

Sophinette Becker

Leidenschaftlich analytisch

Texte zu Sexualität, Geschlecht und Psychoanalyse



Psychosozial-Verlag

Sophinette Becker
Leidenschaftlich analytisch

Unter anderem sind folgende Titel bisher im Psychosozial-Verlag in der Reihe BEITRÄGE ZUR SEXUALFORSCHUNG erschienen:

- Band 98** Hertha Richter-Appelt, Timo O. Nieder (Hg.): Transgender-Gesundheitsversorgung. Eine kommentierte Herausgabe der Standards of Care der World Professional Association for Transgender Health. 2014.
- Band 99** Katinka Schweizer, Franziska Brunner, Susanne Cerwenka, Timo O. Nieder, Peer Briken (Hg.): Sexualität und Geschlecht. Psychosoziale, kultur- und sexualwissenschaftliche Perspektiven. 2014.
- Band 100** Wiebke Driemeyer, Benjamin Gedrose, Armin Hoyer, Lisa Rustige (Hg.): Grenzverschiebungen des Sexuellen. Perspektiven einer jungen Sexualwissenschaft. 2015.
- Band 101** Julia Riegler: Wenn Sex schmerzt. Biografische und soziale Genese einer sogenannten »Sexualstörung«. 2015.
- Band 102** Maximilian Schochow, Saskia Gehrman, Florian Steger (Hg.): Inter* und Trans*identitäten. Ethische, soziale und juristische Aspekte. 2016.
- Band 103** Maximilian Schochow, Florian Steger (Hg.): Hermaphroditen. Medizinische, juristische und theologische Texte aus dem 18. Jahrhundert. 2016.
- Band 104** Katharina Jacke: Widersprüche des Medizinischen. Eine wissenssoziologische Studie zu Konzepten der »Transsexualität«. 2016.
- Band 105** Ada Borkenhagen, Elmar Brähler (Hg.): Wer liebt, der straft? SM- und BDSM Erotik zwischen Pathologisierung und Anerkennung. 2016.
- Band 106** Martin Dannecker: Faszinosum Sexualität. Theoretische, empirische und sexualpolitische Beiträge. 2017.
- Band 107** Alexander Korte: Pornografie und psychosexuelle Entwicklung im gesellschaftlichen Kontext. Psychoanalytische, kultur- und sexualwissenschaftliche Überlegungen zum anhaltenden Erregungsdiskurs. 2018.
- Band 108** Peer Briken (Hg.): Perspektiven der Sexualforschung. 2019.
- Band 109** Timo O. Nieder, Bernhard Strauß (Hg.): Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit. Eine kommentierte Dokumentation zur S3-Leitlinie. 2021.
- Band 110** Dagmar Herzog: Die Politisierung der Lust. Sexualität in der deutschen Geschichte des 20. Jahrhunderts. 2021.

BAND 111

BEITRÄGE ZUR SEXUALFORSCHUNG

ORGAN DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR SEXUALFORSCHUNG

HERAUSGEGEBEN VON MARTIN DANNECKER, ANDREAS HILL,

HERTHA RICHTER-APPELT UND KATINKA SCHWEIZER

Sophinette Becker

Leidenschaftlich analytisch

**Texte zu Sexualität, Geschlecht
und Psychoanalyse**

Herausgegeben von Anna Koellreuter
und Margret Hauch

Mit einem Vorwort von Martin Dannecker
und einem Geleitwort von Dagmar Herzog

Psychosozial-Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe

© 2021 Psychosozial-Verlag, Gießen

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung
des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet,
vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Ulrike Körbitz, *Weder Fisch noch Vogel!*, 1990

Porträt von Sophinette Becker auf der Buchrückseite: © Christina Kurz, Bern

Umschlaggestaltung & Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar

Satz: metiTec-Software, me-ti GmbH, Berlin

www.me-ti.de

ISBN 978-3-8379-3100-6 (Print)

ISBN 978-3-8379-7812-4 (E-Book-PDF)

ISSN 0067-5210

Inhalt

Geleitwort <i>Dagmar Herzog</i>	7
Vorwort <i>Martin Dannecker</i>	13
Editorial der Herausgeberinnen	15
»Höhensonne haben Sie wohl keine?« Zur Legierung des Goldes <i>zusammen mit Hans Becker</i>	19
AIDS – Die Krankheit zur Wende?	37
Eine ganz normale Veranstaltung? Anmerkungen zum Hamburger Kongress	51
Von der Bosheit der Frau <i>zusammen mit Cordelia Stilleke</i>	55
Die Legende von der Bewältigung des Unerträglichen <i>zusammen mit Hans Becker</i>	65
Bemerkungen zur Debatte über Bürger-Prinz »Ein klassischer Profiteur des Nationalsozialismus«	85
Die Wiedervereinigung der Schuld <i>zusammen mit Hans Becker</i>	93

Pädophilie zwischen Dämonisierung und Verharmlosung	113
Trauma und Realität	129
Zur Funktion der Sexualität im Nationalsozialismus	143
Weibliche und männliche Sexualität	165
Das weibliche Körperselbst und die Perversion	179
Warum Frauen sexualisierte Aggression anders externalisieren als Männer	
Poststrukturalismus und Geschlecht: Ein Blick zurück	199
Sadomasochismus bei Transsexuellen	219
»Transsexualität« – zwischen sozialer Konstruktion, bisexueller Omnipotenz und narzisstischer Plombe	233
Bisexuelle Omnipotenz als »Leitkultur«?	255
Sexuelle Verhältnisse im gesellschaftlichen Wandel	
MRT statt TSG	275
Vom Essenzialismus zum Konstruktivismus und wieder zurück	
Geschlecht und sexuelle Orientierung in Auflösung – was bleibt?	293
You can always get what you want – Psychoanalyse in neoliberalen Zeiten	307
Kommentar zu Hansburys »Das männliche Vaginale«	
Verzeichnis der Publikationen von Sophinette Becker	321
Drucknachweise	329

Geleitwort

Vor ihrem viel zu frühen Tod im Oktober 2019 – nur wenige Wochen nach der Teilnahme an einer Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung zu den Themen »Sexualität – Macht – Moral« im September in Hamburg und just als ihre neuesten Gedanken zu sexuellen Fantasien und Transgender-Identitäten in der *Psyche* publiziert wurden – war Sophinette Becker, geboren 1950, eine bemerkenswerte sexualwissenschaftliche Expert:in im deutschsprachigen Raum. Nach einem ersten kurzen Jurastudium in Berlin wechselte sie an die Goethe-Universität in Frankfurt am Main und machte dort ihr Diplom in Psychologie. Bestens bewandert in den Feinheiten der Freud'schen Psychoanalyse sowie der Kritischen Theorie nach Adorno und Horkheimer spezialisierte sie sich unter anderem auf Psychosomatik. Die Bedeutung unserer aller Körperlichkeit blieb für sie ein zentrales Thema. Über Jahrzehnte hatte ihr Berufsleben drei – oft eng miteinander verschlungene – Schwerpunkte: Aufmerksam hörte sie über lange Stunden Patient:innen zu, die mit einer Vielzahl von sexuellen und geschlechtsidentitätsspezifischen Anliegen zu ihr kamen; für Mediziner:innen, Psychotherapeut:innen und Sozialarbeiter:innen bot sie in Vorträgen und Seminaren immer wieder inspirierende Weiterbildung an; und – wie dieser Band so beeindruckend bezeugt – sie schrieb eine Fülle luzider, sorgfältigst recherchierter Texte zu therapeutischen, kulturpolitischen und historischen Themen. Mit ihrer selbstironischen Art, die ihre immense Klugheit und ihr wohlverdientes Selbstvertrauen nie ganz verbarg, konnte sie manchmal unsentimental bis schroff wirken. Aber wie so viele der Menschen, die ihr begegneten, habe ich sie vor allem als unentwegt großzügig erlebt, mit einer tiefen Herzensgüte und außerordentlicher Behutsamkeit gerade im Umgang mit menschlicher Verletzlichkeit und Komplexität. Immer wieder beeindruckend war für mich ihr scheinbar unfehlbarer Instinkt, in den verschiedensten Situationen genau das Notwendige und Richtige zu sagen – ob unter vier Augen in der Intimität einer persönlichen Be-

gegnung oder in einer streitfreudigen Runde mit ihren sexualwissenschaftlichen Kolleg:innen.

Eines von sechs Kindern – und die einzige Tochter – des Bildungspolitikers und Regierungsberaters Hellmut Becker und der deutsch-französischen Kinderbuchautorin Antoinette Becker-Mathis, wuchs sie in einem Haus auf, in der die kritische kulturelle Elite der Nation ein und aus ging, in dem aber auch regelmäßig aufgenommen wurde, wer vorübergehend Zuflucht brauchte. Die Psychoanalyse war in dieser Atmosphäre ohne großes Aufsehen ständig präsent und war immer begleitet von Musik, Literatur und weitreichender intellektueller und politischer Debattierfreudigkeit. Sie sprach oft davon, wie das Aufwachsen in der »Brüderhorde« sie geprägt habe, hatte aber auch ein in vieler Hinsicht kritisch-distanziertes Verhältnis zu ihrer Herkunftsfamilie entwickelt. Der mit ihr am engsten verbunden gebliebene Bruder ist David Becker, ebenfalls Psychologe, der unter anderem während und nach der Diktatur in Chile lebte und dort in einem Therapieteam mit Folterüberlebenden und Familienmitgliedern der *desaparecidos* arbeitete und sich inzwischen in vielen weiteren Krisenzonen einsetzt, von Zagreb über Luanda bis Gaza und Tadschikistan.

