

Psychoanalyse der Sucht

Eine kritische Bilanz

Einleitung

Die Psychoanalyse beschäftigt sich seit ihren Anfängen mit der Sucht. Im Laufe ihrer Geschichte standen unterschiedliche Theorien und Erklärungsansätzen zur Symptomatik, Genese und Behandlung von Suchterkrankungen im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Diskussion, die der Erweiterung der Psychoanalyse von der klassischen Psychoanalyse und der Triebtheorie über die Ich-Psychologie bis zur Selbstpsychologie und Objektbeziehungstheorie folgten.

Zur Erklärung des pathologischen Suchtmittelkonsums wird das triebpsychologische Erklärungsmodell mit der Auffassung, der Suchterkrankung liege eine Regression auf die orale Phase zugrunde (vgl. Rost 1987), heutzutage nicht mehr heran gezogen, weil die einseitige Hervorhebung der unsublimierten oralen Triebhaftigkeit des Süchtigen nach neueren Erkenntnissen nur einen Teilaspekt des Suchtgeschehens erfaßt und die tiefe Genußunfähigkeit des Süchtigen unberücksichtigt läßt (vgl. Eith 1993). Zwar müssen die triebtheoretischen Konzepte nicht als gänzlich falsch verworfen werden, hilfreich sind sie jedoch allenfalls zum Verständnis der normalen Trinkgewohnheiten und der sozialen Funktion des Alkohols.

Ich-psychologische Erklärungsmodelle gehen davon aus, daß Süchtige keine konstante und die Entwicklung ihres Selbst stärkende und unterstützende Zuwendung erfahren haben. Als Folge erlebt der Süchtige sein Selbst als schwach, hilflos und wertlos. Er besetzt sein Selbst daher kompensatorisch mit Omnipotenzphantasien. Die Objektrepräsentanzen bleiben aufgrund der frühkindlichen Erfahrungen des Süchtigen mit einem entweder stark frustrierenden oder übermäßig verwöhnenden Liebesobjekt ambivalent mit Liebe und Hass besetzt. Die auf bedeutsame aktuelle Bezugspersonen gerichteten Vorstellungen des Süchtigen sind dadurch entweder durch den Wunsch nach

völliger Verschmelzung oder nach Vernichtung bzw. Verschlingung geprägt. Da sich das Ich aus den psychischen Niederschlägen wiederholter Erfahrungen mit dem Objekt oder dem Selbst entwickelt, bleibt es in seiner Funktionalität beeinträchtigt (vgl. Rost 1987, S.62).

Eine weitere Folge der Traumatisierung des Süchtigen ist die Entwicklung einer Affektstörung. Während sich beim Säugling nach seiner Geburt aus einer relativ undifferenzierten Lust-Unlust-Matrix (»Primaraffekt der Unlust«) durch die Interaktion mit der Umwelt ein breites Spektrum differenzierter Gefühlswahrnehmungen und Ausdrucksmöglichkeiten entwickelt, ist Drogenabhängigen die Differenzierung, Verbalisierung und Entsomatisierung von Angst, Schmerz und Depression (»Uraffekt«; vgl. Krystal & Raskin 1983) nicht gelungen, bzw. kommt es bei ihnen zu einer Entdifferenzierung von Angst und Depression (vgl. Krystal & Raskin 1983, S. 25). Statt dessen erleben sie sich beängstigenden, diffus-schmerzhaften und überwältigenden Gefühlen ausgeliefert. Der Verlust von Ich-Funktionen, insbesondere derjenigen der Affektkontrolle und der Selbstwertregulierung (vgl. Rado 1934), ist eine Folge dieser Affektstörung. Weil die die Integrität der Psyche schützenden Ich-Funktionen in Wechselwirkung zueinander stehen, werden zwangsläufig alle Funktionen des Ichs, insbesondere die der Realitätsprüfung, der Frustrationstoleranz und der Impulskontrolle, in Mitleidenschaft gezogen (vgl. Rost 1987, S. 52). Dadurch ist ihnen die Möglichkeit verwehrt, körperliche und psychische Schmerzen durch Ersatzbefriedigung oder Ablenkung zu bewältigen. Um solche schmerzhaften Zustände zu mildern setzen sie Drogen ein.

Aufgrund der Erfahrung übermäßiger Verwöhnung oder Frustration ist auch die Entwicklung des Über-Ich und des Ichideals gestört. Rost weist daraufhin, daß der Vater bei vielen Alkoholikern als positive Identifikationsfigur nicht zur Verfügung stand (vgl. Rost 1987, S. 58), weil er entweder tatsächlich fehlte, zu schwach und hilflos war, bzw. sich übermäßig streng und gewalttätig in der Erziehung verhalten hat. Hinsichtlich der Entwicklung des Über-Ichs, für das der Vater eine besondere Bedeutung erlangt, bedeutet dies, daß die negativen Introjekte bei Süchtigen überwiegen. Eine Integration der destruktiven Introjekte und der Idealobjekte gelingt nicht. Daher kann sich der Süchtige nicht als wertvoll und gut empfinden (vgl. Burian 1984, S. 234). Sein

Selbstwertgefühl ist gestört und er vermag seine Beziehungen und seine Arbeitsleistungen nicht realitätsgerecht einschätzen.

Die Objektbeziehungstheorie befaßt sich mit jenem frühen Entwicklungszeitraum, in dem es darum geht, daß die primäre Symbiose, die Ein-Personen-Welt durch die Zwei-Personen-Welt ersetzt wird (vgl. Rost 1987, S.77). Objektbeziehungstheoretische Ansätze zur Sucht basieren vor allem auf den Arbeiten von Klein und Kernberg.

Das objektpsychologische Erklärungsmodell zur Suchtentwicklung geht von der Annahme einer primären autodestruktiven Tendenz des Süchtigen und einer Spaltung in ein negatives Selbst und ein idealisiertes Mutterbild aus. Während die Mutter des Drogenabhängigen häufig in der Wirklichkeit dominant, besitzergreifend und kalt wirkt, wird sie vom Süchtigen idealisiert und als eine »ideale, verwöhnende, unbegrenzt Nahrung zur Verfügung stellende Person phantasiert« (vgl. Rost 1987, S. 90). Die bösen Objekte befinden sich in seinem Inneren, werden auf die Droge projiziert und inkorporiert. Obwohl die Droge die zerstörerische Brust für den Süchtigen repräsentiert, wird sie als solche nicht bewußt erlebt. Statt dessen phantasiert sie der Süchtige als gute Brust, die ihm vorübergehend Entspannung und Befreiung von Ängsten verschafft. Damit wird die Droge zum Ersatz für das Liebesobjekt und der Dialog mit ihr ersetzt den Dialog mit der Umwelt.

