

Skizze psychoanalytischer Arbeit in ostafrikanischen islamischen Städten ¹

Islamische religiös-weltliche Gesetze und Normen als Basis für Widerstand und Abwehrbewegungen von PatientInnen im Rahmen (situativ angepasster) psychoanalytischer Arbeit ²

Barbara Saegesser

Ende 2005 flog ich nach Alexandria (Ägypten), um mich ein paar Tage auszuruhen und umzusehen. Gleich am ersten Tag, auf meinem Spaziergang durch einen herrlichen, am Meer gelegenen, beinahe menschenleeren Park, fiel mir ein spazierendes Paar auf, Mann und Frau, Schritt für Schritt begleitet von einer roten Katze, die mit erhobenem Schwanz, dem Paar sozusagen stolz an ihrer Seite gehend, gemeinsam mit ihnen spazierte. Dieser seltene Anblick, dieses Bild erschien mir so heiter, dass ich das Paar ansprach und sie fragte, ob sie öfters zusammen mit ihrer Katze spazieren gehen würden. (Es ist ja nicht alltäglich, dass eine Katze ihre spazierende «Herrschaft» gesittet und stolz wie ein Hündchen begleitet.) Nein, antworteten sie und erklärten mir, wie aussergewöhnlich grad dieser Morgen für sie sei. Sie waren, eben aus Europa zurückkommend, in den allerfrühesten Morgenstunden in Alexandria gelandet.

Der Mann, ein Arzt, ist hier beheimatet. Seine Frau in England. Schnell kommen wir ins Gespräch, tauschen im Stehen uns aus, bis ein Anruf uns unterbricht. Der Arzt M. wird gebeten, einen Konvoi in ein Waisenhaus zu begleiten. Dieses Gespräch bildete für mich den Anfang einiger Freundschaften und Arbeitsbeziehungen in Alexandria, einer Stadt, in der ich zuvor keinen Menschen kannte. Dank des neu gewonnenen Bekannten und Arztes, der um Hilfe für den geplanten Konvoi gebeten wurde, konnte ich be-

reits am nächsten Tag ein alexandrinisches Waisenhaus besuchen, und zwar mit eben diesem Konvoi, der Kleider und Spielzeug, Weihnachtsgeschenke, bezahlt aus dem Erlös des jährlichen Bazars der reicheren Damen Alexandrias, hinbrachte. Nie vorher hätte ich daran gedacht, in Alexandria Waisenhäuser aufzusuchen. Nein, ich wollte dort die Stadt voller Künstler suchen und kennen lernen, die Lawrence Durrell in seinem 1957-1960 geschriebenen «Alexandria Quartett» ³ lebendig werden lässt. Der Konvoi dünkt mich eher seltsam: vier grosse Autos, vollgepackt mit Schuhschachteln, in welchen Geschenke für die Waisenkinder lagern. Die originellen und auch extravaganten Initiatorinnen des erwähnten Bazars haben zum Teil ein höheres Alter und es sieht so aus, als seien sie vielleicht Gattinnen ehemaliger englischer kolonialistischer Generäle. Im Heim nun werden die ungefähr 100 Schuhschachteln, die jeweils für spezifische Altersklassen gedacht und zusammengestellt sind, Waisenkindern mit etwa entsprechendem Alter gegeben, und zwar nach Geschlechtern differenziert. Und wie reagieren die Waisenkinder? Es gibt welche, die sich freuen und sich bedanken, andere, die die Schuhschachtelspende entgegennehmen und dann grad wieder weg fliehen, und dann gibt es welche, die gar nicht zu den Damen und deren Schuhschachtelspenden kommen. Diese sind schwerst depressiv, kleinste bis grössere – 3- bis ca. 16- jährige – und ihr Gesicht, vor lauter Elend, Kummer und Schmerz ganz alt und verkümmert. Sie bleiben halb versteckt zuhinterst stehen oder in der Hocke an einer Wand, die sie im Rücken ein wenig stützt, angelehnt. Andere drehen sich um und rennen weg. Sie erwarten offensichtlich nichts mehr von erwachsenen Menschen, ihre Hoffnungslosigkeit scheint bodenlos zu sein. Im Moment, wo ich die völlig verzweifelten, innerlich abgewandten und



1 Saegesser, B.: «Un travail psychothérapeutique...» Vgl. Bibliographie.

2 Mit „situativ angepasst“ meine ich folgendes: ich arbeite hier psychoanalytisch ohne Couch. In der Regel ohne festgelegtes äusseres Setting (Raum, Ruhe, Austausch in Zweiersituation). Mein psychoanalytischer Rahmen ist mein innerer psychoanalytischer Rahmen. Psychoanalyse entsteht im inneren psychoanalytischen Prozess, der von Raum und Zeit- dies nicht philosophisch, sondern konkret verstanden- mehr oder weniger unabhängig verlaufen kann

3 Durrell, Lawrence, Alexandria Quartett. Justine, Balthasar, Mountolive, Clea. 1956 -1959. Neuaufgaben Rowohlt. Reinbek 1997/98

wohl völlig vereinsamten Waisenkinder sehe, die sich von den Erwachsenen wegdrehen und sie flüchten, wird's für mich augenblicklich evident, in Waisenhäusern⁴ dieser Stadt psychotherapeutisch zu arbeiten. Im aktuellen Heim kann dies, aus verschiedenen Gründen, nicht geschehen und ich erkundige mich nach anderen Waisenhäusern. Es gebe sehr viele, sagt man mir. Zwei Tage später nehme ich meine Arbeit im «Dar el X» in Alexandria auf. So beginnt meine nunmehr 11-jährige psychoanalytische und Ausbildungsarbeit in ostafrikanischen muslimischen Städten und Ländern.

Die rote Katze im alten herrlichen Park am Meer, die neben ihrer Herrschaft spaziert, führte zu einer neuen überaus wichtigen Facette meines Lebens und Arbeitslebens.

Während eines Teils meiner Ferienzeit arbeite ich seitdem humanitär in verschiedensten ostafrikanischen Städten in Waisenhäusern und Spitälern. Begonnen habe ich in Alexandria (Waisenhäuser), daraufhin war ich in Khartum (Heim für Street - Boys), danach insgesamt drei Mal in Addis Abeba und Hawassa (Waisenhäuser und internationale Organisationen, etwa «SOS Infants», «Save the Children», «MSF» u.a sowie rudimentäre Ausbildungsfunktionen und Vorträge), daraufhin in der Nähe von Kampala (Uganda), in einer grossen, diesmal christlichen Waisen-Organisation (mit Waisenhaus, Schule und Ausbildungsplätzen für handwerkliche Berufe) und danach neunmal in Djibouti. Zuerst im damaligen, von katholischen Schwestern aufgebauten und geleiteten christlichen Waisenhaus, das Babys nach Europa und USA «verkauft». Das existiert nicht mehr, da die «Première Dame»⁵ des Landes alle Waisen adoptiert hat und damit bedeutet: in meinem Land gibt es keine Waisenkinder.⁶ Daraufhin wechselte ich dort ins Spital für die Allerärmsten und in Maternité und Neonatologie.