Bereits während ihrer Studienzeit in Frankfurt hatte Sophinette Becker Beziehungen zu RotZSchwul aufgebaut, einer Gruppe politisch aktiver linker homosexueller Männer. Schon in dieser Zeit lernte sie auch zwei der ihr später sehr wichtigen Kollegen kennen: Reimut Reiche, jetzt Psychoanalytiker, damals gerade frisch fertig mit seiner Tätigkeit als Vorsitzender des SDS, und Martin Dannecker, heute bekannt als einer der führenden Sexualforscher in Deutschland, damals Gasthörer in Adornos Seminaren und alsbald intellektueller Anführer der gerade aufstrebenden militanten westdeutschen Schwulenbewegung. Nach Abschluss des Studiums arbeitete Becker zunächst ein Jahrzehnt lang an der psychosomatischen Universitätsklinik in Heidelberg (1979–1988), und während dieser Jahre wurde sie zusätzlich in die therapeutische Beratung der ersten Opfer der HIV/AIDS-Epidemie einbezogen. Diese Erfahrung führte wiederum dazu, dass sie unter der Leitung der liberalen christdemokratischen Ministerin Rita Süsmuth in die Bundeskommission »Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung« berufen wurde, wo Becker bei der Entwicklung eines medizinisch-wissenschaftlich seriösen sowie Wertepluralismus respektierenden Präventionsprogramms mitwirken konnte. 1989 kehrte sie nach Frankfurt zurück, um eine Stelle als wissenschaftliche Mitarbeiterin am renommierten Institut für Sexualwissenschaft an der Universitätsklinik Frankfurt unter Leitung von Volkmar Sigusch anzutreten, wo auch Reiche und Dannecker arbeiteten. Als das Institut im Zusammenhang mit Siguschs Pensionierung im Jahr

2006 endgültig geschlossen wurde, erkämpfte Becker eine Fortführung der Sexualmedizinischen Ambulanz unter ihrer Leitung bis 2011. Danach arbeitete sie in freier Praxis, setzte aber ihre Vortrags- und Fortbildungstätigkeit im gesamten deutschsprachigen Raum fort. In diesem Kontext hat sie über Jahrzehnte auch viele Menschen mit transidenten Wünschen begleitet, unabhängig davon, ob diese sich letztendlich für oder gegen geschlechtsangleichende Maßnahmen entschieden; nicht zuletzt hierdurch wurde Transsexualität zu einer ihrer thematischen Schwerpunkte.

Überhaupt gab es ein breites Spektrum sexualwissenschaftlicher Themen, zu denen Becker wiederholt nuancierte und originelle Analysen geliefert hat; viele davon sind in diesem Band vertreten. Die Gegenstände ihrer Überlegungen reichen von gesellschaftlicher Gehässigkeit gegenüber den Todesängsten früher HIV-Infizierter über »weibliche Perversionen« und »bisexuelle Onnipotenz« (Letzteres allermeistens mit einem skeptischen Fragezeichen versehen) sowie »somasochistische« Fantasien und Praktiken bis hin zu der (ihres Erachtens nach nicht nur verdächtig rachsüchtigen, sondern vielfach heuchlerischen) gesellschaftlichen Beschäftigung mit dem Phänomen der »Pädophilie«. Die Themenvielfalt erstreckte sich aber auch auf das Gebot der Parteilichkeit für die Opfer von sexuellem Missbrauch und die Notwendigkeit des achtsamen Umgangs mit dessen realen traumatischen Folgen. Und eben nichtsdestotrotz, und mit Nachdruck, plädierte sie wiederholt für mehr Aufmerksamkeit, in der Therapie, für die Komplexität der immer auch höchst individuellen psychischen Verarbeitung.

Die Psychoanalyse war für sie unabdingbar als Werkzeugkasten für Kulturkritik und vor allem für die Psychotherapie. Becker lässt sich wohl am ehesten irgendwo zwischen Freud pur und der Middle Group der britischen Nachfreudianer:innen Winnicott, Balint, und Limentani verorten, obwohl sie auch Klein Nützliches abgewinnen konnte. Ein weiterer wesentlicher Bezugspunkt für Becker war die ihr vorausgehende deutschsprachige Generation von Analytiker:innen – von den Schweizer:innen Parin und Parin-Matthëy und Morgenthaler über Cremerius in Deutschland und Langer in Lateinamerika bis hin zu Keilson in den Niederlanden, Letzterer vor allem wegen seines Konzepts der »sequentiellen Traumatisierung«. Die Wirkmächtigkeit des Unbewussten und des Irrationalen sowie die fundamentale Konflikthaftigkeit *aller* Orientierungen und Identitäten gehörten zu Beckers Grundverständnis der Realität. Becker nahm die ethischen Verpflichtungen der Psychoanalyse ernst und eruierte – zwar auf Abstinenz, aber nie auf Neutralität bestehend – die Dynamik der Gegenübertragung stets sorgfältig. Wer gerne mehr verstehen möchte von

der Brauchbarkeit von Konzepten wie Spaltung, Verschiebung, Projektionen, Abwehr, und Fantasien, aber auch zum Beispiel Vernichtungswünschen und -ängsten – ob für Kulturkritik oder für Therapie –, kann bei Becker ganz viel mitnehmen.

Für Historiker:innen ist dieses Buch nicht weniger wichtig als für Sexualwissenschaftler:innen, Psychotherapeut:innen und Psychoanalytiker:innen, und das aus mindestens zwei Gründen. Erstens: In der Abfolge der Beiträge, die sich über die 35 Jahre zwischen 1984¹ und 2019 erstrecken, können wir nicht nur Beckers eigene Lernlust miterleben und ihre Lernkurve beobachten – besonders wie sie sich im Lernen *von* ihren Patient:innen immer mehr Wissen aneignete –, sondern ebenso viele Aspekte des Kulturwandels in den Geschlechterbeziehungen in diesen Jahrzehnten durch ihre Augen mitverfolgen, gerade wegen Beckers besonderen Antennen für die Kompliziertheit der »Gleichzeitigkeit von Ungleichzeitigkeiten«. Zweitens, und für mich als Historikerin wohl am bewegendsten, ist Beckers wiederholte Auseinandersetzung mit den Besonderheiten des gesellschaftlichen Klimas im postnationalsozialistischen Deutschland im Allgemeinen. Sie schrieb, entrüstet und scharfsichtig zugleich, über die Mechanismen der fehlenden Verarbeitung der Schuld – auch der ererbten – und über die verschiedensten Strategien der Abwehr einer ernsthafteren Konfrontation mit den grauenhaftesten Aspekten der nationalen Vergangenheit.

Im Gegensatz zu vielen ihrer Mitbürger:innen hat Becker nie an der Existenz dessen, was sie schon 1986 ohne Umschweife als »massenhafte[] deutsche[] Begeisterung für den Nationalsozialismus« bezeichnete, gezweifelt.² In einem 2001 publizierten Aufsatz fragte sie nach den »psychischen Bedürfnisse[n]«, die »durch die NS-Ideologie und die NS-Praxis befriedigt [wurden]«, und setzte sich zudem spezifisch mit der NS-Sexualpolitik auseinander, mit dem damaligen Erstarken einer partikularen Ethik und dem gesamten antibürgerlichen Impetus der nationalsozialistischen Bewegung. Klarsichtig zeigte sie hier auf, wie die nur scheinbare Widersprüchlichkeit der NS-Sexualpolitik – Idealisierung versus Zerstörung der Familie, Propagierung von Reinheit und Sauberkeit versus Antipruderie – für das Regime »höchst funktional« waren.³ Aber Becker suchte auch wiederholt Erklärungen für die Obszönität mancher von ihr schon als Kind bemerkten Umdrehungen der historischen Wirklichkeit. 1997 schrieb sie zum

1 Sophinette Becker hat jedoch schon 1981 begonnen zu publizieren – siehe Publikationsverzeichnis in diesem Band, S. 321–328.