Die objekttheoretischen Konzepte von Bilitza und Heigl-Evers orientieren sich an Kernbergs Darstellung der Entwicklung der Objektbeziehungen. Kernberg beschreibt fünf Stadien: Das erste Stadium ist durch eine noch völlig unstrukturierte Reaktionsbereitschaft des Kindes gekennzeichnet. Im zweiten Stadium herrschen undifferenzierte Vorstellungen vom eigenen Selbst und den äußeren Objekten vom Typ »nur gut« und »nur böse« vor. Diese Phase endet, »wenn das Selbstbild und das Objektbild innerhalb der ›guten‹ Selbst-Objekt-Vorstellung in stabiler Weise differenziert worden sind« (vgl. Bilitza 1993, S.159). Im dritten Stadium wird das Entwicklungsniveau der Spaltung durch die Differenzierung von »nur guten« und »nur bösen« Selbst- und Objektkonstellationen erreicht. Die frühe psychische Welt des Kindes ist eine Welt unvollständiger Vorstellungen vom eigenen Selbst und den äußeren Objekten (Partialobjekte). In diesem Stadium entstehen frühe Ich-Segmente und Über-

Ich-Kerne. Im vierten Stadium werden die Partialobjekte zu integrierten Selbst-Repräsentanzen und Objekt-Repräsentanzen verbunden. Es können sich nun reifere, aus Objektbeziehungen abgeleitete innerpsychische Strukturen bilden. Das fünfte Stadium dient der Konsolidierung der psychischen Systeme (vgl. a.a.O., S. 161).

Bilitza und Heigl-Evers vertreten die Auffassung, daß sich eine Suchtmittelabhängigkeit – ähnlichem dem psychodynamischen Modell der Sucht von Rost (vgl. Rost 1987, S. 124 ff.) – auf der Grundlage von Fixierungen in der Persönlichkeitsentwicklung entwickelt. Sind die sozialen Beziehungen, innerhalb derer sich die kindliche Entwicklung vollzieht, gestört, entwickelt sich als Ergebnis spezifischer Internalisierungen eine Psychopathologie. Je nachdem, wann die Störung in der frühkindlichen Entwicklung aufgetreten ist, läßt sich die Psychopathologie unterschiedlichen psychischen Strukturniveaus zuordnen (vgl. Bilitza 1993, S. 162).

Je nach der Pathogenität der zugrunde liegenden Objektbeziehung erfüllt das Suchtmittel dann die Funktion eines Übergangobjektes der frühen, präsymbolischen Phase vor der Ausdifferenzierung der Partialobjekte, eines Partialobjektes aus dem üblicherweise mit Spaltung charakterisierten präödipalen Niveau der Objektbeziehungen oder eines Ersatzobjektes nach dem Erreichen eines neurotischen Strukturniveaus von Ganzobjekt-Beziehungsrepräsentanzen (vgl. Bilitza 1993, S.178).

Mit ihrer Bandbreite von Trieb-, Ich-, Selbst- und Objektpsychologischen Erklärungsmodellen (vgl. Pine 1990) und den damit verbundenen Möglichkeiten, die unbewußten psychodynamischen Bedingungen zu untersuchen und ihren an Konzepten wie Übertragung, Widerstand, Deutung, Rekonstruktion, Gegenübertragung, Arbeitsbündnis, Durcharbeitung orientierten Behandlungsmethoden, bietet sich die psychoanalytische Suchttheorie und Suchtkrankenbehandlung besonders bei Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen, zu denen auch Suchtkranke zu rechnen sind, als geeignetes therapeutisches Verfahren an. Gleichzeitig können wir jedoch feststellen, daß das Interesse an der Psychoanalyse der Sucht in den letzten Jahren deutlich nachgelassen hat. Verfolgt man die Publikationen zur psychoanalytischen Suchtforschung im deutschen Sprachraum seit Ende der siebziger Jahre, dann läßt sich in den letzten zehn Jahren eine Stagnation beobachten. In der Praxis überwiegen ekklektizistische Methoden in der ambulanten und stationären Therapie Suchtkranker. Es gibt kaum eine Konzeption

einer stationären Einrichtung, die ihren Schwerpunkt auf die Psychoanalyse der Sucht legt. In den Programmen suchtspezifischer Tagungen und Workshops sucht man oft vergeblich nach Themen, die eine psychoanalytische Perspektive aufgreifen. Ursachen für das nachlassende Interesse von Praktikern der Suchtkrankenbehandlung an der Psychoanalyse sind unter anderem darin zu suchen, daß ökonomische Aspekte in öffentlichen Diskussionen ein wesentlich stärkeres Gewicht zugesprochen wird als psychotherapeutische Gesichtspunkte. Auch die grundlegende Kritik an der Psychoanalyse, nicht kostengünstig und wenig wirkungsvoll zu sein, spielt eine Rolle. Andere Aspekte sind der psychoanalytischen Suchttheorie selbst immanent. Sie werden im folgenden dargestellt.

Präädipale Störungen und Sucht

Empirischen Untersuchungen zum Zusammenhang von Suchtmittelabhängigkeit und komorbiden Störungen bei chronisch suchtmittelabhängigen Patienten, die sich einer stationären Behandlung unterziehen, zeigen ein Prävalenzraten zwischen 37% und 100% je nach Art des Suchtmittels und therapeutischem Setting (vgl. Wirth et al. 2003, S. 102–103). Stein und Podoll kommen zu dem Ergebnis, daß 34% der Suchtkranken die Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllen. In anderen Studien liegt die Häufigkeit zwischen 13 und 66%. Auch für Poser ist bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung die Neigung zu Suchtstoffabhängigkeiten konstitutives Element (vgl. Poser 2000).

