelpunkt rücken. Und bei diesen Prinzipien geht es darum, dass man versucht, eine Anschlussfähigkeit zu schaffen. Also es wäre mir z. B. wichtig zu sagen, dass wir uns auf Hypothesen stützen, die aus der Neurobiologie kommen, oder aus der Neurowissenschaft, die möglicherweise dem schizophrenen Erleben zugrunde liegen und so Interventionen entwickeln oder Parallelen ziehen zu anderen Interventionen, die es schon gibt oder ohnehin traditionell schon angewendet werden. Wenn man z. B. davon ausgeht, dass ein Mensch mit einer Schizophrenie aberrante Salienz erlebt, geht es darum, Wahrnehmungshierarchien aufzubauen, also eine Rekonstruktion der Sachvorstellungen. Ich bin kein Lacan-Experte, überhaupt nicht. Aber ich sehe einen Zusammenhang zwischen der aberranten Salienz² und der Stelle bei Lacan, wo es darum geht, dass, wenn mir die basalen Signifikanten fehlen, ich nicht die Hauptstraße nehmen kann, sondern mich durch das Gebüsch kämpfen und jedes Schild lesen muss, um den Weg zu finden.³ Darum geht es letztendlich, diesen Weg auf mühsame Weise zu finden und diese Wahrnehmungsroutine und -hierarchie zu haben, Selbstwahrnehmungsroutinen, die die Wahrnehmung der Realität verbessern oder strukturieren. Das wäre ein Beispiel. Ein

zweites Beispiel wäre, die Regulation von Nähe und Distanz, die bei Patienten mit einer Schizophrenie oft dilemmatisch strukturiert ist. Das könnte man wiederum auf Störung der Differenzierung von Selbst und Anderen oder der Intentionalität zurückführen. Trotzdem ist es nichts, was man dem Patienten einsichtsvoll vermitteln kann, sondern was er erleben muss. Der Therapeut hat vor allem am Anfang ganz klar die Funktion eines Hilfs-Ichs, einer Strukturhilfe sozusagen.

DH: Es sind Werkzeuge oder Prinzipien, die nur interpersonell angewandt werden können, weil sie eine Erfahrung hervorrufen müssen, eine Modellerfahrung.

Aaron Lahl: Hilfreich wäre vielleicht, den Dilemma-Begriff näher zu definieren, da er nicht so geläufig ist und eine besondere Stelle in Ihrem Modell einnimmt.

CM: Es ist ein Begriff von Stavros Mentzos, der eine besondere Form unbewusster Spannung zwischen zwei gegensätzlichen Polen bei Psychosen beschreibt.

DH: Er hat diesen Begriff in Form von zwei Dilemmata eingeführt, das Identitäts- und das Selbstwertdilemma, die besonders relevant für Psychosen sind.⁴ Der Begriff Dilemma oder dilemmatisch wurde früher schon angewendet, aber er hat ihn in dieser Form eingeführt und beschrieben. Und an seine Beschreibung haben wir uns gehängt, um den Werkzeugkasten zu entwickeln.

CM: Ganz wichtig ist, weil wir am Anfang sehr am Begriff Identitätsdilemma hingen, dass man Identität nicht als eine Art selbstreflektierende Identität verstehen sollte, sondern es ist was Existenzielles, Sein oder Nicht-Sein. Also Identität in dem Sinne ist: Ich existiere in einer Welt von anderen Individuen oder ich existiere nicht. Und der Patient bewegt sich in diesem Spannungsfeld. Und man könnte es so sehen, dass Menschen mit einer akuten Schizophrenie oder einer erst spätere auftretenden Schizophrenie eine Vulnerabilität mitbringen – sie sind häufig entweder am Selbst- oder autistischen Pol oder eben ganz eng mit dem Objekt

verschmolzen, aber nie im Spannungsfeld drin. Und man kann relativ lange kompensiert sein, indem man zum Beispiel eine enge Bindung an die Eltern hat oder zurückgezogen lebt. Aber wenn eine Herausforderung kommt in einer normalen Lebenssituation, dann kann das Dilemma aktiviert werden, und dies führt zu einem Zusammenbruch von Ich-Funktionen. Mit einer Verwerfung von Realität im freudschen Sinne, einer unaushaltbaren Wunschver-sagung und einem Ausfall von Ich-Funktionen, die den Realitäts-bezug herstellen können.

AW: Wichtig scheint mir auch, dass der Begriff »Dilemma« dem Begriff »Konflikt« gegenübersteht. Würde man sagen, dass ein Ziel dieser Psychotherapie wäre, das Dilemma zu konfliktualisieren, und dass die Person sich letztendlich mehr in diesem Spannungsfeld bewegt?

DH: Nein. Dilemma ist tatsächlich etwas anderes. Dilemma heißt, dass in vielen Situationen nur die Möglichkeit zwischen Tod und Teufel besteht – keine andere. Und die einzige Lösung ist der Wahn. Und wenn man nun konfliktualisieren würde, dann würde man hierarchisieren, und das machen wir nicht. Was man in der Situation macht, ist, eine Struktur zu schaffen, die den Raum dazwischen aufspannt und diesen Raum erlebbar werden lässt und die Psychose überflüssig macht. Das ist das Dilemma. Es muss schon erkannt und vom Therapeuten in einer Situation erspürt werden. Man gerät ganz häufig in eine Übertragungssituation, in der man nicht mehr ganz bei sich selbst ist und sich fragt, wie man dahingekommen ist. Und dann ist es wieder genau die Konstellation des Dilemmas in der Beziehung, die man, wenn man sie reflektieren kann, überwinden und als ein alternatives Beziehungsmodell erlebbar machen kann.

AW: Dieser Begriff und diese Theorie von Mentzos spielen in dieser Form der Psychosenpsychotherapie eine große Rolle. Können Sie vielleicht noch ein paar andere theoretische Elemente benennen, die auch eine Rolle in der Entwicklung dieser Therapie gespielt haben?

DH: Also wir haben die Sachvorstellung genannt, das kommt von Freud. Dann das Konzept der Symbolisierung, was Richtung Lacan geht. Und dann gibt es die Frühentwicklung, wo wir immer aufpassen. Einerseits passt es so gut, dass man sagt, es sind Funktionen des Ichs, die nicht zur Verfügung stehen und sich in der Entwicklung bilden, sodass man sagen könnte, es könnten sehr frühe Entwicklungsstörungen sein. Und dann gibt es auch Winnicott, der ein dysfunktionales Umfeld beschreibt, was jetzt nicht gleichzusetzen wäre mit Trauma, was oft passiert. Und an der Stelle müssen wir aufpassen, dass es nicht in Richtung »schizophrenogene Mutter« geht.⁵ Aber es geht um kleine Situationen, in denen die Urheberschaft des Menschen, in dem Fall des Säuglings, gestört wird, weil entweder zu viel von außen kommt oder zu wenig, und die Entwicklung des Ichs die Grenze nicht erfährt, die notwendig ist, um zu sagen, »Das bin ich, das ist der andere«, »Das kann ich, das kann der andere«. Und diese Theorie spielt eine ganz große Rolle in unserer Therapie.

CM: Bion ist auch ein wichtiger Vorläufer mit seiner Theorie des Denkens. Weil wir davon ausgehen, dass diese Evolution oder Entwicklung des Denkens als Alpha-Funktion bei Menschen mit Schizophrenie nicht so gegeben ist, dass sie deswegen von Beta-Elementen überflutet werden.⁶ Ich finde seine Sprache teilweise schwer verdaulich und würde eher diese These im Sinne der Mentalisierungstheorie⁷ begreifen, die auch ganz gut passt und Hinweise auf ein weiteres therapeutisches Prinzip gibt, also mentalisierungsförderndes Arbeiten.

DH: Das haben wir als Schwerpunkt schon in der Haltung. Diese Fragen, dieses neugierige Nachfragen, also nicht behaupten, man versteht etwas, das sofortige Einordnen, sondern das genaue Nachfragen, aber auch ein Feedback von dem Patienten erwarten, zu schauen, ob man richtig ist an der Stelle. Dieses Nachfragen gehört schon zur Haltung, kommt dann aber wieder im Werkzeugkasten als eigenes Instrument. Es ist sehr zentral und eines der Hauptwerkzeuge.

AW: Wie eine authentische Position des Nicht-Wissens.

CM: Ja, das ist eine Grundhaltung.

AL: Warum spielt das Konzept der Gegenübertragung eine so große Rolle in der Psychosenpsychotherapie? Und was ist Ihr Begriff der Gegenübertragung? Ist sie etwas, was vom Patienten kommt, oder geht hier auch die Person des Therapeuten ein? Ist sie ein Mittel der Erkenntnis oder ein Störfaktor, der zu eliminieren wäre?

DH: Nein, ein Störfaktor ist sie nicht. Sie ist ein wichtiger Bestandteil der Therapie. Die Gegenübertragung, wie wir sie in der Praxis verstehen und als zentrales Element tatsächlich nutzen, ist das, was wir spüren in dem Moment, in dem wir in Interaktion mit dem Patienten sind, um dann herauszufiltern, was mir oder dem anderen gehört. Das ist die Herausforderung, weil es meistens oder ganz häufig um Angst geht, vor allem in akuten Situationen, also eine existenzielle Angst, wenn man an das Dilemma denkt, es gibt nur Tod oder Teufel, es gibt keinen Ausweg. Dann, wenn man die Angst spürt und die Gegenübertragung nicht reflektiert oder wahrnimmt, fängt man an zu agieren, als Therapeut, und zu handeln, also Vorschläge zu machen oder Medikamente zu erhöhen. Und wenn man sich sagt, ich spüre gerade eine massive Angst, also in der Lage ist zurückzutreten und das aufzuschlüsseln, was man spürt, und zu sagen, das ist nicht meine Angst, sondern sie ist spürbar vom Gegenüber und sie ist so brutal, dass ich am liebsten sofort was machen würde, dann kann man mit einer gewissen Gelassenheit diese Angst relativieren, interaktionell und ohne sie unbedingt benennen zu müssen. Und das ist die Gegenübertragung, mit der wir arbeiten, d. h. wenn ich ein Gefühl habe, kann es gut sein, dass es nicht meins ist, nicht primär meins, sondern das des Gegenübers. Und das infrage zu stellen, nicht festzustellen und zu definieren, sondern infrage zu stellen, wenn das Gefühl kommt, und dann den nächsten Schritt zu gehen, das ist die Arbeit mit der Gegenübertragung.

CM: Ich würde gern ergänzen, dass wir die Gegenübertragung im weitesten Sinne auffassen. Meine eigene Übertragung ist auch mit drin. Und das, was in der Therapiestunde mit dem Patienten direkt in der Szene entsteht, ist auch ein Konstrukt. Zu sagen, das kommt vom einen und das kommt vom anderen und es manifestiert sich im Therapeuten, das glaube ich nicht, sondern es entsteht in der Situation selbst und würde in einer anderen Konstellation vollkommen anders aussehen. Deswegen ist dieser breite Begriff ganz wichtig. Es ist schon so, im Alltag in der Klinik zum Beispiel, dass die Gegenübertragung wie so eine Art Barometer, ein Sensor ist, den man eigentlich permanent anwendet. Aber ich finde es auch wichtig, auf die Eigenart des Therapeuten zu schauen. Insbesondere in Psychosenpsychotherapien steht manchmal, eigentlich häufig nicht die Angst im Vordergrund, sondern in längeren Therapien zum Beispiel die Langeweile. Und es ist die Frage, woher kommt das? Oder Müdigkeit. Und ich glaube, dass es ein spezifisches Problem solcher Therapien ist, dass es manchmal ganz schön zäh sein kann. Gerade an der Stelle finde ich es wichtig zu schauen, was ist meins und was entsteht hier im Raum.

AL: Könnte man zusammenfassend sagen, dass es darum geht, die Gegenübertragung in ihrem bewusst zugänglichen Teil zu scannen, um die Interaktion zu regulieren? Also nicht im Sinne eines Hinweises auf mögliche Deutungen, was Sie sowieso nicht machen, sondern Sie behalten das für sich. Oder sagen Sie manchmal auch in der Stunde, was Sie gerade empfinden?

DH: Gerade das Benennen von Gefühlen ist unser Werkzeug. Manchmal kann man es schon machen. Also nicht im Sinne von: »Mir ist gerade langweilig.« Aber man kann schon sagen: »Es wird ganz schwer.« Aber es würde in dem Moment nichts bringen.

CM: Man kann es auch nicht eins zu eins übersetzen. Ich glaube, die Gegenübertragung ist oft eine Störung in dem Prozess und man muss schauen, was es bedeutet oder welche Form von Störung gerade vorliegt.

DH: Oder bei der Angst kann man sie auch anbieten und fragen: »Geht es Ihnen auch so?« Das kann man schon machen.

CM: Das ist in so einer Situation relativ klar. Aber bei Denkstörungen oder Langeweile kann es ganz anders sein. Das Benennen von Gefühlen ist auch ein mehrschrittiger Prozess, weil es am Anfang häufig so ist, dass Patienten Gefühle nicht gut erleben können oder keinen Zugang dazu haben. Und oft ist es ein stellvertretendes Benennen von Gefühlen: Wie würde ich in der Situation reagieren oder wie würde es mir ergehen. Eher eine Förderung, dass die Patienten anfangen, Gefühle erleben zu können. Dann kann man sie auch benennen. Man darf also nicht den zweiten Schritt vor dem ersten machen. Wir machen keine Übersetzungsarbeit oder Alphabetisierung, was Gefühle anbelangt. Ich finde den Begriff einerseits richtig, andererseits aber auch verkehrt, weil ich nur alphabetisieren kann, was schon vorhanden ist.

DH: Ich glaube, es läuft wie ein Angebot. Wir bieten bestimmte Gefühle an. Sie können sich was darunter vorstellen, ohne sie vielleicht direkt nachfühlen zu können. Wir machen ein Angebot im Benennen von Gefühlen und legen es nicht fest. Und das kann man immer modifizieren, es ist eine gemeinsame Arbeit.

CM: Ich finde es wichtig, in den frühen Therapiephasen gemeinsame Gefühle haben zu können. Das ist schon ein Erfolg, wenn es so in einer dosierten Form auftritt, dass der Patient nicht gleich gehen muss oder angespannt wird, sondern, dass es einfach da ist. Und das muss nicht unbedingt benannt werden in dem Moment. Mentalisierungsbasierte Therapien haben oft zum Ziel, dass Gefühle differenziert und benannt werden können. Das ist sicherlich ein großes Ziel, auch bei uns, aber es kommt nicht an allererster Stelle, sondern das gemeinsame Erleben ist wichtiger.

AW: Sie haben vorhin die Abstinenz angesprochen. Ich fand es als Therapeut immer ein sehr wichtiges und spannendes Thema, weil man sich ständig fragt, was man machen kann, darf, soll in der Therapie vor allem mit psychotischen Patienten. Vielleicht könnten Sie noch ein paar Worte dazu sagen.

Wie unterscheidet sich Abstinenz in der Psychosenpsychotherapie im Gegensatz zur Neurosenpsychotherapie?

DH: Wir haben schon gesagt, dass unser Hauptinstrument die interaktionelle Arbeit ist, also das Dilemma interaktionell zu überwinden. Wenn man authentisch sein will und sich als Person in der Therapie engagiert, kann man gar nicht nur abstinent sein. So zurückhaltend zu sein, dass der Andere den ganzen Raum einnimmt und man quasi nur der Spiegel ist, das funktioniert mit Menschen mit Psychosen nicht. Das macht zu viel Angst. Sie müssen ihr Gegenüber auch spüren können. Deswegen ist es wichtig, dass sie auch Fragen stellen dürfen, und diese Fragen werden auch beantwortet. Das geht deutlich weiter als in der Abstinenz bei Neurotikern. Das ist ganz klar. Das heißt nicht, dass man alles über sich sagt, aber es gibt Fragen, die beantwortet werden, damit man als Gegenüber vorkommt.

AL: Haben Sie ein Beispiel?

DH: Fragen z. B. zur Religion, ob man glaubt oder nicht. So was beantworte ich in dem Kontext tatsächlich ehrlich. Auch Schwierigkeiten, die ich damit habe oder nicht habe, so was beantworte ich auch, weil es darum geht, eine Verankerung zu haben. Ist der Therapeut jemand, der mich versteht, ist er jemand, dem ich meine Fragen stellen kann. Und Fragen nach dem Urlaub, ganz klassisch. So was beantworte ich bei den Psychosepatienten immer. Ob ich weit weg bin, ob ich erreichbar bin, solche Sachen. Und was ich auch mache, was ganz anders ist als mit meinen anderen Patienten, ist, dass ich meine Telefonnummer rausgebe, und sie können mich anrufen. Sie rufen mich nicht so oft an. Wirklich nicht. Und es ist ein tolles Erleben, auf der Therapeutenseite zu sehen, dass sie das so nutzen, wie man es ihnen angeboten hat.

CM: Ich denke zum Beispiel an die Frage: »Haben Sie Kinder?« Ich finde, es ist eine heikle Frage, weil man sie nie ohne Emotion beantworten kann. Ich mache es trotzdem und lasse ein bisschen die Emotion erkennen, ganz wenig, – bei einem Menschen mit

einer Neurose würde ich es niemals tun, also das wäre ein wunderbarer Einstieg in ein schönes Therapiegeläch, warum so was gefragt wird, aber bei einem Menschen mit einer Psychose würde ich klar sein. Es ist in diesem Zusammenhang wichtiger, zu erkennen zu geben, dass man selbst ein Mensch mit Höhen und Tiefen ist, mit Geföhlen, mit einem Alltag. Das ist wichtig, diese reale Begreifbarkeit. Und in dem Zusammenhang gibt es noch einen wichtigen Punkt, nämlich »sich verwenden zu lassen«. Winnicott hat diesen Begriff geprägt, der »Therapeut als Futterpflanze«. Der ist ja sehr entlastend, gerade für stationäre Psychotherapien, weil es in dem Kontext ganz oft um Wunscherfüllung geht, was in der Psychoanalyse ein großes Tabu ist, aber in der Psychosenbehandlung kommt es tatsächlich manchmal vor. Und es geht einerseits um Aspekte, die real im Alltag stattfinden können, Hilfestellung ganz konkret, supportives Vorgehen, aber auch, ich sage mal, psychisch supportives Vorgehen. Also Hilfe beim Herausfinden von bestimmten Erlebnissen oder Erkenntnissen oder Wahrnehmungen usw. Und das kann Realitätsprüfung sein, was teilweise in anderen Therapierichtungen gemacht wird, aber wir würden es unter anderen Vorzeichen machen.

DH: Ich habe ein anderes Beispiel: Bei Patienten, bei denen ich das Gefühl habe, die halten es nicht aus bis zum nächsten Termin. Wenn ich dann frage: »Sollen wir zwischendurch mal telefonieren?«, dann kommt gleich immer: »Nein.« Und dann sage ich: »Ich mach Ihnen einen Vorschlag, ich rufe Sie dann oder dann an, sind Sie erreichbar?« Und dann kommt meistens: »Ja.« Und dann rufe ich an. Das heißt, ich verlasse komplett dieses Abstinente und melde mich in der Zwischenzeit. Und es kann bis zu zwei Anrufe am Tag geben. Aber irgendwann wird es beendet, es ist nur eine Phase, in der man sich verwenden lässt und wirklich da ist, damit sie wissen, da ist jemand und ich bin auch noch da. Also es geht tatsächlich um dieses Gefühl des Patienten: *Ich bin auch noch da, mich gibt es noch in dieser Welt, ich werde sogar angerufen.* Und dann geht es wieder seinen normalen Rhythmus. Und das ist mit Abstinenz natürlich überhaupt nicht vereinbar.