2 In diesem Band: »Eine ganz normale Veranstaltung?«, S. 51–54.

3 In diesem Band: »Zur Funktion der Sexualität im Nationalsozialismus«, S. 143–163.

Beispiel: »Ich bin 1950 geboren und erinnere mich gut an Aussagen wie: »Unter Hitler gab es keine Sittlichkeitsverbrecher.«⁴

Spätestens 1988, ein Jahr vor dem Mauerfall, in einem von mehreren gemeinsam mit dem Psychoanalytiker und Arzt Hans Becker (kein Verwandter, sondern Kollege) geschriebenen Aufsatz, ging sie detaillierter auf die Wechselwirkungen zwischen Vergangenheit und Gegenwart ein: »Das Fühlen der realen Schuld hat es im Nachkriegsdeutschland kaum bis gar nicht gegeben. [...] Die Verleugnung der Realität der Verbrechen im NS und der Beteiligung aller daran (ob durch Mitmachen, Dulden oder Wegschauen) gehören also eng zusammen.« Dann kam der eigentliche Hammer: »Der unbewussteste, weil vermutlich schambesetzteste Teil dieser Verleugnung scheint uns *die Lust an der Beteiligung* zu sein« (Hervorhebung D.H.). Zum oft bemühten und apologetischen Hinweis auf die im Dritten Reich (angeblich) ubiquitäre Forderung nach Gehorsam bemerkten Becker und Becker:

»Dieser bedingungslose Gehorsam muss auch attraktiv gewesen sein, da niemand dazu gezwungen wurde. Die Attraktion des Gehorsams, die Lust an der Unterwerfung unter einen anderen Willen (und dazu gehört *auch* das erhebend-orgiastisch Überwältigende des Arschkriechens) scheint uns ein besonders verpönte und deshalb besonders unbewusst gewordener Teil der Beteiligung am Nationalsozialismus zu sein« (Hervorhebung i. O.).⁵

Diese damals höchst innovative Perspektive ist noch längst nicht überholt.

Insgesamt ist zu konstatieren, dass Becker sich durchgängig mit unbequemen Themen befasste und nie vereinfachte Analysen bot. Falsche binäre Alternativen wurden konsequent dekonstruiert; Ambivalenzen und das Aushalten von Spannungen wurden gewürdigt. Bei allem, was sie zu dem Dreieck ihrer wesentlichsten Anliegen – Sexualpolitik, Vermächnisse des Nationalsozialismus und die besonderen Herausforderungen der klinischen Begegnung mit einem leidenden Mitmenschen – schrieb, lehnte sie Simplifizierungen ab; ohne dass sie je das Wort Dialektik übermäßig bemüht hätte, konnte man sich darauf verlassen, dass sie fast immer über schwierige und vielschichtige Phänomene mindestens aus der Sicht von »sowohl als auch« statt »entweder oder« nachgedacht hatte. Mehr noch: Eindrucksvoll an ihren Schriften ist, wie oft sie aus einem kakophonischen Wirrwarr von unübersichtlichen gesellschaftlichen Diskursen systematisch das

4 In diesem Band: »Pädophilie zwischen Dämonisierung und Verharmlosung«, S. 113–128.

5 In diesem Band: »Die Legende von der Bewältigung des Unerträglichen«, S. 65–83.

Wesentlichste herausortierte und Interpretationsmöglichkeiten klar auffächerte. Zugleich scheute sie nicht davor zurück, Thesen zu vertreten, die womöglich als unmodisch oder unpopulär empfunden werden könnten. Tatsächlich staunten mehrere der ersten Nachrufe über ihre »Immunität«, denn sie war offensichtlich gegen Trends und Schmeicheleien gleichermaßen gefeit. »Nicht jede Mode erweist sich als Avantgarde« war ein für sie sehr charakteristischer Satz.⁶

Gerade diese Immunität machte sie in moralpolitischen Belangen unbeirrbar: So aufrichtig empört wie Becker über den Mangel an Reue sein konnte, der in einer Gesellschaft voller noch unbehelligter Täter:innen, Nutznießer:innen und Wegschauenden noch bis ans Ende des 20. Jahrhunderts so unübersehbar und für sie so unerträglich war, so emphatisch und sensibel konnte sie wiederum, und mit der gleichen Intensität, die Kostbarkeit des »Sexuellen«, in all seiner Unordnung und Widersprüchlichkeit, als eines der fundamentalsten Aspekte des Menschseins schützend verteidigen. Ich bin bei Weitem nicht die Einzige, die Sophinette Becker heiß verehrt und geliebt hat; wir sind viele, und der Verlust schmerzt immer noch. Die Schriften bleiben uns allen aber eine immer wieder zu besuchende Fundgrube von wegweisenden Denkansätzen und einzigartig orientierenden, inspirierenden, hervorragenden Erkenntnissen.

*Dagmar Herzog
New York City, Februar 2021*

6 In diesem Band: »Bisexuelle Omnipotenz als ›Leitkultur‹? Sexuelle Verhältnisse im gesellschaftlichen Wandel«, S. 255–274.

Vorwort

2012 sind Sophinette Becker, Hertha Richter-Appelt und Andreas Hill in das Gremium der HerausgeberInnen der »Beiträge zur Sexualforschung« eingetreten. Jetzt, nicht einmal zehn Jahre später, erscheint ein Band mit Texten von ihr in dieser seit 1952 bestehenden Reihe – das jedoch nicht mehr in eigener Regie, also als Herausgeberin. Editiert werden ihre aus mehr als drei Jahrzehnten stammenden Arbeiten von Margret Hauch und Anna Koellreuter, die mit ihr über viele Jahre nicht nur beruflich eng verbunden waren. Anstelle von Sophinette Becker steht jetzt ein anderer Name auf der Seite, auf der die Herausgebenden der »Beiträge« genannt werden: der von Katinka Schweizer. Denn Sophinette Becker ist, kurz nach der 26. Wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS), an der sie, angetan von Wenigem und kopfschüttelnd über das Meiste, teilgenommen hat, verstorben. Ihre Ansprüche waren hoch und das ohne Ausnahme.

Auf dieser Tagung habe ich Sophinette Becker, die ich lange vor ihrem Eintritt in das Institut für Sexualwissenschaft kannte, zuletzt gesehen. Dass wir uns, die wir so viel miteinander zu tun gehabt hatten, in letzter Zeit nur noch selten sahen, haben wir immer wieder bedauert. Die Stichworte der gemeinsamen Arbeit lauten: Institut für Sexualwissenschaft, *Zeitschrift für Sexualforschung*, Vorstand der DGfS, Frankfurter C-II-Weiterbildung für Sexualtherapie und, wie erwähnt, die »Beiträge zur Sexualforschung«. Viele dieser Aktivitäten standen in enger Verbindung mit der DGfS, wobei Sophinette Becker besonders daran gelegen war, der DGfS ein tragfähiges klinisches Standbein zu geben und Fortbildungscurricula zu entwickeln. Als das in den 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts so weit war und dafür ein Gremium, der Fort- und Weiterbildungsausschuss (FWA), eingerichtet wurde, hat sie in diesem von Anfang an über lange Jahre mitgearbeitet. Und auch die in diesem Zusammenhang konzipierte ungemein erfolgreiche *Klinische Tagung* wurde mit von ihr etabliert.

Es wäre falsch zu sagen, dass Sophinette Becker sich im Rahmen der DGfS für die sexualtherapeutische Fortbildung besonders engagiert hat, weil sie alles, was sie unternahm, mit Engagement betrieb. Das ist bei leidenschaftlichen Menschen so. Und doch sind in meinen Erinnerungen an unsere Aktivitäten »unsere« Fortbildungen besonders akzentuiert. Das hat, glaube ich, damit zu tun, dass Sophinette Becker Klinik und Theorie, die psychoanalytische und die sexualwissenschaftliche, zusammenbrachte und zusammendachte – und das in einem durch und durch politischen Kopf. Das hat nicht nur die Fortbildungswilligen fasziniert, sondern auch die ZuhörerInnen ihrer vielen Vorträge. Nicht wenige der in diese Anthologie aufgenommenen Arbeiten gehen auf Vorträge zurück und evozieren für diejenigen, die Sophinette Becker gehört haben, ihre fordernde Präsenz. Das ist tröstlich und traurig zugleich: Sie fehlt, aber sie ist, nicht nur durch ihre Texte, immer noch da.

Martin Dannecker
Berlin, März 2021

Editorial der Herausgeberinnen

Sophinette Becker starb am 24. Oktober 2019 plötzlich und unerwartet. Wir vermissen sie sehr. Wir beide waren ihr über lange Jahre freundschaftlich verbunden, wenngleich in unterschiedlichen beruflichen und privaten Kontexten. Ein gemeinsamer Berührungspunkt ist/war der Arbeitskreis für Feministische Psychoanalyse, ein Zusammenschluss aus Psychoanalytikerinnen und Sozialwissenschaftlerinnen aus dem deutschsprachigen Raum, dem wir alle drei angehören und in dem ihre Beiträge sehr geschätzt wurden. Nachdem Sophinette Becker nun nicht mehr selbst für ihre Arbeiten eintreten kann, wollen wir mit dieser Anthologie ihre über die Jahre verstreuten Publikationen einer breiten Leser*innenschaft leichter zugänglich machen. Bei der Sichtung des Nachlasses mussten wir aus dem schier unendlichen Fundus ihrer Publikationen (s. Verzeichnis der Publikationen von Sophinette Becker, S. 321–328) allerdings eine Auswahl treffen. Es lag uns daran, kritische Analysen aus unterschiedlichen Zeitfenstern zu wählen und ihrem breiten Themenspektrum Rechnung zu tragen. Wir waren überrascht, wie aktuell sich auch die älteren Texte lesen. Auch wenn es, vor allem bei den neueren Arbeiten, zu Redundanzen kommt, haben wir uns entschieden, die Texte nicht zu kürzen, um die Argumentationsstruktur der Aufsätze zu bewahren. Aussagen wie »ob wir in einem männlichen oder weiblichen Körper geboren sind, spielt eine Rolle« oder »wir sind nicht fluide« kommen in verschiedenen Beiträgen vor, gehören aber zu ganz unterschiedlichen Kontexten. Man könnte zum Beispiel auch bemängeln, dass die beiden letzten Texte dieser Anthologie einen identischen Schluss haben. Aber der letzte Teil hat in den beiden Artikeln ganz unterschiedliche Funktionen. So ist der Schluss in »Geschlecht und sexuelle Orientierung in Auflösung – was bleibt?« eine kritische Erweiterung des Themas Homosexualität, wohingegen er in »You can always get what you want – Psychoanalyse in neoliberalen Zeiten« dazu dient, die Essentialisierung im Text von Hansbury zu zerpfücken.