Hinsichtlich der Eignung der angewandten Untersuchungsmethoden sind allerdings Zweifel angebracht. So wird beispielsweise auf der Grundlage des DSM-IV eine psychiatrische Anamnese erhoben, die Fragen zu »autoaggressivem Verhalten, Suizidversuchen, Unfällen, fremdaggressivem Verhalten und Delinquenz, sowie zu psychischen Traumata in der Kindheit und frühen neurotischen Symptomen« (vgl. Stein & Podoll 1994, S. 101) beinhaltet. Damit wird zwar die Symptomatik, aber nicht die Psychodynamik, wie sie sich in der Übertragungs-Gegenübertragungs-Situation darstellt, erfaßt. Anamnestisch erhobenes impulsives Agieren mit selbstschädigenden Ergebnissen ist zwar eng mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung verbunden ist, aus einem gehäuftem Auftreten spezifischer Symptome sollte jedoch nicht zwangsläufig auf ein

Borderline-Syndrom geschlossen werden (vgl. Rohde-Dachser 1983, S. 41). Außerdem wird ausdrücklich vor einer einzigen psychiatrischen Exploration gewarnt und mindestens drei Interviews in einwöchigem Abstand, beziehungsweise einen Beobachtungszeitraum von etwa zwei Monaten (a.a.O., S 43) empfohlen. Die Therapeut-Patient-Beziehung erlangt als diagnostisches Instrument für Rohde-Dachser auch aufgrund des sich erst in diesem Rahmen entwickelnden »Borderline-Dialogs« eine besondere Bedeutung (a.a.O., S. 73).

Die Häufigkeit, mit der die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung gestellt wird, weist für Kellermann auf eine Umkehrung des Paradigmenwandels in der Behandlung von Suchtkranken hin, der vor 25 Jahren mit der Befreiung der Süchtigen vom Stigma der Psychopathie vollzogen worden war. Seiner Einschätzung nach erfüllen höchstens 5% der zumindest momentan trockenen Alkoholiker die DSM-III-R- bzw. ICD-10-Merkmale der Borderline-Persönlichkeitsstörung, während sich die erhöhten Raten, wie sie in der Literatur dokumentiert werden, dadurch erklären lassen, daß Wissenschaftler nicht genau genug differenzieren, »ob die bei ihren Klienten gefundenen angeblichen Borderline-Merkmale wie Impulsivität, Selbstschädigung, instabile Beziehungen, Suizidversuche etc. nur alkoholtoxisch bedingt bzw. Folge der Alkoholabhängigkeit waren oder nicht« (vgl. Kellermann 1994, S. 441).

Von Wurmser wird der Gebrauch des Begriffs *Borderline* aus grundsätzlichen Überlegungen heraus abgelehnt (vgl. Wurmser 1997, S. 28–29). Seiner Auffassung nach ist es angezeigt, »die ganze Bandbreite geringfügigere bis schwerwiegender Pathologien daraufhin zu untersuchen, wie sie sich aufteilt in verschiedene Arten tiefreichender Charakterstörungen mit unterschiedlicher Affektpathologie. (...) Vorschnelle Beschreibungen (impulsive, infantile, explosive, instabile, chaotische, narzißtische, masochistische, depressive Charaktere), die die Oberflächenphänomene am besten zu treffen scheinen, sind für gewöhnlich eben das: oberflächliche Etiketten« (a.a.O., S. 84–85).

Grundsätzlich scheint eine globale Zunahme psychogener Erkrankungen ebenso unwahrscheinlich wie eine Verschiebung klassischer Symptomneurosen zu vermehrten Persönlichkeitsstörungen (vgl. Reiche 1991). Nicht unwesentlich ist schließlich die Tatsache, daß der diagnostische Gegenstand stets das klinische Bild Suchtkranker ist.

Weist dieses Bild Merkmale einer sogenannten frühen Störung auf, so läßt sich daraus nicht notwendigerweise auf die Persönlichkeit des Betroffenen zu Beginn seiner Erkrankung schließen. Es ist nicht auszuschließen, daß es sich bei der beobachteten Persönlichkeitsstruktur um das Ergebnis einer wiederholten Rauschregression handelt und die diagnostizierte frühe Störung sekundärer Natur ist.

Die Bereitschaft, Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen überwiegend einem präödipalem Strukturniveau (vgl. Bilitza 1993, S. 12) zuzuordnen, muß auch auf dem Hintergrund betrachtet werden, daß in der Psychoanalyse seit ungefähr 60 Jahren über eine allgemeine Zunahme sogenannter früher Störungen kontrovers diskutiert wird (vgl. Reiche 1991). Die psychoanalytische Suchttheorie hat zwar die Theorieentwicklung der Psychoanalyse vom triebtheoretischen zum ich-psychologischen und objekttheoretischen Ansatz übernommen, die damit einhergehende kontroverse Diskussion über die Plausibilität und Gültigkeit der Erklärungsmodelle jedoch weitgehend unberücksichtigt gelassen. Weder die gewachsene Bereitschaft der Menschen in unserer Gesellschaft, auf Brüche im Selbstbild und in der Identität mit einer gesteigerten Sensibilität und Reflexivität zu reagieren und dabei gewohnte und in Traditionen eingebundene Lebensordnungen zu hinterfragen, noch die Tendenz, auf unspezifische Überforderungen in der Lebens- und Arbeitswelt mit psychopathologischen Regressionen zu reagieren (vgl. Reiche 1991) wird von der psychoanalytischen Suchttheorie berücksichtigt und reflektiert.

Die diagnostische Einschätzung einer Symptomatik als sogenannte frühe Störung oder als Ausdruck eines Triebkonfliktes, hängt wesentlich von der Wahrnehmungseinstellung des Beobachters ab und lenkt die Aufmerksamkeit auf das psychoanalytische Konzept und das Weltbild des Forschers, das diesem Konzept zugrund liegt. Daher wird im Folgenden auf die Vorstellungen der psychoanalytischen Suchttheorie über die menschliche Natur und die psychische Entwicklung, das Verständnis von seelischer Gesundheit, das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft und das Verständnis über die Vermittlung von äußerer und innerer Realität eingegangen.

