Anke Thyen
Negative Dialektik und Erfahrung
Zur Rationalität des Nichtidentischen bei Adorno
336 Seiten. Kartoniert. DM 38,-

Theodor W. Adorno hat mit der »Negativen Dialektik« ein philosophisches Werk hinterlassen, dessen Faszination andauert, das aber auch Ratlosigkeit bei vielen seiner Leser hinterläßt. Nachdrücklich beeindruckt die Art und Weise des Philosophierens, die Komplexität der begrifflichen und sachlichen Bezüge, die es entfaltet. Gleichzeitig erweist es sich als sperrig, wenn man es daraufhin befragt, wohin seine theoretischen Implikationen führen sollen und können. Aus der Sicht der philosophischen Wissenschaftspraxis gilt die »Negative Dialektik« als wenig anschlußfähig. Insbesondere der zentrale Topos ›Nichtidentität‹ bereitet Schwierigkeiten. Als Grenzbegriff des Begrifflichen entzieht er sich begrifflichen Bemühungen, die an ihn herangetragen werden. Aber er ist solchen Anforderungen gegenüber offen.

Der vorliegenden Arbeit liegt die Überzeugung zugrunde, daß die Gehalte der »Negativen Dialektik« in dieser Hinsicht unabgegolten sind. Das Vorhaben, diese Gehalte auszuweisen und theoretisch fruchtbar zu machen, wurde besonders dadurch motiviert, daß eine kommunikationstheoretische Transformation der Kritischen Theorie Adornos Philosophie nicht gerecht wird. Die Arbeit will einen zur kommunikationstheoretischen Wende alternativen Weg weisen. Ihre These ist, daß Adornos Philosophie ein Rationalitätskonzept beinhaltet, das weiter und weitreichender ist als das kommunikativer Rationalität.

Der theoretische Entwurf, der sich daran anschließt, nimmt sich der Rationalität des Nichtidentischen an, indem er die »Negative Dialektik« als eine Theorie der Erfahrung versteht. Die Idee der Versöhnung als Fundament der Kritik wird kritisch gegen ein Modell von kommunikativer Verständigung gewendet, in dem sie selbst gerade nicht aufgeht. Es geht darum, das kritische Potential der Philosophie Adornos unreduziert und jenseits der Alternative ›Ontologie des falschen Zustandes‹ und ›kommunikationstheoretische Wende‹ zur Geltung zu bringen.

Suhrkamp

E 5710 E

PSYCHE

PSYCHE

Zeitschrift
für Psychoanalyse
und ihre Anwendungen
Begründet von
Alexander Mitscherlich

Volkmar Sigusch
Der AIDS-Komplex und unser Leviathan

Sophinette Becker und Ulrich Clement
HIV-Infektion – Psychologie und Politik

Elke Weinel
AIDS-Patienten in der Psychoanalyse

Ernst Weimer, Lena Nilsson-Schönnesson und Ulrich Clement
HIV-Infektion:
Trauma und Traumaverarbeitung

8

43. Jahrgang
August 1989
Klett-Cotta
Stuttgart

8/89

AIDS

Psychologie und Politik

PSYCHE

Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen

XLIII. Jahrgang, Heft 8, August 1989

Begründet von Alexander Mitscherlich, Hans Kunz und Felix Schottlaender. Herausgegeben von Margarete Mitscherlich-Nielsen, Helmut Dahmer und Lutz Rosenkötter

Unter Mitarbeit von: Jacob Arlow, New York · Gaetano Benedetti, Basel · Johannes Cremerius, Freiburg/Br. · Mario Erdheim, Zürich · Erik H. Erikson, Tiburon, Cal. · Jürgen Habermas, Frankfurt/M. · Hans Keilson, Bussum · René König, Köln · Piet Kuiper, Amsterdam · Alfred Lorenzer, Frankfurt/M. · Eugen Mahler, Morschen · William G. Niederland, New York, N. Y. · Paul Parin, Zürich · Fritz Redlich, Los Angeles · Horst-Eberhard Richter, Gießen · César Rodriguez-Rabanal, Lima · George C. Rosenwald, Ann Arbor, Mich. · Gerhart Scheunert, Bad Kissingen · Volkmar Sigusch, Frankfurt/M. · Helm Stierlin, Heidelberg · Helmut Thomä, Ulm · Thure von Uexküll, Freiburg/Br. · Martin Wangh, Jerusalem · Frederick Wyatt, Freiburg/Br.

Inhalt

Volkmar Sigusch
Der Aids-Komplex und unser Leviathan.
Kann und soll uns der Staat über Aids aufklären? 673

Sophinette Becker und Ulrich Clement
HIV-Infektion — psychische Verarbeitung und politische Realität 698

Elke Weinel
Überlegungen zu Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen bei der Behandlung von AIDS-Patienten 710

Ernst Weimer, Lena Nilsson-Schönnesson und Ulrich Clement
HIV-Infektion: Trauma und Traumaverarbeitung 720

Roderich Hohage
Therapeutische Einsicht und Ambiguitätstoleranz 736

William G. Niederland
Das Weltbild vor der Renaissance und die Entdeckung Amerikas 753

Eckhart Friedrich
Zum 85. Geburtstag von William G. Niederland am 29. August 1989 761

MITTEILUNG

Gegen Isolationshaft.
Stellungnahme der Redaktion der Zeitschrift *Psyche* 767

BUCHBESPRECHUNGEN

Ross, A. O., und F. Petermann: Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Methoden und Anwendungsgebiete (*Biermann*) 770

