

Abgetrennte Identitäten: Die Suche nach Heimat und Anerkennung

Dr. Esin Egit

Ich war wirklich überrascht, wie viele meiner Patienten mich immer wieder auf die unterschiedlichste Art und Weise auf Gemeinsamkeiten zwischen ihnen und mir aufmerksam gemacht haben, die sie entweder an mir zu beobachten glaubten, oder von denen sie stillschweigend annahmen, dass es diese Gemeinsamkeiten gibt. Die Mehrzahl dieser Patienten kam auf dieses Thema in den darauffolgenden Sitzungen in regelmäßigen Abständen immer wieder zurück, wobei sie stets aufs Neue beteuerten, welch große Bedeutung diese mit mir geteilten Gemeinsamkeiten für sie hätten, und was für eine wichtige Rolle dies für sie spiele. Doch was mich anfänglich sogar noch mehr verwunderte, als die Patienten wiederholte Male voller Nachdruck auf die Gemeinsamkeiten hinwiesen, die sie zwischen sich und mir wahrgenommen zu haben glaubten, war der besondere Umstand, dass ich selbst eine im Ausland geborene Therapeutin in Amerika bin, so dass meine "Verschiedenheit" nahezu buchstäblich mit den Sinnen greifbar im Raum – i.e., sowohl sichtbar als auch hörbar – war.

Als ich dann allerdings neugieriger geworden, mich eingehender dafür zu interessieren begann, was genau in den Patienten vor sich ging, und was die spezifischen Ursachen und Gründe dafür waren, stellte ich zunächst eine ganz bestimmte Gemeinsamkeit zwischen nahezu all diesen Patienten fest. Allgemein gesagt war es so, dass bei all diesen Patienten die Frage der sozialen Identität eine zentrale Rolle in ihrem Leben spielte. Mir fiel auf, dass bei denjenigen Patienten, die ihre Aufmerksamkeit ganz gezielt auf identitätsbasierte Gemeinsamkeiten richteten, eine deutlich zu erkennende gemeinsame Komponente zu beobachten war: sie alle litten unter einem Gefühl der Heimatlosigkeit und der Nichtzugehörigkeit. Weil sie den normativen Ansprüchen einer oder mehrere sozialer Identitäten nicht entsprachen, oder zumindest nicht zu entsprechen glaubten, fühlten sich diese Patienten stark unter Druck gesetzt. Unabhängig davon, ob es sich nun dabei um einen aus inneren oder äußeren Quellen gespeisten Druck handelte, sich an die Normen und die durch die Gesellschaft standardisierten Erwartungen anzupassen, waren alle diese Patienten von der tief sitzenden Überzeugung in Anspruch genommen, dass ihnen in ihrem eigenen Selbstgefühl etwas Wesentliches fehlte.

Ich möchte nun die These aufstellen, dass es sich bei denjenigen Patienten, die gezielt darauf aus waren, Gemeinsamkeiten zwischen sich und mir zu entdecken und sich daran festzuhalten, in erster Linie um den verzweifelten Versuch handelte, die Angst zu vermindern, deren Ursachen in vorweggenommener Missbilligung und Zurückweisung ihrer Person zu suchen waren, aber zusätzlich auch in dem unbewussten Bestreben, mit dem fehlenden Teil ihres Selbst in Kontakt zu treten.

Therapeut/Patient-Zweiergruppe

Klinische Falldarstellungen beginnen typischerweise mit den demographischen Basisdaten des Patienten, einschließlich Alter, Geschlecht, sexueller Orientierung, kultureller/ethnischer/religiöser Zugehörigkeit, Personenstand und Beruf. Wir Analytiker erfahren diese demographischen Patientendaten bisweilen noch bevor wir von dem Patienten selbst gehört haben, was seine hauptsächlichen Klagen und Beschwerden sind, und bevor der Therapeut noch selbst die Gelegenheit hatte, seine anfänglichen Wahrnehmungen zu machen und mitzuteilen. In dem Moment, in dem wir diese Informationen erhalten, wird der Patient augenblicklich interpelliert, d. h., er wird

automatisch in den hegemonialen Strukturen der Gesellschaft, aber eben auch in denen unseres eigenen Denkens und Bewusstseins, verortet und untergebracht. Und so ist es durchaus möglich, dass die Beziehung des Patienten zu diesen sozialen und kulturellen Identitäten, und insbesondere wie sie ganz individuell von ihm erlebt und gelebt werden, nie im Rahmen der therapeutischen Arbeit thematisiert bzw. zur Sprache gebracht wird, vor allem in jenen Fällen, in denen die der Behandlung zugrundeliegende zentrale Problematik nicht in einer direkten und unmittelbaren Verbindung mit den sozialen und kulturellen Identitäten des Patienten zu stehen scheint.