Ich bewege mich in all diesen Institutionen jeweils dort, wo grad grösste Not herrscht - jedenfalls soweit ich das abschätzen kann. Ich wähle, etwa in der Maternité, meinen Arbeitsort selbst: Schwangere in der Chambre du travail, kritische Geburten, Operationssaal, Wachraum, Krankenzimmer oder Neonatologie.

4 Nach einer gewissen Zeit hatte ich mir einigermassen ein Bild über die Art und die Anzahl dieser Waisenhäuser verschafft. Es waren zum damaligen Zeitpunkt 30-40, teils private, teils halbstaatliche und ein grosses staatliches.

5 I. e. die Frau des Präsidenten

6 Waisenkinder gibt es nicht eigentlich, bestimmt der Koran, denn diese werden sogleich in das noch bestehende Familiengefüge aufgenommen und so integriert, dass sie fortan keine Waisen mehr sind.

Seit ca. 2 Jahren arbeite ich nun psychoanalytisch-psychotherapeutisch und ausbildnerisch auf einer Insel im Indischen Ozean, und da im staatlichen Spital und in der staatlichen Psychiatrie. Aktuell, in Psychiatrie und Spital, werde ich, sobald ich hinkomme, auf «schwierige Patienten» hingewiesen und gebeten, mit diesen «etwas zu machen». Die Patienten sind Kinder, Waisenkinder mit Tante oder Großmutter, Frauen, Männer, Drogensüchtige, von Drogen⁷, von Unterernährung und täglichem Elend psychosomatisch zerstörte. Ihr jeweiliger Krankheitszustand ist im Vergleich mit Patienten westeuropäischer psychiatrischer Kliniken und Spitäler um vieles elender und dramatischer. Im Spital bewege ich mich momentan auf der allgemeinen Medizin und in der Pädiatrie. Mit den jungen ÄrztInnen bildete ich eine Balintgruppe und begleite sie, wenn immer möglich, auf ihren Visiten, um u.a. über die Basis der Beziehung Arzt-Patient und über psychosomatische Fragen zu sprechen.

Im grossen psycho-somatischen Kinder-Elend, dem psycho-somatischen Elend der Erwachsenen sowie dem psycho-somatischen Elend der Betreuerinnen der diversen Waisenhäuser und Spitäler habe ich viel an kulturellen und kulturell-religiösen Eigenheiten ostafrikanischer Städte und Ethnien und über kleine Waisen, über erwachsenere Kriegswaisen und von Hunger und Angst bedrohte, vom psychosomatischen Elend gekennzeichnete Menschen, gerade auch Flüchtlinge (vor allem aus Somalia, Sudan, Eritrea und Äthiopien) erfahren, und zugleich meine psychoanalytischen Konzepte und klinischen Erfahrungen als unentbehrliche Grundlage für mein neues Arbeitsgebiet auf neue Art schätzen gelernt. Ich sehe mich mitunter mit höchst besorgniserregenden Formen psychischer und psychosomatischer Krankheits- und Todes-naher Zustände konfrontiert.

Erst nach einer gewissen Arbeitszeit merke ich nach und nach, dass Psychologie mancherorts kaum gekannt oder ausgeübt wird, und Psychotherapie natürlich noch weit weniger. Ich gewöhne mich daran, mit meiner psychoanalytischen Haltung und meinem psychoanalytischen Denken und Einschätzen von Konfigurationen etwas Fremdes in die jeweiligen Kulturen bzw. Ethnien und ins Verständnis, ins Selbstverständnis des Individuums oder einer familiären Struktur zu bringen. So bin ich nicht allein mit dem Misstrauen, das man gegenüber Weißen, die etwas Unbekanntes «applizieren» wollen – das kann an das Vorgehen der Kolons erinnern – kon-

7 Die Insel ist ein Drogenumschlagplatz. Sie liegt auf einer internationalen Drogenstrasse. Drogen kosten dort ungefähr 90 % weniger als in Westeuropa.

frontiert, sondern zugleich mit dem Misstrauen in Hinsicht auf meine Art, auf Babys, Kinder und Erwachsene, vorwiegend Frauen, einzugehen und mit ihnen psychoanalytisch zu arbeiten. Der Begriff Psychotherapie ist selbst im medizinischen oder Heim- Umfeld gar nicht bekannt, auch nicht in der Psychiatrie.

Generell erfahre ich hier in ostafrikanischen Gegenden, wie ich, trotz kultureller Unterschiede und Schwierigkeiten, aber natürlich im Bewusstsein dieser Schwierigkeiten und auch im genauen Abwägen dessen, was ich von meinen Gedanken mitteile oder eben nicht, wie die Menschen/Patienten beginnen, sich auf neue Art für sich selbst zu interessieren. Es kommt etwas in Bewegung.

Das individuelle, subjektiv Psychische wird in vielen ostafrikanischen Kulturen und Ethnien vorwiegend ignoriert. Das eigene psychische Geschehen ist dem Koran entsprechend normiert, der anscheinend alle menschlichen individuell-subjektiven und «objektiven» Bedürfnisse, also auch die psychischen, regeln und erfüllen soll und scheinbar kann. Durch meine Arbeit geschieht etwas «fundamental» Anderes. Ich repräsentiere - jedenfalls nach aussen hin - keine Ideologie. Mit meiner Besetzung, gerade auch der dringlichsten subjektiven und narzisstischen Nöte und individuellen Bedürfnisse, der intensiven therapeutischen Spiegelung, meiner Rêverie der PatientInnen, meiner persönlichen psychoanalytischen Hypothesen über die psychischen Konfigurationen der PatientInnen, kann sich möglicherweise in deren Denken eine «kleine Freiheit», etwas winziges Neues, etwas Wiedergefundenes entwickeln und entfalten. So etwa die Fähigkeit, zu diskriminieren oder neues Altbekanntes in sich selbst wahrzunehmen, scheinbar «unbekannte» Sehnsüchte und Wünsche zu entfalten. Und diese neuen, eigentlich aus dem Fundus der nicht islamisch normierten Kinderwelt und dem Unbewussten wiedergefundene psychischen Qualitäten entsprechen nicht den koranischen Normen hinsichtlich Denken und Fühlen eines (muslimischen) Menschen.⁸

Ich arbeite im geschilderten Umfeld ähnlich einer Ambulanz und dies scheint zeitlich und im jeweiligen Moment qualitativ zu genügen.