Wir haben eine chronologische Abfolge der Arbeiten gewählt, um die Entwicklung ihrer Argumente und ihrer Themenschwerpunkte im Verlauf ihrer Berufsbiografie nachvollziehbar zu machen.

Besonders bedanken möchten wir uns bei Sophinettes Lebenspartnerin Waltraud Kruschitz, die uns Zugang zu Sophinettes Nachlass¹ gewährt hat und uns mit vielen Auskünften behilflich war.

Außerdem danken wir Sophinettes Brüdern, die uns die Rechte über das Material abgetreten haben, dem Team vom Psychosozial-Verlag, allen voran Hans-Jürgen Wirth, der sich schnell für die Idee einer Anthologie von Sophinette Beckers Texten begeisterte, sowie Christian Flierl, Jasna Pape und Jana Motzet, die uns in allen Phasen schnell und unkompliziert unterstützt haben; der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, die die Kosten für das Copyright bei einigen der Texte übernommen hat, und der Künstlerin und Psychoanalytikerin Ulrike Körbitz, die uns die Zeichnung für das Cover zur Verfügung gestellt hat.

Wir wünschen den Leser*innen viele Anregungen und auch viel Vergnügen, wenn sie sich mit den Schriften von Sophinette Becker und ihrer sehr differenzierten, widerspenstigen und nonkonformen Denkweise auseinandersetzen.

Anna Koellreuter, Zürich/Biel–Bienne
Margret Hauch, Hamburg

1 Der Nachlass befindet sich inzwischen im Institut für Zeitgeschichte in Hamburg, die Arbeitsbibliothek an der IPU, Berlin.



Sophinette Becker in ihrem Arbeitszimmer. 2018. © Bernd Hartung, Frankfurt a.M.

»Höhensonne haben Sie wohl keine?«

Zur Legierung des Goldes

zusammen mit Hans Becker

Die Psychoanalyse – einst eine subversive, gesellschaftskritische Wissenschaft von Außenseitern – ist heute in der Bundesrepublik wohl etabliert, gesellschaftlich anerkannt und integriert. Die Analytiker, seien sie in privater Praxis oder in öffentlichen Institutionen (Universitäten, Krankenhäusern etc.) tätig, sind angesehene, gut verdienende Mitglieder der bundesrepublikanischen Gesellschaft. Gleichzeitig hat die Psychoanalyse insgesamt heute mit ihrem kulturkritischen, aufklärerischen Erbe gebrochen, verleugnet und eliminiert es zusehends bzw. überlässt es den Geisteswissenschaften.

Nachdem lange Zeit nur »von außen« (z. B. von der Studentenbewegung) Kritik an dieser Entwicklung geübt worden war, die nicht bis ins Allerheiligste der Psychoanalyse drang, ist in letzter Zeit innerhalb der Psychoanalyse selbst eine kritische Diskussion entstanden.¹ Parallel dazu (was vielleicht auch mit dieser begonnenen Selbstreflexion der Psychoanalyse als Wissenschaft und Institution zusammenhängt) werden Anstrengungen unternommen, sich die lange verleugnete (und damit real fast völlig unbekannte) Geschichte der Psychoanalyse zwischen 1933 und 1945 anzueignen.^{2, 3}

Es ist richtig: Die Psychoanalyse hat »ihre gesellschaftliche Anerkennung [...] mit dem weitgehenden Verzicht auf Kritik dieser Gesellschaft bezahlt« (Lohmann, 1983a, Klappentext), die »institutionell verfaßte Psychoanalyse« (Loh-

-
- 1 Diese Diskussion hat wohl ihren deutlichsten Ausdruck in der Streitschrift *Das Unbehagen in der Psychoanalyse* (Lohmann, 1983a) gefunden, aber auch z. B. in *Deutung und Beziehung* (Hoffmann, 1983a).
 - 2 Vgl. vor allem Brainin & Kaminer (1982) und Lohmann & Rosenkötter (1982).
 - 3 Vgl. Dahmers Forderung nach einem Forschungsinstitut für die »Selbstaufklärung der Psychoanalyse«, in dem auch eine »Doppelgeschichte der psychoanalytischen Bewegung und der psychoanalytischen Theorien« geschrieben werden soll (Dahmer, 1983, S. 33).

mann, 1983b, S. 8) hat tatsächlich in erheblichem Maße den »Geist der Aufklärung und Selbstreflexion« (ebd.) aufgegeben. Hierin stimmen wir den streitbaren Autoren von *Das Unbehagen in der Psychoanalyse* völlig zu, wie auch vielem anderen, zum Beispiel ihrer Kritik an der immer rigider werdenden Handhabung der Auswahlkriterien zur psychoanalytischen Ausbildung (mit dem Akzent auf Ich-Stärke, Normalität und Anpassung) sowie an deren unfrei machender und entpolitisierender Verschulung.

Nur: Ist die kritisierte Institutionalisierung gleichzusetzen mit der Arbeit von Psychoanalytikern in Institutionen? Bedeutet jede Institutionalisierung der Psychoanalyse automatisch ihre Entpolitisierung? (Das Frankfurter Freud-Institut zum Beispiel wurde vom Land Hessen gegründet und finanziert und hatte dennoch unter Mitscherlichs Leitung eine progressive Funktion, nahm den gesellschaftspolitischen Auftrag der Psychoanalyse ernst.) Bedeutet die Teilnahme von Psychoanalytikern an der medizinischen Versorgung in jedem Fall eine »Medizinialisierung« (Dahmer, 1983, S. 27), einen »Medicozentrismus« (Parin & Parin-Matthèy, 1983) der Psychoanalyse? Schleicht sich nicht bei solch pauschalen Gleichsetzungen unbemerkt eine neue Ausblendung gesellschaftlicher Realität ein – statt dass diese kritisch untersucht wird?

In der Tat lassen manche von Psychoanalytikern geleiteten psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken den Eindruck entstehen, dass das, was dort geschieht, mit Psychoanalyse nichts mehr zu tun hat, dass diese Psychoanalytiker sich ihrer psychoanalytischen Identität entweder ganz entledigt oder sie ausschließlich für einige auserwählte, privat liquidierte Analysen bzw. Lehranalysen reserviert haben – soweit psychoanalytische Identität bei solcher Identitätsspaltung überhaupt erhalten werden kann. Muss man aus dieser Fehletikettierung (die unseres Erachtens nur zum Teil auf die psychoanalytische Krankenversorgung zutrifft) die Konsequenz ziehen, sich in die Nische der Privatpraxis zurückzuziehen, um dort den kritisch-aufklärerischen Impetus der Psychoanalyse wiederzubeleben oder zu retten? Ist man geschützt vor einer Vereinnahmung durch die Gesellschaft, indem man die Teilhabe an der Macht (scheinbar) verschmäht? Kann man sich so ein »sauberes« Außenseiterreservat erhalten?

Wenn man in Bezug auf den Umgang mit dem kulturkritischen Ansatz der Psychoanalyse idealtypisch zwischen politisch aufgeklärten, bewussten und sich anpassenden Psychoanalytikern unterscheidet, dann sind beide Arten von Psychoanalytikern quer durch alle Formen psychoanalytischer Berufsausübung zu finden; Kriterium ist nicht der Ort der Tätigkeit, sondern Umfang, Art und Umgang mit psychoanalytischer Identität. Es kann zum Beispiel ein Psychoanalytiker ausschließlich sogenannte »klassische« Analysen machen und dennoch durch

massive Selbsteinschränkung und Blindheit für den Patienten und sich selbst einen psychoanalytischen Prozess weitgehend unmöglich machen.⁴ Vermutlich ist zum Beispiel die »unpsychoanalytische« Arbeit von Marie Langer in Nicaragua (Aufbau einer psychiatrischen Infrastruktur und Reform des Medizinstudiums im Sinne einer patientenorientierten Medizin), die sie als Psychoanalytikerin ausübt, im kleinsten pragmatischen Detail psychoanalytischer als die therapeutische Arbeit des oben karikierten »reinen« Psychoanalytikers.

Sowohl das »mitunter luxuriös eingerichtete Ghetto« (Dahmer, 1983, S. 33) der niedergelassenen Psychoanalytiker als auch die in die medizinische Versorgung integrierten Psychoanalytiker haben beide die »Selbstverstümmelung« (ebd.) der Psychoanalyse um ihren aufklärerischen Impuls vollzogen, sind beide institutionalisiert, haben beide Teil am Erbe der vom Nationalsozialismus korrumpierten Psychoanalyse – nur manifestiert sich dieselbe Krankheit verschieden. Allerdings sind auch die Kritiker dieser Entwicklung in beiden Gruppierungen zu finden.