Häufig vergessen wir, dass der Analytiker sowie der Patient Identitäten sind, die entsprechend den geregelten hierarchischen Strukturen operieren, auf die sie je nach dem im Bereich der Psychoanalyse, im Bereich psychischer oder physischer Gesundheitsfürsorge (Psychiatrie oder Medizin) festgelegt sind; aber natürlich trifft das in gewisser Hinsicht auch auf den Bereich der breiteren Öffentlichkeit und Gesellschaft zu. Ich würde also behaupten, dass der Unterschied dieser beiden subjektiven Positionen stets den Ausgangspunkt für beide Parteien darstellt. Beide, Analytiker und Patient, haben keine andere Wahl, als die sogenannte Analytiker/Patient-Zweierguppierung gleich vom Beginn ihrer Begegnung an miteinander auszuhandeln. Doch sollte man an dieser Stelle gleichzeitig auch darauf verweisen, dass parallel zu dieser Analytiker/Patient-Zweiergruppe noch viele andere Identitäten und kulturelle Assoziationen, stereotype und standardisierte Annahmen, Symbole und Signifikanten den Behandlungsraum bevölkern.

Die große Herausforderung für uns Analytiker besteht darin, ein möglichst ausgewogenes Verhältnis herzustellen. Man könnte sagen, dass wir einerseits ein Bewusstsein für unseren eigenen Ethnozentrismus (negative und positive Stereotype und in uns tief verwurzelte, festgefahrene Meinungen über andere) entwickeln sollten und damit einhergehend auch ein gesteigertes Bewusstsein für die potentiell gefährlichen Auswirkungen eines kulturellen Determinismus' (beispielsweise indem wir den Patienten und seine Probleme ausschließlich an seiner "kulturellen Identität" festmachen). Andererseits dürfen wir aber auch die tatsächlich prägende Kraft von Identitäten - wie es im Fall von farbenblinden oder geschlechterblinden Ideologien besonders deutlich wird - einschließlich ihres subjektiven Bedeutungspotentials, keinesfalls außer Acht lassen, indem wir etwa davon ausgehen, dass es sich dabei lediglich um irgendwelche künstliche Konstruktionen handelt, die "die reale" Person verschleiern und verdecken.

Kultur, Identität und psychoanalytische Theorie

Harry Stack Sullivan und die erste Generation von interpersonellen Psychoanalytikern richtete ihr besonderes Augenmerk auf die interaktiven Prozesse zwischen sozialer und kultureller Wirklichkeit und der einzelnen Person. Sie vertraten die Ansicht, dass der Sozialisierungsprozess (die Enkulturation), das heißt, die Einflüsse der frühen sozialen Wirklichkeit bzw. der Umwelt sowie der ersten interpersonellen Beziehungen sich unmittelbar prägend auf das Selbstsystem und das aktuelle Beziehungserleben der Person auswirken (Frie, 2014). Sullivan hat dies auf seine Weise auf den Punkt gebracht: "Wir wissen alle, wann wir mit unserem Verhalten 'im Unrecht' sind – eine Vorstellung, die uns zuerst von den Autoritätspersonen unserer Kindheit vermittelt wurde" (Sullivan, 1976, S. 90). Wenn nun also zu irgend einem beliebigen Zeitpunkt innerhalb der Patient/Analytiker Beziehung im Patienten ein dementsprechendes Gefühl evoziert wird, d. h., wenn der Patient etwa die vermeintliche Kritik seines Therapeuten vorwegnehmend glaubt, dass seine Handlungs- und Reaktionsweisen dem, was im Rahmen der jeweiligen vorgegebenen Kultur von ihm erwartet wird, zuwiderlaufen, so ist dies für den Patienten ein tieferer Beweggrund, seine narrative Strategie zu verändern.