Ich begegne in meiner Arbeit hauptsächlich muslimischen Menschen, die keine Ahnung haben von dem, was ich psychoanalytisch «tue», weil sie's gar nicht wissen sollen. Dies gilt nicht allein für PatientInnen, sondern auch für deren Umfeld. Für meine psychotherapeutische Arbeit ist

kein Basis - Teppich gleichsam bereits gelegt. Ich betrete Neuland und die PatientInnen mit mir.

So gesehen ist es mir besonders wichtig, einige Überlegungen, die sich auf das Zusammenspiel vom Einflussbereich des Korans und dem Einflussbereich psychoanalytischer Gedanken und Konzepte beziehen, zu entwickeln. Der Koran gilt, in welcher Abfassung oder Interpretation auch immer, in den Ländern und Städten, in welchen ich arbeite, als die Lebensfibel, als die Glaubens- und Lebensanleitung schlechthin, und zwar für sämtliche Lebensbelange, ganz konkret für alles und jedes im menschlichen Alltag. Diese religiös-weltlichen Normen sind sozial verbindlich. Sie beanspruchen eine Gültigkeit und eine Steuerung des Lebenswandels der Betroffenen, wie dies in den meisten europäischen Gesellschaften, wohl vor hunderten von Jahren, der Fall gewesen sein dürfte. Abweichler werden, je nach Ethnie, aus der Gesellschaft, der Ethnie verstossen; und in radikaleren, dem Salafismus sowie dem islamisierten Terror nahen Segmenten des Islam (über welche ich hier nicht spreche) zum Teil auf grausige und grausamste Art bestraft: Hände oder Füße werden ihnen abgehackt; sie werden gefoltert, gequält, gesteinigt, enthauptet, getötet. Diese religiösen und sozial gültigen Normen erinnern mich jeweils an Sektennormen, wie sie sich in westeuropäischen Gegenden fanden und immer noch finden. Ein wichtiger Teil des Glaubensinhaltes besagt, dass derjenige, der einen anderen Glauben glaubt, also derjenige, der ausserhalb der einen «ausgewählten» religiösen Gemeinschaft lebt, ausserhalb des islamischen Glaubens oder eines bestimmten Sekten - Glaubens, ein schlechter, will heissen böser, Mensch ist, der auf keine Weise kontaktiert werden soll. Da herrscht manichäisches Denken, Handeln und Verurteilen.

Nun, gleich zu Beginn meiner psychoanalytisch-psychotherapeutischen Gespräche, stosse ich jeweils auf dieses starre Normengefüge. Etwa in der Form, dass auch schwer kranke Patienten mir sagen: es geht mir gut, heute geht es mir sehr gut, Gott will es so usw. Wenn es nicht gut geht, so sind das Leid und das Unglück gottgewollt und insofern ebenfalls gut. Wer kein Geld hat zum Leben, kein Geld, um seine Familie zu ernähren, muss deshalb nicht verzweifeln, denn dies ist Gott gewollt, und Gott wird einen Hinweis geben oder einen Weg zeigen, auf dem ein bisschen Geld oder Essen für die Familie gefunden werden kann. Zugleich verbietet der Koran Lebensfreude, die sich nicht konkret an die Regeln des Korans anlehnt. Ich meine damit eine Form von Lebensfreude, die in vielen westlichen Ländern positiver Weise zum Lebensinhalt gehören kann: Freude, zum Beispiel an Musik (von Klassik bis Rock usw.), an Theater, an Kultur ins-

⁸ Vgl.: Saegesser, B.: Psychoanalytische Feldarbeit in ostafrikanischen Städten. 2015 und 2016. Vgl. Bibliographie

gesamt, an Liebe, an Sexualität, ohne dass diese mit der Religion im engeren Sinne zu tun haben würden. Freude per se wird möglicherweise Babys und Kindern zugestanden, vielleicht sogar auch Männern. Ich gehe davon aus, dass das Diskutieren, Palavern in den Männerräumen den Beteiligten Freude und auch Lust bereitet, sowie etwa der Genuss, von Frauen bedient zu werden oder die Lust an der Sexualität, welche den genital verstümmelten Frauen gezielt verunmöglicht wird, und anderes mehr.

Psychoanalytisch gesehen und verstanden konfiguriert diese normierte menschliche - auch innere - Haltung, diese „seelische Armatur des verinnerlichten Korans« einen intensiven Widerstand, der individuelle und subjektive Emotionen, Wünsche und Gedanken gleichsam in der Fülle der koranischen Gebote erstickt, psychoanalytisch verstanden nicht allein verdrängt, sondern tendenziell abspaltet. Ich spreche von einem über Jahrhunderte gewachsenen und verfestigten religiösen, ethnischen und sozialen Widerstand gegen das subjektive eigene Sehen, Verstehen, Aufdecken und Entfalten individuellen psycho-somatischen Lebens und Leidens. Und ein Abbau dieses religiös verankerten Widerstandes und die Pflege freierer (befreiterer) Gedanken und Handlungen kann lebensgefährlich werden. Allein, wenn es mir gelingt, mit diesen Abwehren - etwa auch im Bearbeiten von Scham- und Schuldgefühlen - mitzugehen, sie nicht zu verkleinern, den religiösen Wert gleichsam zu bewahren, kann ich den leidenden Menschen, sein Selbst und sein subjektives psychisches Leben, die er sozusagen hinter der islamisch-religiösen, ethnischen «Armatur» eingeschlossen - kryptisiert - geheim hält, erreichen. Dieser normativ-religiös-soziale Widerstand hat mehr Kraft als etwa soziale Normen in den meisten westlichen Gesellschaften. Gelingt es dank meiner psychotherapeutischen Arbeit, einen kleinen Korridor und Faden durch dieses Bollwerk, das einer Subjektivierung entgegensteht, hindurch zu legen, öffnet sich häufig ein Einblick in enormes menschliches Leid. Dies Leid hat oft mit seelischem Darben, das sich in Todesnähe ansiedelt, zu tun. So, als ob die Menschen - häufiger sind es Frauen, Kinder und Babys, mit denen ich arbeite - lebenslänglich einen grundsätzlichen fundamentalen Mangel an narzisstischer Zuwendung in sich und mit sich tragen würden. Natürlich gilt das von mir so benannte Widerstandsbollwerk für Babys und Kinder weniger als für Erwachsene. Das erleichtert die entsprechende psychoanalytische Arbeit. Narzisstische Zuwendung soll, korangemäss, bei älteren Kindern und Erwachsenen - psychoanalytisch gesehen - Gott, Mohammed dem