Offizielle psychoanalytische Identität im Nachkriegsdeutschland scheint in nicht unwesentlichen Anteilen aus Berührungsverboten und Tabus zu bestehen, aus Listen von dem, was »out« ist, was in einem »haut goût«-Gefühle auszulösen hat, will man ein »wahrer« Psychoanalytiker sein – panische Ausgrenzung statt kritischer Ablehnung bzw. Auseinandersetzung mit offenen Augen.⁵ Solche Tabus waren zum Beispiel präödpale Störungen und ihre Behandlung (ein Tabu, das heute größtenteils überwunden ist), Gesellschaft, Politik und Körper. Hinter dieser defensiven Definition psychoanalytischer Identität scheint eine starke latente Angst zu stehen, im Kern gar keine psychoanalytische Identität zu haben – was mit Sicherheit eine Folge der Geschichte der Psychoanalyse unterm Nationalsozialismus und ihrer anschließend lange nicht erfolgten Aufarbeitung ist.

Auch wir halten es im Hinblick auf die Zukunft der Psychoanalyse für unerlässlich, daran festzuhalten, dass die Psychoanalyse Therapie *und* Wissenschaft⁶ ist (vgl. Freud, 1926e, S. 283f.; 1927a, S. 291). Wir sehen allerdings auch die

4 Sollte er Lehranalytiker sein, hat er eine weitreichende fatale Multiplikatorenwirkung.

5 Dahmers Bezeichnung »eingeschüchterte Psychoanalyse« (Dahmer, 1983, S. 32) trifft auch hier zu.

6 Gegenüber der Krankenversorgung verweigert sich die Psychoanalyse oft mit dem Hinweis auf ihre Eigenschaft als Wissenschaft; wo sie als Wissenschaft gefordert wäre, reagiert sie dann plötzlich als Therapie, ausschließlich psychopathologisierend, z. B. gegenüber der Studentenbewegung (vgl. die Kritik von Berndt, 1973).

Gefahr, dass in der so produktiv begonnenen kritischen Debatte innerhalb der Psychoanalyse neue Berührungängste und Tabus entstehen, die die so notwendige Selbstreflexion nur behindern.

Eine solche Berührung Angst sehen wir gegenüber der Arbeit von Psychoanalytikern innerhalb medizinischer Institutionen bzw. der Teilnahme von Analytikern an der Krankenversorgung breiter Bevölkerungsschichten am Werk. Es entsteht (auch in der Streitschrift *Das Unbehagen in der Psychoanalyse*) der Eindruck, dass solche Analytiker den Staat als »tyrannische Instanz« (Amigorena & Vignar, 1977) verinnerlichen, medizinische Denknormen anstelle aufklärerischen Denkens setzen und das Unbewusste abschaffen – als sei eines der Grundanliegen der Psychoanalyse, die Herstellung eines möglichst herrschaftsfreien Dialogs, im Rahmen allgemeiner Krankenversorgung grundsätzlich unmöglich.

Dieses Missverständnis ist zum einen dadurch entstanden, dass diejenigen Richtungen innerhalb der Psychoanalyse, die die Erforschung des Unbewussten zugunsten einer Anpassung an die Gesellschaft aufgegeben haben,⁷ sich traditionell stärker an der allgemeinen psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung beteiligt haben. (Dies gilt allerdings nicht für die Zeit vor 1933.) Zum anderen spielt die Tatsache eine ganz wesentliche Rolle, dass die Institutionalisierung bzw. die gesellschaftliche Etablierung der Psychoanalyse in Deutschland vor allem der Tätigkeit der Psychoanalyse im Ersten Weltkrieg sowie dem Göring-Institut im Nationalsozialismus zu verdanken ist. Die gegenüber den Ursachen des Krieges ziemlich unkritische,⁸ im Vergleich zu den psychiatrischen Bemühungen erfolgreiche Behandlung der sogenannten Kriegsneurotiker im Ersten Weltkrieg durch Psychoanalytiker führte nicht nur zur erstmaligen Teilnahme von Militärs an einem psychoanalytischen Kongress (Budapest 1918), sondern brachte der Psychoanalyse auch gesellschaftliche Anerkennung ein – die nach E. Simmel (1930, S. 7) nicht zuletzt die Gründung des Berliner Psychoanalytischen Instituts 1920 ermöglichte⁹ (vgl. auch Cocks, 1983).

Unbestritten ist aber auch (vgl. ebd.), dass die psychoanalytische Psychotherapie – bei allen inhaltlichen Abstrichen am Göring-Institut – unter dem Nationalsozialismus eine weitgehende Konsolidierung als Profession und Institution erfuhr, dass zum Beispiel auch erstmals öffentliche Gelder für Psychotherapie verfügbar gemacht wurden. Im Göring-Institut waren klassische Analysen eher

7 Vgl. z.B. die Kritik von Thomä (1963) an Schultz-Hencke.

8 Mit wenigen rühmlichen Ausnahmen wie E. Simmel (Reichmayr, 1983).

9 Sowie weiterer psychoanalytischer Institute in Wien, London, Frankfurt und Budapest (Cremerius et al., 1979, S. 18).

die Ausnahme; die Psychotherapie erhielt den Vorzug, und zwar nicht aufgrund einer patientenorientierten Haltung, sondern um »die Eingliederung eines zufriedenen produktiven Individuums in die Gesellschaft zu gewährleisten« (ebd., S. 1067). In diesem Sinne wurde auch »eine Vielfalt unterstützender und im allgemeinen kurzfristiger Kuren« (ebd.) angeboten. Es scheint, dass Psychoanalyse bzw. psychoanalytische Therapie ohne Konzessionen an die Gesundheitsvorstellungen des Nationalsozialismus nur in den Privatpraxen der Mitglieder des Göring-Instituts möglich war,¹⁰ während die mit öffentlichen Geldern geförderte Psychotherapie auch in der konkreten Technik von den Interessen des NS-Staates bestimmt war. Vor diesem historischen Hintergrund ist wohl die Vorstellung entstanden, eine geheime Katakomben-Psychoanalyse könne die Essentials der Psychoanalyse bewahren, während eine breitere psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung durch Psychoanalytiker zwangsläufig zur Anpassung an Nützlichkeitskriterien des Staates führen müsse.¹¹

Wir sehen im Gegensatz dazu die Folgen des unbewältigten NS-Erbes ebenso bei der geheimlogenartigen Privatpraxis-Psychoanalyse (die sowohl durch Abschottung gegen die allgemeine Krankenversorgung als auch durch Vermeidung von gesellschaftskritischer Auseinandersetzung gekennzeichnet ist) wie bei der versorgungsorientierten Psychoanalyse (die die Folgen pragmatischer Anforderungen in sich trägt und ebenso unpolitisch und wenig selbstreflexiv ist wie die elitäre Psychoanalyse) – hierin unterscheiden sie sich eben nicht voneinander. Die Forderung nach gesellschaftlicher Reflexion und nach Auseinandersetzung mit der eigenen Wissenschafts- und Institutionsgeschichte wie mit dem eigenen Tun stellt sich für die Psychoanalyse als Ganze. Dies bedeutet auch, die Folgen der Teilhabe an gesellschaftlicher Macht (deren Gefahr wir nicht unterschätzen) ständig zu reflektieren, statt in der Illusion zu leben, man könne sie vermeiden. Für diese Selbstreflexion bedarf es sicher sowohl des intensiven Austauschs mit anderen Wissenschaften (deshalb auch der Laienanalyse) als auch der Aufrechterhaltung des Ideals eines der Aufklärung dienenden Dialogs, an dem die Einschränkungen durch die tägliche therapeutische Wirklichkeit immer wieder gemessen werden können. Zusätzlich scheint uns (insbesondere für eine kritische, allgemeine psychoanalytische Krankenversorgung!) der Dialog bzw.

10 Obgleich Unabhängigkeit in einer von den Zeitumständen völlig unberührten Nische nicht vorstellbar ist.

11 Mannoni (zit. nach Lohmann, 1980) z.B. behauptet ausdrücklich, der Nationalsozialismus und die Krankenkassenregelung nach dem Nationalsozialismus hätten die deutsche Psychoanalyse unkritisch gemacht.

das gemeinsame Handeln mit progressiven Kräften dieser Gesellschaft von großer Bedeutung.

Ernst Simmel, einer der beiden Begründer der ersten psychoanalytischen Poliklinik in Berlin, hatte einen solchen Rückhalt: Er war Mitglied und lange Zeit Vorsitzender des Sozialistischen Ärztevereins. Im Berliner Institut wurden ab 1920 (zwar ohne öffentliche Gelder, aber durchaus in Kooperation mit öffentlichen Institutionen) mittellose Patienten unentgeltlich behandelt. Dies entsprach der von Freud (1919a [1918], S. 192ff.) auf dem Budapester Kongress erhobenen und 1930 von ihm wiederholten Forderung, dass die Psychoanalyse sich dem Elend der »breiten Volksschichten« (ebd., S. 192) zuwenden solle, die

»ungeheuer schwer unter den Neurosen leiden [...] Dann werden also Anstalten oder Ordinationsinstitute errichtet werden, an denen psychoanalytisch ausgebildete Ärzte angestellt sind, um die Männer, die sich sonst dem Trunk ergeben würden, die Frauen, die unter der Last der Entsagungen zusammenzubrechen drohen, die Kinder, denen nur die Wahl zwischen Verwilderung und Neurose bevorsteht, durch Analyse Widerstands- und leistungsfähig zu erhalten. Diese Behandlungen werden unentgeltliche sein« (ebd., S. 193f.).