Zeitgenössische psychoanalytische Diskussionen, die die Kultur bzw. die kulturbasierten

Interaktionen mit in Betracht ziehen und dementsprechend berücksichtigen, verweisen in diesem Zusammenhang vor allem auch auf die Bedeutung und Relevanz der eingestandenen sowie uneingestandenen Annahmen des Analytikers in Bezug auf die kulturellen Identitäten ihrer Patienten (z.B. Davies, 2011; Dimen, 2011; Kuriloff, 2001; Layton, 2015). Allerdings müssen wir uns vor allem auch die Frage stellen, wie unsere Patienten selbst ihre Beziehung zu ihren kulturellen Identitäten und ihrer aktuellen sozialen und kulturellen Wirklichkeit sehen und erleben. Für viele Menschen stellt die eigene, wenngleich vielleicht auch nur prätendierte, Identität eine Quelle der Angst dar, und zwar entweder, weil ihre Selbsterfahrung häufig nicht den gesellschaftlich standardisierten Erwartungen entspricht, die gemeinhin mit diesen Identitäten assoziiert werden oder aber, weil die eigenen konkurrierenden Identitäten einen inneren Konflikt verursachen. Um wirklich verstehen zu können, wie unsere Patienten mit diesen Konflikten umgehen, müssen wir uns zunächst einmal von dem traditionellen Kulturverständnis verabschieden, das von der breiten Öffentlichkeit geteilte Verhaltensmuster priorisiert und die inneren Ungereimtheiten und Brüche, Konflikte und Widersprüche des Individuums ignorieren und verleugnen möchte. Die Anthropologin Katherine Ewing definiert Kultur als einen "besonderen Argumentationsstil, als einen Prozess, in dem Positionen ausgehandelt werden" (Molino, 2004, p. 86), und sie plädiert für ein Kulturmodell, das "der Vorstellung Rechnung trägt, dass Handlungen und Bedeutungen hochgradig kontextualisiert sind, und dass das dezentrierte Subjekt auf der Grundlage multipler Auslöse- und Signalreize in seiner Umwelt operiert" (p. 90). Kultur kann man ihrer Auffassung nach mit Lacans symbolischer Ordnung vergleichen, "einer Struktur aus Zeichen, wobei, ganz im Sinne von Saussure, Bedeutung auf dem Prinzip von Differenz basiert" (Ewing, 1997, p. 28). Lacans symbolische Ordnung, die letzte und dritte Stufe in seinem Entwicklungsmodell, konstituiert den Spracherwerb des Subjekts. Gleichzeitig damit wird dem Subjekt, das sich nunmehr abgetrennt von der vormaligen Ordnung des Imaginären, i.e., der Fantasie (der illusionären Vorstellung von Ganzheit, von Verschmelzung mit der Mutter) erlebt, eine letztlich unauflösbare Spannung auferlegt und aufgebürdet, die von dem uneinlösbaren Begehren nach Anerkennung herrührt (siehe auch Hook and Neil, 2008).

Während Katherine Ewing einerseits eine kritische Haltung gegenüber Lacans übergreifender Konzeption der symbolischen Ordnung einnimmt, hat sie andererseits die Vorstellung von einem Subjekt, das bei seinem Eintritt in die sprachliche Ordnung einer Spaltung anheimfällt, wobei es sich allerdings "um eine sprachliche Ordnung besonderer Art handelt – bestehend aus den Signifikanten einer Ideologie, die durch einen Prozess der Dominanz im Subjekt fixiert werden" (p. 36). Sie vermutet, dass "das betreffende Subjekt motiviert und angetrieben wird von einem Begehren nach Anerkennung, vermittelt durch eine symbolische Ordnung", denn "kohärente Ideologien beinhalten das illusorische Versprechen auf Fülle und Ganzheit ..." (p. 36). Anders ausgedrückt könnte man sagen, auf hegemonialen Ideologien basierende Identitäten (seien sie kulturell, ethnisch, geschlechtsspezifisch, politisch oder religiös) artikulieren sich im und über den öffentlichen Diskurs und verschaffen dem Einzelnen ein vorübergehendes Gefühl von Ganzheit, das sich auf die Gruppenzugehörigkeit, i.e. die Mitgliedschaft in der Gruppe, gründet. Dies wiederum erfordert ein Gefühl der Gleichheit unter den Gruppenmitgliedern und eine klare Unterscheidung und Abgrenzung von den Mitgliedern anderer Gruppen. Während auf der einen Seite die Mitgliedschaft in einer Gruppe das Gefühl der Zugehörigkeit in Aussicht stellt – ein beglückendes Gefühl, sich auf der Grundlage von Gleichheit und Gemeinsamkeit anerkannt zu fühlen - so ist es aber auf der anderen Seite auch eine nicht außer Acht zu lassende Tatsache, dass jeder Einzelne im Laufe seiner Lebensgeschichte seine ganz persönlichen und subjektiven Erfahrungen mit diesen kulturellen und sozialen Identitäten macht, die sich u. U. ganz erheblich von denen anderer Personen unterscheiden.