Propheten oder dem Mann (Vater) gelten. Dies zum einen. Zum anderen sind die Mütter, durch ihre grosse Kinderzahl und häufig zugleich auch ihre Verantwortung fürs tägliche Brot, praktisch 24 Stunden pro Tag rundherum überfordert. Sie selbst erhalten kaum narzisstische Zuwendung, ganz besonders keine ab ihrer von den eigenen Eltern, eigentlich dem Vater, geschmiedeten Verheiratung, und sind dadurch auch kaum in der Lage, ihren Kindern genügend narzisstische Zuwendung zu geben. Im Gegenteil: von den Kindern, besonders von den Mädchen, da die Jungen sozial erwünschter und angesehener sind, wird von früh an sehr viel gefordert. Wenn überhaupt, finden Kinder ein Minimum an narzisstischer Zuwendung bei ihren Geschwistern oder bei Tanten, die selbst wenig oder keine Kinder haben, und bei Grossmüttern. Auch die älteren Geschwister geben den jüngeren eine gewisse Zuwendung, die Dankbarkeit der jüngeren wiederum kann rückwirkend den Narzissmus der älteren ein wenig stärken. In meiner psychoanalytischen Arbeit spielt vor allem die narzisstische Zuwendung, das narzisstische Gewicht, das ich den Patientinnen und den Kinderpatienten, den Babys gebe, im Anschauen, im Zuhören, im Riechen, in meinem Phantasieren über die Patienten und meiner Reverie derselben und je nach Situation auch in einem leichten körperlichen Kontakt (körperliche Kontakte gehören in diesen Ethnien zum sozialen Austausch; deren Verweigerung kann ein Gegenüber, vor allem ein krankes Gegenüber, kaum verkraften) wahrscheinlich die wichtigste Rolle.

Nun zum besseren Verständnis dessen, was ich als religiös - islamischen Widerstand bezeichne, drei Vignetten aus meiner klinischen Arbeit in Ostafrika.

Im Männertrakt der Psychiatrie ist ein Patient, Herr M, der dauernd weint und die Pflege ratlos macht. Man bittet mich, mit ihm zu sprechen. Zuvor teilt mir der Pfleger mit, der Mann sei schwer havariert, es fehle ihm ein Bein. Seine Schwiegerfamilie habe ihn ins Spital gebracht, weil sie und seine Frau ihn nicht mehr ertragen. Ich warte in einem dunklen kleinen schmutzigen Raum an einem wackligen, alten und dreckigen Tisch, zusammen mit einem Pfleger, auf den Patienten. Herr M kommt. Er ist ein körperlich sehr schwerer, ca. 45-50 Jahre alter Mann⁹, der, auf Krücken gestützt, nur stark humpelnd zu gehen vermag.

Sein Kleid bzw. sein Hemd, das vorschriftsgemäss bis über die Knie reicht, ist schmutzig, be-

⁹ Oft habe ich keine Einsicht in die Krankengeschichte, weil das Heraussuchen derselben aus sehr hohen Aktenstapeln - man kennt die Informatik hier nicht - bei Notfällen zu lange dauern würde.

kleckert. Dies fällt mir auf, weil Muslime - jedenfalls ab einem gewissen Alter - oft sehr sauber gekleidet sind, denn das ist eine Vorschrift des Propheten. Herr M weint, sozusagen anfallsweise, heftig. Mir scheint, sein heftiges Weinen sei von ohnmächtiger Wut genährt. Ohnmächtige Wut wohl über all die Ungerechtigkeiten, die ihm in seinem Leben widerfahren sind und scheinbar immer noch widerfahren. Ich frage ihn zuerst, wie er sein Bein verloren habe. Er berichtet: In einem Nachbarland, seinem effektiven Heimatland, habe er sein eigenes Auto repariert und sich deshalb mit dem Oberkörper unter sein Auto gelegt und ein anderes Auto hätte in dem Moment seine Beine überfahren. Eines seiner Beine war nicht mehr zu retten. In jenem Land lebte er mit seiner ungefähr gleichaltrigen Frau und den gemeinsamen Kindern. Nach dem Verlust seines Beines verlässt er seine Heimat und kommt auf die hiesige Insel und besucht Verwandte und lebt bei ihnen¹⁰. Frau und Kinder lässt er zurück. Nun lebt er mit seiner zweiten, etwa 20 Jahre jüngeren Frau zusammen, die er wiederum geheiratet hat. Und er klagt mir, er sei hier in der Klinik, weil er so schwere und schlimme Auseinandersetzungen mit seiner Frau habe und sich über sie aufrege. Nach meiner Frage, worum es denn gehe, erklärt er mir immer wieder aufs Neue, seine Frau trage die Ärmel ihres Kleides nicht so, wie es sich nach religiöser Vorschrift gehöre. Ihre Ärmel seien zu kurz, man könne einen Teil ihres Handgelenkes sehen. Zudem denke sie ans Tanzen. Er erklärt mir mehrmals, dass das Verhalten seiner Frau überhaupt nicht korangerecht, also eine Sünde sei, und dass er das verbieten resp. sie das ändern müsse. Er verlangt Gehorsam von seiner Frau.

Bei der zweiten Sitzung begrüsst er mich jovial mit «Sister». Er versucht, die Distanz und die Asymmetrie zwischen ihm und mir, einer Frau, die hier, kulturell und religiös, ganz besonders unüblich ist, gleichsam weg zu zaubern, zu banalisieren. Ich erkläre ihm sachlich, dass wir nicht Geschwister seien, dass ich nicht seine «Sister», sondern seine Ärztin sei. «Psychotherapeutin» ist hier ein unbekannter Begriff und ein unbekannter Beruf.

Herr M beginnt wiederum über die Sünden seiner dem Koran nicht genügend untertanen Frau zu klagen und lässt kaum davon ab. Nun versuche ich, ihm zu zeigen, dass er eine sehr junge Frau geheiratet hat, die möglicherweise etwas andere Ansprüche ans Leben hat als dies seine ältere Frau wohl hatte, und dass sich ja tatsächlich, gerade bei jüngeren Menschen, die

¹⁰ Ohne grosses Hin und Her die eigene Familie zu verlassen, zu Verwandten zu gehen und dort zu leben, ist für einen Mann in diesem Umfeld, ethnisch und religiös gesehen, natürlich.

Sitten manchmal etwas lockern. Und ich frage ihn, ob er vielleicht befürchte, seine Frau zu verlieren? Ja, sagt er, sie habe schon überlegt und angedeutet, dass sie so nicht weiterhin mit ihm zusammenleben wolle. Nun, da der Koran und das dagegen Verstossen in den Hintergrund treten, also der Widerstand, der zur Abwehr des ihn extrem beschämenden und angsterregenden Problems dient, zeigt sich der vorbewusstere Teil seines chronischen Weinens und Unglücklichseins, nämlich die Befürchtung und wohl auch Angst und ohnmächtige Wut, seine junge Frau könnte ihn verlassen. Er realisiert, dass er in seiner jetzigen Ehe nicht ohne weiteres alle Fäden in der Hand hat.