AW: Sie haben, Frau Montag, die stationäre Psychotherapie erwähnt. Sie leiten eine Akutstation und diese sind voll mit psychotischen Patienten, die im akuten Krisenzustand sind. Und man hört immer mal wieder, dass man mit akuten Patienten nicht so viel tun kann und psychotherapeutisch nicht arbeiten kann, schon gar nicht psychoanalytisch oder psychodynamisch, weil sie zu krank sind. Was ist Ihre Erfahrung und wie kann man auch psychoanalytisch oder psychodynamisch im stationären Setting arbeiten? Und darüber hinaus vielleicht die Frage: Ist diese Therapie für alle Patienten geeignet?

CM: Ja, ja, zweimal ja. Das Problem ist sicherlich nicht die Anwendbarkeit der Therapie an sich, sondern die äußeren Faktoren, die das Ganze beeinflussen und erschweren. Ich glaube, dass die Therapie in der ersten Minute anfängt und dass der Therapeut, der einen Patienten aufnimmt, sich schon nach den Prinzipien der Psychosenpsychotherapie verhalten kann und dadurch wahrscheinlich eine große Chance hat, dass eine gute Arbeitsbeziehung entsteht, weil der Patient nicht überflutet wird von fremder Präsenz und Intentionalität, sondern erleben kann, dass er sein darf, auch in Gegenwart eines Anderen. Wenn man normale Stationssettings anguckt, sind sie natürlich nicht geeignet, das zu fördern, durch Überfüllung, durch Lärm, durch Reizüberflutung, fehlende Rückzugsmöglichkeiten. Und oft bleibt dem Patienten nichts anderes übrig als Flucht oder innerer Rückzug. Und da ist, glaube ich, die Psychiatrie an sich gefragt, förderliche Settings herzustellen, auf der strukturellen Ebene. Aber darüber hinaus glaube ich, dass dieses Verfahren auch für stationäre Psychotherapie geeignet ist, weil diese Form der Beziehungsregulation Beziehungen fördern und Aggressions- und Eskalationssituationen vermeiden helfen kann, weil man eine feinere Abstimmung hinbekommt zwischen Therapeuten, Team und Patienten. Also zum Beispiel, wenn Patienten irgendwie signalisieren, dass sie viel Abstand brauchen, sei es durch Aggression, Tür-Zuschlagen, Anspannung, Geruch, durch welche kreativen Aktionen auch immer, Markierung des Territoriums usw., dann ist es ganz wichtig, da nicht aufzuräumen, sondern es zu respektieren. Und da finde

ich das Dilemma als Konzept ganz sinnvoll, um auch dem Team klarzumachen, dass da der Fokus sein sollte, an der Stelle, und dass man es beachten muss, um Eskalation zu vermeiden. Und es ist natürlich frustrierend, wenn äußere Bedingungen uns zwingen, das immer wieder falsch zu machen, obwohl man weiß, wie es richtig wäre und es uns besser ginge.

AW: Ich finde das besonders interessant, denn hier verschiebt sich der Fokus. Man kann eine Therapie nicht anwenden, nicht weil der Patient zu krank ist, sondern weil die äußeren Umstände es erschweren. Aber wie würden Strukturen aussehen, die therapiefreundlicher wären?

CM: Ich glaube, vieles hängt mit dem Personalschlüssel zusammen. Ich finde das »Soteria-Konzept« sinnvoll, gar nicht in Bezug auf das Milieuthérapeutische, sondern auf die viel kleineren Einheiten mit viel Ruhe, die den »Arousal« rausnehmen. Und es ist eine bessere Basis für die Mentalisierungsfähigkeit, wenn man mit einem niedrigen »Arousal«, niedriger Anspannung anfangen kann zu arbeiten. Auf den normalen Stationen ist es genau umgekehrt, das »Arousal« wird durch die äußeren Umstände gesteigert und unerbittlich in die Höhe getrieben. Und man hat als Psychotherapeut dann nur noch wenig Chancen, das zu regulieren, und oft müssen Medikamente ins Spiel gebracht werden usw. Ich will nicht sagen, dass die Therapie überhaupt nicht möglich ist, sie ist auch in der Fixierung oder in einem Krisenzimmer oder in einer Zwangssituation möglich. Zum Beispiel bei Patienten, die stark »Ich-gestört« sind, kann man versuchen, eine Ich-Grenze zu festigen oder einen Sinn für das Ich und den Anderen herzustellen, was für die Patienten häufig entlastend ist, wenn sie merken, dass sie nicht mit der ganzen Welt verschmolzen sind. Das sind Konzepte, die sehr gut anwendbar sind und die man im Behandlungsdialog umsetzen kann, auch in akuten Situationen oder mit Patienten, die gar nicht in der Lage sind, 50-Minuten-Gespräche durchzuhalten. Deswegen glaube ich, dass die MPP für solche Situationen eine spezifische Therapie ist, die man implementieren könnte, gerade wenn es um den Bereich des Impliziten und des Nonverbalen geht.

AW: Auf Station haben Patienten mit einem ganzen Team zu tun, mit verschiedenen Berufsgruppen und Menschen mit unterschiedlichen Hintergründen und Ausbildungen. Gäbe es auch die Möglichkeit, anderen Berufsgruppen diese Prinzipien der MPP beizubringen, damit die gemeinsame Haltung des Teams davon geprägt ist?

CM: Das ist unser großes Anliegen. Gerade im Hinblick auf Eskalation und Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie ist es sehr wichtig, dass gerade dann, wenn eine Eskalation droht, bereits richtig reagiert wird, vor allem auf der Ebene des Pflegepersonals. Und auf Basis der MPP sind wir davon überzeugt, dass auch nicht-therapeutische Berufsgruppen entsprechend dieser Haltung arbeiten können, das Dilemma-Konzept kennen sollten und sich der Gegenübertragung bedienen sollten. Es ist sehr wichtig, Teamprozesse zu reflektieren, vor dem Hintergrund der Gegenübertragung oder der gemeinsamen Gegenübertragung eines Teams.

AW: Viele Patienten mit einer Psychose berichten, wie schwer es für sie ist, einen ambulanten Therapeuten zu finden. Und diese Patienten haben eigentlich noch mehr Schwierigkeiten als Patienten, die keine Psychose haben, einen Therapeuten zu finden. Warum ist das so?

CM: Es ist eine Stigmatisierung, um ehrlich zu sein.

DH: Es hat viel mit der Gesellschaft zu tun, viel mit den Therapeuten und viel mit den Patienten. Es sind keine Patienten, die wahnsinnig gern irgendwo anrufen und um etwas bitten, und schon gar nicht zehn Mal und keinen Rückruf kriegen. Das genau ertragen sie gar nicht, und hier sind die Strukturen nicht gut. Und das andere ist, dass viele Therapeuten keine Menschen mit Psychosen behandeln, weil sie Angst davor haben, weil sie es nicht gelernt haben.

CM: Und das ist kein Problem der Gegenübertragung, sondern des Vorurteils.

DH: Und da wäre der Ausweg ganz klar, Kollegen anzustiften, Lust zu machen, das zu tun und sich da einzubringen. Das Manual ist eine Maßnahme dazu, das kann gelesen werden, es gibt Supervisionsstrukturen, Ausbildung, Curricularfortbildung, Kongresse. Wir haben auch sehr stark für die Möglichkeit gekämpft, richtige Psychotherapie ambulant zu machen, das war die Veränderung der Psychotherapierichtlinie, in der bis 2014 stand, dass schizophrene und affektive Psychosen nicht psychotherapiert werden können, sondern nur deren Folgezustände. Und als es dann ab Ende 2014 drin stand, mussten die Therapeuten darauf aufmerksam gemacht werden, dass es eine Indikation gibt, und dann mussten sie lernen, wie sie es machen. Und die meisten Therapeuten haben es eben nicht gelernt. Daran hängt ganz viel. Dann haben wir uns für die Entwicklung der neuen S3-Leitlinie zur Behandlung der Schizophrenie der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde⁸ engagiert, damit die psychodynamische Psychotherapie größer geschrieben und betont wird, wie wichtig sie in jeder Phase der Erkrankung, für jede Schwere der Erkrankung ist.

CM: Das ist ein politisches Problem. Ich glaube trotzdem, dass diese unzureichende Ausbildung der Therapeuten auch eine Tradition hat. Es fängt schon mit Freud an, wenn er sagt, dass diese Methode erstmals verändert werden muss, damit sie bei Menschen mit Psychosen anwendbar ist. Und relativ klassische Formen der Psychoanalyse waren zwar en vogue, sind aber durch Medikamente abgelöst worden. Und ich kann nicht sagen, dass sie überzeugende Evidenz gebracht hätten, weil es eigentlich keine gibt. Es gibt eine Studie, die das vergleicht, also klassische psychoanalytische Behandlung mit einer eher modifizierten psychoanalytischen Behandlung, und sie hat eben gezeigt, dass die modifizierten Verfahren im Hinblick auf die Patienten günstiger waren. Und das war der Todesstoß für die Psychoanalyse. Ist eigentlich eine Fehlinterpretation gewesen, denn es waren mehr oder weniger psychoanalytisch oder tiefenpsychologisch geprägte Therapeuten, die diese Variante angewendet haben. Das spricht sehr stark für die Modifikation und die Rolle der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie [TP] in der Behandlung, wobei ich glaube, dass

die Zeitbegrenzung der TP dem wieder entgegensteht. Ich glaube zwar nicht, dass jede Therapie unendlich lang sein muss, aber eine haltgebende Arbeit ist gerade bei Psychosepatienten wichtig, weil man oft erst nach Jahren grundlegende Veränderungen und Besserungen erlebt. Es ist immer wieder überraschend.

DH: Meines Erachtens ist die Psychoanalyse auf der einen Seite total wichtig, weil man mehr Stunden einbringen kann. Auf der anderen Seite ist die klassische psychoanalytische Behandlung mit dem Deuten und Bedeutung-Geben oft bei diesen Patienten nicht hilfreich, manchmal sogar schädlich, aber vor allem nicht hilfreich, um dieses Dilemma zu strukturieren. Diese längeren Zeiträume für eine Therapie sind wichtig – das hat die Modellerfahrung gezeigt. Die Patienten brauchen das und sie müssen sich darauf verlassen können, daran glauben können, dass Zeit für sie da ist.

AL: Im Hinblick auf die Studie würde ich gern abstrakt fragen, was Ihr Ziel ist? Woran messen Sie Ihren Erfolg?

CM: Den der Therapie?

AL: Ja.

DH: Besseres soziales Funktionsniveau, Zufriedenheit, Lebensqualität.

CM: Ich glaube, am Ende ist entscheidend, was der Patient zu Hause daraus macht und wovon er ganz konkret in seinem Alltag profitieren kann. Aber es geht auch um kleinere Indikatoren dafür, ob die Möglichkeit zu mentalisieren oder zu repräsentieren angewachsen ist. Und das erkennt man schon an der Sprache. In der Art, wie Menschen sich positionieren, ob sie sich beschreiben können, ihre Gefühle, ihre Gedanken, ob sie die von anderen erkennen können, ob eine Dezentrierung möglich ist, ein Perspektivwechsel in die Rolle des Anderen. Und das ist das, woran man immer wieder implizit arbeitet und was man als Denkprozesse immer wieder anregt. Dann geht es natürlich auch ganz stark darum, Bedeutung für das zu finden, was der Patient erlebt, aber

die Bedeutung muss er selbst finden, da kann man nur Hilfestellung geben. Therapiefortschritte kann man schon in der Art abbilden, wie etwas artikuliert wird, etwa durch Metapherngebrauch. Es ist etwas ganz anderes, ob Patienten Wahnmetaphern benutzen oder ob sie private Metaphern kreieren, ob es dann wirklich Metaphern sind im Sinne des »als-ob« oder Metaphern, die sie mit dem Therapeuten erfunden haben und die dann auch in der Therapie ausgebaut werden können. Das wäre für uns eine wichtige Forschungsfrage und es wäre sehr interessant zu schauen, welche sprachlichen Interventionen diese Prozesse fördern können.

AW: Aber den Erfolg würde man nicht in Bezug auf die vorhandenen Symptome messen?

CM: Das ist ganz klar. Das haben wir nicht erwähnt, weil es für uns selbstverständlich ist.

AW: Dennoch steht es im Gegensatz zu der klassischen psychiatrischen Haltung.

DH: Die Symptome werden einfach überflüssig gemacht.

CM: Was aber nicht heißt, dass sie nicht mehr da sind.

DH: Es gibt Patienten, die dann sagen: »Ja, ich war wieder psychotisch. Da habe ich meinen kleinen Spaziergang gemacht, bin ausgestiegen und wieder zurückgekommen.« Diese Symptome als besonders krankhaft darzustellen, wenn jemand es so schildern kann oder sie jemandem, der wirklich wahnhaft ist und damit gar nicht umgehen kann, gleichzustellen, das geht für uns nicht. Uns geht es tatsächlich um diese Steuerbarkeit, um Wahrnehmen und Einordnen. Die Werkzeuge, die wir benutzen, müssen auf die Patienten übergehen. Und dieser Prozess braucht eine Modelerfahrung.

AL: Sie sagen, es sei für Sie selbstverständlich, aber mir scheint es doch hervorhebenswert, dass es Ihnen nicht primär um Symptomreduktion geht oder dass diese nicht das eigentliche

Ziel ist. Mit scheint das zudem besonders wichtig hinsichtlich der Frage des Wahns, weil es in der Theorie Lacans einen zentralen Aspekt darstellt, dass der Wahn, wie Freud es sagt, ein Heilungsversuch ist.

CM: Absolut. Der Wahn ist so lange da, wie er gebraucht wird.

DH: Das ist manchmal der einzige Ausweg aus dem Dilemma. Zwischen Tod und Teufel gibt es den Wahn, das neu Geschaffene, Kreative. Deswegen ist es so blöd, ihn pharmakologisch zu nehmen, weil der Patient dann wieder mit dem Dilemma konfrontiert ist, aus dem er nicht raus kann. Man muss sich mit dem Wahn anfreunden, ihn einfach nehmen. Er ist da, es ist eine Lösung und eine große Entlastung, das merkt man affektiv immer wieder.

CM: Das Vorgehen wäre also eher, tangential am Wahn zu arbeiten. Günter Lempa hat dafür den Ausdruck »Prinzip Fluchtpunkt« geprägt. Also der Therapeut behält es im Blick. Er hat natürlich eine Idee, warum gerade dieser Wahn entstanden ist und nicht ein anderer und worauf der hinweist, also auf das zugrunde liegende Fehlen, die Versagung, die Verwerfung einer bestimmten Realität, die sich beim Patienten ergeben hat. Und es ist sicherlich langfristig ein Fokus in der Therapie. Aber nicht die Tatsache, dass etwas in einen Wahn umgewandelt wurde, sondern die Suche danach, was den Wahn bedingt hat, z. B. eine schwere Kränkung oder eine Überforderungssituation oder eine unlösbare Konstellation der Rollenübernahme, wie z. B. Vaterschaft usw. Das im Hinterkopf zu behalten, ohne zu deuten, und den Patienten so zu stärken, dass er diese Lücke selbst so weit ausfüllen kann, dass der Wahn überflüssig wird, das ist das Ziel. —

- 1) Lempa, Günter; von Haebler, Dorothea; Montag, Christiane. *Psychodynamische Psychotherapie der Schizophrenien: Ein Manual*. Gießen 2016: Psychosozial
- 2) Die Autoren haben die Hypothese entwickelt, dass in der Schizophrenie die neurologischen Mechanismen der Saliienzuschreibung, d. h. der Zuschreibung der Wichtigkeit bestimmter internen und externen Reize, gestört sind. Vgl. Kapur, Shitij. »Psychosis as a State of Aberrant Salience: A Framework Linking Biology, Phenomenology, and Pharmacology in Schizophrenia«. In: *American Journal of Psychiatry*. 2003, 160, Heft 1, S. 13–23
- 3) Diese Metapher benutzt Lacan in seinem Seminar über die Psychosen. Vgl. Lacan, Jacques. *Die Psychosen. Das Seminar, Buch III*. Übers. Michael Turnheim. Wien/Berlin 2016: Turia/Kant
- 4) Laut Mentzos sind affektive Psychosen von einem sogenannten Selbstwertdilemma geprägt. Dieser Begriff weist auf die Spannung zwischen den entgegengesetzten Polen einer autonomen Selbstwertigkeit und einer vom Objekt abhängigen Selbstwertigkeit. Vgl. Mentzos, Stavros. *Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen*. Göttingen 2009: Vandenhoeck & Ruprecht
- 5) Dieser Begriff entstand aus einer ätiologischen Theorie der Schizophrenie, die dem Einfluss des familiären Umfelds, insbesondere der Mutter, eine entscheidende Rolle in der Entstehung der Schizophrenie zuschrieb. Er wurde (u. a.) besonders von Frieda Fromm-Reichmann geprägt.

- 6) Vgl. Bion, Wilfred. *Lernen durch Erfahrung*. Übers. Erika Krejci. Frankfurt am Main 1992: Suhrkamp
- 7) Der Begriff der Mentalisierung wurde u. a. von Peter Fonagy entwickelt. Er beschreibt die psychische Fähigkeit »das eigene Verhalten oder das Verhalten anderer Menschen durch Zuschreibung mentaler Zustände zu interpretieren«. Vgl. Fonagy, Peter. *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart 2002: Klett–Cotta. Einige Autoren gehen bei der Schizophrenie von einer Störung der Mentalisierungsfähigkeit aus.
- 8) Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. *S3 Leitlinie Schizophrenie*. Online: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-009.html>. (8. 1. 2020)

»Danke für Ihren
Machtmissbrauch«
Zum Film *12 jours* von
Raymond Depardon

Judith Kasper,
Karl-Josef Pazzini

De l'homme à l'homme vrai, le chemin passe par
l'homme fou.

Michel Foucault

Motto des Films von Raymond Depardon

»Juge des libertés et de la détention«. Die Bezeichnung muss man sich auf der Zunge zergehen lassen: »Richter der Freiheiten und der Haft bzw. des Gewahrsams«.

Beide Termini schillern: der erste im ungewöhnlichen Plural, in dem die Idee der Freiheit zerrinnt: *Die* Freiheit ist wohl nicht zu haben, eher gleich mehrere. Der zweite, im Singular, gespalten zwischen Haft, Arrest und Gewahrsam, Schutz: der betroffenen Person, der Öffentlichkeit.

In Frankreich sieht seit 2013 ein Gesetz vor, dass ein Richter – *juge des libertés et de la détention* – innerhalb von zwölf Tagen nach einer Zwangseinweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus zu prüfen hat, ob eine Fortsetzung des Psychiatrieaufenthalts erforderlich ist. Grundlage seiner Prüfung bilden die von den behandelnden Ärzten erstellten Krankenakten, eventuell weitere Gutachten sowie die Anhörung des Patienten. Die Patienten werden von einem Anwalt begleitet. Grundlage der Äußerungen der *Richter der Freiheiten* sind Akten und Gutachten; schreiben, sprechen darf der Eingewiesene und der Anwalt; fragen und urteilen muss der Richter.