Sich nicht daheim fühlen / sich nicht gesehen fühlen

Ich möchte nun zwei Fälle aus meiner klinischen Arbeit herausgreifen. In beiden Fällen stellte die Beziehung der Patientin zu ihrer Identität eine nichtversiegende Quelle der Angst dar. Dadurch, dass ich in beiden Fällen mein besonderes Augenmerk auf die Suche der Patientin nach Gemeinsamkeiten zwischen sich und mir richtete, wurde mir immer verständlicher und klarer, auf welche Weise sich die betreffende Patientin diese Gemeinsamkeiten zunutze machte. Ausgehend von diesen im Rahmen des klinischen Prozesses gewonnenen Erkenntnissen, ist es mir nun ein besonders Anliegen, hier in diesem Beitrag aufzuzeigen, was für eine komplizierte und prekäre Existenz diese Patientinnen inmitten konkurrierender Ideologien führten. Ich möchte behaupten, dass in beiden Fällen die Angst der Patientinnen daher rührte, dass eine jede von ihnen sich nicht wirklich heimisch bzw. vertraut fühlte mit ihrer nationalen/ Immigrantinnen-Identität und auch nicht mit ihrer ethnischen Identität; und zudem hatten beide ein unstillbares Verlangen nach Anerkennung. In manchen Fällen gelingt es dem Patienten, dieser Angst dadurch gegenzusteuern, dass er/sie eine assoziative Identitätsverbindung mit dem/der Analytiker/in aufbaut.

Masha

Masha ist eine verheiratete Frau und stammt ursprünglich aus einem osteuropäischen Land (mit engen Bindungen zur früheren Sowjetunion). Sie lässt sich häufig über ihre Schwiegerleute aus, wobei sie sich vor allem über ihre kalte, unpersönliche "amerikanische" Art beschwert. Da ich selbst Ausländerin und Zugezogene bin, nimmt Masha mehr oder weniger stillschweigend an, dass ich genauso empfinde wie sie. Viel mehr noch als sonst hatte sie sich eines Tages aufgeregt und machte sich also während der Sitzung entsprechend Luft, nachdem sie von einem Besuch bei den Schwiegereltern anlässlich des Erntedankfests zurückgekommen war: "Und nie machen sie das Haus sauber und nie heizen sie es richtig. Mir ist immer kalt dort. Sie haben auch nie genug Essen im Kühlschrank. Und sie bereiten auch nie genug Essen zu. Ich bin es gewohnt, dass vom Essen immer etwas übrig bleibt! Sie nicht etwa auch? In Ihrem Land ist das doch genauso, nicht wahr?" Masha erzählt mir, dass sie als Kind ihre Sommer regelmäßig bei ihren Großeltern auf dem Dorf und in deren Haus auf dem Land verbracht hat, wo all die Verwandten einfach so mit ihren Kindern auf einen Sprung vorbeikommen konnten, und es war immer für alle Platz. Und es gab genügend frisches Gemüse aus dem Garten, um das sie sich alle gemeinsam kümmerten. Sie fragt mich, ob ich nicht auch finde, dass die Tomaten hier in Amerika wie Pappkarton schmecken.