Redaktionelle Mitteilungen 771

Habermas, J. (1985): Die Neue Unübersichtlichkeit. Kleine politische Schriften V. Frankfurt (Suhrkamp).
Haug, W. F. (1986): Faschisierung des bürgerlichen Subjekts. Die Ideologie der gesunden Normalität und die Ausrottungspolitiken im deutschen Faschismus. Berlin (Argument).
— (1988): Vom Antifaschismus zur späten Geburt. Ein Gespräch. Frankfurter Rundschau vom 28. 5. 1988.
Institut für Demoskopie Allensbach (1988): AIDS. Informationsstand, Kommunikation und Reaktionen der Bevölkerung. Allensbach, Februar 1988 (hektogr.).
Masters, W. H., V. E. Johnson und R. C. Kolodny (1988): Das verdrängte Risiko. Sexualverhalten im Aidszeitalter. Düsseldorf (Econ).
Pfäfflin, F. (1988): Zur Diskussion um die gesetzliche Regelung der Sterilisation Betreuter (§ 1905 BtG-DiskE). Zs. Sexualforschung, *1*, 272—275.
Reiche, R. (1988): Aids im individuellen und kollektiven Unbewußten. Zs. Sexualforschung, *1*, 113—122.
Rosenbrock, R. (1988): Aids-Politik und Aids-Prävention. In: V. Sigusch und S. Fliegel (Hg.) (1988).
Rühmann, F. (1987): Wege aus dem Zwang? Zur Aids-Politik der Bundesregierung. In: V. Sigusch (1987).
Schmidt, G. (1987): Sexual health within a societal context. WHO, Regional Office for Europe, Working Group on Concepts of Sexual Health, Paper ICP/MCH 521/9614F vom 21. 4. 1987.
— (1988): Rezension von W. H. Masters et al. »Das verdrängte Risiko«. Zs. Sexualforschung, *1*, 177 ff.
Schorsch, E. (1988): Die Medikalisierung der Sexualität. Über Entwicklungen in der Sexualmedizin. Zs. Sexualforschung, *1*, 95—112.
Sigusch, V. (1986): Aids für alle, alle für Aids. In: V. Sigusch und H. L. Gremliza (Hg.) (1986).
— (Hg.) (1987): Aids als Risiko. Über den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit. Hamburg (Konkret Literatur Verlag).
— (1988 a): Aids: Tatsachen gegen Mystifikationen. Hessische Jugend, 40, 4—6.
— (1988 b): Was heißt kritische Sexualwissenschaft? Zs. Sexualforschung, *1*, 1—29.
— (1988 c): Über die Vergesellschaftung der Krankheit Aids. In: V. Sigusch und S. Fliegel (Hg.) (1988).
— (1989): Homosexuelle und Sexualforscher. Zs. Sexualforschung, *2*, 55—74.
—, und S. Fliegel (Hg.) (1988): Aids. Ergebnisse des Kongresses für Klinische Psychologie und Psychotherapie in Berlin 1988. Tübingen (DGVT).
—, und H. L. Gremliza (Hg.) (1986): Operation Aids. Hamburg (Gremliza).
Süssmuth, R. (1987 a): AIDS. Wege aus der Angst. Hamburg (Hoffmann und Campe).
— (1987 b): Mit Hoffnung und Mut. Jugend und Gesellschaft, Nr. 4, 2.

SOPHINETTE BECKER, FRANKFURT AM MAIN,
UND ULRICH CLEMENT, HEIDELBERG

HIV-Infektion — psychische Verarbeitung und politische Realität*

Übersicht: Die Autoren warnen vor einer Verharmlosung der AIDS-Problematik und vor dem Ruf nach staatlicher Kontrolle. Da Sexualität letztlich unkontrollierbar ist, plädieren sie dafür, den Zusammenhang zwischen den inneren Konflikten HIV-Infizierter und den äußeren Konflikten, die zwischen ihnen und den Nicht-Infizierten bestehen, transparent zu machen, da deren Verschleierung zu gegenseitiger Gefährdung durch Agieren führt.

Seit einigen Jahren arbeiten wir psychotherapeutisch mit HIV-Positiven und AIDS-Kranken und untersuchen die psychische Verarbeitung der Diagnose HIV-positiv bei auf sexuellem Wege Infizierten.[1] Dabei interessieren wir uns für die individuellen inneren Bedingungen, die es dem einzelnen HIV-Positiven erleichtern oder erschweren, mit dieser Diagnose zu leben. Da AIDS eine im hohen Maße öffentliche Krankheit und die Diagnose HIV-positiv eine ebenso öffentliche Diagnose ist, beschäftigen wir uns im folgenden mit überindividuellen Problemen der psychischen Verarbeitung der Diagnose HIV-positiv, die dann natürlich wieder individuell verarbeitet werden. Es geht uns um die Wechselwirkung zwischen dieser inneren und der äußeren Realität, d. h. dem gesellschaftlichen Umgang mit AIDS und den Infizierten.