Menschliche Natur und psychische Entwicklung

Eine der grundlegenden entwicklungspsychologischen Annahmen der psychoanalytischen Suchtheorie bezieht sich auf die Entwicklung ganzheitlicher Selbst- und Objektbeziehungen aus zunächst mittels Spaltung auseinander gehaltener libidinös und aggressiv besetzter Anteile der Objekte und des eigenen Selbst, deren Integration als notwendige Voraussetzung für die Weiterentwicklung der Ich-Funktionen verstanden wird (vgl. Heigl-Evers & Heigl 1983). Durch seine Erfahrungen mit einer Bezugsperson, die sowohl versorgend auf seine Bedürfnisse eingeht («gutes» Objekt), als auch zeitweilig abwesend ist und manche Bedürfnisse zurückweist und nicht befriedigt («böses» Objekt) lernt das Kleinkind, das Bild eines libidinöse besetzten Objektes auch für die Dauer seiner Abwesenheit über längere Zeit in Erinnerung zu bewahren und eine emotionale Bindung an diese Bezugsperson aufzubauen (Objektkonstanz). Mit der Unterscheidung zwischen dem eigenen Selbst und der Welt außerhalb entwickelt sich die Fähigkeit die Vorstellung der heilenden, stützenden Mutter (Objekt-Repräsentanz) mit Vorstellungen über eigene seelische und körperliche Zustände, Aktivitäten und Eigenschaften (Selbst-Repräsentanz) zu fusionieren.

Als Objekt-Repräsentanzen, also die Vertreter der äußeren belebten und unbelebten Welt werden jedoch nicht die realitätsnahen Abbildungen der äußeren Welt verstanden, sondern die unbewußten Vorstellungen, Erinnerungen und Phantasien (vgl. Heigl, Heigl-Evers & Ruff 1980), die sich das Individuum von dieser Welt und seinen Bezugspersonen gemacht hat. Ebenso entsprechen die Selbst-Repräsentanzen nicht der wahren, realen Persönlichkeit des Betreffenden, sondern den unbewußten Vorstellungen und Phantasien, die sich das Individuum über sich selbst gebildet hat. Das bedeutet, daß sowohl das Selbstbild als auch der Bezug zur Welt in dieser Konzeption geprägt sind von Annahmen und Annäherungen anstatt von Stimmigkeit und Gewißheit, das heißt von Annäherung an die Realität.

Die Entwicklung des Selbst erfolgt in enger Abhängigkeit von den Objektbeziehungen, die jedoch nicht im wörtlichen Sinne, als Beziehung zwischen Individuum und den belebten und unbelebten Objekten der äußeren Welt verstanden werden, sondern als Verhältnis zwischen dem Ich bzw. den Selbst-Repräsentanzen und den Objekt-Repräsentanzen. Es handelt sich also um Beziehungen zwischen Vorstellungen und Phantasien. Es ist nicht die reale Bezogenheit zwischen Individuum

und Umwelt, das reale Ausmaß an Versagung oder Versorgung, Zuwendung oder Zurückweisung, emotionaler Wärme oder Kälte, die als maßgeblich für die Selbstentwicklung erachtet werden, sondern die dadurch ausgelösten Vorstellungen und Phantasien. Die Umwelt tritt als unmittelbarer Einflußfaktor in den Hintergrund und entzieht sich gleichzeitig als Anker der Wirklichkeit.

Zwar gelten die Ausführungen von Jacobson als Vorlage für dieses entwicklungspsychologische Verständnis, doch zeigt ein Vergleich erhebliche Unterschiede. So spricht Jacobson sowohl von Repräsentanzen als auch von Imagines, deren Quellen sind jedoch in erster Linie Erinnerungen und Wahrnehmungen. Wörtlich genommen versteht man unter einem Imago ein realistisches Abbild (*imago Dei* wird nach Duden als »Ebenbild Gottes« übersetzt). Offensichtlich sind für Jacobson Repräsentanzen weniger mit Phantasien und Vorstellungen verknüpft als mit Objektivität. Zwar vertritt auch sie die Auffassung, daß die Fähigkeit zur Bildung realistischer Objekt- und Selbstrepräsentanzen begrenzt und durch Verleugnungen und Verfälschungen verzerrt sein kann. Einerseits hält sie eine unmittelbare Wahrnehmung unseres inneren Erlebens für möglich (vgl. Jacobson 1978, S. 31) und zum anderen vertritt sie die Auffassung, daß mit der physischen und psychischen Reifung eine Entwicklung zu einer realistischen Vorstellung von der Welt der Objekte und des Selbst erfolgt (a.a.O., S. 33). Die Anbindung an die Realität, sowohl des eigenen Selbst als auch der Umwelt ist bei Jacobson wesentlich stärker gegeben als dies in der psychoanalytischen Suchttheorie der Fall ist.

Bedroht durch unerträgliche Affekte, Spannungen und Unlust ist das Kleinkind in seiner frühen Entwicklung auf die Schutzfunktion der Mutter angewiesen (vg. Heigl-Evers 1977, S. 13). »Nach dem Vorbild der Mutter, welche die infantilen Wünsche verwaltet und zwischen Erfüllung, Versagung und Aufschub eine spezifische Balance hält, wird das kindliche Ich später seinen Umgang mit den eigenen Trieben formen. Die von ihr eingeführten Regeln und Gepflogenheiten organisieren die kindliche Wahrnehmung der Außenwelt und fördern den Erwerb von Ichfunktionen wie Zeitsinn und Gedächtnis. Ihr Wirklichkeitssinn dient dem Kind als Richtschnur, solange es die Realitätsprüfung nicht selbst vornehmen, das heißt zwischen Phantasie und Wirklichkeit unterscheiden kann« (Anna Freud, zit. nach Heigl-Evers & Nitschke 1995, S. 66). Es

geht jedoch nicht nur darum, daß »die Unreife des Ichs durch Ich-Unterstützung von der Mutter natürlicherweise ausgeglichen wird« (vgl. Winnicott 1990, S. 41), sondern um Macht und Unterordnung. In der Vorstellung der psychoanalytischen Suchttheorie setzt die Mutter die Maßstäbe dafür, welche Reize dem Kind zuträglich sind und welche eine Überforderung bedeuten. Das Kind erfährt die Wirklichkeit über die Mutter vermittelt, anstatt sie selbst unmittelbar zu erfahren. Während die Mutter in der Beziehung die Aktive ist, diejenige, die die Beziehung nach ihren eigenen Vorstellungen gestaltet, wird das Kind auf eine reaktive Rolle festgelegt.