Während wir über ihre Erinnerungen sprechen und in diesem Zusammenhang ihre Phantasien erkunden, die sie hinsichtlich meiner eigenen ähnlichen Erfahrungen hat, tritt ihr Gefühl, dass immer etwas fehlt, immer mehr in den Vordergrund. Erinnerungen aus ihrer frühen Kindheit tauchen nach und nach auf, wo sie sich immer hungrig fühlte und es ihr andauernd kalt war. Masha weiß nicht so genau, ob dies aus dem Grund war, weil ihre Familie arm war und unter dem früheren Sowjetsystem ohnehin nichts erhältlich war, oder ob sie, als sie klein war, von ihrer Familie daheim in gewisser Weise vernachlässigt wurde. Wahrscheinlich beides, sagt sie. Sie erzählt mir, dass ihre Mutter stets ängstlich und furchtsam war, weil sie der kommunistischen Regierung nie wirklich traute. Ihren Vater beschreibt Masha als einen freundlichen und sanftmütigen Mann, der dann allerdings viel von zu Hause weg war, nachdem er nach dem Zusammenbruch der alten Sowjetunion seine Stellung als Regierungsbeamter (einschließlich seiner Pension) verloren hatte. Er begann zu trinken.

Im Zusammenhang mit dieser traumatischen politischen Geschichte, durch die ganze Generationen gezwungen waren, ihre soziale und politische Identität quasi über Nacht zu wechseln, verstand ich nun Mashas Nachforschungen und Phantasien hinsichtlich meiner eigenen Kultur weder als lediglich den Versuch, Bestätigung von mir zu bekommen, noch als lediglich den Versuch, mich dazu zu bringen, ihrer Meinung über das schlechte Verhalten ihrer Schwiegerleute, zuzustimmen. Ich denke, es wäre zutreffender zu sagen: Da sie mehr als ein Mal in ihrem Leben von ihren früheren Identitäten

gewaltsam abgetrennt wurde, unternahm sie nun den Versuch, endlich Anerkennung sowie ein vorübergehendes Gefühl von Zugehörigkeit zu finden, und zwar mittels ihrer Phantasien über unsere ähnlichen Erfahrungen, sich hungrig zu fühlen und zu frieren in einem fremden, unbekanntem Land.

Alicia

Alicia, eine andere meiner Patientinnen, bezeichnet sich selbst als gemischtrassig. Sie ist stets enttäuscht und verärgert, wenn andere Leute sich nicht davon abbringen lassen, sie als Schwarze zu bezeichnen, und ihre gemischtrassige Identität nicht anerkennen. "Ich bin nicht weiß, aber ich bin auch nicht schwarz; ich bin gemischtrassig. Warum ist das so schwer zu akzeptieren?" So etwas wie ein Zugehörigkeitsgefühl ist ihr fremd, und sie leidet sehr darunter, sich "ungesehen" zu fühlen. Am Anfang hatte mir Alicia gesagt, sie sei wirklich froh, dass ich keine Amerikanerin bin, denn so bräuchte sie sich nicht all zu große Gedanken darüber zu machen, mich zu verärgern oder zu kränken, wenn sie etwas Negatives über rassische Identität sagen würde. Und so müsste sie sich auch keine all zu großen Sorgen machen, ob sie sich immer politisch korrekt ausdrücke. Später sagte sie mir dann, dass sie gedacht habe, dass ich ihr Gefühl, sich weder mit der einen noch der andern rassischen Identität wirklich identifizieren zu können und also wohl damit zu fühlen, besser verstehen könnte als andere, weil ich ja selber bikulturell sei. Es schien, als würde meine besondere nationale Herkunft mir eine Rolle bzw. Stellung außerhalb jedweder rassischen Ideologie zuweisen, was uns beide, Alicia und mich, davor bewahrte, kulturell vorgefertigten Stereotypen, Vorurteilen und unangebrachten standardisierten Mutmaßungen anheimzufallen.