Mit Geschriebenem werden Beziehungen zu Menschen umgangen, die für andere Menschen oder sich selbst nicht mehr erträglich sind.

Geschriebenes wird von einem Richter oder einer Richterin jemandem vorgelesen, der vor ihnen sitzt. Veranlasst ist dieses Setting durch das, was da im juristisch-psychiatrischen Diskurs über sie oder über ihn geschrieben ist. Dass sie da sitzen, ist Folge des vorher Geschriebenen, jetzt Gelesenen. Die Folge dieses Akts ist auch, dass jetzt alle in einem Raum zusammensitzen. Das wird gefilmt, ist gefilmt worden, so dass es jetzt in anderen Räumen und zu anderen Zeiten angehört und angesehen werden kann. Nur mit einer Ausnahmegenehmigung war das möglich. Die Zuschauer werden zu Zeugen eines aufgezeichneten Geschehens. Sie werden medial ausgesperrt, wiewohl die Personen dem Betrachter durch die Kunst des Regisseurs sehr nahekommen. Als Zuschauer erfährt man fast nichts direkt von den Patienten, um deren Freiheit es geht. Auch wenig darüber, was Freiheit für diese Menschen wäre, in welchem Rahmen. Welche Freiheit, die vom Anderen eingeräumt wird, ist erträglich, wenn die Übertragung unerträglich wird?

Der Raum, in dem alle zusammensitzen, erweckt den Anschein eines Gerichtssaals, ist aber weder ein Gericht noch ein Saal. Eigentlich schreit alles danach zu sagen: Da stimmt was nicht. Nimmt man die Szenen psychoanalytisch sensibilisiert wahr, dann ließe sich manches öffnen. Im Film wird manifest nichts psychoanalytisch gesagt.

Im Filmsetting geht es um eine Berührung verschiedener gesellschaftlicher Bereiche. Der Film öffnet die Szenerie für ein unbestimmtes Publikum. Die Herstellung neuer Berührungsflächen könnte eine Umschreibung sein für das, was Psychoanalyse zur Verfügung stellen könnte, schon tut, aber noch nicht erfinderisch genug. Psychoanalyse kann ihre Aufgabe darin sehen, ins Politische hineinzuhorchen, dadurch auch neues Widerstands- und Anregungspotenzial zu gewinnen, um die Psychoanalyse anders zu bilden.

Die Machart des Films – keine Kamerabewegungen, statischer Schuss/Gegenschuss in den Szenen, in denen Entscheidungen bekräftigt werden – gibt dem Betrachter einen ruhigen Ort, ruft ihn als Zeugen auf. Das verwirrt umso mehr, als die Zuschauer

nicht suggestiv mitgenommen werden. Beim Filmsehen kann die Erfahrung gemacht werden, dass sich immer wieder ein Widerstand, die Verweigerung einer Zustimmung, aufbaut und aus Neugier überwunden wird.

Alle sitzen, die Zuschauer im Raum der Anhörung, auf einem Platz in der Gesellschaft, prinzipiell frei; die Patienten auf einem Platz im Verhandlungssaal. Den Patienten isoliert betrachtet, so wie die Kamera das fürs Sehen herstellt, sieht man nicht an, dass sie sich außerhalb der Gesellschaft befinden, vor zwölf Tagen oder immer wieder ausgesperrt wurden; die Richter als Vertreter des juristischen Diskurses sitzen auf einem Platz im formalen Gefüge der Regeln, verallgemeinernd, Gerechtigkeit notwendig verfehlend, lediglich Korrektheit vorführend. Und es gibt ein Spiel jenseits dieser Plätze. Die Differenz und die Überschneidungen lösen Gefühle aus. Sympathien, nicht nur mit den Patienten, den Verwahrten. Auch mit den Richtern, die für eine Gesellschaft ein Amt übernommen haben. Warum auch immer.

Wir können nicht psychoanalytisch *in actu* über die im Film vorkommenden, dort figurierten, individuellen Subjekte schreiben, nur eben über Figuren in einem Film, die zu sehen und zu hören sind. So ist der Film auch die Darstellung eines Ausschlusses des Psychoanalytischen aus dem gefilmten Verfahren. Psychoanalytisches wird so erst *post factum* möglich, atopisch; Psychoanalyse kommt in sehr vielen Psychiatrien nur höchst vermittelt oder gar nicht mehr vor.

Das ist das Setting, das im Zentrum von Raymond Depardons 2017 erschienenen Dokumentarfilm *12 jours* steht. Sieben Wochen hielt sich Depardon im Psychiatrischen Krankenhaus Le Vinatier in Lyon auf. Über 70 Anhörungen wohnte er bei. Zehn davon zeigt er in diesem Dokumentarfilm. Es ist nach *San Clémente* (1982) und *Urgences* (1987) sein dritter Film über die Psychiatrie. Depardon spricht selbst von einer anderen Art der Annäherung. Es geht nicht mehr um die unerlaubte Geste des Eindringens in einen der Öffentlichkeit unzugänglichen Raum, das chaotische Filmen der dort zufällig aufgetroffenen Erscheinungen. Im Gegenteil: *12 jours* ist streng komponiert: Zehn Anhörungen, die je zwischen fünf und maximal sieben Minuten dauern,



Und dieses Mal womöglich endgültig.



Das ärztliche Gutachten sagt momentan,



dass ihre Gesundheit
sich verbessert hat.

werden gezeigt. Zwischen den Anhörungen – mit Ausnahme von zwei Momenten, in denen je zwei Anhörungen direkt hintereinander gezeigt werden – je eine Pause, in der die Kamera wort- und kommentarlos auf Momenten der Architektur der Einrichtung verweilt, Innenansichten: Gänge, meistens leere, gelbgrüne Wände, verschlossene Türen; das Außen im Innern der Anstalt: Zwei Türen öffnen sich in ein Freigelände, das mit einem Zaun umfasst ist, oder in luft- und lichtdurchlässige Käfige, die auch Hundezwinger sein könnten und wo zwei, drei verloren scheinende Menschen zu sehen sind; zuletzt Szenen aus der Stadt: neblige Alleen, Autos, Straßen.

Die Innenansichten sind wort- und tonlos; die Außenaufnahmen sind untermalt von der Musik von Alexandre Desplat: einem elegischen Motiv, das in unterschiedlichen Tonlagen und Instrumentierungen wiederholt wird.

Beispielsweise zwischen dem 5. und 6. Kapitel. Ein Mann geht in einem der Käfige auf und ab. Die Musik vermischt sich beim Sehen mit der hohen Luftfeuchtigkeit, fast Nieselregen, den Geräuschen einer Durchgangsstraße. Sie mildert die Geräusche der Schritte. Sie hat Schrittempo. Sie löst auf, schwillt manchmal an. Schafft Spannung, die Spannung, die verrückt machen kann. Die Musik öffnet den Film bzw. die beengenden Räume der Psychiatrie. Sie ist wie ein Gelenk zwischen dem möglichen Ausblick der Menschen aus der Psychiatrie, der eingeschlossenen filmischen Sicht und den Zuschauern vor der Leinwand oder dem Bildschirm. Mit der Musik hat der Film eine Ausbuchtung in die Öffentlichkeit, deren Farce in den gefilmten Verhandlungen besteht.

Das neue Gesetz gilt als Demokratisierungsmaßnahme, als Stützung des Menschenrechts, Freiheitsrechts, das den Patienten vor der Übermacht des Arztes und der Institution durch die Einschaltung einer juristischen Instanz schützen soll. Depardon entlarvt es als einen Schauprozess, in dem das Urteil von vornherein festzustehen scheint. Es wird aufgrund der nur formal prüfenden Haltung zu einer Bestätigung des Geschriebenen, wenn es nicht formal fehlerhaft ist. Die Richter richten in diesem Verfahren nur über die formale Korrektheit. Den Patienten wird ein Recht zur



Selbstdarstellung ihrer Situation eingeräumt, nur um es ihnen im nächsten Moment wegzunehmen. Äußerung eines Wunsches, eines Begehrens, Durchstreichung des Begehrens. Falls es kein sadistisches Szenario ist, wie es manchmal scheint, trotz der gutartigen Mienen der Richter, so ist es doch eines, das die Patienten zwar nicht formal, aber tatsächlich auf die Anklagebank setzt. Schuldig sind sie, krank zu sein; ihre gerechte Strafe besteht darin, sich psychiatrisch behandeln zu lassen. Zu ihrer Verteidigung haben sie einen ihnen zugewiesenen Anwalt bei sich, mehr Staffage als effektive Instanz, der meistens in knappen, ausdruckslosen Sätzen bestätigt, was der – abwesende – Psychiater in seinem Gutachten bestimmt hat. Auch der Anwalt heißt nur so. Er prüft die Korrektheit der Form, auch die Form der Äußerungen der Eingewiesenen.

Nach jeder Anhörung – aber was kann in fünf Minuten, die der Prozess, eher das Procedere, dauert, geäußert werden, was kann geäußert werden, angesichts der rhetorischen Übermacht des Richters, seiner geschlossenen Fragen, seines Rechts, den Patienten in jedem Moment zu unterbrechen, ihm das Wort abzuschneiden? – wird der Patient gezwungen, gegen seinen Willen, gegen seine gedrängt und beherzt vorgebrachten Gründe, entlassen zu werden, zu unterschreiben, dass er sich fortan »freiwillig« der Zwangsmaßnahme unterwirft, weil er ohne generelle Akzeptanz der institutionellen Verfahren kaum eine Chance hat, gesünder zu werden oder die Psychiatrie zu verlassen. Die Einwilligung in den Zwang ist die Demokratisierung der Psychiatrie – eine Farce. Die Redeweisen der Patienten sind gezeichnet von den Selbstheilungsmühen durch leichte oder stärkere Wahnbildung, die im Kontrast der »Normalität« von Richtern und Anwälten und aseptischer Umgebung allmählich wieder auffallen. Sie sind gezeichnet von den Sedierungen, die das Reden durch einen pharmakologischen Widerstand hindurch nötig machen.

Neben dem Sprechen ist das Duell der Körper, der Augen, und weniger direkt körperlich, der Blicke zu bemerken. Fordernd, aggressiv, ratlos, arrogant. Die Mimik steht manchmal im starken Kontrast zu dem, was über den Patienten zu erfahren ist.

Depardons Film klagt diese Umstände, die die gegenwärtige Psychiatrie in Frankreich kennzeichnen, unumwunden an. Er ist



dabei nicht polemisch oder agitatorisch. Das macht das Setting selbst. Aber der Film begnügt sich damit nicht. Er besticht auch durch andere Tonlagen. Neben der Anklage ist es vor allem die Klage, aber auch die Lebendigkeit, die in der Rede der Internierten *malgré tout* zum Ausdruck kommt. Die Kamera ist stumm, sie hört, sie beobachtet, sie zeichnet auf: Farben (warum sind Krankenhäuser immer in diesem kränklichen Grau-Gelb-Grün gehalten – Gallenfarbe?); Türen; ratlose, gleichgültige, herausfordernde, verzweifelte Blicke. Reden: die faden, argumentationsschwachen, rhetorisch geschliffen-abgeschliffenen Phrasen der übermächtigen Richter, die sich, wenn sie mit einer Gegenfrage konfrontiert werden, stets darauf berufen, keine ärztliche Kenntnis zu haben, sondern nur da sind, die Regelkonformität der psychiatrischen Begutachtung zu überprüfen. Es gibt nur eine kleine Abweichung davon, die paternalistisch erscheint: im Extremfall einer moralischen Verurteilung der Suizidabsicht.

Es geht um die Aufrechterhaltung eines Protokolls. Demgegenüber die Menschen, die aus den unterschiedlichsten Gründen in der Psychiatrie gelandet sind: einige Frauen, weil sie als extrem selbstmordgefährdet eingestuft worden sind. Die eine sagt, dass sie sich nichts anderes wünsche, als nach Hause zu gehen und zu sterben; die andere sagt, dass sie sich nicht umbringen wolle, sie sich die Arme aufgeritzt hat, um nicht an alle Vergewaltigungen zu denken, deren wiederholtes Opfer sie geworden ist. Eine andere Frau erfährt an ihrem Arbeitsplatz in einem Unternehmen für Telekommunikation Mobbing, bricht psychisch zusammen, die Ärzte diagnostizieren Verfolgungswahn und leugnen damit die Wirklichkeit ihres Arbeitskontextes. Eine andere Frau appelliert eindringlich, nachdem sie zunächst gar nicht wagt zu sprechen und das Sprechen an ihre Anwältin delegiert, entlassen zu werden, um sich mit Liebe und Fürsorge ihrer kleinen Tochter zuzuwenden. Sie leugnet dabei nicht, dass sie psychologische Unterstützung braucht, aber sie erfährt die Zwangseinweisung als Gewaltakt, der zu keiner Verbesserung ihrer psychischen Situation beiträgt.

Die Männer – meist aus sozial marginalen Situationen (Immigration, Arbeitslosigkeit) stellen hingegen meistens eine Gefahr für das Gemeinwesen dar. Ihre revoltierenden, aber auch ihre einsichtsvollen Stimmen (einer spricht vom Machtmissbrauch der



Richter, ein anderer erkundigt sich drängend nach dem Ergehen der Person, die Opfer seines gewaltvollen Ausbruchs geworden ist) verhalten.

Kamera und Mikrofon fangen diese Stimmen auf, entreißen sie der Adressatenlosigkeit, machen aus ihnen eine Flaschenpost. So wird die Farce des Prozesses zu einer echten Anhörung – an anderem Ort, zu einer anderen Zeit: und zwar dann, wenn wir Zuschauer beginnen zuzuhören und manches darin anders hören. Der Film ist nicht psychoanalytisch motiviert, aber er öffnet die Türen der Psychiatrie, damit auch ein psychoanalytisches Ohr – zu einer anderen Zeit – mithören und ein psychoanalytisches Auge mitlesen kann: aufmerksam auf die Sprache, auf die Sitzanordnung, auf die Blicke, auf das Ungesagte, auf das, was in der Knappheit der zugestandenen Rede doch zum Ausdruck kommt und unerhört bleibt. Was nicht zu Protokoll gebracht werden kann.

Die Psychoanalyse, zumindest diejenige, die uns hier imaginär vorschwebt, würde diesen PatientInnen nicht einfach Verständnis entgegenbringen; sie würde Diagnosen zurückhalten und Urteile suspendieren. Sie würde die Institution in ein Zögern bringen. Sie würde den Prozess Zeit verlieren lassen, um Zeit zu gewinnen. Sie würde fragen, und zwar offen fragen, nicht schon entschieden oder diagnostiziert haben. Sie würde nicht von vornherein entscheiden, dass man eine Patientin, die von sich sagt, dass sie seit 37 Jahren nur leidet und ihrem Leben einfach ein Ende bereiten will, grundsätzlich davor schützen muss (qua Einschließung und Abschließung vor sich selbst), diesem Wunsch nachzugeben. Sie würde zusammen mit einem der Patienten fragen wollen, wie es kommt, dass Menschen krank sind, warum sie schizophr werden. Sie würde den Missverständnissen nachgehen, die sich in dieser unmöglichen Anhörung permanent ergeben: dass ein Patient sich fragt, warum er in einem Gerichtssaal sei, um korrigiert zu werden, dass er in keinem Gericht sei; dass ein Patient, als die Richterin von einem *collège de médecins* spricht, sagt, er sei doch nicht mehr in der Schule.

Jeder – auch ein Psychiater, Anwalt, Richter, Patient – kann seine Aufmerksamkeit für solche Unentschiedenheiten schulen. Hoffnung in Institutionen besteht, wenn es davon etwas gibt.



Eine Unterbrechung des Protokolls. Ob man es psychoanalytisch nennt oder nicht, ist dabei nebensächlich.

Die individuellen Subjekte, die Patienten, sind zwischen Diskurse geraten. Das tut beim Zusehen weh. Sie sagen das auch, lassen dennoch selten etwas Singuläres zur Sprache kommen. Sie versuchen, mit Versatzstücken der Diskurse, aus denen sie herausgefallen sind, aus denen sie ausgeschlossen wurden, die sie bei den Richtern als verstehbar vermuten, sich zu retten.

Es kann sich der Eindruck ergeben, dass die Patienten spielen, dass sie frei sein wollen, als gehöre das zum Dispositiv dieser sogenannten Anhörung dazu; als sei es ein »Dienst« an der Freiheitsliebe derjenigen, die sie eingesperrt haben. —

Wir danken Jonathan Schmidt-Dominé für die Kommentierung der zunächst separaten Versuche von JK und KJP, über den Film zu schreiben.

RISS+ (Sept. 2019) veröffentlichte den Text:
»Jacques Lacan: Michel H. – Eine Krankenvorstellung«.
Bernhard Schwaiger hat einen Artikel von Erik Porge zur
Praxis der Krankenvorstellung übersetzt. Sie finden hier in
der gedruckten Ausgabe des RISS die Einleitung.
Der gesamte Artikel ist im eRISS zu finden:
<https://www.risszeitschriftfuerpsychoanalyse.org/eriss>.



Erik Porge

Die Krankenvorstellung –
eine Klinik der Vorstellung¹

Man weiß, dass die Krankenvorstellung eine in Medizin und Psychiatrie althergebrachte Praxis darstellt, wo sie dem Ziel der Veranschaulichung einer Pathologie dient. So betrachtet könnte man zu dem Schluss kommen, dass die Angelegenheit »Krankenvorstellungen« abgehakt ist – jedenfalls kein ergiebiges Vorgehen für sich behaupten kann und weder mit Psychoanalyse noch mit Therapie etwas zu tun hat. Dennoch gibt es beispielsweise die berühmten Vorstellungen Jean Martin Charcots, der dienstags alle möglichen Fälle aus seiner Sprechstunde präsentierte und eben dabei sein Entdeckertalent ausübte. Die Transkription dieser Vorstellungen aus den Jahren 1887 bis 1888 wurde von Freud ins Deutsche übersetzt, wobei er jede Menge origineller Randbemerkungen, die dem Autor teilweise widersprachen, hinzufügte. So betrachtet ist die Idee, dass uns diese Krankenvorstellungen etwas sagen könnten, doch nicht so abwegig. Dies will ich hier anhand der Praxis und den Bemerkungen Lacans zeigen – hat er doch eben damit den Stil im Vergleich zur universitären Praxis radikal verändert. Nachdem er seine Dienste im Krankenhaus aufgegeben hatte, setzte er diese Praxis (trotz Kritik, vor allem seitens Maud Mannoni) von 1953 bis kurz vor seinem Tod fort.

Die Krankenvorstellungen sind fester Bestandteil seiner Lehre: Sie bilden ein eigenständiges klinisches Korpus, auf das er für seine theoretischen Ausarbeitungen stets zurückgreift. Ich habe regelmäßig mehrere Jahre lang an diesen Krankenvorstellungen teilgenommen und praktiziere sie auch selbst seit geraumer Zeit. —

(Übersetzung Bernhard Schwaiger)

- 1) Porge, Erik. »La présentation de malade – une clinique de la présentation«. In: *Transmettre la clinique psychanalytique – Freud, Lacan, Aujourd'hui*, Editions érès, Ramonville Saint-Agne, 2005, S. 179–189

Judith Kasper

Abwehr und Erreichbarkeit.
»Psychiatrie« als Heimsuchung

I.