Auch Winnicott geht von einer anfänglichen Abhängigkeit in der Beziehung zur Mutter aus. Hier tritt jedoch ein anderer, die Eigenständigkeit fördernder Aspekt hinzu, nämlich die Fähigkeit zum Alleinsein. Alleinsein, zunächst in Gegenwart eines anderen Menschen, ist für den Säugling eine wichtige Erfahrung, um sein eigenes personales Leben entdecken zu können. Für Winnicott ist die pathologische Alternative »in falsches, auf Reaktionen auf äußere Reize aufgebautes Leben« Nur im Alleinsein kann der Säugling »unintegriert werden, herumtasten, in einem Zustand sein, in dem es keine Orientierung gibt; er kann in der Lage sein, eine Zeitlang zu existieren, ohne ein auf äußere Anstöße Reagierender oder ein aktiver Mensch mit gerichtetem Interesse oder gerichteter Bewegung zu sein. Der Schauplatz ist für ein Es-Erlebnis vorbereitet. Mit der Zeit kommt eine Empfindung oder ein Impuls. In diesem Rahmen wird die Empfindung oder der Impuls sich real anfühlen, und wirkliches ein personales Erlebnis sein« (vgl. Winnicott 1990, S. 42–43).

Zwar räumt die psychoanalytische Suchttheorie ein, daß die kindliche Abhängigkeit nur ein Übergangsstadium sei, das von zunehmender Autonomie und Realitätsorientierung abgelöst werde, läßt aber die Frage unbeantwortet, wie sich das Kind aus der Fixierung auf die Mutter lösen soll. Die Leistung des Kindes ist vor allem auf Anpassung ausgerichtet.

Zum Entwicklungsverständnis der psychoanalytischen Suchtheorie gehört die Annahme, daß die kindliche Entwicklung zunächst ein »undifferenziertes Primärstadium« (vgl. Bilitza & Heigl-Evers 1993, S. 159–160) durchläuft, aus dem heraus die »nur guten« und »nur bösen« Objekt- und Selbstrepräsentanzen entwickelt werden. Diese zum Schutz vor der kindlichen Aggression zunächst vor allem durch

einen Vorgang der aktiven Spaltung auseinander gehaltenen Teilobjekte (vgl. Heigl-Evers & Henneberg-Mönch 1985) werden im Verlauf der weiteren Entwicklung zu Totalobjekten integriert (vgl. Heigl-Evers & Henneberg-Mönch 1985). Es dominiert das Bild eines von Spaltung und Aggression in seiner Integrität bedrohten Menschen.

Gegen die Annahme, daß Spaltungsmechanismen, in einer frühen Phase zur normalen Entwicklung gehören (vgl. Heigl-Evers & Heigl 1983), um den dritten und vierten Lebensmonat beginnend und zwischen dem sechsten und zwölften Monat allmählich nachlassend, spricht jedoch, daß sie früh ausgebildete »gute« und »böse« Inhalte voraussetzen, die zunächst einmal differenziert werden müssen. Tatsächlich setzt die symbolische Wahrnehmung als Voraussetzung der Spaltung jedoch erst um den achtzehnten Lebensmonat ein. Dümpelmann vertritt daher die Auffassung, daß man ohne symbolische Repräsentation nicht von Spaltung sondern eher von einer Störung der Differenzierung zwischen Affekt und Symbol sprechen sollte (vgl. Dümpelmann 2003, S. 40–41). Es besteht außerdem die Gefahr einer Verwechslung von innerpsychischen Trieb- und interaktionellen Konflikten. Was als Desintegration und Spaltung erscheint, ist nach Dümpelmann in Wirklichkeit eine ambivalente Mischung aus sprachlich-symbolischen und affekt-handelnden Komponenten. Anstelle der ursprünglich von Kernberg mit dem Konzept der Spaltung beschriebenen Unterscheidung von Subjekt und Objekt gehe es um die Unterscheidung zwischen Subjektivem und Objektivem als Wahrnehmungsmodi. Wird Objektives und Subjektives zu einer Wahrnehmung verbunden, entsteht symbolische Wahrnehmung. Mißlingt dies, sprechen die Affekte. Daher seien auch die aggressiven Inszenierungen als für Borderline-Patienten typische Impulsdurchbrüche nicht als Ausdruck triebhafter Aggression zu interpretieren, sondern defensiver Natur, mit der Furcht und Spannungen abgewehrt werden (a.a.O., S. 42).

Im Prozeß der psychischen Strukturbildung spielen sowohl in der Mutter-Kind-Beziehung, als auch in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient aus der Perspektive der psychoanalytischen Suchtttheorie Introjektion eine bedeutsame Rolle. Es wird angenommen, daß das Kleinkind Objekte, bzw. Objektvorstellungen introjiziert und in das Selbst aufnimmt, die als grandioses Selbst die Bedürfnisse und das Verhalten des Kindes beeinflussen (vgl. Heigl-Evers & Heigl 1983). Die unzureichende Entwicklung bestimmter Ich-Funktionen wird als Auswirkung der Beziehung zu den

frühen Objekten (Introjekte) verstanden. Störungen der Ich-Funktionen bei Suchtkranken werden unter anderem darauf zurück geführt, daß sie in ihrer frühen Entwicklung ein pathogenes Objekt introjiziert haben. Daher gelte es in der Therapie, dieses pathogene Objekt durch »ein förderndes, benignes Objekt, wie es sich im Therapeuten darstellt« (a.a.O., S. 9) zu ersetzen.

Dieser Ansicht liegt nicht nur ein veralteter Erkenntnisstand zugrunde, der durch die neuere Säuglings- und Kleinkindforschung widerlegt wird (vgl. Bohleber 1992). Schon Winnicott hatte im Zusammenhang mit der Funktion und Bedeutung der Übergangsobjekte die Mutter-Kind-Beziehung wesentlich stärker als einen auf die Erfahrungen und Erlebnisse des Kindes abgestimmten Austausch beschrieben (vgl. Winnicott 1973, S. 22).

Ebenso wie in der Mutter-Kind-Beziehung die Aktivität auf Seiten des Erwachsenen und die Passivität auf Seiten des Kind liegt, bleibt auch der Patient in der Beziehung zum Therapeuten auf die Rolle des Passiven beschränkt, anstatt sich auf einen Austausch einzulassen und sich um Reziprozität zu bemühen um seine defizitären Funktionen zu entwickeln. Ein solches Interaktionsverständnis erlangt den Charakter einer Verdinglichung, weil der einer der beiden Beteiligten als Objekt behandelt wird (vgl. Israel 1972, S. 376).