Drei Gegebenheiten stellen sich für alle Infizierte als zu verarbeitende Probleme und werden gleichzeitig ständig von außen an sie herangetragen:

1. HIV-Positive leben mit einer »Zeitbombe«: Werden sie erkranken oder nicht, wann werden sie erkranken? Sie sind gesund *und* potentiell todkrank. Ihre mögliche Erkrankung, ihr möglicher Tod wird täglich in den Medien öffentlich verhandelt und beschworen (»100 % erkranken«, »es ist nur eine Frage der Zeit« etc.), z. T. sogar gewünscht. (Ein bayerischer Politiker äußerte: »Das Problem ist, daß die Infizierten so lange leben, weil sie dann noch so viele anstecken können.«)

* Vortrag auf der 16. wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung vom 6. bis 8. Oktober 1988 in Berlin.
Bei der Redaktion eingegangen am 7. 12. 1988.

[1] Die Untersuchung wird vom Ministerium für Wissenschaft und Kunst des Landes Baden-Württemberg unterstützt.

2. Sie sind lebenslang ansteckend, können andere infizieren — auch das wird täglich öffentlich verhandelt (Von »Tötungsmaschinen« war auf dem Juristentag 1988 in Mannheim die Rede). Gestern noch zu schützendes, unschuldiges, mögliches Opfer, heute — mit dem Testergebnis »positiv« — potentieller Sexualstraftäter, der kontrolliert und verfolgt werden muß.
3. Sie scheinen nur noch eine Eigenschaft zu haben, nämlich HIV-positiv zu sein. So werden sie von außen gesehen und behandelt, aber sie erleben sich zeitweise auch selber so.

Auf dem Hintergrund dieser Gegebenheiten wollen wir zwei Fragen nachgehen:

Zum einen: Was bedeutet die allgemein geforderte sexuelle Verhaltensänderung subjektiv für die Sexualität der HIV-Positiven?

Zum anderen: In welchem Verhältnis steht die »Zeitbombe« (innere Bedrohung) der HIV-Positiven zu der äußeren Bedrohung (Justiz, Zwangsmaßnahmen)?

I. Was bedeutet die allgemein geforderte sexuelle Verhaltensänderung subjektiv für die Sexualität der HIV-Positiven?

Die AIDS-Präventionskampagne zielt darauf ab, das sexuelle Verhalten der Menschen zu beeinflussen. Dabei richtet sie sich an eine Vielfalt sexuell ganz unterschiedlich aktiver Menschen und stellt für alle zwei Regeln auf, die relativ unverbunden nebeneinander stehen:

eine Verhaltensregel: »Kondome schützen«,

eine Beziehungsregel: »Treue ist der beste Schutz«.

Diese beiden Aussagen werden oft vermengt, obwohl praktisch eine der beiden Regeln ausreichen würde. Nun werden diese Regeln ja nicht nur den einzelnen Menschen empfohlen, damit sie sich individuell schützen können, sondern sie stehen gesellschaftlich in einem AIDS-politischen Zusammenhang, der über eine bloß individuelle Entscheidung hinausgeht. In der BRD gibt es zwei entgegengesetzte Grundpositionen hinsichtlich der AIDS-Prävention, deren Vertreter zwei AIDS-politische Lager bilden.

Die einen setzen auf die individuelle Verantwortung und vertrauen darauf, daß die Menschen sich selbst und ihre Sexualpartner schützen, indem sie eine der beiden Präventionsregeln befolgen.

Die anderen trauen der individuellen Verantwortung wenig und setzen auf die kontrollierende Macht des Staates, der dafür sorgen soll, daß die Infizierten von den Nicht-Infizierten durch Strafandrohung getrennt

und sexuell voneinander fern gehalten werden. Auf das sexuelle Verhalten bezogen heißt das, daß die einen sagen: was man sexuell tut, hat man selbst in der Hand; die anderen bezweifeln dies und sagen: man muß von außen kontrollieren und notfalls eingreifen, wenn es mit der individuellen Verantwortung nicht so weit her ist.

Ein großes Problem besteht darin, daß diejenigen, die für eine vernünftige aufklärungsorientierte Prävention sind, sich von der anderen Seite unter Beweisdruck setzen lassen, daß ihre AIDS-politische Linie wirksam ist, d. h. daß die Sexualität der Menschen sich den Präventionsempfehlungen annähert. Umgekehrt sehen sich die Anhänger des Primats von Ordnungspolitik und Zwangsmaßnahmen keineswegs unter dem — eigentlich berechtigten — Legitimationsdruck, nachweisen zu müssen, daß ihre Politik Prävention nicht zerstört. Aus Angst davor, daß das Benennen von Problemen bei der Veränderung sexuellen Verhaltens von der Gegenseite zur Denunziation von Aufklärung benutzt wird, wird der berechtigte Zweifel daran, daß sich die Sexualität so einfach und in so großem Umfang verändern lasse, ganz den Ordnungspolitikern überlassen. Letztlich sich der falschen Alternative unterwerfend (entweder hat rationale Aufklärung 100 % Veränderung des sexuellen Verhaltens zur Folge oder Zwang ist doch berechtigt), wird oft defensiv ein Bild von veränderbarer einsichtiger Sexualität vertreten, das einseitig rationalistisch fixiert ist und Widersprüche verleugnet. Demgegenüber halten wir es für notwendig, uns den Zweifel darüber wieder anzueignen, ob sich die neue sexuelle Verantwortung in der Weise entwickelt, wie es »die Prävention« will. Wir haben es mit einem Widerspruch zu tun, nämlich dem, daß Sexualität von der Vernunft beeinflußbar ist und gleichzeitig etwas sehr Unvernünftiges ist, daß wir die Sexualität beeinflussen können, daß wir gleichzeitig aber auch von ihr beeinflußt sind, daß wir unser Verhalten steuern können, aber unseren Wünschen auch ausgesetzt sind. Dieser Widerspruch, der zum Sexuellen gehört, ist gegenwärtig in die beiden AIDS-politischen Lager aufgespalten. Auffällig ist dabei, daß die reaktionäre Seite ein viel wilderes und triebhafteres Bild von Sexualität hat, welches der Dramatik der Gegenmaßnahmen proportional entspricht. Hier herrscht eine Vorstellung von wildem Trieb und dramatisch notwendiger Triebrepression. Die unerträgliche Leichtigkeit des sexuellen Seins dagegen, das die Deutsche AIDS-Hilfe oft transportiert, entwirft ein harmloses Bild von Sexualität, das das triebhaft-leidenschaftliche Geschehen so entschärft, daß das bißchen dann dem geplanten Umlernen keinen Widerstand mehr entgegenbringt. Kurz: die Bayern unterschätzen die Vernunft, die AIDS-Hilfe unter-