In der dritten Sitzung berichtet er mir, seine Frau und seine Schwiegermutter hätten ihn besucht und er habe sich bei seiner Frau für sein Benehmen und seine Sturheit entschuldigt. Ich bin enorm erstaunt, dass er sich entschuldigt, weil dies nicht eigentlich den koranischen Gegebenheiten entspricht. Die übliche religiös-gesellschaftliche Norm, nämlich, dass sich die Frau beim Mann entschuldigen soll, wird durch sein Handeln auf den Kopf gestellt, also umgekehrt, was natürlich ein grosser psychisch emanzipatorischer Schritt, wohl hauptsächlich die Einsicht in die eigene subjektive Abhängigkeit und die eigenen Verlustängste, dieses Patienten sein dürfte. Die Regeln des Korans - der Widerstand bzw. die Abwehr - treten nun weitgehend in den Hintergrund und die Angst vor Liebesverlust kann bearbeitet werden.

Als ich mich verabschiede, meint er, es sei schade, dass er nicht länger mit mir arbeiten könne. Er hoffe, dass ich aus Europa als Muslimin zurückkehren werde.

Die nun folgende Vignette zeigt – anfänglich – wiederum «koranischen Widerstand» respektive Abwehr gegen einen tieferen therapeutischen Kontakt zu Gunsten des Einhaltens islamischer Vorschriften.¹¹

Y ist 15-jährig, vom Vater mit einem ca. 25 Jahre älteren Mann zwangsverheiratet und die jüngste Klinikbewohnerin. Die anderen Frauen sind bis zu 60 Jahre alt und häufig psychosomatisch, gerade auch durch Drogenkonsum, völlig abgebaut. Y kann, wie alle Mädchen und jungen Frauen, dank ihrer Verheiratung mit einem (älteren) Mann ihren kulturellen und sozialen Status verändern. «Frau» ist sie ja bereits per definitionem ab und seit ihrer Genitalverstümmelung. Durch ihre Heirat mit einem älteren Mann wird sie zu einer Frau mit Mann, präziser umschrieben, zur Frau unter der Regie eines/ ihres Mannes. Die-

¹¹ Über diese Patientin berichtete ich bereits ausführlicher in einem anderen Zusammenhang. 2015. Vgl. Bibliografie.

se Vormundschaft soll die Frau, häufig mittels Strafandrohung, dazu anhalten oder bringen, korangerecht zu leben.

In den kurzen psychotherapeutischen Gesprächen mit Y sagt sie mir stets, ihr Mann sei sehr gut zu ihr, über ihren Vater schweigt sie sich aus. Über den eigenen Vater und den eigenen Mann nichts Kritisches, sondern allein Positives zu bemerken, ist eine dem Koran entsprechende und zugleich auch eine Selbstschutz ermöglichende Aussage, die ich von vielen Frauen verschiedener Ethnien, etwa Somali und Ifar und von Frauen aus Äthiopien, dem Sudan und Eritrea hörte. Sie «brauchen» dringend Männer für Ihre eigene «Sicherheit» (die leider oftmals nicht per se gegeben ist bzw. wird) und soziale Integration.

Y kommt dies zweite Mal freiwillig in die Klinik zurück, nachts, wohl als sie merkte - d. i. meine Interpretation -, dass sie Schutz braucht. Vielleicht vor ihrem Ehemann? Die Klinik diagnostiziert ihr Kommen, nachts, barfuss, ohne Geld, als psychotisches Handeln. Psychoanalytisch verstehe ich ihr Vorgehen als einen wohl den Umständen angemessenen psycho-physischen Akt, als Suche nach Schutz und Selbstschutz in Form einer Flucht weg von zuhause. Y handelt zielbezogen und keineswegs realitätsfremd. Ihr alleiniger, selbständiger, weder vom Vater¹² noch vom Ehemann angeordneter oder begleiteter Eintritt ins Spital gilt offenbar im Rahmen der koranischen Vorschriften als skandalös. Denn im Prinzip ist barfuss und ohne Geld unterwegs zu sein für eine arme ostafrikanische Frau per se nichts Aussergewöhnliches.

Nach meiner diagnostischen Einschätzung ist Y nicht primär psychotisch, sondern mehrfach traumatisiert, was sie depressiv und psychisch dissozzierend und mittels Verleugnung zu «verarbeiten» versucht. Die spitalinterne Diagnose orientiert sich, so denke ich, an der islamischen Gesetzgebung für muslimische Frauen: Frauen sollen nicht eigenständig denken und sich nicht von ihrem Mann distanzieren oder gar – selbständig und allein - von ihm weg flüchten.

Im ersten psychotherapeutischen Gespräch beantwortet Y meine äusserst vorsichtig gestellten Fragen, etwa, was geschehen sei, wie sie sich fühle, wie's mit ihrem Mann gehe, wie sie sich hier im Spital fühle usw. alle mit demselben Wort und Gestus. Sie sagt stets extrem leise, sozusagen hauchend: «Nothing» - Nichts.

Beim zweiten Gespräch mit Y frage ich sie erneut Verschiedenes und ihre Antwort heisst weiterhin: «Nothing». Mir scheint, da finde sich, abgesehen von ihrer Scheu und Scham gegenüber und in der fremden Situation mit mir, viel an Verleugnung, gerade auch in Treue zu den isla-

12 Väter bewahren ihre Macht auch über die Heirat ihrer Töchter hinaus.

mischen Vorschriften. Eine Frau soll nicht über ihr Eheleben oder über eigene schmerzende Erlebnisse und Gedanken sprechen oder klagen. Ich bleibe bei meinem Interesse an ihr und dem, was geschehen ist, und lasse mich durchs «Nothing» nicht abschrecken. Weiterhin gilt meine narzisstische Besetzung – hören, sehen, riechen, phantasieren, rêverie - ganz der jungen Patientin. Ohne sie zu bedrängen, spreche ich hie und da ruhig zu ihr. So versuche ich, ihr auch zu vermitteln, dass sie einen Freiheitsspielraum hat und nicht mein Selbstobjekt ist¹³. Und ich hoffe, dass dies für sie selbst spürbar und erfahrbar wird. Ich bleibe weiterhin interessiert - in meiner Gegenübertragung sehe ich mich allerdings zunehmend hilflos und ohnmächtig – und frage sachte dies und jenes und erkläre ihr, ich sei der Meinung, dass das, was uns niederschlägt, verzweifelt, hilflos und traurig macht, Wurzeln in unserem eigenen Leben habe. So beschreibe ich ein kleines Stück psychoanalytischer Optik, die wohl das islamische Gesetz «Alles kommt und geht dank Allah» in Frage stellen könnte. Mit einem Mal nuscht sie ganz, ganz leise und so, als ob es nicht sie selbst betreffen würde, sie habe vor 6 Wochen ein totes Baby geboren. «Das ist schlimm und sehr, sehr traurig», sage ich. «Nein», sagt sie, «sie habe das vergessen, es sei überhaupt nicht schlimm. Sie wisse nichts mehr davon.» Ich: «Wie Sie denn darüber nichts mehr wissen könne?» «Ich weiss es nicht». Nun haucht sie erneut, wie beim ersten Gespräch, durchwegs das ganz leise «Nothing». Sie verleugnet und dissoziiert wohl auch. Zugleich spielen die religiös - kulturellen Normen ihre hemmende Rolle: Allah hat's so gewollt, und deshalb sind ihr Unglück und ihre Traumatas gottgewollt, also «richtig» und nicht erwähnenswert, und vor allem nicht beklagenswert. Ihr Mann weiss nichts von der Totgeburt und die Klinik auch nicht.