Die Annahme der psychoanalytischen Suchttheorie, daß bei Suchtkranke von einem präödpalen Strukturniveau auszugehen ist, impliziert, daß die Fähigkeit zur therapeutischen Ich-Spaltung eingeschränkt bzw. nicht gegeben ist. Suchtkranke sind demzufolge nicht in der Lage sind, ihre Phantasien als Ausdruck abgewehrter seelischer Wünsche und Konflikte sich entwickeln zu lassen, um sie dann mit Hilfe der Deutungen des Therapeuten zu tieferer Einsicht zu nutzen (vgl. Heigl-Evers & Henneberg-Mönch 1985). Sie können weder ein für ein deutendes Behandlungsverfahren notwendiges Arbeitsbündnis herstellen, noch können sie die durch die Technik der freien Assoziation angeregte Regression im Dienste des Ichs zulassen. Statt dessen komme es gehäuft zu malignen Regressionen (vgl. Heigl-Evers & Nitschke 1995) und anderen Formen der Desorganisation. Diese Voraussetzung begründet in der Behandlung von Suchtkranken eine Modifikation der psychotherapeutischen Methode.

Gegen die Unterscheidung einer neurotischen Übertragungsbeziehung und einer nicht neurotischen Arbeitsbeziehung, das Konstrukt der therapeutischen Ich-Spaltung also, wenden Pohlen und Bautz-Holz Herr ein, sie sei eine »naive Übernahme der nicht mehr reflektierten Freudschen ›falschen‹ Verknüpfung« (vgl. Pohlen & Bautz-Holz Herr 1995, S. 143). Das Verständnis eines therapeutischen Arbeitsbündnisses auf der Grundlage des realitätsgerechten und vernünftigen Ich des Patienten und dem Psychoanalytiker verdecke die Aktivität und den Machteinfluß des Psychoanalytikers bei der Herstellung der Situation. Beeinträchtigt werde die therapeutische Beziehung schließlich auch dadurch, daß der Psychoanalytiker das Arbeitsbündnis auf das sogenannte fiktive Normal-Ich des Patienten bezieht und damit zum Indikator für Gesundheit macht. Gleichzeitig richtet er ein als normal angenommenes Ich auf sein Verständnis der Realität auf dem Hintergrund gesellschaftlicher Vorstellungen von Normalität aus (vgl. Pohlen & Bautz-Holz Herr 1995, ebd.). Eine zunehmende Regression und Infantilisierung des Patienten, der durch die Umdeutung der aktuellen in eine infantile Beziehung und die Verwandlung der erotischen zu einer Fürsorgebeziehung in Abhängigkeit vom Arzt bzw. Therapeuten gebracht wird (vgl. a.a.O., S. 135) ist daher als Folge dieser Deutungstechnik und nicht als Ausdruck eines strukturellen Mangels zu verstehen.

Die Beurteilung des Strukturniveaus erfolgt üblicherweise auf der Grundlage einer diagnostischen Einschätzung der Einschränkungen der Ich-Funktionen bzw. der Abweichungen vom sogenannten Normal-Ich. Eine entscheidende spielt dabei »die Vorstellung eines Therapeuten über die in einer gegebenen Kultur geforderten Anpassungsleistungen und die dafür beim Individuum vorauszusetzenden Funktionen und Fähigkeiten« (vgl. Heigl-Evers, Rosin & Heigl 1995, S. 198). Es gelingt den Autoren in allen kasuistischen Beispielen nicht, darzustellen, woran Einschränkungen der Ich-Funktionen zu erkennen sind (vgl. Heigl-Evers & Streeck 1983 und 1985). Mitunter wird schon allein die Verwirrung des Patienten auf Fragen des Therapeuten als Hinweis auf das Fehlen eines Normal-Ichs verstanden, ohne näher auf die angewandte Diagnostik einzugehen, oder eines Nachweises für die konstatierte Fehlentwicklung der Ich-Organisation (vgl. Heigl-Evers, Streeck 1985).

Das Dilemma der Diagnostik struktureller Ich-Störungen (vgl. Streeck 1983) ist in der psychoanalytischen Suchtttheorie frühzeitig erkannt worden, wenn auch bis heute nicht hinreichend diskutiert und mit den notwendigen Konsequenzen behandelt. Es besteht vorwiegend in der Gefahr, den Patienten zu verdinglichen und eine Objektivität in der Diagnostik zu postulieren, die zur Aufhebung des psychoanalytischen Verstehens von Übertragung und Gegenübertragung führt. Insbesondere, so Streeck, bestehe die Schwierigkeit darin, zu unterscheiden, ob Einschränkungen von Ich-Funktionen eine Folge der sozialen Umwelt und realer situativer Bedingungen sind, oder auf eine mangelnde Autonomie des Ichs zurückgeführt werden müssen, zumal die Möglichkeiten, Kenntnisse über die tatsächliche soziale Lage des Patienten zu erlangen eingeschränkt und die allgemeine Annahme einer »durchschnittlich zu erwartenden Umwelt« nach Hartmann nicht hilfreich ist.

Gerade Patienten mit Ich-Pathologien werden außerdem unter speziellen Bedingungen und Mängeln eines Versorgungsrahmens behandelt. Das bedeutet häufig ein nicht ausreichend überschaubar zu strukturierendes Arbeitsfeld, wenig Zeit für den einzelnen Patienten und die Notwendigkeit für den Therapeuten, eine vergleichsweise große Anzahl von Patienten mit sehr unterschiedlichen Krankheitsbildern gleichzeitig behandeln zu müssen (vgl. Streeck 1983, S. 434). Die dadurch beeinträchtigte Anpassungs- und Empathiefähigkeit des Therapeuten kann leicht als Ich-Funktionsstörungen auf der Seite des Patienten wiederkehren.

Die Feststellung, daß dieses diagnostische Dilemma nicht gelöst ist (a.a.O.), wird auch nicht durch die Empfehlung gelöst, »das Augenmerk zunächst auf die Objektbeziehungen zu richten, weil Einschränkungen der Ich-Funktionen sich daraus ableiten lassen (...)<« (vgl. Heigl-Evers, Rosin & Heigl 1995, S. 1984). Wenn die Natur der Objektbeziehungen mittels Kriterien wie Frustrationstoleranz und Fähigkeit zum Aufschub von Bedürfnisbefriedigung untersucht wird, dann wird genau das gesucht, was gefunden werden soll.

Seelische Gesundheit

Die Subjektivität und Individualität des Therapeuten stellen ein wesentliches Merkmal psychoanalytisch orientierter Diagnose und Therapie dar (vgl. Standke 1988, S. 15).