schätzt den Trieb. Wir meinen, daß dieser Widerspruch nicht bloß projektiv zwischen den beiden Lagern ausgetragen werden darf, sondern daß wir uns ihm selbst stellen müssen. Für den Umgang mit HIV-Positiven heißt dies, den Widerspruch auszuhalten, daß sie einerseits niemanden infizieren sollen und daß sie andererseits ein Recht auf gelebte Sexualität haben. Damit muß aber auch anerkannt werden, daß psychische Stabilität und »zeitstabile« sexuelle Verhaltensänderungen immer wieder in Widerspruch zueinander geraten können, eventuell sogar müssen. Was macht die Veränderung sexuellen Verhaltens für HIV-Positive so schwierig? Es ist nicht nur der dionysische Trieb, es spielen noch andere Aspekte der Sexualität eine Rolle: Die psychische Belastung, die »Zeitbomben«-Situation der permanenten potentiellen Lebensbedrohung, die Krise für das narzißtische und partnerschaftliche System erfordern ein hohes Maß an psychischem Kompensationsaufwand. Gleichzeitig wird eine zentrale Quelle psychischer Kompensations- und Stabilisierungsmöglichkeit, nämlich die Sexualität, erheblich beschränkt: HIV-Positive sollen die Zahl ihrer Sexualpartner reduzieren auf einen oder gar keinen, sollen insertive Sexualpraktiken aufgeben oder wenigstens ein Kondom benutzen — und zwar für sehr lange Zeiträume. Oft wird dabei nur eine Seite der Sexualität ins Auge gefaßt, nämlich ihre harmlos-lustvolle Seite (im Sinne von Spaß haben, sich amüsieren), auf die man doch — aus vernünftiger Einsicht — leicht verzichten könnte. Vergessen wird dabei, daß der regressive Aspekt der Sexualität (im Sinne von sich anvertrauen, sich hingeben) für die psychische Stabilisierung gerade in einer solchen belasteten Lage wie der des HIV-Positiven häufig der wichtigere ist; und dieser regressive Aspekt der Sexualität läßt sich auch nicht einfach auf die prägenitale Zärtlichkeit reduzieren. Wie bei diesem Beispiel werden auch sonst von den Präventionsrationalisten die Beeinträchtigungen des sexuellen Erlebens und der sexuellen Phantasien unterschätzt, die sich zum einen durch die Diagnose HIV-positiv und zum anderen durch die sexuelle Verhaltensänderung ergeben. Das gilt auch für das Kondom: Es ist technisch relativ leicht handhabbar (auch wenn die Handhabung an gewisse Merkmale des Coitus interruptus erinnert), das »Kondom im Kopf« ist jedoch das weitaus größere Problem: das Kondom verhindert die Infektion des Sexualpartners, aber zugleich erinnert es auch immer an die eigene Infiziertheit. Darin liegt das Paradoxon des Kondomgebrauchs. Auch mit Kondom durchdringt die Infektion das sexuelle Erleben und die sexuellen Phantasien:

Orgastisch/symbiotische Phantasien der Vereinigung, des »Sich-Verströmens« im Partner kommen unter Umständen durch die einengende

Vorstellung von ein paar Kubikzentimetern Ejakulat im Reservoir des Kondoms gar nicht erst zustande.

Aber auch das Aufkommen von Zeugungsphantasien kann verhindert werden, womit nicht konkrete Fortpflanzungsabsichten gemeint sind, sondern (nach einer Definition von Schorsch, 1988) »Erlebnisqualitäten, die mit der Phantasie von Zeugung und Empfängnis verbunden sind« und in denen es »irrational um so etwas wie ein Gegengewicht gegen die Todesangst, gegen die Angst vor der Vergänglichkeit und Vergeblichkeit, um Teilhabe an der Lebendigkeit und der Kontinuität des Lebens« (S. 119) geht. Wenn man bedenkt, daß die Angst vor dem Beginn der Erkrankung, vor dem Tod, also das Bewußtsein der eigenen Endlichkeit, eine zentrale und zunächst meist sehr bewußte und wenig verdrängte Angst jedes HIV-Positiven ist, dann kann man verstehen, daß die Einschränkung der Zeugungsphantasien auch für homosexuelle HIV-Positive von Bedeutung sein kann.