Nur sehr zögerlich hatte ich mich bereit erklärt, an der *RISS*-Ausgabe über Psychiatrie und Psychoanalyse als Herausgeberin und Beiträgerin mitzuwirken. Was es mit dieser Abwehr auf sich hatte, war mir unklar. Immerhin brachte ich »Kompetenzen« für diese Nummer mit, aus einem italienischen Forschungsprojekt zur Psychiatrie-Geschichte, an dem ich drei Jahre mitgearbeitet hatte, was aber mittlerweile zehn Jahre zurückliegt. Ein kleines Arbeitsteam erforschte damals mit wenigen Mitteln einen entscheidenden Moment der Geschichte der Psychiatrie in Italien: Ende des 19. Jahrhunderts verwissenschaftlichte sich die Psychiatrie und avancierte nicht nur in Italien bald zu einer wichtigen »Staatswissenschaft«, die sich für das, was man die Hygiene des Volkskörpers nennt, besonders eignete.

Die Besonderheit der italienischen Forschungslage besteht darin, dass aufgrund der Schließung der psychiatrischen Krankenhäuser in Folge des auf Franco Basaglia zurückgehenden Gesetzes – la Legge 180 vom 13. Mai 1978 – die Archive zugänglicher sind als in anderen europäischen Ländern, in denen das psychi-

atrische System relativ bruchlos fortgeführt wurde und weiterhin wird. Die Auflösung der Einrichtung »manicomio« – zu Deutsch: Irrenhäuser –, die Freilassung der Patienten, die völlige Umgestaltung der psychiatrischen Landschaft in Italien mit dem Versuch, andere Formen des gesellschaftlichen und singulären Umgangs mit Menschen mit massiven psychischen Problemen zu finden, war mehr als eine Reform der Psychiatrie: Psychiatrie wurde von Basaglia schlechterdings als nicht reformierbar betrachtet.

Das Forschungsprojekt hatte das Ziel, aus den in dem ehemaligen psychiatrischen Krankenhaus San Lazzaro in Reggio Emilia archivierten Krankenakten Psychiatriegeschichte von der klinischen Alltagspraxis her zu beleuchten, soweit diese sich denn überhaupt aus diesen Dokumenten nachvollziehen ließ. Reggio Emilia ist eine Kleinstadt in der Emilia Romagna, zwischen Bologna und Parma an den südlichen Ausläufern der Poebene. San Lazzaro war eine der größten und wichtigsten psychiatrischen Einrichtungen Italiens.

II.

Was mich zehn Jahre nach Ende des Projekts, wegen mangelnder Finanzierung abgebrochen, inhaltlich und methodisch aber nie wirklich abgeschlossen, immer noch beschäftigt, ist die Wirkung, die diese Forschung nicht nur auf mein Denken, sondern auch auf meine Psyche hatte und immer noch hat. Denn geblieben ist der Eindruck, dass ich drei Jahre lang mit einem Diskurs und einem Wissen zu tun hatte, die ich – um es unumwunden auszudrücken – als tot und auch als tödlich empfand. Tot, weil sich die psychiatrische Rede in den Krankenakten, die unser Hauptgegenstand waren, als schieres Protokoll darstellte: eine Rede über singuläre Menschen, die deren Singularität sofort auslöschte. Wir hatten es mit dem zu tun, was man heute »Verwahrspsychiatrie« nennt. Tödlich war diese Rede für Menschen, die in San Lazzaro interniert waren und in den wenigsten Fällen geheilt wurden. Zuweilen war es das Beste, was ihnen geschehen konnte: dort nicht geheilt zu werden, sondern in der Verwahrung einfach zu verwahrlosen. Denn die »Heilung« war Forschungszwecken untergeordnet, und die Forschungszwecke waren, in der Theorie, der

Klassifizierung der unbeherrschbaren Ausdrucksformen des Wahnsinns, in der Praxis der Disziplinierung – vor allem Ruhigstellung – der Körper untergeordnet. Die (bio-)politische Bedeutung bestand in der Ausschließung von nicht konformen Subjekten aus der Gesellschaft, die alltagspraktische in der Erfindung von sprachlichen und technischen Dispositiven, die das auffällige Subjekt auf Distanz hielt.

Während die historische Rekonstruktion die eigentliche Absicht des Projekts war, interessierte mich vor allem zu beobachten, was die Beschäftigung mit dem Material, der Ort, in dem sie sich befanden, die Schwierigkeit, die Handschriften zu entziffern, die Verlangsamung des Arbeitens durch das Dechiffrieren und Transkribieren der Krankenakten mit einem selbst machte. Einerseits waren mein eigener Körper und meine Seele extrem empfänglich für das, was dieses System mit den Körpern und Seelen einmal gemacht hat, andererseits musste ich mich schützen gegen einen machtvollen Übergriff dieses Diskurses auf mich selbst. Aus diesem komplizierten Übertragungsverhältnis sind Lektüren des klinischen Materials entstanden, die in einer klaren Differenz zur historischen Forschung stehen, Lektüren, die dem nicht zu beruhigenden Staunen und Schrecken über das, was da zu lesen war, einen Ausdruck zu verleihen versuchten, der jenseits von Pathos und Identifikation lag. Es ging mir nicht nur um Forschung, sondern auch darum, vom Prozess dieses Forschens aber auch von dem, was in diesem Archiv seit über hundert Jahren ungelesen, aber lesbar, verschlossen und offen zugleich einfach dalag, eine Art Zeugenschaft abzulegen.

Die Mehrzahl der Krankenakten, Tausende davon, zeichnete sich, abgesehen von den wesentlichen anagrafischen Daten, durch eine Abwesenheit jeglicher Aufzeichnung aus. Sich in dieser Leere lesend zu halten – das war eine Aufgabe, die sich nicht mit historiographischen Methoden bewältigen ließ. Dann wieder fanden sich, sporadisch und darum jedes Mal überraschend und schreckenerregend, Krankenakten, die von einer regelrechten Schreibwut der behandelnden Ärzte charakterisiert waren: Sie schienen Ausdruck eines obsessiven Versuchs zu sein, etwas vom Wahnsinn in ein nosografisches System zu pressen. Einerseits das Messen: von Körpergröße, Gewicht, Schädel (Volumen und Form), Augen-

abstand, Fieber u. a. sowie die Beschreibung des Körpers: Statur, Haut, Haare, Augen etc., Auffälligkeiten aller Art. Andererseits der Ausdruck einer aggressiv-abwehrenden Einstellung der Ärzte und Krankenpfleger gegenüber den PatientInnen, die sich in den protokollarischen Aufzeichnungen regelmäßiger Routineuntersuchungen bemerken ließ: eine Überfülle von Attributen, mit denen bestimmte, vor allem ungehörige Patientinnen und Patienten belegt wurden. Eine Überfülle, die gleichzeitig von Ausdrucksarmut und mangelnder Sensibilität für Zwischentöne, Schattierungen, Veränderungen im Zustand der Kranken zeugt. Um das in der Attribuierungswut wohnende Gewaltpotenzial spürbar zu machen, habe ich, im Sinne einer spezifischen Intervention am Material, aus einigen Krankenakten die Attribute aus ihrem jeweiligen Kontext isoliert und dicht aneinandergereiht, um auf diese Weise etwas wieder hörbar zu machen, das sich der Historisierung dieser Texte, d. h. ihrer Überantwortung an eine vergangene Vergangenheit widersetzt. In einem Beitrag für eine aus dem Projekt hervorgegangene italienische Publikation schrieb ich:

Während die psychiatrische Wissenschaft Ende des 19. Jahrhunderts zunehmend spezifische nosografische Entitäten entwickelt und damit den Grundstein für eine andauernde Perfektionierung ihrer Begriffe legt, erscheint die Sprache, mit der in den Krankenakten der Zustand und das Verhalten der Kranken beschrieben wird, gleichsam blockiert, monoton, als ob am Ende ein einziges klinisches, weitgehend stereotypes Krankheitsbild vorherrscht. Diese Hemmung der klinischen Schreibweise bemerkt man vor allem da, wo sie ihre spezifische Terminologie verlässt, die zum Beispiel der Anthropometrie zugrunde liegt, und sich mehr der Alltagssprache überlässt, um Charakter und Verhalten der Insassen zu beschreiben. Hier beginnt die klinische Aufzeichnung zu stottern: Sie stützt sich, um ihre Argumentation aufrechtzuerhalten, auf die direkte Wiedergabe von Vorurteilen (zum Beispiel in Wendungen wie: »Im Dorf sagt man, dass X schon seit Langem verrückt ist«); oder aber sie verfällt auf die Wiederholung der immer gleichen Adjektive, um bestimmte Insassen zu beschreiben. Wenn man die Adjektive aus dem klinischen Bericht isoliert, bemerkt man, mit welcher exzessiven Insistenz immer wieder dieselbe Qualifizierung der Kranken vor-

genommen wird, gleichsam unabhängig und abgelöst von der jeweiligen Diagnose. Die Attribution klingt wie ein Akt der Exorzisierung dessen, was als irreduzibler und unkontrollierbarer Rest des Wahnsinns bestehen bleibt, nachdem er in Krankheit und nosografische Einheit übersetzt worden ist. So zum Beispiel im Fall von Vincenzo O., geboren in Orsagna in der Provinz von Chieti, 43 Jahre alt, unverheiratet, interniert in San Lazzaro am 2. September 1890 und am 8. März 1891 entlassen, um in die Anstalt von Aversa transferiert zu werden. Ihm wird »Blödigkeit mit exaltierten Phasen« als Diagnose bescheinigt. Beschrieben wird er als *verwirrt, liederlich, extrem aufgereggt, gefährlich, außer Fassung, schmutzig, lotterig, stets aufgereggt, seltsam, auf liederliche Weise gierig, säuisch, inkongruent, voll sinnleerer Wörter, voll falscher Vorstellungen, verwirrt, mit bizarrem und groteskem Ausdruck, schlampig, unendlich lang und wirr vor sich hinquatschend, hochgradig inkohärent, gezeichnet von einer bizarren und zerlegten Mimik, wirr und unzusammenhängend, abnormal, mit einer lebhaften und zerwühlten Mimik, komisch, liederlich, mit abnormal schnellen Assoziationen, voller konfuser Erinnerungen, voller brücker und bizarrer Sprünge in seinen Gedanken, von lebhafter und bizarrer Mimik, verwirrt, voll wirren Geschwätzes, übertrieben, lächerlich, instabil und inkohärent, rein egoistisch, unkoordiniert in den Handlungen, höchst lebhaft in den Gesten, inkohärent in seinen Gedanken, starkes psychisches Chaos, angeborene Halbblödigkeit, seltsam und zerfahren, voller bizarrer Gestik, voll von unzusammenhängender Rede, mental verwirrt.*

Cristina M. ist bei ihrer ersten Einweisung in der psychiatrische Anstalt San Lazzaro 30 Jahre alt. Sie ist verheiratet, eine Hausfrau in armen Verhältnissen, ohne Ausbildung, aber mit guten Sitten und katholischem Glauben. Sie ist zwischen 1869 und 1906 fünf Mal interniert worden aufgrund manischer Zustände, die jedes Mal mit einem anderen Namen bezeichnet wurden: als »iperfrenia«, »mania acuta«, »mania acuta recidiva« oder »frenosi periodica«. Bei ihrer letzten Einweisung 1905 wird ein lebenslänglicher Anstaltsaufenthalt beschlossen. 1906 stirbt sie in der Anstalt an einem Gehirnschlag. Ihre Krankenakte ist geprägt von einer unendlichen Litanei an Attributionen, die sich auf ihren ungehorsamen Charakter beziehen: Sie gilt als *schwatz-*

haft, reizbar, exaltiert, verwirrt, redselig, schlaflos, streitsüchtig, hinterhältig, obszön, unverschämt, reizbar, pervers, böseartig, scheinbar ruhig und vernünftig, verwirrt, skandalös, aufgeregt, einigermaßen ruhig und gefasst, schwatzhaft, wirr, bizarr, schlecht sprechend, vulgär, argwöhnisch, vorlaut, obszön, lebhaft, hat verstiegene Assoziationen, ist böseartig, aufgeregt, skandalös, störend, schwatzhaft, unverschämt, streitsüchtig, argwöhnisch, melancholisch, schweigsam, starr, depressiv, melancholisch, urwüchsig, mager, mit intelligentem Gesichtsausdruck, lebhaft, aufgeregt, unkoordiniert, extravagant, schlitzohrig, bizarr, schwatzhaft, böseartig, scharfsinnig, extrem lebhaft, lästig und aufdringlich.¹

In ähnlicher Weise überdeterminiert las ich des Weiteren Materialien, die sich zuweilen lose eingelegt in den Krankenakten befinden und die von den PatientInnen selbst stammen. Es handelt sich dabei vornehmlich um Briefe, die nie abgeschickt worden sind, nie eine Antwort erhalten haben, deren Schicksal es war, als lose eingelegtes Dokument in einer Krankenakte zu landen. Die Krankenakte: ein Ort für »tote Briefe«, »dead letters«, wie es im Englischen so treffend für nicht zugestellte und unzustellbare Briefe heißt. Man vermutet, dass diese Briefe nicht nur aus eigenem Schreibantrieb entstanden und dann konfisziert worden sind, sondern zuweilen auch aus einem psychologischen und grafologischen Interesse von den Ärzten selbst angeregt wurden. Jedenfalls drücken viele dieser Briefe ein ungehaltenes Begehren nach Kontakt aus: mit der Außenwelt, mit der Familie, dem Ehemann, der Ehefrau, den eigenen Kindern. Wie kaum sonst wird in diesen Briefen einsichtig, dass die Schrift im Wesentlichen Begehren des Anderen ist. Und hier wie kaum anderswo wird deutlich, wie sich das Begehren nach Kontakt und Nähe in Trennung und Abgeschnittenheit verkehrt: in die Trennung zwischen Irrenanstalt und Gesellschaft, zwischen Traum und Vernunft, die sich als Spaltung im Kranken selbst, als Trennung von sich selbst verstärkt. Die Unterbindung der Kommunikation zwischen den Orten des Wahnsinns und denen der Vernunft bringt Briefe zum Verstummen, die zu schreiben von der Institution Psychiatrie selbst motiviert wurde. Anstatt ihre vom Schreibenden bestimmten Empfänger zu erreichen, gerieten diese Briefe in die Hände der

Ärzte, von dort in die Krankenakte, verblieben also immer in der Anstalt, blieben ohne Antwort. Dadurch verkehrte sich der Wunsch und die Hoffnung, mit der Außenwelt zu kommunizieren, jedes Mal in die bloße Illusion zu kommunizieren. Die Psychiatrie greift hier das Begehren als Begehren nach einer Antwort direkt an. Die Internierten haben vermutlich von dieser Briefzensur und -enteignung nichts gewusst. Sie verharrten, das ist aus vielen Briefen erkennbar, im Warten einer ausbleibenden Antwort und haben dies oft als Konfrontation mit dem Tod erfahren und formuliert.

In emblematischer Weise wird das in den Schriftstücken von Arcangelo L. bezeugt. Er fasst in Briefform unzählige Male sein »Testament« ab. Da er in seiner Isolation nicht mehr weiß, an wen er sich wenden soll, beginnt er sich dem Himmel zuzuwenden und mit den Engeln zu sprechen. Die Engel sind dabei vielleicht nur die Gespenster, die sein Eigenname – Arcangelo, Erzengel, den keiner mehr nennt, den keiner mehr anspricht – hervorgezogen hat. Die Vertikalität der Rede hin zu einer imaginierten Schein-Transzendenz ist sehr deutlich ein Auswuchs aus dem psychiatrischen Zwangsdispositiv, das jede horizontal orientierte Rede konsequent unterbindet. Der Effekt von Arcangelos einsamen Selbstgesprächen in seinem »himmlischen Delirium«, wie es die Ärzte ironisch genannt haben, besteht im Übrigen in einem grotesk anmutenden Ansteigen der Summen, über die Arcangelo mittels seines Testaments zu verfügen meint (»1000.000 und eine Milliarde«), die sich dann flugs verdoppeln und vertausendfachen in 2000.0000 Tausend Milliarden Küsse für Maria, die Himmelskönigin.²

III.

Der irre Höhenflug des Arcangelo L. war meine letzte Beschäftigung mit Psychiatriegeschichte. »Psychiatrie« ist seither zu einem Anti-Wort, einem Unwort, einem Feindwort geworden. Allerdings ist »Psychiatrie« auch ein Moment, Motiv und Anstoß gewesen, der mich zur Psychoanalyse brachte. Das Ende des Psychiatrie-Projekts fiel jedenfalls im Rückblick betrachtet, mit dem Beginn meiner Psychoanalyse zusammen, den ich zuvor jah-

relang vor mich hingeschoben hatte. Die Psychoanalyse entdeckte ich im Kontrast als eine lebendige, belebende, befreiende Sprache von Trieb und Begehren. Das Vertrauen in die Psychoanalyse, mein grundsätzliches und zuweilen allzu unkritisches Einverständnis mit ihr, hat vermutlich auch etwas mit meiner starren Abwehrhaltung gegen alles, was sich mit »Psychiatrie« verbindet, zu tun. Mein Schreiben, Forschen und Denken konnten sich im Bereich von »Psychiatriegeschichte« nicht entfalten. An den Eindruck intellektueller Enge und mangelnder Kreativität in diesem Bereich heftete sich die Panik, dass mein eigener Körper und meine eigene Seele in die Hände von Psychiatern geraten könnten. Die imaginäre Bedrohung durch »Psychiatrie« fand in Ingeborg Bachmanns Romanfragment *Der Fall Franza* ein Echo: die sprachlose Gewalt, die von der Figur des renommierten Psychiaters Prof. Dr. Leopold Jordan gegen die Protagonistin Franza ausgeht. Die wesentlich jüngere Franza hatte ihr Medizinstudium abgebrochen, um Jordan zu heiraten. Jordan wird Franza zu einer Abtreibung nötigen und sie in eine Klinik stecken. Sie flieht, sie flieht bis nach Ägypten und begegnet dort dem Euthanasie-Arzt und SS-Hauptsturmführer Dr. Kurt Körner, den sie aus ihren Studien der Prozessakten der Nürnberger Ärzte-Prozesse wieder erkennt. Franza stellt ihn zur Rede, bleibt ohne Antwort, bleibt psychisch geschädigt: von der großen Geschichte, von der sie auch lesend affiziert ist und die sich in ihre persönliche Beziehungen, vor allem die Ehe mit Jordan, als gleichsam latente und unbewusste Fortsetzung faschistischer Gewalt eingetragen hat.

IV.

Ich denke jetzt auch an Walther Poppelreuter, einen Geistesverwandten von Jordan und Körner: Mitte der 1930er Jahre ein bekannter Psychologe, Psychiater und überzeugter Nationalsozialist. Fast wäre er mein Großvater geworden, wenn sich meine Großmutter, die seine »Schreibkraft« war, ehe sie seine Ehefrau wurde, nicht rechtzeitig und wie aus Dokumenten, die ich jetzt im Internet finde, hervorgeht, unter Gewaltandrohung von ihm hätte scheiden lassen, um im September 1939 – der Zweite Weltkrieg war gerade von Hitler erklärt worden – dessen attraktiveren,

aber vermutlich kaum weniger ideologischen Assistenten zu heiraten – meinen Großvater. Poppelreuter war zu diesem Zeitpunkt seit drei Monaten tot.