Gerade weil das diagnostische Urteil ebenso wie die therapeutische Intervention des Analytikers von seinen ethischen Werten und Normen abhängt, ist die »tendenzlose Psychoanalyse« (vgl. Heigl-Evers & Heigl 1987) eine Illusion. Daher erweist es sich als ein bedauerlicher Mangel, daß psychoanalytische Fachbücher und psychotherapeutische Nachschlagewerke (vgl. Stumm & Pritz 2000) häufig ohne den Begriff der seelischen Gesundheit auskommen. In einer empirischen Untersuchung, in der Alkoholranke von 19 Ratern hinsichtlich des Entwicklungsniveaus ihrer Ich-Organisation beurteilt wurden, konnte Standke zeigen, daß ein unterschiedliches und nicht kritisch reflektiertes Verständnis von Gesundheit und Krankheit zu einem deutlichen Mangel an Objektivität und divergierenden Urteilen in der diagnostischen Einschätzung einer generellen Ich-Schwäche führen kann.

Wir können davon ausgehen, daß Therapeuten die Therapieziele ihrer Patienten auf dem Hintergrund ihrer eigenen sozialen Schicht und der in ihr geltenden Werte und Normen formulieren (vgl. Schultze-Dierbach 1995). Dies betrifft auch Vorstellungen über Abhängigkeit und Abstinenz als Aspekte seelischer Gesundheit. So stellt Schultze-Dierbach beispielsweise in Frage, ob es in jedem Fall richtig ist, einem alkoholkranken Patienten zum größtmöglichen Maß an Autonomie zu verhelfen. Sie argumentiert, daß viele Ehen nach einer erfolgreichen Therapie daran gescheitert seien, »daß Partner sich eine mit mehr Unabhängigkeit verbundene Paarbeziehung nicht vorstellen konnten« (vgl. Schultze-Dierbach 1995, S. 116). Sie warnt davor, die Vorstellung der Therapeuten über Autonomie auf die Patienten zu übertragen, um diese nicht »in Einsamkeit scheitern zulassen« (a.a.O., S. 115). Als soziale Wesen, so stellt sie zutreffend fest, sind wir alle auf andere Menschen angewiesen und ohne diese Beziehungen würden wir in seelischer, körperlicher und sozialer Hinsicht Schaden nehmen. Sie verbindet diese Feststellung mit dem Hinweis, daß Abhängigkeit in unserer Gesellschaft »einen schlechten Klang und eine kümmerliche moralische Konnotation« (a.a.O., S. 115) habe und erweckt dadurch den Eindruck, als sei für eine gesunde Beziehungsfähigkeit ein bestimmtes Maß an Abhängigkeit unumgänglich. Seelische Gesundheit, so läßt sich daraus schlußfolgern ist nicht mit einem Höchstmaß an Autonomie, sondern mit einem individuell geeigneten Maß an Abhängigkeit verbunden. Dieser ethische Relativismus beruht auf einem Paradigmenwechsel von der klassischen Triebabfuhr-Konflikt-Theorie

der Psychoanalyse zur Theorie der Objektbeziehungen mit dem die psychoanalytische Suchttheorie auch einen Wandel in der Vorstellung von seelischer Gesundheit vollzogen hat. Nicht mehr die Antithese von bewußten vs. unbewußten Inhalten, verbunden mit dem Ziel, verdrängte Inhalt dem Bewußtsein zugänglich zu machen und das damit einhergehende größere Maß an Autonomie, Kreativität, Freiheit und Eigenständigkeit sowie »die Möglichkeit der vollständigen individuellen Verfügung über den Körper (...)« (vgl. Gfäller 1991, S. 28) als Ausdruck seelischer Gesundheit zu nutzen stehen im Vordergrund, sondern das seelische (vgl. Heigl-Evers & Heigl 1987). Seelische Gesundheit, symbolisiert durch das »fiktive Normal-Ich« wird definiert durch »die Vorstellung eines Therapeuten über die in einer gegebenen Kultur geforderten Anpassungsleistungen und die dafür beim Individuum vorauszusetzenden Funktionen und Fähigkeiten« (vgl. Heigl-Evers, Rosin & Heigl 1995, S. 198). Die Betonung der Dysfunktionalität bei gleichzeitiger Übernahme eines unreflektierten gesellschaftlichen Normalitätsbegriffs, so Gfäller, (vgl. Gfäller 1991, S. 26) ist dabei meist auf ökonomische Funktionalität ausgerichtet.

Verhältnis von Individuum und Gesellschaft

Die gegenwärtige Gesellschaft wird für Heigl-Evers durch einen Zerfall der Institutionen verbunden mit einem Zurückdrängen institutioneller Bindungen, ein stark am Konsum orientiertes Verhalten und ein Anwachsen anonymer soziokultureller Gegebenheiten charakterisiert (vgl. Heigl-Evers 1990) Eine marktproduzierende und materielle Dienstleistungskultur bewirkt eine Bedürfnisexpansion und -erzeugung, denen das Individuum mit Selbstreflexion und Selbstkontrolle begegnen sollte. Gleichzeitig muß das Individuum den Wegfall der sozialen Institutionen bei der Triebregulierung durch eine gesteigerte Anstrengung bei der Selbstkontrolle, der Affektregulierung und Modellierung des eigenen Selbst kompensieren. Die Notwendigkeit einer selbstregulierten Verhaltensabstimmung bedingt ein sozialkonformes Verhalten. Abhängigkeit und Sucht werden von Heigl-Evers auf Störungen dieser selbstregulierten Verhaltensabstimmung zurückgeführt. Es bleibt dem Individuum schließlich nichts anderes übrig, als sich mit der Vermachtung seines Lebensraumes zu arrangieren, in dem es sich, einer Formulierung Elias folgend, einen »Zwang zum Selbstzwang«

auferlegt. Für Heigl-Evers ist diese Anpassungsleistung identisch mit dem psychoanalytischen Verständnis von Autonomie, wird als Form der Selbstgestaltung bezeichnet und als Kontrast zur gesellschaftlichen Fremdbestimmung verstanden. Die Möglichkeit einer Umgestaltung, geschweige denn einer Aufhebung der Fremdbestimmung ist in diesem Gesellschaftsverständnis nicht vorgesehen. Auflehnung und Protest werden durch »Selbstthematisierung« ersetzt, deren revolutionärer Charakter sich in der Reflexion der Befindlichkeit erschöpft, anstatt die notwendige Veränderung der Lebenspraxis in den Mittelpunkt zu stellen.