Im Gegensatz zu manchen heutigen Psychoanalytikern sah Freud offensichtlich keine Gefahr für die psychoanalytische Identität der dort arbeitenden Analytiker. Ihm war zwar bewusst, dass wir »unsere Technik den neuen Bedingungen anzupassen haben« (ebd., S. 194), aber er war sich doch sicher, dass, »wie immer sich auch diese Psychotherapie fürs Volk gestalten, aus welchen Elementen sie sich zusammensetzen mag, ihre wirksamsten und wichtigsten Bestandteile werden gewiß die bleiben, die von der strengen, der tendenzlosen Psychoanalyse entlehnt worden sind« (ebd.). Diese Sicherheit scheint auch den damaligen Psychoanalytikern nach langjähriger analytischer Arbeit im Rahmen einer allgemeinen psychotherapeutischen Krankenversorgung erhalten geblieben zu sein.

In dem Bericht über »10 Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut« 1930 greift Simmel in seinem Beitrag »Zur Geschichte und sozialen Bedeutung des Berliner Psychoanalytischen Instituts« die Äußerungen Freuds wieder auf. Zehn Jahre psychoanalytischer Behandlung von Patienten aus den unteren Schichten hätten ihm gezeigt, dass »ihre poliklinische Behandlung sich in nichts von der Behandlung des gut zahlenden Privatpatienten unterscheidet« (Simmel, 1930, S. 11). Anfangs sei »einige Aufklärung der unbemittelten Kranken« notwendig gewesen, da »vor der Zeit unserer Poliklinik der arme Neurotiker so ganz ahnungslos verbildet unter dem bisherigen Regime sog. psychotherapeutischer

Behandlung« (ebd.) war. Als Beispiel berichtet Simmel von einer Patientin aus den Anfangszeiten der psychoanalytischen Poliklinik, die »enttäuscht von dannen« ging, »nachdem ich ihr ihre bange Frage: ›Höhensonne haben Sie wohl keine?‹ abschlägig bescheiden mußte« (ebd., S. 10). Die Aufklärung lohnte sich offensichtlich. Mit der Zeit drangen die mittellosen Kranken selbst auf psychoanalytische Behandlung, die wichtigsten sozialen Institutionen holten sich Rat bei der psychoanalytischen Poliklinik. Simmel forderte explizit die Finanzierung psychoanalytischer Behandlung durch die Krankenkassen, er war fest davon überzeugt, dass die Versicherten in ihrem eigenen Interesse dafür kämpfen würden. Er glaubte auch, dass die Finanzierung psychoanalytischer Behandlung im Interesse der Krankenkassen selbst liege, da sie letztlich viel Geld dadurch sparen würden. Offenkundig hatte er auch nicht die Befürchtung, dass dadurch die Psychoanalyse ihre freiheitlichen Essentials verlieren könnte; vielleicht schützte ihn seine sozialistische Identität vor solcher Befürchtung.

Vor diesem Hintergrund trifft unseres Erachtens der Vorwurf des »Medicozentrismus« an die Adresse der Psychoanalyse nicht die Beteiligung der Psychoanalyse an der öffentlich finanzierten Krankenversorgung *als solche*, sondern vielmehr die Art und Weise, in der sie zum Teil praktiziert wird, und ihre Alibi-Funktion bei der Ausschaltung der gesellschaftskritischen Inhalte der Psychoanalyse. Um es zu verdeutlichen: Nicht die Tatsache der Finanzierung durch die Krankenkasse macht eine Psychoanalyse korrumpierbar, sondern erst der Umstand, dass der behandelnde Analytiker sich Ziele und Vorgehensweise durch die limitierte Finanzierung und die dahinterstehende Gesundheits- und Krankheitsvorstellung der Krankenkassen vorschreiben lässt. Freuds Votum, die Psychoanalyse dürfe nicht zur »Dienstmagd der Psychiatrie« (Alexander, 1966, S. 288, zit. nach Parin & Parin-Matthèy, 1983, S. 88) und zum Unterkapitel der Medizin verkommen, bedeutet nicht, die Psychoanalyse solle sich von Medizin und Psychiatrie fernhalten, wie es oft missverstanden wird.¹²

Wir sehen die Gefahren, die den psychoanalytischen Grundprinzipien in der allgemeinen Krankenversorgung drohen, sehr wohl, glauben jedoch, dass sie nur durch Auseinandersetzung und nicht durch ängstliche Vermeidung zu bewältigen sind.

Auf der anderen Seite erliegen Psychoanalytiker, die glauben, der »Verführung« der »Medizinalisierung« widerstanden zu haben, häufig einer anderen, oft unbewussten Verführung: sich nämlich vom Behandlungsauftrag, der aus dem

12 Freud hat gerade die Pioniere auf diesen Gebieten wie z.B. Groddeck und Weizsäcker für die Medizin, Schilder und Federn für die Psychiatrie, sehr unterstützt.

Leiden des Analysanden resultiert, zu distanzieren. Sie verzichten auf arbeitsaufwendige Kassenanträge, behandeln nur (Privat-)Patienten ihres eigenen sozialen Niveaus (obere Mittelschicht), pflegen einen scheinbar herrschaftsfreien Dialog und umgeben sich in narzisstischer Selbstschau mit einem realitätsabschirmenden Panzer. Da die Abschottung gegen die soziale Realität zu einer sehr lustvollen Verführung werden kann, durch die der Analytiker mithilfe der psychoanalytischen Technik eine undurchschaubare und oft latente Macht ausübt, dient dieses Vorgehen nicht mehr dem Verstehen, sondern der Selbstbefriedigung.¹³ Es geht dabei um eine Form der Machtausübung, die durch ihre Latenz besonders gefährlich sein kann (man denkt an die »unendlichen« Analysen im wahrsten Sinne des Wortes). Man könnte in diesem Zusammenhang die polemische Frage stellen, wer eigentlich wen bezahlen sollte.

Grundsätzlich erhebt sich folgende Frage: Müssen Phänomene des Leidens, die zum Behandlungsauftrag führen können, und der Rollenauftrag des Helfens, den der Patient an den Therapeuten heranträgt, den Grundprinzipien der Psychoanalyse widersprechen? Woher kommt die Kraft, die eine Psychoanalyse trägt und vorantreibt? Was motiviert den Leidenden, den Analysanden, und was den Analytiker, sich auf einen analytischen Prozess einzulassen? Genügt das Interesse an Erkenntnis und Verstehen als Motiv für Kosten und zeitlichen Aufwand¹⁴ (wobei zu berücksichtigen ist, dass ein Erkenntnisprozess zwar ein narzisstischer Genuss ist, aber auch immer Leiden verursacht)? Ist eine auf pure Selbsterkenntnis gerichtete Praxis der Psychoanalyse angesichts der Vielzahl der Patienten, die über das Bedürfnis nach Erkenntnis hinaus unter schweren Symptomen leiden, zu verantworten? Schuldgefühle und Helferhaltung sind schlechte Ratgeber, verhindern einen psychoanalytischen Prozess – das zu wissen befreit den Psychoanalytiker jedoch nicht von der Wahrnehmung des gesundheitspolitischen Auftrags der Psychoanalyse.

Zunächst ist es notwendig, die Ausgangspositionen und damit auch die Rollenverteilung zwischen Analysand bzw. Patient und Psychoanalytiker zu betrachten. Der Patient, das heißt der Leidende, kommt mit dem Wunsch nach

13 »Analyse um der Analyse willen hat für mich keinen Sinn« (Winnicott, 1974 [1962], S. 217).

14 »Ein Patient [...] kommt zur Analyse für ein Leiden, Krankheit oder eine Verstrickung und gelangt allmählich [...] zu der Überzeugung, daß die analytische Selbsterkenntnis mit diesem Leiden zu tun hat und ihm heilsam sein kann. Zentral bleibt dennoch für ihn das Leiden, die Erkenntnis hat sich an ihm zu messen. Im Zweifels- oder Konfliktfall fällt die Entscheidung leicht gegen sie« (Jappe, 1983, S. 221f.).

Linderung und Hilfe, dies ist der vom Patienten allein bestimmte Behandlungsauftrag. Der Analytiker ist in einer potenziell helfenden Position, er muss sich vor Beginn der Kur ein Urteil bilden, ob seine Methode und Person für diesen Patienten hilfreich sein können, was man im weitesten Sinne als Symptom-, Struktur- und Beziehungsdiagnose bezeichnen kann. Insofern ist der Hilfe anbietende Psychoanalytiker in einer Machtposition, ob er will oder nicht. Wichtig ist, dass er dieses Faktum therapeutisch bewusst werden lässt und so einer Bearbeitung zugänglich macht. Die Vorphase und der Beginn des psychoanalytischen Prozesses sind also keineswegs herrschaftsfrei,¹⁵ denn der Patient befindet sich aufgrund seines Leidens in einer abhängigen Position gegenüber dem »mehrwissenden« und potenziell Hilfe gewährenden Therapeuten. Es ist freilich notwendig, Begriffe wie Krankheit, Diagnose und Helfen, das heißt den Prozess der Heilung und die Rollen der Beteiligten zu definieren, da sich die Psychoanalyse ja wesentlich von der Nosologie und dem Rollenverständnis der traditionellen Medizin unterscheidet.