Zu Beginn des dritten Gesprächs wirkt Y kaum angstfreier oder entspannter. Nachdem sie viele Male erneut «Nothing» flüsterte, habe ich ihr vorsichtig und sachte gespiegelt und geschildert, wie sie scheinbar in ihrem Leben gar nichts mehr möchte («Nothing»), und sie gefragt, ob es denn für sie auch einmal andere Zeiten gegeben habe, wo sie sich etwas glücklicher und lustiger fühlte, vielleicht gesungen oder getanzt habe. Da wird ihr Gesicht sogleich heller und offener und sie sagt: «Ja». Und ich frage: «Wann?» Vor ihrer Heirat habe sie jeweils zuhause gesungen oder Musik gehört und getanzt, und da sei sie glücklich gewesen. Diese neue Erinnerung scheint einen lebendigen psychischen Teil der Patientin erneut geweckt zu haben: sie war früher einmal, vor ihrer Heirat, glücklich und froh.

13 Mir scheint, strenggläubige MuslimInnen seien, psychoanalytisch gesehen, Selbstobjekte ihres Gottes.

Das vierte Mal sehe ich Y während der Zeichen- gruppe. Nachdem Y mich am Tisch entdeckt hat, verändert sich ihr Gesichtsausdruck und wird hell. Sie setzt sich in die Mitte der Bank, an die Mitte des Tischbrettes, schaut mich an und beginnt von sich aus aufgeräumt und vif mit zu organisieren. Sie reicht den Anderen Papier und Bleistifte weiter und erläutert, wenn Mitpatienten das nicht verstanden haben, was ich ihnen, mit Hilfe einer Übersetzerin, sage, und beginnt dann selbst zu zeichnen. Sobald etwas Wichtiges oder Zusätzliches gesagt oder auch gemacht werden kann, ist Y nun diejenige, die das in die Wege leitet. Sie wirkt enorm aufgeweckt, aufmerksam, und sieht sich offenbar verantwortlich für die Mitpatientinnen und unterstützt diese. Ich staune über die psychische Veränderung, die Y in den letzten paar Tagen durchlebt hat. So, als ob sich aufgrund unserer psychotherapeutischen Arbeit ein Wechsel vom depressiven, beinahe leblosen Leben, wohl gleichsam einem Gefühl des Ausgelöschtseins oder -werdens, von einer schweren depressiven Passivität und Dissoziation zu einer aufgeweckten Lebendigkeit und zugleich guten Beziehungsfähigkeit entfalten konnte. Nach dem Konzept von André Green wird ein Wechsel vom Todes- zum Lebensnarzissmus möglich.

Dieser Wechsel, so denke ich, hat auch damit zu tun, dass die junge Y wohl gemerkt hat, dass ich weder äusserlich noch innerlich von koranischen Regeln geprägt bin - ohne diese ihr gegenüber zu entwerten -, und dass ich ihr wiederum auftauchendes Begehren nach Selbständigkeit und lebendig Sein nicht unterbinde, sondern ertrage und vielleicht sogar unterstütze. Nun lässt sich auch denken, sie habe, verdeckt vom stetigen «Nothing», latent eine idealisierende Übertragung auf mich entfaltet, die sie interessanterweise von ihrem etwas paranoid-schizoiden Blick auf die Welt befreit und ihr eine depressive Position, die eine etwas andere Optik, so wie Melanie Klein das beschreibt, ermöglicht. Sie wendet sich ihren MitpatientInnen zu. Sie möchte, dass die beim gemeinsamen Zeichnen gern mitmachen und verstehen, worum es geht. Sie wird aktiv und übernimmt für sich selbst und für ihr Umfeld – auch für mich, indem sie mir beim Organisieren hilft - eine gewisse Verantwortung.

Nach diesem Zusammentreffen am Zeichentisch aus ungehobelten Holzbrettern spreche ich Y nicht mehr. Ich fliege wieder zurück nach Europa. Bei meinem nächsten Wiederkommen frage ich, ob jemand wisse, wie es Y gehe. Nun, sagt man mir, sie sei gleich nach meinem Weggehen aus dem Spital ausgetreten. Und sie habe sich von ihrem Mann scheiden lassen, sei aus dem Ort weggezogen und es gehe ihr gut. Trotz der

Scheidung gehe es ihr offenbar gut. Ich erwidere, koranisch gesehen kontrovers, aber ganz meiner diagnostischen Sicht entsprechend: «ich glaube, es geht ihr gut, gerade weil sie geschieden ist. » Meine muslimische Gesprächspartnerin reagiert befremdet auf diese meine Aussage, grad, als ob sie nicht zu verstehen wäre.

Ich hatte ja bereits zu Beginn der Gespräche mit Y die Vermutung, sie sei vor allem wegen der für sie schlechten Bedingungen in ihrer Ehe, die eine Zwangsverheiratung war, psychisch erkrankt. Aber die Patientin äusserte, wie erwähnt, kein negatives Wort zum Zustand ihrer Ehe oder über ihren Ehemann. Sie hat sich dabei an die Vorschriften des Korans gehalten.

Und ich stehe als psychoanalytisch Denkende und Arbeitende hie und da wohl in einem nicht ganz ungefährlichen Widerspruch zur aktuellen islamisch - religiösen Kultur.