Was hat meine Großmutter für Poppelreuter geschrieben? Wie haben sich die Jahre ihres Lebens mit diesem Psychiater und glühenden Nationalsozialisten erster Stunde in sie eingeschrieben? Ich kenne nur einige Briefe, die sie geschrieben hat, als sie schon im Ehekrieg mit Poppelreuter war und sich für ihren inhaftierten Bruder, den kommunistischen Widerstandskämpfer Lambert Horn einsetzte.³

Poppelreuter war Neurologe und Psychiater an der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn. Sein Spezialgebiet waren Hirnverletzungen von Soldaten im Zweiten Weltkrieg. Mein Großvater hat bei Poppelreuter über die Zwangssterilisierung von Hirnverletzten promoviert. Äußere Verletzungen und Genetik werden in dieser Doktorarbeit auf höchst merkwürdige und ideologische Weise kurzgeschlossen.

Schon vor 17 Jahren habe ich mich für Poppelreuter im Zuge von Familienrecherchen interessiert. Damals entdeckte ich, dass bis in die 1990er Jahre Straßen in Mainz, Paderborn, Köln, Koblenz und Oldenburg seinen Namen trugen. Auch, dass der Bund deutscher Hirngeschädigter jahrzehntelang die Walther-Poppelreuter-Medaille verliehen hatte, unter anderen an Hannelore Kohl, die, als Helmut Kohl noch Ministerpräsident in Rheinland-Pfalz war, die Schirmherrschaft über das damals noch sogenannte »Walther-Poppelreuter-Haus«, eine neurologische Klinik in Vallendar bei Koblenz, übernommen hatte. Meine Empörung darüber fand damals keinen Ausdruck. Heute, da ich versuche, etwas über meine unüberwindliche Angst vor »Psychiatrie« zu schreiben, google ich nach Walther Poppelreuter. Mittlerweile hat sich die Forschung zur Medizingeschichte ausführlich mit ihm befasst und ich finde plötzlich sehr viele Informationen, die mich bestürzen, mich bestätigen und mich angreifen genau an den Punkten, an denen ich meinte, schon gewusst zu haben. Hastig verschlinge ich den Wikipedia-Eintrag zu seiner Person, suche fiebrig die zitierten Quellen auf:

Walther Poppelreuter (* 8. Oktober 1886 in Saarbrücken; † 11. Juni 1939 in Bonn) war ein deutscher Psychologe und Ner-

venarzt. Er beschäftigte sich vor allem mit Hirnverletzungen von Soldaten des Ersten Weltkrieges und entwickelte psychotechnische Untersuchungsverfahren, die bei der Behandlung hirngeschädigter Patienten und bei industriellen Eignungsuntersuchungen Verwendung fanden. [...] Am 1. November 1931 trat er als erster Bonner Hochschullehrer in die NSDAP ein. Im Wintersemester 1931/32 hielt er eine Vorlesungsreihe über *Politische Psychologie als angewandte Psychologie anhand von Hitlers Werk »Mein Kampf«*, die er 1934 unter dem Titel *Hitler, der politische Psychologe* veröffentlichte. Hitler hatte ihm im Juli 1932 schriftlich seine Freude mitgeteilt, dass erstmals sein Buch Thema einer Vorlesung an einer Hochschule werde. Für die NSDAP war Poppelreuter als Provinzial-Landtagsabgeordneter in Düsseldorf und Berater der Reichsleitung der NSDAP tätig. [...] Am 8. März 1933 überfielen ca. 80 SA-Leute die Bonner Provinzial-Kinderanstalt für seelisch Abnorme, die von dem Psychiater Otto Löwenstein geleitet wurde. Löwenstein sollte in Schutzhaft genommen werden, war aber telefonisch gewarnt worden und geflohen. Hinter der Aktion vermutete Löwenstein Poppelreuter als Anstifter. [...] In der NS-Zeit betätigte sich Poppelreuter als Berater des Deutschen Instituts für Nationalsozialistische Technische Arbeitsforschung und -schulung in Düsseldorf. In Bonn hatte er bei der *Deutschen Gesellschaft für Psychologie* den stellvertretenden Vorsitz inne. Kurz vor seinem Tod waren berufs- und parteigerichtliche Verfahren gegen ihn wegen Alkoholmissbrauchs und verwerflicher Mittel in einem Ehescheidungsstreit eingeleitet worden.

2003 veröffentlichte der Aachener Neurologe Gereon R. Fink in der Zeitschrift *Der Nervenarzt* einen Text, der Poppelreuters ärztliches Wirken als »nicht hoch genug einzuschätzen« bewertete. Dass Fink bei seiner Würdigung Poppelreuters nationalsozialistische Überzeugungen und sein Verhalten gegenüber Löwenstein nicht berücksichtigte, wurde von Peter Frommelt, Linda Orth und Ralf Forsbach kritisiert. [...]⁴

V.

Das Archiv in San Lazzaro schien seit der Auflösung des Irrenhauses 1978 hauptsächlich von herrenlosen Katzen und einigen,

inzwischen recht betagten ehemaligen Insassen bewohnt, die schweigsam und mürrisch durch die langen Gänge zwischen den dunklen und hohen Aktenregalen schlurften und sich in der Funktion von Hausmeistern, Bibliothekaren und Archivaren auf eine irgendwie gleichgültige und zugleich herrische Weise wichtig taten.

Während unserer ersten Arbeitssitzung berichtete der Leiter des Forschungsprojekts, dass gerade eine E-Mail von zwei deutschen Psychologen eingetroffen sei, die an einer Art Museumsführer zu psychiatrischen Gedenkstätten in Europa arbeiteten und sich in diesem Zusammenhang auch für San Lazzaro interessierten. Die Anfrage kam aus dem Klinikum Christophsbad in Göppingen, dem – wie es in meiner Kindheit hieß – »Irrenhaus«, das einen knappen Kilometer von meinem Elternhaus entfernt liegt. Noch ehe ich wusste, was ich erforschen sollte, war ich auf eine völlig überraschende Weise involviert worden. Alles war plötzlich ganz nah in San Lazzaro, Göppingen, vor den Toren der Kleinstadt Reggio Emilia, in der nebligen Poebene im Winter 2007.

Mein eigener Weg in die Stadt meiner Herkunft führte mich daraufhin mehrere Male in die dortige psychiatrische Klinik. In den beiden Göppinger Psychologen Gisela Schmid-Krebs und Rolf Brüggemann fand ich aufmerksame Gesprächspartner. Sie haben in der Klinik Christophsbad die »MuSeele« eingerichtet: eine Gedenkstätte, ein Ausstellungsraum, in dem kritisch über die Geschichte der Psychiatrie reflektiert wird. 2007 veröffentlichten sie den Band *Verortungen der Seele. Locating the Soul. Psychiatrie-Museen und verwandte Einrichtungen in Europa*: eine Art »Reiseführer« zu über hundert europäischen Ausstellungen, Gedenkstätten und ähnlichen Einrichtungen. »Psychiatrie« wird darin in allen Facetten beleuchtet.

VI.

Im Zusammenhang mit der Veröffentlichung dieses Buches fand 2008 eine Tagung im Christophsbad statt, zu der ich als Rednerin eingeladen war. Dass mich die Rückkehr in meine Heimatstadt als Forscherin in die dortige Psychiatrie führen sollte, nahm ich als eine mir nicht unliebe, ironische Pointe. Anekdotisch blieb

ein kurzer Besuch meines ehemaligen Gymnasiums, kurz bevor die Tagung losging. Neun Jahre lang war es das Zentrum meines Lebens gewesen: die ersten Erfolge und Anerkennungen, die ersten Schreibversuche in der Schülerzeitung, die ersten Lieben, die ersten Erfahrungen der Übernahme von Verantwortung für andere. Nach dem Abitur brach ich zusammen, weil der erfolgreiche Abschluss den Abschied von einer Welt bedeutete, an der ich hing und die doch so eng war. Ich riss mich los, ging weg.

Nach 20 Jahren strich ich durch das stille Schulhaus. Hinter geschlossenen Türen fand Unterricht statt. Der Geruch des Gebäudes stieg mir in die Nase, ich hatte ihn vergessen, als unvergessener war er da, wurde körperliche Realität. Ich stieg das Treppenhaus hoch in den ersten Stock, kaum bog ich um die Ecke, tauchte das Aquarium vor mir auf. Ich hatte es vergessen, aber als es vor mir auftauchte, war es da, unvergessen, jeden Tag, neun Jahre lang, war ich daran vorbeigegangen, ohne je die darin stumm umherschwimmenden Fische genauer betrachtet zu haben. Ich hielt kurz ein und als ich weitergehen wollte, kam jemand die Treppe hinunter: »Hallo, Judith« – mein ehemaliger Deutschlehrer, 20 Jahre älter, aber immer noch agil und attraktiv, grüßte mich, als ob ich nie weg gewesen sei, und ich grüßte wohl zurück. Er ging weiter, ich blieb verblüfft, woraufhin völlig unverhofft der einstige Gemeinschaftskundelehrer aus dem Kopierraum trat. Auch er grüßte freundlich und nannte mich, wie selbstverständlich und ohne jegliches Anzeichen von Überraschung, mit meinem Namen. Die Zeit war hier stehen geblieben. Es schauderte mich. Schnell machte ich mich davon.

VII.

Noch einmal zu meinem Abwehreffekt gegen »Psychiatrie«. In den letzten Jahren kamen viele Diskussionen über Psychiatrie und psychiatrische Maßnahmen, Psychopharmaka und Elektroschock – oder wie man heute sagt – Elektrokrampftherapie, mit meinem Freund hinzu. Seine Familiengeschichte weist viele Berührungen mit »Psychiatrie« auf. Seine Großmutter, seine Tante, seine Exfrau – sie alle waren und sind in psychiatrischer Behandlung. Lange hörten sich für mich diese Leidensgeschichten so an, dass in ihnen

der Psychiatrie stets der Bonus der letzten Hoffnung doch noch zukam. Wir stritten leidenschaftlich darüber. Ich wurde hart kritisiert als jemand, der nur aus dem Vorurteil heraus spricht und das Leiden derjenigen, die sich verzweifelt an die Psychiatrie wenden, verkennt. Ich gebe zu: Ich komme über mein Vorurteil nicht hinweg. Ich weiß jetzt nur ein bisschen mehr, woher es kommt. Es ist nicht nur die große Geschichte der Einschließung, die Foucault erzählt und die weitererzählt in den von den Nazis organisierten Massenmord führt. Es ist der Punkt, wo sich diese große Geschichte mit meiner Familiengeschichte berührt, wo sich etwas davon in mich auch unbewusst eingeschrieben hat.

Coda:

Aus einem Abwehreffekt gegen Psychiatrie wurde dieser Text zunächst in einem einzigen Zug geschrieben. Daraufhin war er Anlass für weitere Gespräche, Einwürfe, Relektüren und Überarbeitung. Das Phantasmatische an der Angelegenheit sollte durch die Überarbeitung für eine Veröffentlichung nicht ganz unterdrückt werden. Zugleich konnte es auch nicht einfach stehen bleiben. Die Differenzierungen, zum Beispiel, die mein Freund nach dem ersten Erschrecken über die Reihe von psychiatrischen Fällen in seiner Familie hinzufügt, sind wichtig. Jede Geschichte gehört nicht nur einer anderen Generation an, sondern jede Geschichte ist anders: persönlich und sozial. Das Unwissen bezüglich anderer therapeutischer Formen sowie die prekären sozialen und ärmlichen Verhältnisse, in denen seine aus Polen emigrierte Großmutter in den 1930er Jahren in New York lebte, waren sicherlich mit verantwortlich für ihre lebenslange Internierung aufgrund schwerer Depressionen. Auch in der Geschichte seiner Tante spielt die Frage von Geld in der Therapie von Depression eine wichtige Rolle. Die Geschichte seiner Exfrau ist anders. Bei ihr haben sich Psychopharmaka und Gesprächstherapie ergänzt, haben Psychopharmaka das Sprechen vielleicht sogar erst ermöglicht.

Die binären Gegenüberstellungen, Dichotomien, die Psychiatrie und Psychoanalyse voneinander trennen und aufeinander beziehen und die bei mir Abwehr- und Anziehungsfunktionen bewirkten, sind, das muss betont werden, im Laufe der Bearbeitung dieses Textes punktuell erschüttert worden. Von dem irgend-

wie lieb gewonnenen Phantasma einer schlechten Nazi-Psychiatrie und einer guten jüdischen Psychoanalyse musste ich Abschied nehmen. Persönliche Gespräche über das Geschriebene, aber auch die Hinzuziehung weiterer historischer Erkenntnisse, die mir vorher unbekannt waren, haben dazu beigetragen. Ich will davon hier nur einige anführen und in ihrer kontrastiven Aneinanderreihung selbst sprechen lassen: 1) Von der Psychiatrie Ende des 19. Jahrhunderts führen direkte Wege zur Rassenhygiene, Eugenetik und faschistischen Biopolitik. Ein Vorläufer in Italien dafür sind die kriminalbiologischen Thesen des Psychiaters Cesare Lombroso, auf die sich die Nazis gern beriefen – da spielte es keine Rolle, dass er Jude war – für die ideologische Rechtfertigung umfangreicher durchgeführter Zwangssterilisationen bei »Kriminellen« und »Geisteskranken«. 2) Die Psychoanalyse ist eine »jüdische Wissenschaft«, die von den Nazis verfolgt und aus Deutschland ins Exil getrieben wurde. 3) Fast nur jüdische Psychoanalytiker sind ins Exil gegangen, die nicht-jüdischen Psychoanalytiker blieben in Deutschland. Sie schalteten sich mehrheitlich mit dem im Mai 1936 gegründeten Deutschen Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie gleich, das sich Göring-Institut nannte, nach dem Institutsleiter Matthias Göring, Cousin von Hermann Göring. Mit Kriegsbeginn wurde das Institut als »kriegswichtig« eingestuft und unter anderem mit völker- und massenpsychologischen Studien betraut.⁵ 4) Während der Arbeit an diesem Essay schickt mit mein Freund einen Artikel von Tzach Yoked, der gerade in der israelischen Tageszeitung *Haaretz* erschienen ist. Er ruft den jüdischen Militärpsychiater Sidney Gottlieb in Erinnerung, dessen Eltern Anfang des 20. Jahrhunderts aus Ungarn in die USA geflohen waren und der in den 1950er Jahren mit »Mengele-Methoden« für den CIA forschte in Hinblick auf eine totale Kontrolle des menschlichen Geistes und der menschlichen Psyche.⁶

Und um der Erschütterung der Dichotomien, denen mein Phantasma einer »schlechten Psychiatrie« und einer »guten Psychoanalyse« aufsitzt, noch eins draufzusetzen, entdeckte ich – zufällig? wohl nicht mehr ganz zufällig – in Freuds Schrift »Zur Psychopathologie des Alltagslebens«, im Kapitel XII über Determinismus, Zufalls- und Aberglauben, in einer langen Fußnote,

in der es – in Anlehnung an Jungs Forschungen um Zahleneinfälle und -assoziationen geht, einen Freuds eigene Ansichten bestätigenden Hinweis auf die Forschungen des »Experimentalpsychologen Poppelreuter« ...⁷ —

(Venedig, Dezember 2019 bis Januar 2020)

- 1) Kasper, Judith. »Scrittura, rappresentazione, transfert. Che cosa vuol dire leggere delle cartelle cliniche«. In: Panattoni, Riccardo (Hg.). *Lo sguardo psichiatrico. Studi e materiali dalle cartelle cliniche tra Otto e Novecento*, Milano: Bruno Mondadori 2007, S. 61–74, hier: S. 70
- 2) Vgl. Kasper, Judith. »Echi dal vuoto. Tempo e spazio della scrittura nel manicomio«. In: Panattoni, Riccardo (Hg.). *Parole e immagini dal manicomio. Studi e materiali delle cartelle cliniche tra Otto e Novecento*, Milano: Bruno Mondadori 2011, S. 299–309 und für die transkribierten Briefe von Arcangelo L., S. 143–153
- 3) Lambert Horn, der Bruder meiner Großmutter, war rheinländischer Gewerkschaftler und Kommunist. Von April 1932 bis Frühjahr 1933 Mitglied des Preußischen Landtags. Bei den Wahlen im März 1933 wurde er in den Reichstag gewählt. Aufgrund der zu diesem Zeitpunkt bereits angelaufenen nationalsozialistischen Kommunistenverfolgung konnte er sein Mandat nicht mehr antreten. Am 30. März 1933 wurde ihm sein Mandat, wie allen anderen kommunistischen Reichstagsabgeordneten, per Gesetz aberkannt. Lambert Horn betätigte sich aktiv im antifaschistischen Widerstand, wurde im November 1933 von der Gestapo verhaftet, in Berlin im Gestapo-Gefängnis in der Prinz-Albrecht-Straße und im KZ Columbia inhaftiert und gefoltert, 1936 ins KZ Sachsenhausen deportiert, wo er in Isolationshaft schwer misshandelt im Juni 1939 umgekommen ist. Meine Mutter hat im Jahr 2002 den Briefwechsel zwischen Lambert Horn und seiner Schwester, ihrer Mutter, dem Archiv der Gedenkstätte Sachsenhausen übergeben. Aus dem Briefwechsel geht unter anderem hervor, dass sich meine Großmutter intensiv und vergeblich für die Befreiung ihres Bruders eingesetzt hat.

- 4) Vgl. den wesentlich ausführlicheren Wikipedia-Artikel (https://de.wikipedia.org/wiki/Walther_Poppelreuter, zuletzt aufgerufen am 17. 12. 2019). Literatur zu Poppelreuter: Apologetisch: Fink, Gereon R. »Walther Poppelreuter (1886–1939). Anmerkungen zum Titelbild«. In: *Der Nervenarzt*, Bd. 74 (2003), S. 541; kritisch sich auf Fink beziehend Frommelt, Peter. »Walter Poppelreuter. Leserbrief zum Beitrag von G. R. Fink«. In: *Der Nervenarzt*, Bd. 74 (2003), S. 1137; Orth, Linda. »Walther Poppelreuter«. In: *Der Nervenarzt*, Bd. 75 (2004), S. 609 f. Grundlegend: Forsbach, Ralf. *Die Medizinische Fakultät der Universität Bonn im »Dritten Reich«*, München: Oldenbourg 2006
- 5) Vgl. dazu Rickels, Laurence A. *Nazi Psychoanalysis. Band I: Only Psychoanalysis Won the War*, Minneapolis, London: University of Minnesota Press 2002 (darin im übrigen auch einige Ausführungen zu Poppelreuter). Und vgl. Korn, Salomon. »Auch Freudianer sind gut im Verdrängen«. In: *Die Zeit* 7/2019 (<https://www.zeit.de/2019/07/psychoanalyse-nationalsozialismus-sigmund-freudgleichschaltung-verdraengung/komplettansicht>, abgerufen am 16. 12. 2019)
- 6) <https://www.haaretz.com/us-news/.premium-america-s-drmengele-the-jewish-biochemist-who-experimented-on-thousands-1.8260541> (abgerufen am 16. 12. 2019)
- 7) Freud, Sigmund. »Zur Psychopathologie des Alltagslebens«. In: *Gesammelte Werke*, chronologisch geordnet. Hg. von Anna Freud. London: Imago 1952, Band IV, S. 280

Rezensionen

Witte, Sonja: *Symptome der Kulturindustrie. Dynamiken des Spiels und des Unheimlichen in Filmtheorien und ästhetischem Material*. transcript, Bielefeld 2018

Von Hilmar Schmiedl-Neuburg

Kritik der Kulturindustrie und Wissenschaftskritik – diese beiden Motive bilden den Grundakkord von Sonja Wittes *Symptome der Kulturindustrie*. Beide Motive werden von Witte nicht direkt, sondern umwegig, anhand einer psychoanalytischen Untersuchung künstlerischen und filmwissenschaftlichen Materials, entwickelt.