Wenn Autoren wie Parin und Parin-Matthèy (1983) oder Nedelmann (1980) meinen, auf einen *Krankheitsbegriff* der Psychoanalyse ganz verzichten zu können, tun sie das sicher in kritischer Ablehnung einer normativen Abgrenzung von Gesundheit und Krankheit. Sie umgehen allerdings damit auch die Tatsache, dass in der psychoanalytischen Praxis ein Krankheitsbegriff implizit doch eine Rolle spielt, den es bewusst zu machen gilt. Im Gegensatz zur Schulmedizin wird die Grenze zwischen Krankheit und Gesundheit vom Patienten durch seinen individuellen Leidensdruck definiert, sei er nun eher sozial oder eher individuell psychogen begründet. In pragmatischer Hinsicht nützt die in nicht wenigen Fällen berechtigte Vorstellung von dem eigentlich gesunden Kranken und der kranken und krankmachenden Gesellschaft zunächst leider wenig. Sie muss aber in der psychoanalytischen Kur im Sinne der notwendigen Wahrnehmung der sozialen Realität Berücksichtigung finden. Es gibt jedoch auch Grenzfälle, wo der Psychoanalytiker vom Patienten vor die Frage gestellt wird, ob bestimmte Symptome von Krankheitswert sind oder nicht. Hier wird sich der Psychoanalytiker in den meisten Fällen vom Ausmaß des Leidens des Patienten und von der Unterscheidung zwischen sozial und individuell-psychogen diagnostisch leiten lassen können. Während im zweiten Fall sich relativ leicht eine Indikation zur Psychotherapie ergibt, spielen im ersten Fall nicht selten Fragen nach der Notwendigkeit sozialer Anpassung eine Rolle und damit das Problem des Eintauschens von symptomatischem Leiden gegen soziale Unfreiheit. Dem Analytiker

15 Idealiter wird er im Laufe der Kur immer herrschaftsfreier.

kommt hier eine beratende Funktion zu in Form von Aufzeigen und damit Bewusstmachung der individuellen und sozialen Situation des Patienten. Daneben wird in manchen Fällen auch eine eindeutige Stellungnahme des Analytikers nicht zu umgehen sein, also eine unmittelbare Empfehlung zu der einen oder anderen, womöglich lebenswichtigen Entscheidung.¹⁶

Anpassung, Hemmung, leidfreie Unfreiheit, aber auch Verweigerung, Protest, Destruktivität ohne Leiden bedingen noch keinen Behandlungsauftrag und fallen damit nicht unter den Krankheitsbegriff. Besteht ein Auftrag hinsichtlich eines symptomatischen Leidens, so werden freilich durch den Prozess des Verstehens Anpassung, Hemmung, Unfreiheit aufgedeckt; dies kann bewirken, dass in der Folge die Normen der Gesellschaft infrage gestellt werden. Verstehen und Erkenntnis im analytischen Prozess können nicht nur zu mehr intrapsychischem Freiraum (und/oder zum Leiden durch Erkenntnis), sondern auch zu mehr Erkennen und Verstehen gesellschaftlicher Prozesse und damit zu geringerer Anpassungsbereitschaft führen.

Eng verbunden mit dem Krankheitsbegriff ist die Frage, ob der Psychoanalytiker eine *Diagnose* am Anfang der Behandlung oder erst nach ihrem Abschluss stellen kann. Die häufige Feststellung, dass erst am Ende eines psychoanalytischen Prozesses eine Diagnose gestellt werden kann, ist eine Binsenweisheit, die zur Entscheidung am Anfang einer Analyse wenig beiträgt. Sie ist ausschließlich eine Hilfe für die möglichst vorurteilsfreie Grundeinstellung des Psychoanalytikers im therapeutischen Prozess. Kein Psychoanalytiker wird ohne eine Diagnose und damit ohne Vorurteil eine Analyse beginnen, sie bestimmt seine Entscheidung und Motivation mit. Eine Symptomdiagnose stellt der Patient im Wesentlichen selbst; eine Strukturdiagnose des Analytikers muss vorläufiger Natur bleiben, dient jedoch der Bildung einer psychodynamischen Hypothese, die das Interesse des Analytikers mitprägt. Oft wird die Bedeutung der nicht selten vorbewusst oder unbewusst bleibenden Beziehungsdiagnose unterbewertet. Ihr muss mehr Gewichtung zukommen, da durch ihre Bewusstwerdung einer sogenannten »neurotischen Partnerwahl« (Analytiker – Analysand) ent-

16 Dies scheint uns z. B. dann angezeigt, wenn ein Patient aus einer eindeutig neurotischen Verzerrung heraus kurzfristig zu einer Entscheidung neigt, die zunächst eine Schmerzentlastung in Aussicht stellt, jedoch langfristig schaden oder gar gefährden könnte (Prüfung, Trennung, Bindung, Trauer etc.). Ein solcher Rat kann auch beinhalten, den Patienten aufzufordern, sich in eine angstmachende Situation zu begeben, um damit den Zirkel der Wiederholung als Vermeidungsstrategie zu durchbrechen, um eine emotionale Neuerfahrung zu ermöglichen.

gegengewirkt werden kann und sie die tragende Säule im therapeutischen Prozess darstellt. Nur durch die Beziehungsdiagnose wird es dem Analytiker zum Beispiel möglich sein zu unterscheiden, ob der Patient grundsätzlich nicht analysierbar ist oder ob er, der Analytiker, diesen Patienten nicht analysieren kann. Man kann davon ausgehen, dass fast jeder Patient analysierbar ist; man muss sich jedoch fragen, ob es immer in seinem Interesse geschieht. Dies muss die Entscheidung mitbestimmen. Die Diagnostik der Psychoanalyse unterscheidet sich also von der Schulmedizin dadurch, dass keine überindividuelle Nosologie ausschlaggebend sein darf.

Helfen und *Heilen* sind als Prinzipien nicht nur für die ärztliche Ethik, sondern auch, mit Einschränkungen, für die Psychoanalyse gültig. Dagegen schreiben Parin und Parin-Matthèy: »Die Ausschaltung oder Behebung von Pathologie ist niemals das Ziel der Psychoanalyse« (Parin & Parin-Matthèy, 1983, S. 97). Wenn Pathologie die Lehre vom Leiden ist,¹⁷ der Patient mit einem Leiden und einem entsprechenden Behandlungsauftrag zum Analytiker kommt, entbehrt es nicht eines gewissen Zynismus, sich vom Auftrag der Linderung oder Aufhebung von Leiden aufgrund »psychoanalytischer Prinzipien« (in Wirklichkeit Tabus) zu entlasten. Parin und Parin-Matthèy kann man allerdings soweit folgen (und so wollen sie möglicherweise auch verstanden werden), dass das primäre Ziel der Psychoanalyse Bewusstmachung von Unbewusstem und damit Verstehen ist, wobei Linderung oder Heilung nicht unwichtige Nebenprodukte sein können. Es gibt jedoch auch Pathologien ohne Behandlungsauftrag; denn Leiden kann eine produktive Ich-Leistung sein, Quelle kreativen Geschehens, oder es kann eine Organisationsform zur Verhütung größeren Leidens darstellen. Bleibt man bei der These, Psychoanalyse habe lediglich den Auftrag des Verstehens, berücksichtigt man also nicht die individuelle intrapsychische und soziale Realität des Analysanden, so kann kleineres Leid in größeres verwandelt werden. Überhaupt ist fraglich, wer sich »Erkenntnis als solche« leisten kann (womit wir wieder bei den einkommensstarken und gebildeten Mittelschicht- und Oberschichtpatienten angelangt wären). Allerdings stellt die *Beschränkung* auf das Symptom¹⁸ oder, allgemeiner, auf die Beseitigung von Pathologie für die Grundeinstellung des Analytikers im

17 Hier ist nicht der umgangssprachliche Begriff von Abnormalität oder Krankheit gemeint.

18 Viele Patienten, besonders solche aus der Unterschicht, bieten dem Psychoanalytiker ausschließlich ihre Symptomatik an, das Symptom ist zunächst der Antrieb ihrer Motivation. Dieses primär symptomorientierte Krankheitsangebot muss zunächst vom Analytiker ernst genommen und akzeptiert werden, da nur hierüber ein therapeutischer Einstieg möglich wird.