Manchmal sieht es so aus, als ob, da die koranischen Normen oder die normierte Vorstellung, dass Gott alles in der Hand hat und dass das, was er tut und geschehen lässt, in Ordnung ist, für das Individuum eigentlich nichts übrig bleibt, das noch in Eigenregie veränderbar wäre. Und dies führt natürlich auch zu einer gewissen Lethargie und Passivität¹⁴. Nicht selten bin ich in Situationen, wo ich staune oder erschrecke, dass keine Hilfe gebracht wird. Wahrscheinlich wirken sich die häufig äusserst kargen, abschreckenden, für ein europäisches Auge und Gefühl lebensunmöglichen, allzu deprivierten und deprimierenden Lebensumstände und der menschlichen Existenz negativ auf die empathische Begegnung mit anderen Menschen aus. Der Blick auf PatientInnen oder allgemein bedürftige Menschen scheint in manchen ostafrikanischen Städten ein teils abgestumpfter und wenig empathischer zu sein. Vielleicht war's in früheren Zeiten anders. Angesichts der trostlosen Situation, in welcher das jeweilige Land steckt, in Verbindung mit der meist ziemlich hoffnungslosen Situation der Babys und Kinder, der überlasteten und häufig genital verstümmelten Mütter – meistens betrifft das Menschen der Unterschicht und der Mittelschicht -, und natürlich vieler anderer Menschen im grossen schwarzen Kontinent kann Hoffnungslosigkeit gleichsam zu einer ansteckenden Krankheit werden. Und natürlich können die Versprechungen der islamischen Religion da eine gewisse, vorwiegend illusionäre Linderung bringen. Selbst muss ich jeweils darauf achten,

¹⁴ Spreche ich ausführlicher mit MuslimInnen über diesen Punkt, so betonen viele, dass diese Formulierung nicht richtig sei. Gott helfe vor allem dann, wenn der Mensch Gottes Normen entsprechend lebe. Es seien durchaus auch Anstrengungen vom Gläubigen gefordert.

nicht allzu sehr von dieser mehr oder weniger allgemeinen Hoffnungslosigkeit angesteckt zu werden. Zwischendurch ein bisschen angesteckt zu werden, ist, so scheint mir, nicht vermeidbar.

Um zu verdeutlichen, was ich mit «begrenzter Empathie» meine, die nun folgende klinische Vignette über Frau A.

Ein Mitarbeiter im psychiatrischen Spital bittet mich, zu einer Patientin zu gehen, die nicht spreche. So könne er nicht für sie arbeiten¹⁵. Im Nachhinein stellt sich heraus, dass die Patientin bereits mehrere Monate im psychiatrischen Spital lag, ohne dass sich jemand intensiver um sie bemüht hätte. Sie erhält zu essen und sieht nachts- sofern sie will - die anderen Patientinnen, die sich in ihrer Nähe zum Schlafen in ihre Eisenbetten legen. Man lässt Frau A eigentlich verkümmern. Eine Pflegerin zeigt mir den Weg zu ihr und bleibt dann an meiner Seite. Ich sehe die Patientin nicht, teils, weil es in diesem langgezogenen alten Gang dunkel ist, hauptsächlich aber, weil sie ganz zugedeckt ist und auch mit ihrem Kopf unter dem schmutzigen Tuch liegt. Hingegen geht vom Bett ein intensiver und sehr unangenehmer Geruch nach Urin und Fäkalien aus. Will ich Kontakt zu Frau A herstellen, muss ich diesen aushalten. Er ist es, der sie einhüllt und so kann sie, im eigenen Geruch, etwas Geborgenheit suchen und finden. Dies zum einen. Zum anderen konzentriert sich in diesem äusserst unangenehmen Geruch auch ihre Angst vor anderen Menschen. Unbewusst lässt sich so das Zudringen Anderer kontrollieren bzw. bremsen. In den starken Eigengeruch eingebettet liegt auch ihr Widerstand, ihre Abwehr. Sie will scheinbar nichts mehr. Ich sage ihren Namen. Nichts kommt zurück und nichts regt sich. Es stinkt fürchterlich. (Später sehe ich, dass das Blech, das als Matratzenunterlage auf dem Eisengestell liegt, bereits durchgerostet ist, weil zu viel Urin durch die Plastikmatratze hindurchsickerte und liegen blieb.) Ich sage etwas zur Patientin, ein paar Worte, die auf Suaheli übersetzt werden. Sie reagiert nicht. Ich konzentriere mich weiterhin auf sie, lasse mich also nicht wegdrängen, und sage fortan nichts als sehr ruhig, rhyth-

15 Es geht bei dieser Patientin anscheinend seit langem vorwiegend darum, herauszufinden, wo die Eltern oder die Familie der Patientin sind, um Frau A dorthin wegzugeben. Die «Integration» in die Herkunftsfamilie ist meist wichtiger als ein Versuch, das individuelle Leiden einer PatientIn zu verstehen.

misch und melodiös ihren Namen¹⁶. Ich wiederhole ihn wieder und wieder. Vielleicht 10 – 20 Mal, wobei meine Sprachmelodie dabei wahrscheinlich wichtiger ist als die Buchstaben ihres Namens. Ganz, ganz langsam, sozusagen in Zeitlupe, schiebt sie die Decke ein bisschen weg von ihrem Gesicht und versucht, das auch ganz, ganz langsam, ein Auge nach dem andern zu öffnen. Und nun schaut sie mich aus auffallend grossen, bedürftigen, bittenden, flehenden Kinder-Augen stumm an. Dies Ritual, nämlich ihren Namen melodiös zu wiederholen und zu wiederholen, werde ich noch öfters brauchen, um mit ihr in Kontakt zu kommen. Eine ganze Weile weiss ich nicht, ob sie überhaupt sprechen kann. Schliesslich beginnt sie nun auf einige Fragen, die ich ihr stelle, gleichsam lallend etwas zu äussern und ich bemühe mich, zu verstehen. Was ich vor allem höre, ist das Wort «Abandoned» (verlassen) und der Name ihres Geburtsortes (auf dem Festland). Offenbar spricht sie ein bisschen Englisch und das heisst, dass sie wohl eine Schule besuchte, also ein wenig gebildet ist. Ich versuche, ihr zu erklären, dass es gut wäre, wenn sie aus dem Bett aufstehen und sich duschen würde, und dass die Pflegerin dabei helfen wird. Beim Gang zu den im europäischen Sinn kaum Dusche zu nennenden Duschen sehe ich, dass sie mit einem Bein bzw. Fuss nur auf der Fussspitze geht. Sie ist invalid und vermag nur mühsam zu humpeln. Von nun an kann ich sie jeweils mit meinem Singsang ihres Namens, meiner Anwesenheit, meinem sie Hören und sie Sehen, sie Riechen soweit berühren und sie ein wenig in Richtung des Lebensnarzissmus, zu einer gewissen Lebendigkeit verführen, dass sie von sich aus hie und da das Bett verlässt und nach draussen geht zu den anderen Patientinnen. Und wahrscheinlich darauf wartet, ob ich wohl komme. Sie bleibt im Spital-Umfeld eine Aussenseiterin und vermag kaum Kontakt zu anderen aufzunehmen. Sie verbleibt wohl in einer gewissen kindlichen Abhängigkeit von mir. Und ich kann ihre vielen und grossen Wünsche und Erwartungen nicht erfüllen.