Die meisten HIV-Positiven, die wir kennen, berichten von Beeinträchtigungen des Erlebens und der Phantasien durch das Kondom. Manche verzichten deshalb sogar lieber ganz auf von ihnen geschätzte sexuelle Praktiken. Bei einigen derjenigen, die keine sexuellen Erlebnisstörungen haben, sondern weiter von einer befriedigenden Sexualität mit Kondom berichten, läßt sich das unseres Erachtens so erklären, daß für sie die Angstbindung (»sichere Sexualität«) psychodynamisch entscheidender ist als die sexuelle Wunscherfüllung.

Ein weiterer Aspekt der Sexualität scheint uns im Zusammenhang mit der Sexualität HIV-Positiver von besonderer Bedeutung, nämlich die Triebmischung von Sexualität und Aggression. Sowohl zum vaginalen wie zum analen Geschlechtsverkehr gehört ein aggressiver Anteil — anders ist Erobern, Nehmen, Eindringen gar nicht möglich. Psychodynamisch gilt das für beide Partner, also auch für den, der in sich eindringen läßt. Im Zusammenhang mit der destruktiven Bedeutung des HI-Virus kann dieser aggressive Anteil der Sexualität unbewußt oder auch bewußt als so destruktiv und bedrohlich erlebt werden, daß er mitsamt dem dazugehörigen sexuellen Impuls abgewehrt werden muß. Das von vielen HIV-Positiven berichtete Symptom einer »sexuellen Depression«, also einer sexuellen Lustlosigkeit, zumindest in den ersten Monaten nach der Diagnosestellung, verstehen wir so, daß die Angst vor der Zerstörung des anderen, die unbewußt an das Phantasma vom »tödlichen Sperma« gebunden ist, als so bedrohlich erlebt wird, daß mit einem somatisierten Lustverzicht oder auch mit Erektionsstörungen reagiert werden muß.

Nun könnte man sagen, daß eine solche sexuelle Depression im Sinne

der Prävention erwünscht ist, da es so wenigstens nicht zu einer Weiterverbreitung des Virus kommt. Aber das wäre nicht nur zynisch gegenüber den Betroffenen, es widerspräche auch der klinischen Erfahrung, daß eine ganz ich-ferne verdrängte Sexualität sich dann situativ durchbruchartig und unberechenbar äußern kann. Wir haben nur einige Aspekte benannt, um zu zeigen, daß ein prinzipieller Widerspruch zwischen rationaler Prävention und dem Sexuellen besteht und bestehen bleiben wird.

II. In welchem Verhältnis steht die »Zeitbombe« (innere Bedrohung) der HIV-Positiven zu der äußeren Bedrohung (Justiz, Zwangsmaßnahmen)?

Reiche hat recht mit der Feststellung, daß derjenige, der sich mit AIDS beschäftigt, sich in eine paranoid-persekutorische Welt begibt, in der es nur noch Verfolger und Verfolgte zu geben scheint. Dabei geht es um äußere Bedrohung und Verfolger (z. B. um den Staat, die Justiz, manche gesellschaftliche Gruppen), aber auch um innere Bedrohung und Verfolger (d. h. um Angst, das Gewissen, Schuldgefühle, Selbstverurteilung, die Krankheit, d. h. das unberechenbar Zerstörerische in einem selbst). Uns beschäftigt die Wirkung der Bedrohung von außen auf die Möglichkeiten, mit der Bedrohung von innen umzugehen.

Ein HIV-Positiver wird ständig, direkt oder indirekt (die Verurteilung eines HIV-Infizierten in Nürnberg wirkt bis nach Heidelberg und Berlin), von außen bedroht und verfolgt (durch Ausgrenzung, durch Strafandrohung, aber auch durch die Prävention, die ihm ununterbrochen auf den Fersen ist); und er kann selber bedrohen und verfolgen, d. h. anstecken. Er existiert in einem Geflecht innerer und äußerer Verfolger, in dem innere und äußere Realität oft schwer auseinanderzuhalten sind.[2] Und in dieser Situation soll es ihm gutgehen, und er soll durch besonders verantwortliches Verhalten andere schützen. Wie soll das funktionieren? Reiche hat die innere Bedrohung zutreffend beschrieben:

> »Das gute Objekt — sexuelle Erregung, Blut, Heroin —, von dem ich abhängig bin und mit dem ich gerade zum Zweck der Lebenserhaltung in Kontakt treten möchte, unternimmt gegen mich einen hinterhältigen Angriff, der mich in meinem innersten Kern (dem Autoimmunsystem als Repräsentanten der intakten Körper-Ich-Selbst-Imago) trifft und vernichten wird. Das Ich wird überschwemmt von Vernichtungsangst« (1988, S. 117).

[2] Ein Wandspruch in der Psychotherapeutischen Beratungsstelle für Studierende in Heidelberg, der noch aus den Zeiten des sozialistischen Patientenkollektivs stammt, bringt dies in sarkastischer Weise zum Ausdruck: »Glaub' nicht, bloß weil du paranoid bist, daß sie nicht hinter dir her sind.«