In den zwei Hauptteilen der Arbeit kontrastiert Witte dazu jeweils filmwissenschaftliche Texte, Filme und Kunstperformances miteinander. So konstatiert sie im ersten Teil wissenschaftliche Texte Cesare Musattis (ein Vertreter der »Filmologie«, einer französischen Strömung der Filmtheorie Mitte des 20. Jahrhunderts, in der die welterschließende und vom kapitalistischen Arbeitsleben befreiende Funktion des Kinos betont

wird) mit Performances, Aktionskunst und Inszenierungen des spanischen Konzeptkünstlers Santiago Sierra. Im zweiten Teil lässt sie experimentelle Foto-Filme der Berliner Künstlergruppe *Die tödliche Doris* und Jean-Pierre Jeunets Film *Die fabelhafte Welt der Amélie* (2001) den Texten von Jean-Louis Baudry begegnen (Baudry ist ein Vertreter der »Apparatusdebatte«, einer Schule der Filmtheorie, die die Beschränkungen der Weltsicht durch das kapitalistisch formierte Kino betont).

Auch wenn diese Untersuchungen kunst- und filmwissenschaftlich sehr anregend sind, geht es Witte aber dezidiert nicht um einen Beitrag zu kunst- und filmwissenschaftlichen Debatten. Sowohl Filme und Aktionskunst

als auch filmwissenschaftliche Texte sind ihr vielmehr Produkte der Kulturindustrie bzw. der Wissenschaft. Anhand der beispielhaften psychoanalytischen Untersuchung dieser Produkte unternimmt es Witte, das Unbewusste der sie produzierenden Kulturindustrie und Wissenschaft aufzudecken. Psychoanalytisch ist dies aber nur umwegig, umkreisend möglich, indem statt der konkreten inhaltlichen Auseinandersetzungen in diesen Produkten der »Abhub« (Freud/Adorno) dieser filmisch-filmwissenschaftlichen Debatten ihre Aufmerksamkeit finden – das heißt, das scheinbar Nebensächliche, etwa stilistische Eigenheiten der Filme oder auffällige sprachliche Wendungen in den filmwissenschaftlichen Texten, wie Musattis häufige Redensart »Mehr als nur, aber nicht Zuviel« oder Baudrys oft verwandte Formel »Quasi«. Wie der Psychoanalytiker im scheinbar Unbedeutenden in den Äußerungen seines Patienten dessen Symptomatik und ihre Ursachen aufspürt, so liest auch Witte die künstlerisch, bzw. filmisch-filmwissenschaftlichen Debatten symptomatisch auf ihre latenten Gehalte, ihre unbewussten Motive hin.

Bei diesen (Psycho)Analysen der betrachteten Filme, der Aktionskunst und wissenschaftlichen Texte stößt Witte vor allem auf zwei Motivkomplexe. In den Untersuchungen des kulturindustriellen (Filme/Aktionskunst) und wissenschaftlichen (filmwissen-

schaftliche Texte) Materials des ersten Teils konturiert sich das Motiv des Spiels in Verbindung mit dem Motiv der Grenzüberschreitung heraus; im zweiten Teil erscheint hingegen das Motiv des Unheimlichen im Verein mit dem Motiv des Bruchs. Beim Motiv des Spiels geht es aber nicht um spezifische Spiele, sondern um das Spielen und das Spielerische schlechthin, das im Spiel in schöpferisch-befreiender Weise Grenzen überschreitet. Für Witte zeigt sich so, wie die Figur des grenzüberschreitenden und so schöpferischen Spiels nicht nur Fundament und Treibstoff der Kulturindustrie ist, sondern auch deren Kritik ermöglicht. Das Unheimliche hingegen ist die (todestriebhafter) Kehrseite des (lebenstriebshaften) Spiels. Auch das Unheimliche ist verbunden mit Überschreitung, hier jedoch in Form des Bruchs oder ängstigenden Einbruchs in unser Erleben. In ihm kehrt das gesellschaftlich Ausgegrenzte und Entfremdete, das dem Subjekt wie der Gesellschaft Unbewusste, wieder.

In diesen Motiven des grenzüberschreitenden Spiels und des einbruchhaften Unheimlichen zeigen sich so für Witte unbewusste, triebhafte Dynamiken der Kulturindustrie, die sich untergründig in Kreativität, Kritik, Transgression, Entfremdung und Exklusion in der Gesellschaft ausspielen. Diese Einsichten in das Verhältnis zwischen dem Unbewussten der Gesellschaft und der Kulturindus-

trie eröffnen sich für Witte auf dem theoretischen Hintergrund einer Verflechtung von Adornos Kritischer Theorie und seiner Kritik an der Kulturindustrie mit der Psychoanalyse Freuds. Adornos kritische Überlegungen zur Kulturindustrie werden aktualisiert, während die Psychoanalyse in ihrem kultur- und ideologiekritischen Potenzial akzentuiert wird. Das Gespräch zwischen beiden Denkschulen erfolgt dabei mit besonderer Aufmerksamkeit für gemeinsame emanzipatorische und theoretisch-methodologische Anliegen. Witte erneuert damit den komplexen Austausch zwischen Psychoanalyse und Kritischer Theorie in einer Zeit, in der diese beiden kritischen Strömungen wissenschaftlich, gesellschaftlich und kulturell marginalisiert werden und zugleich mehr denn je nötig sind.

Doch Wittes Arbeit widmet sich nicht nur der psychoanalytischen Kulturkritik in Form einer Kritik der Kulturindustrie, sondern auch der psychoanalytischen Kritik der Wissenschaft. Wie das kulturindustrielle (hier beispielhaft die Filme und Performances) ist auch das wissenschaftliche Material (hier die filmwissenschaftlichen Texte), unbeschadet seiner Wahrheitsgehalte, motiviert durch triebhafte unbewusste Zwecksetzungen, Prozesse und Strukturen. Diese unbewussten Motive wissenschaftlichen Denkens zeigen sich Witte zufolge als spurenhafte Irritationsmomente in wissenschaftli-

chen Texten, wie etwa auffällig oft auftretenden sprachlichen Wendungen (z. B. »Mehr als nur, aber nicht zu Zuviel« bei Musatti, »quasi« bei Baudry), die durch Wittes symptomorientierte Analyse sichtbar gemacht und in ihrer grenzthematisierenden Rolle (Spiel/Transgression, Unheimliches/Einbruch) untersucht werden.

Am eindrücklichsten zeigen sich jedoch diese unbewussten Motive wissenschaftlichen Arbeitens in Wittes wissenschaftskritischer Selbstreflexion ihrer eigenen wissenschaftlichen Arbeit an *Symptome der Kulturindustrie*. Denn Witte untersucht auch ihr eigenes wissenschaftliches Denken, Arbeiten und Schreiben psychoanalytisch auf seine unbewussten Momente und Dynamiken hin. In ihrer Auswahl des künstlerischen Materials, in ihren in den Analysen fokussierten Symptomen, in ihren themen- und tagesabhängig auffällig verschiedenen Vorgehensweisen des Umschreibens und Revidierens ihrer eigenen Texte, in ihren (affektiven) Gegenübertragungsreaktionen gegenüber dem untersuchten Material und dem eigenen Text, in den Schwierigkeiten und Leichtigkeiten ihres Schreibprozesses, in den stilistischen Eigenarten ihrer eigenen Texte sowie in den nachträglich auffallenden thematischen Auslassungen und Ausschweifungen, in der Rolle gesellschaftlicher Herrschaftsprozesse in der Produktion einer Dissertation (etwa im

Betreuungsverhältnis) – in all dem zeigt sich Witte das entfremdet Unbewusste, d. h. die verleugnete, verdrängte Kehrseite wissenschaftlicher Forschung, die Forschung aber mit berücksichtigen muss, einschließlich der auch der Wissenschaft zugrunde liegenden unbewussten triebhaften kulturellen Dynamiken, am Beispiel der eigenen Arbeit an diesem Thema.

Wittes Arbeit erforscht auf diese Weise luzide die Verschlingungen zwischen dem Unbewussten, dem einzelnen Subjekt, dem wissenschaftlichen Denken und den kulturellen Dynamiken moderner kapitalistischer Gesellschaften und setzt gleichzeitig methodisch Maßstäbe kritischer, psychoanalytisch-reflektierter Kultur- und Sozialwissenschaft. —

Herzog Dagmar: *Lust und Verwundbarkeit – Zur Zeitgeschichte der Sexualität in Europa und den USA*. (Reihe: Jena-Center. Geschichte des 20. Jahrhunderts. Vorträge und Kolloquien; Bd. 24.) Wallstein, Göttingen 2018, 238 Seiten

Von Sonja Witte

Zu Beginn der 1960er Jahre beschreibt Adorno eine Zwiespältigkeit der Sexualmoral, die auch aktuell Geltung hat. In sexuelliberalen Zeiten – in denen »jedes materiell von den Eltern einigermaßen unabhängige Mädchen seinen Freund hat« – sei jenes »Moment des Unanständigen«, welches »Freud bei seinem Versuch, das spezifisch Sexuelle zu beschreiben« hervorgehoben hatte, »geschwunden«,¹ Einerseits. Andererseits aber erregten »Restbereiche« »des gesellschaftlich Anstößigen« umso heftiger Abscheu; was am »Sexus [...] anders ist, bleibt ein allergischer Punkt«.²

Um solcherart »allergische Punkte« des Sexuellen drehen sich die Arbeiten der US-amerikanischen Historikerin Dagmar Herzog, in die der 2018 im Wallstein

Verlag erschienene Sammelband *Lust und Verwundbarkeit – Zur Zeitgeschichte der Sexualität in Europa und den USA* einen thematisch weit gefächerten Einblick gibt. An diversen Phänomenen zeigt Herzog, inwiefern Errungenschaften sexueller Freiheiten mit Gegenbewegungen und Backlashes immer wieder und bis heute verzahnt sind – wenn etwa, im Zeichen derzeit erstarkender politischer Religiosität, der Kampf für Behindertenrechte auch im Namen einer »großangelegte[n] Attacke« (S. 66) gegen reproduktive Selbstbestimmung geführt wird.

Ambivalenzen und Widersprüche gegenwärtiger und vergangener gesellschaftlicher Diskurse in den Blick nehmend, kann dabei Herzogs Perspektive

bei den LeserInnen zunächst Skepsis gegenüber gängigen wissenschaftlichen Glättungen der Sexualitätsgeschichte wecken. So erscheint diese bei Herzog weder im Licht der Annahme ungebrochener Liberalisierung sexueller Beziehungen noch reduziert auf die neoliberalen Zurichtungen des Sexus. Wobei sich die Autorin keineswegs als neutrale Beobachterin präsentiert. Das Versprechen von Freiheit gerade in seiner Umstrittenheit erscheint als Fluchtpunkt ihrer Betrachtungen, als »kostbares und – ja, auch – moralisches Ziel, das es immer wieder hartnäckig zu verteidigen gilt« (S. 125). Und so möchte Herzog ihre Arbeit auch verstanden wissen als »Tribut« an eine »Einstellung«, die sie mit der Erinnerung an eine Bemerkung von Herbert Jäger verbindet: »Ich kann mir vorstellen, in einer sexuell freieren Gesellschaft hätte so ein System wie Auschwitz nicht entstehen können.« (S. 213)

Es ist eben diese Überzeugung, welche sie ins Zentrum ihrer Forschung zu den diskursiven Kreuzungen und Überlappungen von Sexualität und deutscher »Vergangenheitsbewältigung« stellt: Jedoch gerade nicht als Beschreibung historischer Realität (denn die »meiner Arbeit zugrundeliegenden Quellenberge« zeigten »ganz andere Evidenzen«, S. 213 f.), sondern als eine Fiktion. Stets geht es Herzog um die Frage: Welche Fiktionen kursieren über geschichtliche Zusammenhänge? Und vor allem: Inwiefern

werden gesellschaftliche Transformationen entscheidend durch Fantasien und (Um-)Deutungen der Geschichte ermöglicht und angeschoben? Es ist ihre, in der Monografie »Sex after Fascism – Memory and Morality in Twentieth-Century Germany«³ entfaltete, zentrale These, dass die Interpretation, »Auschwitz sei eine Folge sexueller Unterdrückung gewesen und die sexuelle Befreiung könne daher ein neues Auschwitz verhindern, etwas bewirkt [hat] – obwohl es eine Fiktion war« (S. 213).

In der vorliegenden Textsammlung, die anlässlich von Herzogs Gastsemester am *Jena Center Geschichte des 20. Jahrhunderts* (2015/16) publiziert wurde, wird u. a. diese These wieder aufgegriffen. Insgesamt sieben Aufsätze, ein Interview (geführt von Norbert Frei, Tobias Freimüller und Robert Pursche) und eine Bibliografie sind in dem Band versammelt, der mit einem Nachwort von Norbert Frei schließt. Die Texte, und auch das Interview, führen durch verschiedene Themenfelder Herzogs: Sexualität im postfaschistischen Deutschland, europäische Sexualitätsgeschichte, Geschichte der Sexualwissenschaft, Interferenzen von Diskussionen um Reproduktion und Behinderung sowie zur Geschichte der Psychoanalyse. Letztere ist Gegenstand zweier Aufsätze. In *Freud's »Cold War«* geht Herzog der »Christianization and Deseexualization of Psychoanalysis in

the Postwar United States« nach (S. 128–159) und in *Von Ödipus zu Narziss* verfolgt sie Spuren der »bemerkenswerte[n] Beständigkeit der Homophobie in der Psychoanalyse« (S. 160–184). Sie untersucht dabei, »welche Effekte die großen historischen Transformationen auf die psychoanalytische Theorie hatten« (S. 220) und eröffnet nicht nur für psychoanalytisch interessierte LeserInnen in dieser Hinsicht überraschende Zusammenhänge. Sind es die von Adorno als »allergische Punkte« bezeichneten konflikthaften Konstellationen im Bereich der Sexualität, denen Herzog Aufmerksamkeit schenkt, so lässt sich überdies aus psychoanalytischer Perspektive fragen, was deren Anziehungskraft (für das wissenschaftliche Interesse wie für gesellschaftliche Aushandlungsprozesse) ausmacht. Auch der Psychoanalyse eröffneten sich neue Wege der Erkenntnis, indem sie sich, wie Freud an Fließ schrieb, freizumachen verstand von »der Geringschätzung der Fantasie«⁴ – was hinsichtlich des Verstehens historischer Prozesse auch bedeuten kann: Fiktionen als Medium zu begreifen, durch welches hindurch sich gesellschaftliche Prozesse vollziehen. »Foucault hilft uns dabei, den Kampf um die Wahrheit und die Instabilität der Wahrheit zu verstehen. Aber noch wichtiger ist gegenwärtig Freud, der uns helfen kann, Aggression und Trauma zu verstehen.« (S. 226) —

- 1) Adorno, Theodor W. (1963) »Sexualtabus und Recht heute«. In: Ders. *Kulturkritik und Gesellschaft II*. Gesammelte Schriften Bd. 10. 2. Frankfurt am Main 1997, S. 533–554, hier S. 534 f.
- 2) Ebd., S. 535
- 3) Herzog, Dagmar. *Sex after Fascism – Memory and Morality in Twentieth-Century Germany*. Princeton, New Jersey 2005
- 4) Freud, Sigmund. *Briefe an Wilhelm Fließ, Abhandlungen und Notizen (1887–1904)*. Hrsg. J.M. Masson. Frankfurt am Main 1986, S. 440

Bertschinger, Matthias: *Freiheit und Krisis – Psychoanalyse des Autoritarismus und psychoanalytische Rechtsanthropologie*. Schwabe, Basel 2020, 566 Seiten

Von Peter Widmer

Es ist ein sehr schön gemachtes Buch, das uns der Autor und der Schwabe Verlag präsentieren, mit einer beträchtlichen Seitenzahl, einem umfangreichen Literaturverzeichnis, mehr als tausend Fußnoten und einem achtseitigen Autorenregister. All das weckt Erwartungen, erst recht, wenn Titel und Untertitel des Buchs ernst genommen werden. Unwillkürlich denkt man an die Studien von Adorno und Horkheimer über den autoritären Charakter, an die antiautoritäre Bewegung der 68er Jahre und all die Literatur, die über weite Strecken psychoanalytisch inspiriert war. Auch das Geleitwort von Daniel Hell – dem früheren Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, besser bekannt unter dem Namen »Burg-hölzli«, und heutigem Leiter einer

privaten psychiatrischen Klinik (Hohenegg) – bestätigt die hohen Erwartungen: Es ist voller Empfehlungen für das Buch, das einen hohen Erkenntnisgewinn verspreche, auch werde man Zeuge eines verheißenen Neuanfangs, denn Bertschinger setze im vorliegenden Werk da an, wo andere aufhörten. Seine fundamentale Kritik am modernen Rechtsverständnis basiere auf der Überzeugung, dass in der modernen Rechtstheorie und ganz allgemein in der heutigen Soziokultur Grundlegendes von dem, was den Menschen letztlich ausmache, verdrängt werde (S. 13). Hell weist vor allem auf die Tragweite von Begegnungen hin, die in unterschiedlichen Ansätzen in Philosophie, Anthropologie, Daseinsanalyse und Psychoanalyse herausgearbeitet,

aber in den Rechtswissenschaften nicht die Beachtung gefunden hätten, die sie verdienen würden.

Bertschinger beginnt seine Ausführungen, indem er einen weiten Horizont absteckt: »Dabei bedient sich die vorliegende Analyse sinnkritisch-psychoanalytischer, existenzial-ontologischer, phänomenologisch-hermeneutischer sowie ideologiekritischer und sprachanalytischer Methoden« (S. 17). Damit beginnt das, was seinen Ausführungen nicht gut bekommt: Sie werden eklektisch, er hüpfert von einem Zitat zum anderen, so, als ob alle Autoren, von der Antike bis in die Moderne, dasselbe erkannt und gesagt hätten, nämlich dass es im Menschen etwas Unverfügbares gibt, die Freiheit, die Bertschinger – darin liegt andererseits eine Stärke des Buchs – nicht idyllisch auffasst, sondern als Trauma.