Eben, es ist nicht so, dass die Patientin stumm oder mutistisch war, sondern dass keine Sprache gefunden wurde, die sie genügend berührt hätte. Und diese Sprache wurde vorwiegend wegen dem, was ich eben meinte, nicht gefunden: die verlorene Empathie. Vielleicht geht sie, etwa aufgrund von Gedanken wie «Elend ist ja sowieso da und ist natürlich», verloren. Wahrscheinlich

16 Das melodiös rhythmische, wiederholte Aussprechen des Namens habe ich in meiner Arbeit mit Babys und Waisenkindern entwickelt und angewendet und erfahren, dass dadurch ein menschlicher Austausch entstehen kann. Vgl. Bibliographie. Saegesser, B.: 2014.

wäre Frau A ohne meine Kontaktversuche langsam in ihrem Blechpfehl verendet. Wenn ich jetzt jeweils aus Europa wiederkomme, lebt sie erneut zurückgezogener und hauptsächlich im Bett, und beginnt dann, wenn sie mich kommen sieht, wieder aufzustehen oder auch ins Freie hinaus zu gehen.

Bei meiner letzten Arbeitsetappe frage ich sofort bei der Pflege nach Frau A, da ich sie nicht finde. Zuerst bedeutet man mir, eine solche Frau A sei nie da gewesen. Ich sage mehrmals: «Doch, ich kenne sie». Schliesslich imitiere ich, wie Frau A beim Gehen mit einem Fuss nur auf ihrer Fussspitze stehen kann, da sie wegen eines Unfalles so stark gehbehindert ist. Aha, die, ja, ist gestorben. Gestorben? Ja, während der Cholera Epidemie. (Diese setzte grad ein, nachdem ich das letzte Mal weggegangen war). Frau A sei im Bett geblieben und im Bett verstorben, und niemand habe gedacht, dass sie Cholera habe. Diese Auskunft macht mich sehr traurig. Anfang und Ende von Frau A's Geschichte - in der Psychiatrie -, nähern sich an, treffen sich, schliessen sich im Todesnarzisstischen und im Tod. Die Brücke dazu baut wohl die negative Empathie. Frau A's elend vereinsamendes cholerakrankes Lebensende verdoppelt ihr todesähnliches Vegetieren vor dem Beginn unserer psychotherapeutischen Beziehung.

Diese Vorstellung, dass es, um an einen Menschen heranzukommen, eine vielfältige und je besondere Sprache braucht und dass jeder nur so lebensnarzisstisch berührt und interessiert werden kann, fehlt in manchem, auch professionellen, Umfeld. Und eben: vielleicht hat dies negativ empathische «Wegschauen» auch damit zu tun, dass die häufig ebenfalls bedürftigen Helfer und Verantwortlichen sich sagen: ich habe schon zu viel Arbeit (und bin beruflich zu schlecht bezahlt), wenn Gott nicht schaut und nicht eingreift, kann ich auch nichts machen.

Autorin

Dr. phil. Barbara Saegesser, geboren in Bern, Studium in Basel. Philosophie, Psychologie, Germanistik, Soziologie, Graphologie. Promotion in Philosophie/ Erkenntnistheorie

1981 Eigene Praxis für Graphologie und Psychoanalyse in Basel

1985 Ordentliches Mitglied VPB / ASP

1990 Mitglied SGPsa / IPA

Ab 1990 Dozentin und Supervisorin an folgenden Institutionen:

Psychoanalytisches Seminar Basel; Psychoanalytische Arbeitsgruppe Bern; Freud – Institut Zürich; Szondi – Institut Zürich; MAP München.

Vorträge und Seminare im In- und Ausland

1997 Ausbildungsanalytikerin SGPsa / IPA

1997 - heute Mitglied des FU-Gerichtes Basel – Stadt Dozentin, Supervisorin und Lehranalytikerin im Ausbildungskreis für Psychoanalytische Psychotherapie. Heute: AZPP.

2005 - heute: Psychoanalytische und ausbildnerische humanitäre Arbeit in ostafrikanischen Städten (Waisenhäuser, Streetboys, Internationale Organisationen - SOS Children villages, Save the Children, MSF usw. -, Spitäler (allgemeine Medizin, Maternité, Neonatologie, Pädiatrie, Psychiatrie)

Publikationen zur Psychoanalyse und zu ihrer psychoanalytischen und ausbildnerischen humanitären Arbeit in ostafrikanischen Städten

Korrespondenz

Dr. phil. Barbara Saegesser

Hechtliacker 15

4053 Basel

E-Mail: barbara.saegesser@bluewin.ch

Bibliographie

Freud, S. (1919): Wege der psychoanalytischen Therapie. Studienausgabe. Ergänzungsband. Fischer. Frankfurt am Main. S. 246.

Hirsi Ali, A. (2015): Reformiert euch! Warum der Islam sich ändern muss. Spez. Kap.3 und Kap. 6. München, Albrecht Knaus Verlag.

Mahrokh, Chr. (2006): Geschlechtsspezifische Entwicklung in patriarchalisch-islamischen Gesellschaften und deren Auswirkung auf den Migrationsprozess. In: Psyche-Z, Psychoanal. 60; 2006, pp 0097-0117.

Racamier, Paul-Claude (1993): Le psychanalyste sans divan. Bibliothèque Scientifique Payot. 448 p.

Saegesser, B. (2014): Psychoanalytische Arbeit mit BB's, Kleinkindern und Müttern in unterschiedlichen afrikanischen Ländern (Le travail psychanalytique avec les bébés, des petits enfants et des mères dans divers pays d'Afrique). Bulletin No 77 Frühjahr 2014. Schweizerische Gesellschaft für Psychoanalyse (SGPsa). S. 5-13.

Saegesser, B. (2015): Psychoanalytische Feldarbeit in ostafrikanischen Städten. Hrsg: Peter Bründl und Carl E. Scheidt. Jahrbuch der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse. Bd. 4. Brandes und Aspel, S. 211-238

Saegesser, B. (2016): Psychoanalytische Feldarbeit in Ostafrikanischen Städten II. Elternschaft in ostafrikanischen Städten. Hrsg: Peter Bründl und Carl E. Scheidt. Jahrbuch der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse. Bd. 5. Brandes und Aspel, S. 269-279

Saegesser, B. (2016): Un travail psychothérapeutique en marge de ma pratique psychanalytique et de la culture islamique dans des villes d'Afrique de l'est. Traduction et adaptation de mon manuscrit originale écrit en allemand. Tribune Psychanalytique 13. CH-1003 Lausanne

Spitz, Rene A. 1996 bzw. 1945. Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr, Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 1996, auch „Hospitalism: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood“, in The Psychoanalytic Study of the Child, Bd. 1 (1945),
Spitz, Rene A. (1946): Anaclitic depression. Psychoanalytic Study of the Child, Bd. 1

Spitz, Rene A. (1948) La perte de la mère par le nourrisson: troubles du développement psycho-somatique
Wohlfahrt E. und Özbek T. (2006): Eine ethnopsychanalytische Kasuistik über das Phänomen der Besessenheit. In: Psyche-Z, Psychoanal. 60; 2006, pp 0118-0130.