Bei den hier erwähnten Objektbeziehungen bzw. deren inneren Objektrepräsentanzen handelt es sich nicht um reife, auf ganze Objekte, d. h. Personen gerichtete Beziehungsanteile, sondern um psychogenetisch sehr frühe Beziehungsformen zu Teilobjekten (wie es etwa die Brust für den Säugling ist), bei denen zwischen Selbst und Objektwelt noch keine klare Trennung existiert. In diesem Sinne sind Sperma/Blut/Heroin, die stoffwechselhaft in den Blutkreislauf aufgenommen werden und sich im ganzen Körper verteilen, innere Objekte auf einer sehr frühen Stufe der psychischen Entwicklung. Sie werden — so könnte man mit Melanie Klein sagen — gleichsam zur bösen Brust, zur vergifteten Milch. Wenn aber nun das, wovon ich abhängig bin, mich existentiell bedroht, und wenn gleichzeitig innen und außen schwer voneinander zu trennen sind, dann wird verstehbar, warum massive Angst vor Vernichtung auftaucht. Diese Vernichtungsangst wird dann noch verstärkt, wenn der (symptomlose) HIV-Infizierte nicht weiß, wieweit die Zerstörung in ihm schon fortgeschritten ist bzw. wann er zerstört werden wird — im Gegenteil, das macht die Unberechenbarkeit der gefährlichen Bedrohung noch größer (daher kommt wohl die Entlastung bei manchen, wenn die Erkrankung manifest ausbricht).

Die Art der Bedrohung (der Virus kommt von außen und ist jetzt innen, er greift heimtückisch und diffus im ganzen Körper an) aktualisiert sehr frühe Phasen der psychischen Entwicklung (und die dazugehörigen Vernichtungsängste) und mobilisiert entsprechende frühe Abwehrmechanismen (wie Spaltung, Projektion, projektive Identifizierung, Verleugnung etc.). Das gilt in gewissem Maße für alle Menschen, ob infiziert oder nicht — aber es gilt in besonderer Weise für die HIV-Positiven, für die die Diagnose »test-positiv« ein echtes Trauma bedeutet (vgl. Weinel, 1988).

Wenn man sich in seinem Inneren von etwas so extrem Bösen und Zerstörerischen bedroht fühlt, muß man es — um zu überleben — irgendwie aus sich herauszuschaffen versuchen. Die Nicht-Infizierten, die zwar nicht den Virus in sich haben, bei denen aber ähnliche Ängste und Abwehrmechanismen mobilisiert werden, haben die Möglichkeit, das Unerträgliche in sich (z. B. die verbotene infizierbare Lust auf Promiskuität) auf die Infizierten zu projizieren und dort das Böse verfolgend zu kontrollieren. Welche Möglichkeiten bieten sich den Infizierten? Allen voran: der Staat. Es gibt hier eine fatale Dialektik: Zwar schützt der innerpsychische Abwehrprozeß (Projektion) das Ich vor Desintegration: Man kann häufig beobachten, wie die projektive Angst vor dem verfolgenden Staat die überwältigende Todes- bzw. Vernichtungsangst erheblich lindern kann (dem Virus, dem Unkontrollierbar-Destruktiven in mir bin ich ohnmächtig ausgeliefert — gegen den bösen verfolgenden Staat kann ich kämpfen, erfahre ich Solidarität etc.). Unauflösbar wird dieser Abwehrvorgang allerdings, wenn sich der Staat (bzw. bestimmte gesellschaftliche Gruppen) *real* verfolgend verhält. Die Projektion des HIV-Infizierten wird dadurch, für ihn als solche unerkennbar, zementiert; sie verliert darüber hinaus auch ihre protektive Funktion und macht tendenziell verrückt.

Es gibt weitere intrapsychische Möglichkeiten für HIV-Infizierte, der Angst vor der Vernichtung zu entgehen. Eine sehr verbreitete ist die Introjektion eines allmächtigen guten Objekts, welches das Böse in einem quasi magisch neutralisiert; z. B. durch eine gute, heilsame orale homöopathische Substanz (oder auch durch direkt ins Blut verabreichte Spritzen), die das vergiftete Sperma/Blut/Heroin von seinen destruktiven Eigenschaften reinwäscht (damit soll aber nichts allgemein gegen die Wirkung naturheilkundlicher Methoden bei HIV-Positiven gesagt werden). Auch die Psychotherapie kann gelegentlich zu einem solchen allmächtigen guten Objekt werden. Anders als die homöopathische Substanz beinhaltet sie aber immer auch die Doppelqualität des Kondoms, nämlich gleichzeitig an die konflikthaften und destruktiven Seiten zu erinnern.

Nun kann der HIV-Positive das Destruktive in sich, den HI-Virus, ja auch weitergeben. Diese Tatsache kann gelegentlich die eigene Ohnmacht verringern und Allmachtsphantasien auslösen (»ich geb's zurück, was man mir verpaßt hat«; »ich vögel' alle bayerischen Spitzenpolitiker durch« etc.). Sie kann aber vor allem auch große Angst vor dem eigenen destruktiven Potential erzeugen. Ähnlich dem, was wir vorher zu libidinös-aggressiven Triebwünschen ausführten, kann die Angst vor dem eigenen destruktiven Potential (in dem das Virus mit aggressiven und destruktiven Impulsen fusioniert ist) — und zwar in beiden Richtungen: gegen sich selbst und gegenüber anderen — zu einer massiven verleugnenden Abwehr *aller* aggressiven und destruktiven Impulse und Phantasien führen: wenn ich nur gut bin, geschieht mir nichts Böses von außen; das Böse in mir existiert nicht mehr und zerstört mich nicht, und ich kann niemand anderen damit zerstören. Diese Verleugnung aggressiver und destruktiver Impulse schließt — wie gesagt — gelegentliches durchbruchhaftes destruktives Agieren nicht aus, im Gegenteil.