Zu welch grotesken Aussagen sein Eklektizismus führt, lässt sich an zwei Beispielen darstellen, die stellvertretend für viele andere stehen:

»Lacan beerbt Sartre, Sartre beerbt Heidegger und Heidegger beerbt – parasitär (Rentsch), ohne dies explizit zu machen – die gesamte philosophische und theologische Metaphysik.« (S. 92)

oder:

»Als Über-Ich-Diskurs verstand Hegel das Recht (den

Rechtsdiskurs) als eine – in einem *epistemologischen, transethischen* (also *nicht-normativen*) Sinn – *falsche Praxis*, die die Einsicht in die Bedingungen der menschlichen Freiheit blockiert und zu einer pathologischen Lebensform führt.« (S. 520)

Folgt man seinem Verständnis von Freiheit, so werden Anlehnungen an Heidegger erkennbar, an die Differenz zwischen Ontologischem und Ontischem, an die Auffassung, dass der Mensch die Freiheit nicht hat, sondern die Freiheit ihn hat. Mit dieser These konfrontiert er die Psychoanalyse, wobei vor allem Freud, Fromm und Lacan als Referenz dienen. Dabei kommt eine Schwäche seiner Argumentation zum Vorschein, die schwerer wiegt als der Eklektizismus. Sein Verständnis von Psychoanalyse ist miserabel und beeinträchtigt seine Argumentation empfindlich. Dazu ein paar wenige Beispiele, sie ließen sich vervielfachen. So sagt er über Freuds Triebverständnis:

»Freuds Hermeneutik des Triebwunsches reduziert den Menschen auf ein Tier.« (S. 471)

Von der grundlegenden Unterscheidung zwischen Instinkt und Trieb scheint Bertschinger noch nie etwas gehört zu haben. Unhaltbar ist sodann sein Verständnis von Psychose:

»Neurose hat die Psychose, den Realitätsumbau, zur Grundlage, und Psychose rebelliert gegen die präpsychotische Öffnung des Geistes ...« (S. 65)

oder:

»Beim Fallen in Lacans ›Psychose‹ fällt das Subjekt nicht aus dem Symbolischen (verstanden als Sprache, Logos) heraus, sondern im Gegenteil *überhaupt erst* in einer ausgesetzten Weise in die Sprache *hinein*. Sprache ist dann *mehr* als eine Sprache des Über-Ich-Diskurses.« (S. 440)

In einem solchen Zitat lässt sich beim besten Willen nicht einmal eine entstellte Wahrheit finden. Das gilt auch für seine Gleichsetzung von hysterischem Diskurs mit Psychose (S. 206) oder die Behauptung, dass die Diskurstheorie nur das Vernunft-Ich, nicht auch das kastrierte Ich kenne (S. 402). Wenn man auch nur ein bisschen Ahnung hat von Lacans Diskursmathemen, weiß man, dass das schräggestrichene Subjekt eben gerade das kastrierte Subjekt ist, das deshalb nach Objekten sucht, die Lacan mit dem Buchstaben *a* (für *autre*, anderer) abkürzt. Unverzeihlich ist auch, wie er, man muss schon sagen: unverfroren über die Liebe spricht, wie Lacan sie aufgefasst habe:

»Die lacanianische Psychoanalyse kennt *keine Freiheit oder Liebe*, verstanden als Transzendieren oder *In-der-Welt-sein* – es sei denn als präpsychotische Dekompensation, die Lacan ›Psychose‹ nennt.« (S. 364)

Aber seine Ignoranz, die er oft mit blühender Fantasie überdeckt, gilt nicht nur Freud oder Lacan, sondern auch Philosophen. Dazu ein letztes Beispiel:

»Mit Hegel fing eine Austreibung des Absoluten aus der Philosophie an, die sich heute als *Absenz der Theorie* präsentiert ...« (S. 295)

Wenn einer Denker des Absoluten genannt werden könnte, dann gewiss Hegel. Da nimmt einer den Mund zu voll, überfordert sich massiv, obwohl er den Eindruck erweckt, den Leser zu überfordern, der ob so vieler Autoritäten, die er zitiert und so vielen Begriffen, die er braucht (Kenosis, Metanoia, Aletheia, Kairos, Ananke, Plethora, Ekstatis und andere) sich recht ungebildet vorkommt und froh ist, ab und zu einem Gedanken folgen zu können. Dass sich mit zunehmender Lektüre kein Zuwachs an Vertrauen in Bertschingers Aussagen ergibt, liegt auch daran, dass er häufig auf Sekundärliteratur zurückgreift, wenn es geboten wäre, Originale herbeizuziehen. So ergibt sich der Eindruck einer Beliebigkeit des

Zitierens, um nicht einen stärkeren Ausdruck zu verwenden.

Das alles schadet vor allem Bertschingers Intention, für die Schwachen, Rechtlosen einzustehen, den Autoritarismus zu bekämpfen, ihnen nicht, wie es so viele tun, eine Stimme zu leihen, sondern sie aufzufordern, ihre Stimme im eigenen Namen zu erheben, sich nicht unterkriegen zu lassen.

Er geht diese ethisch begründete Überzeugung von zwei Seiten an: Einerseits versucht er, die Abwehr der Freiheit aufzudecken, die eng mit der Erfahrung von Unvollkommenheit, Mangel, Angewiesensein auf Andere, kurzum: mit Schwäche, Hilflosigkeit verknüpft ist. Er macht hier auch Bezüge zum Kapitalismus, der diese Abwehr stützt, aber er zeigt auch, dass die menschlichen Unzulänglichkeiten dadurch abgewehrt werden, dass diese Züge, die bei sich selbst so schwer zu ertragen sind, auf andere überwälzt werden, sodass Projektionen auf die Schwachen entstehen, Rassistheorien, Geringschätzungen und Ausgrenzungen von Flüchtlingen, Verachtung von Frauen, Gewalt und anderes mehr. An dieser Stelle ließen sich noch viel mehr Bezüge zwischen Daseinsanalytik und Psychoanalyse herstellen, sie setzen aber ein anderes Vertrautsein vor allem mit Psychoanalyse voraus. Andererseits wendet sich der Autor nicht nur an die Intellektuellen, sondern auch an diejenigen, die sich nicht getrauen, ihre

Stimme zu erheben, sich Gehör zu verschaffen und bloß über ihre Position, Opfer zu sein, klagen. Für sie hat Bertschinger sogar einen Imperativ erfunden, etwas umständlich formuliert:

»Wehre nicht stellvertretend in Intellektuellen, die ihre Stimme gegen Hass und Ausschluss erheben, das Wissen ab, dass Du Deine eigene, unverfälschte Stimme nicht erhebst.« (S. 373) —

Zum Tod von Hermann Lang

In der vergangenen Silvesternacht ist Hermann Lang in Würzburg in seinem 82. Altersjahr gestorben. Für die Geschichte der Lacan-Rezeption im deutschsprachigen Raum war sein Buch *Die Sprache und das Unbewusste* von eminenter Bedeutung. Nach seiner Ausbildung zum Arzt studierte er bei Hans-Georg Gadamer Philosophie; dieser machte ihn auf die in Paris entstehende psychoanalytische Bewegung, in deren Zentrum Jacques Lacan stand, aufmerksam. Hermann Lang ging nach Paris, lernte dort Lacan und dessen Lehre kennen und schrieb danach die erste deutschsprachige Darstellung, die auch deutliche Züge der Philosophie Gadamers aufweist. Nach seiner psychoanalytischen Ausbildung und seiner Habilitation wurde er Leiter der Abteilung für Psychotherapie und Medizinische Psychologie an der Universität Heidelberg, bevor die Universität Würzburg ihn 1990 zum Professor für Psychotherapie und Medizinische Psychologie wählte. Hermann Lang blieb der Lacan'schen Lehre bis zum Ende seines Lebens verbunden, was sich in seinen Publikationen, in seinem Interesse für den *RISS*, in seiner Mitgliedschaft der AFP und seiner außeruniversitären Tätigkeit zeigte. Mit ihm verlieren wir einen freundlichen und humorvollen Menschen, der ein sehr aufmerksamer Zuhörer und das Gegenteil von einem Dogmatiker war. Ich verdanke ihm viel, er war es, der eine Anfrage zu einer zweiten Monografie über die Lacan'sche Psychoanalyse ablehnte und stattdessen mich empfahl, was Voraussetzung für die Entstehung von *Subversion des Begehrens* war. Auch später blieben wir im Austausch, der in den letzten Jahren geringer wurde. Eine Einladung ins Lacan-Seminar konnte er nicht mehr beantworten. Hermann Lang hat insbesondere für die Therapie von Psychosen viel geleistet, sein Werk wird weiterleben. —

Peter Widmer

Abstracts

Alexandre Wullschlegler:
*Psychoanalyse und die
alltägliche Klinik der Zwangs-
maßnahmen in der Psychiatrie*

Der Beitrag beschäftigt sich mit Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. Ausgehend von der alltäglichen Praxis auf einer Akutstation wird der Begriff der psychotischen Übertragung unter einem psychoanalytischen Aspekt beleuchtet. Praktische Ansätze, die aus dieser theoretischen Perspektive abgeleitet werden können, werden auch vorgestellt. Der Beitrag betont den für solche Situationen und Herausforderungen notwendigen Austausch zwischen der Psychiatrie und der Psychoanalyse.
Keywords: Psychiatrie, Akutstationen, Zwang, psychotische Übertragung, Nachbesprechung

* * *

Anne Edan: *Ist der psychoanalytische Diskurs in der Institution hörbar?*

Die Autorin stellt in diesem Beitrag vor, wie der psychoanalytische Diskurs die Behandlung von Jugendlichen, die einen Suizidversuch unternommen haben, unterstützen kann. Von einigen Grundbegriffen und Besonderheiten der Klinik der Jugendlichen ausgehend, beschreibt sie eine Praxis, die versucht, zusammen mit den Jugendlichen einen Raum zu schaffen, in dem ihre subjektive

Erfahrung und ihr Leiden hinterfragt und anders gehört werden können. Anhand klinischer Beispiele veranschaulicht sie, wie diese psychoanalytische Orientierung im Alltag einer Krankenstation verkörpert und gelebt werden kann.

Keywords: Lacan, Vier Diskurse, klinischer Akt, Wiederholung, Angst

* * *

Barry Watt: *Von der Fähigkeit, in Spaltung allein zu sein: Therapeutische Arbeit mit Obdachlosen*

Der Autor arbeitet seit Längerem als analytisch geprägter Psychotherapeut mit sogenannten »Obdachlosen«. Er reflektiert, dass eine solche Arbeit weder mit Konzepten von Eigenschaft und Eigentum noch einer Vorstellung von eigentümlichen Individuen oder, »moderner«, einer Theorie von Subjekten im »Dazwischen« möglich ist. Ihm zufolge würden diese gerade eine neoliberale Ökonomie in die psychoanalytische Arbeit einschleusen. Watt zufolge muss der Therapeut selbst sein psychisches Obdach verlieren, um dem Anderen zu erlauben, in seiner Gegenwart, also einem Spannungsfeld von Bezügen, allein sein zu können.

Keywords: Obdachlosigkeit, Zwischenraum, Eigentum, Spaltung

Interview von Patricia Gherovici und Many Steinkoler mit Dorothee Bonnigal-Katz: *Psychosis Therapy Project: Ein innovatives, psychoanalytisches Behandlungsprogramm*

In diesem Interview stellt Dorothee Bonnigal-Katz das von ihr in London gegründete Psychosis Therapy Project vor. Bei diesem Projekt handelt es sich um ein stadtweites klinisches Angebot langfristiger Therapie für Menschen mit psychotischen Erfahrungen, die zugleich von sozialem Ausschluss bedroht sind. Lacans Psychosentheorie bildet für Bonnigal-Katz' Praxis die entscheidende Grundlage. Sie zeigt dabei auf, inwiefern die Psychose nicht als der Psychoanalyse fernstehend, sondern als ihr Herzstück anzusehen ist.

Keywords: Antipsychiatrie, Laing, Psychose, Metapher, Lacan, Winnicott

Chantal Marazia: *Annäherung an Basaglia. Gedanken zur psychoanalytischen Respektabilität*

Der Beitrag wirft die Frage nach der Aktualität von Franco Basaglias Denken für die heutigen PsychoanalytikerInnen auf. Während in der psychoanalytischen Literatur üblicherweise die Vereinbarkeit der Botschaft Basaglias mit der

Lehre Jacques Lacans hinterfragt wird, wird hier Basaglias Psychoanalysekritik gleichsam programmatisch unvermittelt den PsychoanalytikerInnen übertragen.

Keywords: Franco Basaglia, Psychoanalysekritik, Klassiker, Psychiatriereform

Interview von Aaron Lahl und Alexandre Wullschlegler mit Dorothea von Haebler und Christiane Montag: *Modifizierte Psychosenpsychotherapie: Vorstellung eines psychoanalytischen Einsatzes in der Behandlung von Psychosen*

Die modifizierte Psychosenpsychotherapie [MPP] wurde entwickelt, um Grundlagen psychodynamischer Interventionen im Bereich der Behandlung von Psychosen zu definieren und zu erforschen. Dieses Verfahren stellt auch einen Versuch dar, psychoanalytische – theoretische und praktische – Konzepte und Ansätze für die Psychiatrie zugänglich zu machen. Das Interview stellt Grundlagen und Konzepte der MPP vor und gibt Einblick in Situationen und praktische Interventionen in der Therapie. Darüber hinaus werden auch Perspektiven im Bereich der Zusammenarbeit zwischen Psychoanalyse und Psychiatrie besprochen.

Keywords: Psychose, Dilemma, Mentzos, Winnicott, Bion, Mentalisierung

Judith Kasper und
Karl-Josef Pazzini: *Danke
für Ihren Machtmissbrauch.
Zum Film »12 jours« von
Raymond Depardon*

Eine vierhändige Analyse des jüngsten Dokumentarfilms über Psychiatrie von Raymond Depardon, der ein Gesetz vorführt, das seit 2013 eine gerichtliche Anhörung von zwangseingewiesenen Patienten vorsieht, aufgrund der über ihren weiteren Verbleib in der psychiatrischen Einrichtung entschieden wird. Was als Demokratisierungsmaßnahme eingeführt wurde, wird von Depardon als leeres, legitimistisches Verfahren entlarvt. Die Analyse des Films versucht, leicht versetzt zur Intention des Filmemachers, in den aufgezeichneten Konfrontationen der Psychiatriepatienten mit der durch die anwesenden Richter vertretenen Instanz des Rechts Zwischentöne wahrzunehmen, in denen eine starre Gegenüberstellung infrage gestellt wird. Solche Momente hervorzuheben ist die Aufgabe eines psychoanalytischen Gehörs. Die Form der Anhörung hätte Möglichkeiten, etwas zu öffnen, was, wie der Film zeigt, große Angst erzeugt, die zur Gewalt wird.

Keywords: Psychiatrie, Justiz, Film, Frankreich

Judith Kasper: *Abwehr und
Erreichbarkeit. »Psychiatrie«
als Heimsuchung*

Der Essay berichtet von einer Forschung an Krankenakten aus dem 19. Jahrhundert, die im Archiv des ehemaligen psychiatrischen Krankenhauses San Lazzaro in Reggio Emilia (Italien) aufbewahrt sind. Der Fokus liegt dabei auf der Frage, wie sich diese Forschung auf die Subjektivität der Forscherin ausgewirkt hat, in welcher Weise sich die Beschäftigung mit diesem Diskurs verbunden hat mit ihrer Familiengeschichte und anderen Momenten der Berührung mit dem Signifikanten und/oder der Realität, die als »Psychiatrie« bezeichnet wird. Keywords: Psychiatriegeschichte, Übertragung, NS-Psychiatrie, Psychoanalyse, Angst, Wahn

* * *

Eric Porge: *Die Krankenvorstellung – eine Klinik
der Vorstellung*

Die Krankenvorstellung als eine in Medizin und Psychiatrie altergebrachte Praxis dient der Veranschaulichung einer Pathologie. Porge weist erneut auf deren Fruchtbarkeit hin, wenn man auch zunächst den Eindruck haben kann, dass sie weder mit Psychoanalyse noch mit Therapie etwas zu tun hat. Hingewiesen wird auf die berühmten Vorstellungen Charcots und deren Transkription

von Freud mit jeder Menge origineller Randbemerkungen.

Dies zeigt Porge anhand der Praxis und den Bemerkungen Lacans, der den Stil der Krankenvorstellung im Vergleich zur universitären Praxis radikal verändert hat. Auch nach seiner Arbeit im Krankenhaus setzte er diese Praxis (trotz Kritik, vor allem seitens Maud Mannoni) von 1953 bis kurz vor seinem Tod fort. Die Krankenvorstellungen sind fester Bestandteil seiner Lehre: Sie bilden einen eigenständigen klinischen Korpus, auf den er für seine theoretischen Ausarbeitungen stets zurückgreift.

Ganzer Text online unter <https://www.risszeitschriftfuerpsychoanalyse.org/eriss>

Keywords: Krankenvorstellung, Medizin, Psychiatrie, Psychoanalyse, Lacan

Bonnigal-Katz, Dorothée,
ist Psychoanalytikerin und
Supervisorin. Sie arbeitet zudem
als Übersetzerin in den Bereichen
Philosophie und psychoanalyti-
sche Theorie und ist Mitherausge-
berin von: *Sitegeist: A Journal of
Psychoanalysis and Philosophy*.
In London hat sie das *Psychosis
Therapy Project* gegründet und
ist dessen klinische Leiterin.

Coelen, Marcus,
ist Psychoanalytiker in Berlin
und New York. Lehrt derzeit im
Psychoanalytic Studies Program
der Columbia University New
York. Übersetzer und Herausgeber
von Maurice Blanchot (*Das Neu-
trale*. Zürich und Berlin 2008;
Vergehen, Zürich und Berlin
2011). Veröffentlichungen u. a.

zu Proust und zum Verhältnis von literarischem Schreiben und Psychoanalyse. Mitherausgeber der Reihe Neue Subjektile im Verlag Turia+Kant, Wien und Berlin.

Edan, Anne,
Dr. med., ist Psychiaterin und Psychoanalytikerin. Sie ist Oberärztin an der Klinik für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie der Universitätsklinik Genf.

Gherovici, Patricia,
ist Psychoanalytikerin und Supervisor. Mitbegründerin und Direktorin der Philadelphia Lacan Group und Associate Faculty, Psychoanalytic Studies Minor, University of Pennsylvania (PSYS), ehrenamtliches Mitglied bei IPTAR, dem Institut für psychoanalytisches Training und Forschung in New York City, Mitglied der *Après-Coup Psychoanalytic Association* New York und Gründungsmitglied von Das Unbehagen. Zu ihren Publikationen zählen unter anderem: *The Puerto Rican Syndrome* (Other Press: 2003), Gewinner des Grady Award und des Boyer Prize, ebenso wie *Please Select Your Gender: From the Invention of Hysteria to the Democratizing of Transgenderism* (Routledge: 2010). Sie hat zwei bearbeitete Sammelbände veröffentlicht (gemeinsam mit Manya Steinkoler) *Lacan On Madness: Madness, Yes You Can't* (Routledge: 2015) und

Lacan, Psychoanalysis and Comedy (Cambridge University Press: 2016). Ihre jüngste Veröffentlichung: *Transgender Psychoanalysis: A Lacanian Perspective on Sexual Difference* (Routledge: 2017). In der letzten Ausgabe des *RJSS* (Nr. 91) erschien von ihr der Artikel *Lacans Gender Trouble: Henri und Michel H.*

von Haebler, Dorothea,
Prof. Dr. med., ist Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, psychodynamische Einzel- und Gruppenpsychotherapeutin, Universitätsprofessorin, Studiengangsleiterin für den Masterstudiengang Integrierte Versorgung psychotisch erkrankter Menschen an der International Psychoanalytic University (IPU) sowie Oberärztin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Berlin.

Kasper, Judith,
ist Professorin für Allgemeine und Vergleichende Literaturwissenschaft an der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Sie arbeitet im Schnittfeld von Psychoanalyse und Philologie. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich der Holocaust-Studies und der Trauma-Theorie, der Literatur- und Übersetzungstheorie sowie der Lyrik.