therapeutischen Prozess eine Gefahr dar; insofern kann man Parin und Parin-Matthèy zustimmen. Wenn sie davon sprechen, dass Helfen und Heilen nicht Sache des Analytikers sei, so muss man sich fragen, ob das ausschließliche Bemühen um Verstehen durch Aufdecken, Deuten und Durcharbeiten nicht *auch* eine Funktion des Helfens und Heilens ist. Die traditionelle Rolle des helfenden und heilenden Arztes, die den Patienten nicht selten passiv und abhängig macht, sei hier ausdrücklich vom psychoanalytischen Prozess abgegrenzt. In der Phase der Entscheidung für eine psychoanalytische Kur, aber auch in deren Anfangsphase kann es jedoch durchaus indiziert sein, eine aktiv helfende, beratende Rolle einzunehmen,¹⁹ was dem Prozess des Verstehens nicht hinderlich sein muss, sondern ihn erst ermöglichen kann und damit ausdrücklich zum Verstehensprozess gehört²⁰ im Sinne der erwähnten »psychologischen Aufklärung« bei Simmel. Ein Fallbeispiel soll dies verdeutlichen:

Ein 45-jähriger Patient aus der unteren Mittelschicht mit einer ausgeprägten Zwangssymptomatik und einem sehr quälenden Ohrgeräusch (Tinnitus aurium) kommt ohne Vorstellung von Psychoanalyse, von seinem behandelnden Arzt geschickt, mit fast ausschließlich symptomfixiertem Leidensdruck zum Psychoanalytiker. Er hatte sich bereits mehreren, durch Komplikationen teilweise auch lebensgefährlichen Operationen, teils auf ärztlichen Rat, teils selbst provoziert, unterworfen. Daneben musste er im Rahmen seiner Zwangssymptomatik immer wieder Zahn- und Augenärzte aufsuchen, die ihm versichern mussten, dass keine Behandlung, speziell keine Zahnextraktionen notwendig seien. Er war seit einem Dreivierteljahr nicht mehr arbeitsfähig und für die Familie zu Hause aufgrund seiner Suizidalität und Ängste nicht mehr tragbar. Der Psychoanalytiker nahm aufgrund der aktuellen Gefährdung des Patienten (Suizidalität, Wunsch nach Rückstufung in seiner beruflichen Laufbahn, Tendenz zu selbstverstümmelnden Operationen), ohne zunächst mit dem Patienten den Weg des Verstehens gemeinsam gehen zu können, die Rolle sowohl eines Sozialarbeiters als auch die eines aktiv beratenden, helfenden Arztes im traditionellen Sinne an.

Der Psychoanalytiker übt hier also bewusst Macht aus. Man könnte einwenden, dies sei keine Psychoanalyse, schließe sie sogar aus. Das Gegenargument ist,

19 Schon Freud hielt es in manchen Fällen für notwendig, »die Leistung des Arztes mit der des Erziehers zu kombinieren; wir sind uns dann unserer Verantwortung wohl bewußt und benehmen uns mit der notwendigen Vorsicht« (1916–17a, S. 450).

20 »Ganz am Anfang passe ich mich sehr stark an Erwartungen des einzelnen an. Es ist unmenschlich, das nicht zu tun. Aber ich manövriere mich die ganze Zeit in die Position für die Standardanalyse« (Winnicott, 1974 [1962], S. 162).

dass der Psychoanalytiker durchaus als Sozialarbeiter und aktiv helfender Arzt tätig werden kann und dennoch nicht das Grundprinzip des Verstehens als Analytiker aufgeben muss.

Bei vielen Patienten stehen so viel reale Selbstgefährdung, so viel soziale Einschränkung und Angst im Vordergrund, dass keine Valenz für einen ausschließlich verstehenden Prozess übrig bleibt. Neben dem therapeutischen Prinzip der Stützung des Ichs und der Über-Ich-Entlastung wurde dem erwähnten Patienten gezielt ein nonverbales Therapieangebot in Form der psychoanalytisch orientierten Konzentrativen Bewegungstherapie und Gestaltungstherapie gemacht. Es wurde also ein Verstehensprozess in Gang gesetzt, der erfolgreich an die ich-starken Seiten des Patienten anknüpfte. Durch die Entlastung des Über-Ichs in Form von Verantwortungsübernahme durch den Analytiker entwickelte sich sehr rasch eine positive idealisierende Übertragung des Patienten auf den Therapeuten, im Anschluss daran eine teilweise symptomatische Übertragungsheilung mit allen Gefahren eines Machtmissbrauchs durch Manipulation und folgender Abhängigkeit. Dass man mit dieser Gefahr umgehen kann, wenn man sie erkennt, zeigt der weitere Verlauf der Therapie, in der erst die Reduzierung von Angst und Leiden den Verstehensprozess und damit auch einen größer werdenden Freiraum (auch in der Beziehung zum Therapeuten) möglich machte. Ohne Symptomverschlechterung entwickelte der Patient eine negative Übertragungsbeziehung zum Therapeuten; im Sinne eines analytischen Prozesses konnte so die hinter der Zwangssymptomatik stehende ödipale Problematik bearbeitet werden.

Die Frage, warum ein vorwiegend symptomfixierter Patient mit einer »passiv-rezeptiven Haltung« (Cremerius et al., 1979, S. 60) gegenüber dem Therapeuten im weiteren Verlauf eine aktive Position mit dem Ziel des Verstehens einnimmt, hat mit der Art des Umgangs des Therapeuten mit Macht zu tun. Macht, in diesem Fall in Form stellvertretender Übernahme von Ich-Funktionen, darf nur da ausgeübt werden, wo der Patient eindeutig eine ihn aktuell gefährdende Ich-Schwäche zeigt oder Über-Ich-Normen seine Fähigkeit zum Handeln und Verstehen blockieren. Jeder Patient hat auch ich-intakte Anteile, mit denen im Sinne des Verstehens gearbeitet werden kann. Über diese ich-intakten Anteile des Patienten muss der Therapeut einerseits versuchen, seine Machtausübung dem Patienten durchsichtig zu machen, und gleichzeitig einen Verstehensprozess im analytischen Sinne in Gang setzen.

Eine allzu pädagogische Einstellung des Therapeuten wird schon zu Beginn eines Therapieversuchs den Prozess des Verstehens behindern; sie birgt die Gefahr in sich, als Antwort eine globale, später schwer zu bearbeitende Abhängigkeit zu zementieren.

Hier liegt auch die zentrale Gefahr für die Krankenversorgung. Politisch angepasste Psychoanalytiker werden bei der (gegenüber Machtmissbrauch so empfindlichen) vorübergehenden Übernahme von Ich-Funktionen leicht die Situation dazu nutzen, den Patienten im Sinne der »Tüchtigkeit als psychotherapeutischem Ziel« (Schultz-Hencke, 1934) an die soziale Realität anzupassen. Dann werden Arbeitsfähigkeit und Symptombeseitigung Werte an sich; die strukturgebende Zielsetzung ersetzt den herrschaftsfreien Dialog, der auch chaotischen, anarchischen Anteilen Raum lässt. Die Devise heißt hier: Ordnung vor Anarchie und Chaos.

Der ausschließlich dem Verstehen verpflichtete Analytiker, der Helfen grundsätzlich ablehnt, sich nicht der Krankenversorgung verpflichtet fühlt, hätte den beschriebenen Patienten abweisen müssen. Der Patient wäre sehr wahrscheinlich entweder von einem Arzt zum anderen geschickt oder mit der Symptomdiagnose Suizidalität in eine psychiatrische Klinik eingewiesen worden. Der Patient entspricht den von Cremerius beschriebenen Unterschichtpatienten, die er wegen ihrer Symptomfixierung und passiv-rezeptiven Haltung, wegen ihrer strengen moralischen Vorstellungen und der Tendenz zu Projektionen, schließlich ihrer Neigung zu Interaktion ohne Sprache²¹ für nicht analysierbar erklärt (Cremerius et al., 1979). Dieser Befund kam dadurch zustande, dass der Patient, bedingt durch das puristische Behandlungsangebot, sich weigerte, »seine Störung mit einem anderen Menschen verstehend [...] [zu] reflektieren« (ebd., S. 60): Der Patient hat sich nach der Methode und nicht diese nach dem Patienten zu richten.²² Cremerius geht bei solchen Patienten von einem Defekt in den sprachlichen Interaktionsmöglichkeiten und, im Gegensatz zu Bernstein, nicht von einem schichtspezifischen Sprachunterschied zwischen Therapeut und Patient aus (ebd., S. 62ff.). Drücken sich diese Patienten, wie Cremerius es darstellt, über sogenannte »blinde Aktion« (wie blind diese Aktionen sind, sollte dem Verstehensprozess überlassen bleiben, der nicht nur verbale Äußerungen des Patienten berücksichtigen sollte), »vegetative Reaktionen«, »Körpersymptome«, »physiologische Bereitschaft« (ebd., S. 65) und (in Begriffen Ferenczis) über »unkoordinierte Gesten« und »magische Gebärden« (Ferenczi, 1972 [1921], S. 91) aus, so liegt es nahe, ein Therapieangebot zu machen, das dieser Ausdrucksform entgegenkommt, und nicht diejenige Ausdrucksform (nämlich eine sprachlich-verbale Interaktion) anzubieten, bei der gerade ein »Defekt« des Patienten vermutet

21 Gemeint ist das sprachlos bleibende affektive zwischenmenschliche Beziehungsfeld.

22 Ferenczi hält es für »unsere eigene Bequemlichkeit, die es verschmäht, sich den Eigenheiten der Person auch in der Methodik anzupassen« (Ferenczi, 1931, S. 276).