Gibt es einen Ausweg aus dieser inneren Verfolgungswelt? Vermutlich nur den einen: daß genügend gute Objekte internalisiert werden konnten, auf die jetzt zurückgegriffen werden kann. Das setzt voraus, daß das Stadium der Ambivalenz bzw. Integration guter und böser Selbst-

und Objektrepräsentanzen erreicht werden konnte.[3] Auf der Ebene der Selbstrepräsentanzen heißt dies: Ich habe zwar etwas potentiell Destruktives in mir, das genau durch das verursacht wurde, was für mich eigentlich so gut und wichtig war, aber es hat eben diese zwei Seiten und ist nicht nur böse. Ich habe den HI-Virus in mir, aber ich bin nicht nur das. Ich habe mich zwar auf sexuellem Wege infiziert, aber nicht meine ganze Sexualität ist durch das Virus infiziert. Ich habe mich zwar durch das Blut infiziert, aber diese Konserve sorgt auch dafür, daß ich nicht im Rollstuhl fahren muß etc.

Ganz Ähnliches gilt auf der Ebene der Objektrepräsentanzen, z. B. für den Umgang mit den Sexualpartnern: Auch hier muß das Stadium der Ambivalenz, d. h. die Integration guter und böser Objektrepräsentanzen, bzw. in der Terminologie von Melanie Klein ausgedrückt, die »depressive Position« erreicht sein. Das impliziert vor allem, daß gegenüber der gleichen Person zur gleichen Zeit libidinöse und aggressive Impulse gefühlt werden können. Erst dann ist es auch möglich, daß sich aus dem Schuldgefühl (der Errungenschaft der depressiven Position gegenüber der paranoid-schizoiden Position) das entwickelt, was Winnicott »Besorgnis« nennt:

»Das Wort ›Besorgnis‹ (concern) wird verwendet, um auf positive Weise ein Phänomen zu bezeichnen, das auf negative Weise durch das Wort ›Schuldgefühl‹ (guilt) bezeichnet wird. Schuldgefühl ist Angst, verbunden mit dem Konzept der Ambivalenz und setzt einen Grad der Integration beim individuellen Ich voraus, der die Aufrechterhaltung einer Imago des guten Objekts zugleich mit der Vorstellung ihrer Zerstörung ermöglicht. Besorgnis setzt weitere Integration und weiteres Wachstum voraus; sie steht positiv in Beziehung zum Verantwortungsgefühl des Individuums, besonders in bezug auf Beziehungen, in die die Triebe eingegangen sind. Besorgnis bezeichnet den Umstand, daß das Individuum sich um etwas *bekümmert* oder daß ihm etwas ›etwas ausmacht‹, daß es Verantwortung fühlt und übernimmt« (Winnicott, 1974, S. 93).

Wird die Fähigkeit zur »Besorgnis« zerstört, dann wird sie in der Regel durch primitive Formen des Schulgefühls und der Verfolgungsangst ersetzt, eine Tatsache, die besonders im Zusammenhang der HIV-Problematik von Bedeutung ist.

Vor diesem Hintergrund wollen wir die Frage der Verantwortung diskutieren. Es sind nicht nur die »Hardliner«, die im Interesse der »Volksgesundheit« die gesunden »Negativen« vor den gefährlichen »Positiven«

[3] Für spätere Stufen der Entwicklung gilt es oft, Ambivalenzen aufzulösen. Für die frühen Ebenen des Selbst- und Objektbezugs, um die es hier geht, ist jedoch erst einmal die Fähigkeit des Fühlens und Ertragens entgegengesetzter Gefühle und Eigenschaften bei einem zusammenhängenden Selbst bzw. ein und derselben Person gegenüber von entscheidender Bedeutung.

schützen wollen und diesen allein die Verantwortung für die Vermeidung weiterer Infektionen zuschieben — in abgestufter Form ist fast jeder der Meinung, daß der Infizierte die größere Verantwortung trägt. Die Hardliner-Position ist bekannt: Danach muß der Infizierte 1. dem Partner seine Infektion mitteilen und 2. zusätzlich safer sex praktizieren oder am besten Sexualität vermeiden. Damit er sich auch wirklich verantwortlich verhält, muß er kontrolliert und mit Strafe bedroht werden. Die fortschrittliche Position, exemplarisch die der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) ist die: Alle tragen Verantwortung, Verantwortung ist unteilbar, jeder muß für sich selbst verantwortlich sein. Safer sex müssen alle machen, die sich in infektionsriskante Situationen begeben. Wenn man dieses Problem aber genauer und tiefer diskutiert, z. B. mit Blick auf das Verhalten einzelner Infizierter, dann ist auch bei den Fortschrittlichen die persönliche Empörung größer über den Infizierten, der keinen »safer sex« praktiziert. Und die Empörung nimmt zu, wenn der HIV-Positive sein Verhalten noch verteidigt mit dem Hinweis auf die Selbstverantwortung des jeweils anderen. Dies soll nicht als Vorwurf verstanden werden, sondern als Hinweis darauf, daß die Frage der Verantwortung sehr ernst zu nehmen ist, sonst übersieht man auch Probleme der Infizierten selbst. Eine eigene Fehleinschätzung soll dies verdeutlichen: Wir haben anfangs bei uns selbst, gleichsam als Reaktionsbildung, die Tendenz beobachtet, auf keinen Fall sexuell repressive Verfolger sein zu wollen, mit der Konsequenz, daß wir gelegentliche Berichte von HIV-Positiven über infektionsriskante Sexualpraktiken als rebellische Taten idealisierten, die den Beweis erbrachten, daß sich der Trieb nicht einfach präventiv lenken läßt. Wir haben längere Zeit gebraucht, um die Frage der Verantwortung als ein von den Infizierten selber empfundenes Problem zu sehen und ernstzunehmen und nicht nur als etwas von außen Aufgedrängtes zu betrachten.