Lahl, Aaron,
ist Psychologe und arbeitet zu verschiedenen Themen im Bereich Psychoanalyse und Sexualität. Veröffentlichungen: *Psychoanalyse und männliche Homosexualität: Beiträge zu einer sexualpolitischen Debatte* (Gießen 2019: Psychosozial, gemeinsam herausgegeben mit Patrick Henze und Victoria Preis), »Analyzing Queer« in Amelung, Till Randolph (Hg.): *Irrwege – Analysen aktueller queerer Politik* (Berlin 2020: Querverlag) sowie Rezensionen, Übersetzungen und Artikel für den RISS. In der letzten Ausgabe des RISS (Heft 91) verfasste er den Beitrag *Please Select Your Lacan: Eine Auseinandersetzung mit Marcel Czermak und Patricia Gherovici*.

Marazia, Chantal,
hat Philosophie und Wissenschaftsgeschichte studiert. Seit 2017 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte Theorie und Ethik der Medizin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Montag, Christiane, PD Dr. med., ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalytikerin, sowie leitende Oberärztin an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus, Berlin.

Pazzini, Karl-Josef,
studierte Philosophie, Theologie, Erziehungswissenschaft, Mathematik, Kunstpädagogik. Arbeitet als Psychoanalytiker in Hamburg und Berlin. Er war von 1993 bis 2014 Professor für Bildende Kunst und Erziehungswissenschaften an der Universität Hamburg. Arbeitsschwerpunkte sind Bildung vor Bildern, Psychoanalyse & Lehren, Heilsversprechen, psychoanalytisches Konzept der Übertragung, Pornographie.

Porge, Erik,
ist Psychoanalytiker in Paris. Er ist Herausgeber der Zeitschrift *Essaim* und war bis zu ihrer Auflösung Mitglied der *École freudienne de Paris*. Er ist Mitglied der psychoanalytischen Vereinigung *L'instance lacanienne*. Als Psychiater leitete er ein *Centre Médico-Psychologique* für Kinder und Jugendliche. Autor zahlreicher Publikationen von *érès*, darunter *Le ravissement de Lacan* (2015) und *La sublimation, une érotique pour la psychanalyse* (2018).

Savino, Giancarlo
ist in Napoli geboren und lebt und arbeitet seit 1996 in Rom. Sehr früh begann er künstlerisch zu arbeiten – über die Malerei hinaus auch in der Musik, der Poesie, dem Theater und der Bildhauerei. Alle diese Interessen wirken dabei zusammen und führen ihn zu einer komplexeren Reflexion.

Seine Arbeiten wurden u.a. in der KunstHalle in Berlin, im Palazzo delle Esposizioni in Rom, im Palazzo die Sette in Orvieto, im Museo Canonica in Rom, auf der 54. Biennale in Venedig, im Palazzo delle Esposizioni in Turin und in der Gallery of Art Temple University in Rom ausgestellt.

Schmiedl-Neuburg, Hilmar, ist Privatdozent am Philosophischen Seminar der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und Lecturer am Philosophy Department der University of Massachusetts Boston; Dozent am John-Rittmeister-Institut für Psychoanalyse, Kiel, und Lehrbeauftragter im Studiengang Klinische Psychologie und Psychotherapie der MSH Medical School Hamburg. Veröffentlichungen u. a.: Philosophie und Literatur (2019) hg. mit B. Kaiser; Philosophie, Psychoanalyse, Kultur (2017), hg. mit M. Böge; »Negative Theologie bei Adorno, Derrida, Wittgenstein und Heidegger«, in: R. Gutschmidt & T. Rentsch: *Gott ohne Theismus* (2016).

Schwaiger, Bernhard, Dr. phil., arbeitet als Psychoanalytiker in Berlin, ist zudem psychologischer Psychotherapeut und arbeitet in der Justizvollzugsanstalt Neustrelitz. Er ist Vorsitzender der Freud-Lacan-Gesellschaft Berlin. Publikation: *Das Begehren des Gesetzes*, transcript, 2008.

Solla, Gianluca, ist Professor für Theoretische Philosophie an der Universität Verona. Er arbeitet im Schnittfeld von Philosophie und Psychoanalyse. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen z. Z. im Bereich der Körpertheorien der Gegenwart sowie der Migration-Studies.

Steinkoler, Manya, ist Dozentin für Englisch am Borough of Manhattan Community College und Psychoanalytikerin. Gemeinsam mit Patricia Gherovici hat sie *Lacan on madness: Madness, yes you can't* (Routledge 2015) und *Lacan on Comedy* (Cambridge University Press, 2016) herausgegeben. Steinkoler hat die Tagung Psychoanalysis on Ice mitorganisiert, die 2014 und 2018 in Reykjavik stattgefunden hat. In New York führt sie regelmäßig Konferenzen zu Themen der Psychoanalyse durch.

Watt, Barry, ist Mitglied von *The Site for Contemporary Psychoanalysis*. Als *Senior Psychotherapist* arbeitet er in dem von Dorothee Bonnigal-Katz geleiteten *Psychosis Therapy Project* und ist zudem Psychotherapeut in der *St. Mungo's Community Housing Association* in London.

Widmer, Peter,
Dr. Phil., ist Initiant und Mitbegründer (mit Dieter Sträuli) der Zeitschrift *RISS*. Psychoanalytiker in eigener Praxis in Zürich. Zahlreiche Lehraufträge und Gastprofessuren. Mitbegründer des Lacan Seminar Zürich und der Assoziation für die Freudsche Psychoanalyse (AFP). Buchpublikationen: *Subversion des Begehrens* (Fischer, dann Turia+Kant); *Angst* (transkript); *Metamorphosen des Signifikanten* (transkript); *Der Eigenname und seine Buchstaben* (de Gruyter).

Wullschleger, Alexandre,
ist Psychiater und Psychotherapeut. Er arbeitet als Oberarzt im akuten psychiatrischen Bereich an der Universitätsklinik Genf. Er leitet dort eine Forschungsgruppe, die sich mit Behandlungsmodellen und der Prävention von Zwangsmaßnahmen im stationären Bereich beschäftigt.

Witte, Sonja,
Dr. phil., ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin im MA Studiengang Kulturwissenschaften – Psychoanalyse & Kultur an der International Psychoanalytic University (IPU) Berlin. Schwerpunkte: Kritische Theorie (des Unbewussten); (Psychoanalytische) Medien- und Kulturtheorie; Sexualitäts- und Geschlechterforschung Zuletzt erschienen: *Symptome der Kulturindustrie – Dynamiken des Spiels und des Unheimlichen in Filmtheorien und ästhetischem Material*, Bielefeld: transcript 2018. <http://www.transcript-verlag.de/978-3-8376-3877-6/symptome-der-kulturindustrie>

RISS 93
Islam

Seit einigen Jahren entstehen im Feld der Psychoanalyse Überlegungen, Texte und Debatten zum Islam, von denen das Heft einige präsentieren will. Es wird um die Frage der Moderne im Islam gehen, um das Thema der Radikalisierung, wie auch um die Stellung der Frauen im Islam sowie um religiöse Überlieferungen – und in all dem auch darum, um es mit einer Formulierung Fethi Benslamas zu sagen, »wie der Islam die Psychoanalyse auf die Probe stellt«.

RISS 94
Bio-Analyse. Genital-
theoretische Spekulationen

Sándor Ferenczi, Freuds waghalsig denkender Schüler, legte 1915 mit *Thalassa* erste genitaltheoretische Spekulationen vor, die mittels Analogien zu analytischen Einsichten die Entwicklungsgeschichte des »Lebewesens Mensch« erläutern wollten. Introjektion des Meeres, Amphimixis des Geschlechtsaktes, allgemeiner Regressionszug alles Organischen – dies sind Blüten seiner begrifflichen Phantasie, die weder Freud noch Lacan noch auch Klein unberührt ließ. Was hat es mit dem Projekt der bioanalytischen Spekulation heute noch auf sich? Welche Versuche gibt es, aus oder zumindest mit der Psychoanalyse Tod, Leben, Organismus, Sexualität und Fortpflanzung zu denken? Wir stellen verschiedene Ansätze vor.

RISS-BEIRAT

Monique David-Ménard (Paris)
Mladen Dolar (Ljubljana)
Maire Jaanus (New York)
Antonello Sciacchitano (Milano)
Sam Weber (Paris)
Slavoj Žižek (Ljubljana)
Hans Saettele (Mexiko)
Juliet Flower Mac Cannell (Irvine)
Bruce Fink (New York)
Renata Salecl (Ljubljana)
Alenka Zupančič (Ljubljana)
Cormac Gallagher (Dublin)

AUTOR*IN WERDEN

Eingeladen zu Beiträgen sind alle, die Texte, kombinierte Text- und Bildbeiträge, auch Audiobeiträge verfassen. Ungefähre Länge: bis 12 Seiten (ca. 30.000 Zeichen).

Wir bitten um gleichzeitige Zusendung eines Abstracts auf Deutsch, Englisch und Französisch (ca. 400 Zeichen), 5 bis 10 Keywords und eines Kurz-Curriculums (ca. 400 Zeichen).

Redaktion:

pazzini.riss@textem.de

Karl-Josef Pazzini

Pestalozzistr. 103

D-10625 Berlin

Details zur Texteingabe finden

Sie auf unserer Homepage

www.

risszeitschriftfuerpsychoanalyse.org

LESER*INNENSCHAFT

Als Leser wünschen wir uns neben praktizierenden Psychoanalytikern jene, die dort arbeiten, wo etwas unerhört ist. Nicht nur Sprachwissenschaftler, Philosophen, Künstler, Kulturschaffende, Pädagogen, Historiker, Ethnologen, sondern alle, die an Grenzen leben oder arbeiten. *RISS* ist weltweit in vielen Bibliotheken online oder physisch erhältlich und bleibt als Arbeitsinstrument weit über das Erscheinungsdatum hinaus aktuell.

Anzeigen / Bestellungen /

Medienkontakt

Wir freuen uns auf Ihre

Kontaktaufnahme:

riss@textem.de

Was bisher geschah

Michel H. – Es ist furchtbar, ein Mann zu sein, für mich.

Jacques Lacan – Es ist furchtbar, aber Sie müssen damit klarkommen.

Textem Verlag Hamburg, 2019
ISBN 978-3-86485-200-8

9 Euro
Riss+ 01

TRANSNANT

Jacques Lacan:
Michel H. –
Eine Kranken-
vorstellung

R|SS+

Gut, also, um Ihnen die Sachen einfach zu erklären: Es gibt freie Menschen [...] – die freien Menschen, die wahrhaft freien, sind eben die Verrückten.

Textem Verlag, Hamburg 2020
ISBN 978-3-86485-201-5

9 Euro
Riss+ 02

RISS+ Jacques-Lacan: An die Psychiater – Dokumentation eines Vortrags in der Pariser Klinik Sainte-Anne vom 10. November 1967

PSYCHIATRIE
»An die Psychiater«
Dokumentation eines
Vortrags von Jacques
Lacan in der Pariser
Klinik Sainte-Anne
vom 10. November
1967 nebst einigen
Kommentaren

RISS+



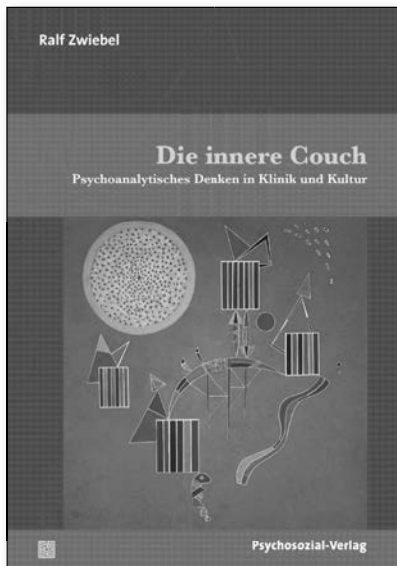
→ Jacques Lacan: Conférence sur le psychanalyse et la formation du psychiatre à Sainte-Anne le 10 novembre 1967 findet sich in voller Länge unter:
<http://www.histoiredelafolie.fr/psychiatrie-neurologie/jacques-lacan-conference-sur-le-psychanalyse-et-la-formation-du-psychiatre-a-sainte-anne-le-10-novembre-1967>
Auf Deutsch eingeleitet, kommentiert und in Teilen übersetzt in RISS+ »An die Psychiater«. Dokumentation eines Vortrags von Jacques Lacan in der Pariser Klinik Sainte-Anne vom 10. November 1967 nebst einigen Kommentaren.



Ralf Zwiebel

Die innere Couch

Psychoanalytisches Denken
in Klinik und Kultur



401 Seiten • Broschur • € 42,90
ISBN 978-3-8379-2895-2

Ralf Zwiebel erläutert zentrale Grundannahmen psychoanalytischen Denkens und Handelns. Er zeigt, wie wirksam die psychoanalytische Herangehensweise nicht nur in der klinischen Praxis ist, sondern auch, welche enorme Reichweite sie außerhalb der Therapiesituation entfaltet.

Claus-Dieter Rath

Sublimierung und Gewalt

Elemente einer Psychoanalyse
der aktuellen Gesellschaft



200 Seiten • Broschur • € 32,90
ISBN 978-3-8379-2920-1

Claus-Dieter Rath beschreibt die vielfältigen Auffassungen von Sublimierung in der Geschichte der Psychoanalyse und verbindet sie mit aktuellen gesellschaftlichen Dimensionen von Gewalt. Rath zeigt, dass ein Rückgang der Sublimierung an der Entstehung von Paranoia beteiligt ist, sich in Verfolgungs- und Gewaltpraktiken manifestiert und die Entwicklung eines neuen Populismus fördert.

Im *eRISS* sind die Originalversionen der übersetzten Beiträge zu finden, die im jeweiligen *RISS* publiziert sind. Aber auch Essays, die Artikel im Heft ergänzen sowie Texte aktueller Relevanz. Mit dem vorliegenden Heft sind die folgenden Beiträge hinzugekommen:

➔ Anne Edan: *Le discours psychanalytique dans l'institution est-il audible ?*
Auf Deutsch in diesem Heft *Riss 92* unter dem Titel: *Ist der psychoanalytische Diskurs in der Institution hörbar?*

➔ Barry Watt: *«On the Capacity to Cleave Alone: Working Therapeutically with the Homeless»*
Vortragsmanuskript zur Konferenz: *Translation and Psychoanalysis. Organised by the SITE for Contemporary Psychoanalysis and the Freud Museum. 8. – 9. Juni, 2019.*
Auf Deutsch in *RISS 92* unter dem Titel: *«Von der Fähigkeit, in Spaltung allein zu sein: Therapeutische Arbeit mit Obdachlosen»*

➔ Dorothee Bonnigal-Katz, Patricia Gherovici, Manya Steinkoler: *«Psychosis Therapy Project: An Innovative Psychoanalytic Treatment Program // An Interview with Dorothee Bonnigal- Katz».* http://www.div39members.wildapricot.org/resources/Documents/DR%20Articles/Preview_Interview.pdf (zuletzt aufgerufen am 26. 2. 2020)
Auf Deutsch in *RISS 92* unter dem Titel: *Psychosis Therapy Project: Ein innovatives psychoanalytisches Behandlungsprogramm. Ein Interview*

➔ Erik Porge:
«Die Krankenvorstellung – eine Klinik der Vorstellung»
Von diesem Artikel findet sich die Einleitung in *RISS 92*, im *eRISS* die Fortsetzung der Übersetzung. Das französische Original findet sich online im *eRISS* unter dem Titel: *«La présentation de malade – une clinique de la presentation»*
Porge, Eric (2005): *Transmettre la clinique psychanalytique – Freud. Lacan, Aujourd'hui*, Editions érès, Ramonville Saint-Agne, S. 179–189



RISS Zeitschrift
für Psychoanalyse

RISS 92
Psychiatrie.
Was erreicht die
Psychoanalyse?

Herausgeber:
Karl-Josef Pazzini

Mitherausgeber:
Marcus Coelen
Judith Kasper
Mai Wegener

Heftredaktion
Marcus Coelen
Judith Kasper
Karl-Josef Pazzini
Alexandre
Wullschleger

Redaktion:
Johannes Binotto
Artur Reginald
Boelderl
Marcus Coelen
Jonas Diekhans
Insa Härtel
Judith Kasper
Johannes Kleinbeck
Aaron Lahl
Robert Langnickel

Karl-Josef Pazzini
Erik Porath
Jonathan Schmidt-
Dominé
Mai Wegener
Peter Widmer
Sascha Wolters
Alexandre
Wullschleger

Redaktions-
assitenz:
Kianush Ruf

Korrektur/Lektorat:
Nora Sdun, Gustav
Mechlenburg
(Textem)

Textem Verlag,
Hamburg 2020
ISBN 978-3-
86485-203-9

Gestaltung:
Christoph
Steinegger /
Interkool

Druck:
Kerschoffset d.o.o.

Autor*innen:
Anne Edan
Barry Watt
Dorotheé
Bonnigal-Katz
Patricia Gherovici
Manya Steinkoler
Gianluca Solla
Chantal Marazia
Christiane Montag
Dorothea von
Haebler
Aaron Lahl
Alexandre
Wullschleger
Judith Kasper
Karl-Josef Pazzini
Erik Porge
Hilmar Schmiedl-
Neuburg
Sonja Witte
Peter Widmer

Zeichnungen:
Giancarlo Savino

Fotografie der
Werke von
Giancarlo Savino:
Yara Bonanni

Alexandre Wullschleger, *Psychoanalyse und die alltägliche Klinik der Zwangsmaßnahmen* | Anne Edan, *Ist der psychoanalytische Diskurs in der Institution hörbar?* | Barry Watt, *Von der Fähigkeit, in Spaltung allein zu sein: Therapeutische Arbeit mit Obdachlosen* | *Psychosis Therapy Project: Ein innovatives psychoanalytisches Behandlungsprogramm*. Ein Interview mit Dorothee Bonnigal-Katz von Patricia Gherovici und Manya Steinkoler | Gianluca Solla, *Wo alles wimmelt* | Chantal Marazia, *Annäherung an Basaglia. Gedanken zur psychoanalytischen Respektabilität* | *Modifizierte Psychosenpsychotherapie: Vorstellung eines psychoanalytischen Einsatzes in der Behandlung von Psychosen*. Interview von Aaron Lahl und Alexandre Wullschleger mit Dorothea von Haebler und Christiane Montag | Judith Kasper, Karl-Josef Pazzini, *Danke für Ihren Machtmissbrauch. Zum Film »12 jours« von Raymond Depardon*. | Erik Porge, *Die Krankenvorstellung – eine Klinik der Vorstellung* | Judith Kasper, *Abwehr und Erreichbarkeit. »Psychiatrie« als Heimsuchung*

Rezensionen: Sonja Witte, *Symptome der Kulturindustrie. Dynamiken des Spiels und des Unheimlichen in Filmtheorien und ästhetischem Material* 2018 (rezensiert von Hilmar Schmiedl-Neuburg) | Dagmar Herzog, *Lust und Verwundbarkeit – Zur Zeitgeschichte der Sexualität in Europa und den USA* (rezensiert von Sonja Witte) | Matthias Bertschinger: *Freiheit und Krisis – Psychoanalyse des Autoritarismus und psychoanalytische Rechtsanthropologie* (rezensiert von Peter Widmer) | Peter Widmer, *Nachruf zum Tod von Hermann Lang*