Alicia war bei ihrer weißen Mutter aufgewachsen und hatte stets Schulen mit einer überwiegend weißen Schüler- bzw. Studentenschaft besucht. Ihre Eltern hatten sich getrennt als sie vier Jahre alt war. Nach der Scheidung ihrer Eltern stellte sich Alicia auf die Seite ihrer Mutter, die so gut wie nichts Gutes über ihren Vater zu sagen hatte, und so "hasste" Alicia ihren Vater, dass er nicht für sie da war. Als wir weiter darüber nachdachten, stellte sich mehr und mehr heraus, dass Alicia als Kind ihren Vater sehr vermisst hatte, aber ihrer Mutter nichts davon sagen konnte aus Angst, dass sie ihre Mutter dadurch verärgern könnte. Eines Tages fragten sie ihre Kameradinnen in der Schule, ob sie adoptiert sei. Wie sie mir sagte, sei dies ein Schlüsselmoment in ihrem Leben gewesen, der ihr schlagartig zu Bewusstsein gebracht habe, dass sie nicht wie ihre Mutter aussieht. Sie sagte, sie könne sich jetzt auch wieder daran erinnern, wie bestürzt und durcheinander sie anschließend gewesen sei, bevor sie sich dann unglaublich betrogen und wütend gefühlt habe. Vor Kurzem hatte Alicia bei sich zuhause eine alte Photographie gefunden, die sie mit in ihre Sitzung brachte, um sie mir zu zeigen. Auf der Photographie zu sehen waren Vater, Mutter und Kind, und alle drei lächelten freundlich in die Kamera, so dass das Bild den Anschein einer intakten Familie erweckte. Sie sagte zu mir, dass sie *buchstäblich* sehen könne, dass sie die einzige Verbindung zwischen ihren beiden Eltern sei. "Vielleicht ist es ja deswegen so unglaublich wichtig für mich, als gemischtrassig angesehen zu werden."

Das Gefühl der Entwurzelung, das diese beiden Patientinnen infolge ihrer abgetrennten sozialen Identitäten erleben mussten, sowie das überwältigende Gefühl nicht dazuzugehören, war über Masha und Alicia in einem sehr frühen Lebensalter plötzlich und unerwartet hereingebrochen und hatte sie überfordert. Eine jede der beiden projizierte ihre tiefgreifende Unzufriedenheit auf eine unterschiedliche Art und Weise, aber beide suchten bezeichnenderweise ihre Unzufriedenheit und ihren Schmerz dadurch zu mildern, dass sie das Gefühl einer gemeinsamen Identität, die auf ihrer Erfahrung mit mir (ihrer Analytikerin) basierte, in sich zu etablieren versuchten. Es war mir ein besonderes Anliegen, anhand dieser beiden Fallbeispiele deutlich zu machen, wie wichtig es ist, dass wir die Verbindung berücksichtigen zwischen, einerseits, sozialen Identitäten und wie diese sich im öffentlichen Diskurs artikulieren und manifestieren, und, andererseits, wie und auf welche Art und

Weise die Individuen sich darauf beziehen bzw. damit interagieren, weil nämlich genau dies, so meine These, die Voraussetzung dafür ist, die diesbezüglichen inneren Konflikte, mit denen sich die betreffenden Patienten auseinandersetzen haben, überhaupt erst in ihrer interaktiven und komplexen Tragweite ermessen und verstehen zu können. Wenn wir dies angemessen in Betracht ziehen, werden wir ganz bewusst zu Mit-wirkenden und können dadurch möglicherweise auch zu einer Lockerung und Öffnung der Analytiker/Patient-Zweiergruppe beitragen.

Literatur

- Davies, J. (2011). "Cultural Dimensions of Intersubjectivity." *Psychoanalytic Psychology*, 28 (4): 549-559.
- Dimen, M. (2011). *With Culture in Mind*. Routledge.
- Ewing, P. K. (1997). *Arguing Sainthood*. Duke University Press.
- Frie, R. (2014). "What is Cultural Psychoanalysis?" *Contemporary Psychoanalysis*, 50 (3): 371-394.
- Hook, D. and Neill, C. (2008). Perspectives on "Lacanian subjectivities," *Subjectivity*, 24 (1). pp. 247-255.
- Kuriloff, E. (2001). "A Two-Culture Psychology." *Contemporary Psychoanalysis*, 37: 673-681.
- Layton, L. (2015). "Beyond Sameness and Difference" in *Psychology and Other*, D. Goodman and M. Freeman (Eds). Oxford. pp.168-188.
- Molino, A. (2004). *Culture Subject Psyche*. Wesleyan University Press.
- Sullivan, H. S. (1976). *Das psychotherapeutische Gespräch. Beitrag zur modernen Psychoanalyse und Psychotherapie*. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch Verlag.

Aus dem Englischen übersetzt von M.A. Luitgard Feiks und Jürgen Muck, Nürtingen am Neckar