Wer HIV-Infizierte *nur* mit der Absicht berät oder psychotherapeutisch behandelt, daß sie niemanden anstecken (entsprechend dem pervertierten bayerischen Modell von Beratung, das gleichermaßen bei § 218 wie bei HIV angewandt wird), der wird keine Beziehung zu ihnen herstellen können, oder der therapeutische Dialog entgleist. Derjenige Berater oder Therapeut jedoch, der in sich selbst die Erwartungshaltung verleugnet, daß der Infizierte niemanden anstecken möge, verweigert eine wichtige Auseinandersetzung mit der Folge, daß dem Infizierten der Zugang zu inneren Konflikten (insbesondere mit Verantwortung, Schuld und Aggression) möglicherweise versperrt bleibt.

Die Fähigkeit des Infizierten zur Verantwortung wird langfristig nur

dann wachsen, wenn seine Fähigkeit zu Besorgnis gestärkt wird. Das kann aber nur dann gelingen, wenn auf beiden Seiten ambivalente Gefühle ertragen werden können, er also auch Besorgnis erfährt; dazu gehört auch das Erlebnis des Infizierten, daß man vor ihm Angst haben kann, ohne ihn vernichten zu wollen. Die verfolgende strafandrohende Forderung nach verantwortlichem Verhalten schwächt die Verantwortung aus Besorgnis massiv; statt dessen treibt sie den Infizierten traumatisierend in die Regression einer paranoid-persekutorischen Welt und erzeugt nur Verfolgungsangst und primitive Schuldgefühle — die im Gegensatz zur Besorgnis nicht zu verantwortlichem Verhalten führen. Die Gefahr, daß anstelle von Besorgnis primitive Schuldgefühle erzeugt werden, geht aber nicht nur von den bayerischen und bayroiden Verfolgern aus. Sie kann auch von der gut gemeinten, aber von Angst getragenen Propaganda mancher AIDS-Hilfen herrühren, die ständig neue Beweise liefern, wie enorm verantwortlich sich Infizierte verhalten und was für gute Menschen sie doch sind. Der Zwang, nur gut zu sein, läßt auch keine Ambivalenz zu und schwächt so ebenfalls die Fähigkeit zur Besorgnis.

Unser *politisches Fazit* lautet, daß der Position der Kontrolle und Verfolgung sowohl in bezug auf die Sexualität als auch auf die Destruktivität und die Verantwortung nicht mit einer Position der reinen Rationalität und der Beschwörung des Guten im Menschen begegnet werden kann, sondern nur mit einer offensiven Verteidigung des Konflikts und der Ambivalenz. Als *therapeutisches Fazit* hat sich für uns ergeben, wie wichtig es ist, den Konflikt zwischen psychischer Stabilität und zeitstabiler sexueller Verhaltensänderung zu erkennen und auszuhalten. Dazu gehört unseres Erachtens auch, die Schweigepflicht strikt einzuhalten und auch Dritte dann nicht zu informieren, wenn dies im Einzelfall sehr belastend sein kann (z. B. wenn ein infizierter Ehemann seine Frau nicht über seinen Zustand informiert und auch kein Kondom benutzt, weil er befürchtet, bei ihr Verdacht zu erwecken).

Zum anderen halten wir eine aktive parteiliche Haltung des Therapeuten gegenüber den Infizierten in bezug auf öffentliche Kontrolle und Verfolgung für notwendig; dabei muß aber die Gefahr einer Überidentifizierung gesehen werden, die lediglich zum Harmoniezwang in der Therapie führt. Bei diesem Behandlungsverständnis kann vom Therapeuten passager sowohl die Rolle des Verfolgers als die des Verfolgten übernommen werden.

(Anschrift der Verff.: Sophinette Becker, Theodor-Stern-Kai 7, 6000 Frankfurt a. M. 70, und Dr. Ulrich Clement, Thibautstr. 2, 6900 Heidelberg 1)

Summary

HIV-infection: Psychic elaboration and political reality. — The authors warn against a trivialization of the AIDS problem and against the call for state control. Since sexuality is ultimately uncontrollable, they plead instead for the greater clarification of the conflicts which those who are infected with HIV and those who are not infected experience in dealing with each other. The continuing mystification of these conflicts would result in mutual jeopardy through acting-out.

BIBLIOGRAPHIE

Reiche, R. (1988): AIDS im individuellen und kollektiven Unbewußten. Zeitschrift für Sexualforschung, *1*, 113—122.

Schorsch, E. (1988): Zur Theorie der Liebe in der Sexualwissenschaft. In: Universität Heidelberg (Hg.): Sexualität — Studium, WS 1986/87.

Weinel, E. (1988): Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen bei der Behandlung von AIDS-Patienten. Vortrag auf der 28. Arbeitstagung des DKPM und der ÖGKP in Innsbruck am 11. 3. 88.

Winnicott, D. W. (1974): Die Entwicklung der Fähigkeit der Besorgnis (concern). In: Ders.: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München (Kindler).