Zwar wird das Verhältnis von Gesellschaft und Individuum von der psychoanalytischen Suchttheorie als konflikthaft verstanden, Veränderungen werden jedoch allein vom Individuum erwartet. Gleichzeitig entsteht der Eindruck, daß die psychoanalytische Suchttheorie keine Vorstellung davon hat, welche Gesellschaftsformen dem Wohlbefinden des Menschen förderlich oder hinderlich sind. Dabei wird unter »Gesellschaft« im Grunde genommen immer diejenige soziale Umgebung verstanden, die gegenwärtig das Leben des Menschen prägt. Gesellschaftlicher Wandel wird vor allem als Belastung für die »Plastizität der menschlichen Anpassungsfähigkeit« verstanden, vor allem wenn es sich um Menschen mit schweren Objektbeziehungsstörungen handelt (vgl. Heigl-Evers & Henneberg-Mönch 1986). Keine Berücksichtigung findet etwa die Überlegung, ob Anpassung die einzig mögliche Reaktion darstellt, oder der Aspekt, ob die nicht gelungene Anpassung nicht sogar die gesündere Antwort auf soziale Veränderungen darstellt. Daher formulieren die Autoren als vorrangiges Ziel der Psychotherapie die Verbesserung der Anpassungsfähigkeit, damit die Betroffenen gesellschaftliche Einflüsse im Sinne der systemimmanenten Anforderungen verarbeiten können.

Obwohl die Gesellschaft im jeweiligen *status quo* als gegeben akzeptiert wird, besteht offensichtlich die Vorstellung, daß die von ihr ausgehenden Einflüsse auf den Menschen eine Beeinträchtigung darstellen können. Nur so läßt sich die Überlegung erklären, inwieweit unter den herrschenden sozioökonomischen und soziokulturellen Verhältnissen narzißtische Störungen und eine Neigung zu unkontrollierter Aggressivität, wie sie sich beispielsweise in der Borderline-Störung ausdrückt, zugenommen haben (vgl. Heigl-Evers & Ott 1995).

Als Gesellschaft, Kultur und Zivilisation wird von der psychoanalytischen Suchttheorie im weitesten Sinne jene Form der Konfliktbewältigung verstanden, durch die es dem Menschen ermöglicht wird, die existentielle Kluft zwischen seiner destruktiven Triebnatur und seinem Bindungsbedürfnis so zu überbrücken, mit dem das Überleben seiner Art gesichert ist (vgl. Heigl-Evers & Ott 1997). Ohne seine Fähigkeit zur Bindung und Interaktion stände der Mensch unter dem Primat seiner biologischen Determinanten, insbesondere unter dem Einfluß seiner destruktiven Impulse, mit denen er das Überleben seines »Rudels« (a.a.O., S. 12) gegenüber den Artgenossen fremder Rudel zu sichern sucht.

Vermittlung von äußerer und innerer Realität

Der Frage, wie die Ontogenese bestimmt wird von dem Spektrum der Erbanlagen, der inneren Natur, dem Triebhaften einerseits und der »sozialen Ordnung der Lebensläufe« (vgl. Lorenzer 2002, S. 158), der Vergesellschaftung des Menschen andererseits widmet die psychoanalytische kaum Beachtung (vgl. Rost 1987). So behauptet Rost, »daß dem einzelnen – weit über das durchschnittliche Maß hinaus – Betroffenen mit dem Verweis auf die gesellschaftliche Bedingtheit seines Leidens nicht geholfen ist« (a.a.O., S. 12) und verleugnet damit die fundamentale Wirkung der Gesellschaft auf die menschlichen Bedürfnisse. Durch die von ihm vorgenommene Reduzierung der Thematik auf einen »Verweis« hebt er die »psychoanalyseimmanente Reflexion auf diese Zusammenhänge« (vgl. Horn 1998b, S. 180) auf und trägt letztlich dazu bei, daß der Bezug zwischen Subjektivierung und gesellschaftlichem Ganzen verloren geht. Er übersieht, daß das Verhältnis zwischen dem natürlichen Es und dem historisch-gesellschaftlich geformten Ich-System als ein dialektisches genommen werden muß, indem die innere Natur des Individuums durch seine äußere, soziale Natur negiert wird.

Die äußerer Realität wird von der psychoanalytischen Suchttheorie entweder sehr speziell als durch einzelne Personen repräsentiert verstanden – in der primären Sozialisation sind es die Eltern, in der Therapie der Therapeut – oder sehr abstrakt durch alles, was außerhalb des Individuums liegt in den Formen einer humanen Lebenswelt, der subjektiven Erlebenswelt und einer Beobachtungswelt (vgl. Heigl-Evers 1995, S. 13). Über ein in der jeweils historisch spezifischen Form umschriebenes Verständnis

von Gesellschaft als Ort der konkreten sozialen Verkehrsformen (vgl. Zepf & Hartmann 1998) verfügt die psychoanalytische Suchttheorie jedoch nicht. Die äußere Realität tritt dem Individuum als »Gegebenheiten«, als »Außenweltreize« gegenüber und vermischt sich mit seiner inneren Realität auf eine lediglich oberflächliche, als Akzentuierung und Interpretation beschriebenen Art und Weise. Die äußere Realität ist damit der Sphäre der Produktion und Konsumtion, der sich das Individuum flexibel und mit Unterdrückung seiner Subjektivität anzupassen hat (vgl. Zepf 1993b), entkleidet. Diese mit dem Begriff des »Psychologismus«, das heißt, mit der einseitig aufs Individualpathologische gekennzeichnete Position klammert zwangsläufig ein ganzes Spektrum von Fragen aus, etwa die nach den Auswirkungen einer immer stärker durch technische Betriebsabläufe geprägten sozialen Umwelt auf die Entwicklung der personalen Identität (vgl. Zepf 1993c) und Sozialisationsverläufen bis in die Veränderungen ödipaler Entwicklungsphasen (vgl. Zepf 1993d).

Die äußere Realität in Gestalt des Analytikers soll – dies ist ein Kernsatz der psychoanalytisch-interaktionellen Suchttherapie – über die »selektive Transparenz des Therapeuten« dem Patienten »in den Interaktionen mit dem Therapeuten ein alternatives inneres Objekt (...) bilden, mit dem der Patient andere Erfahrungen machen kann als bisher« (vgl. König 1997, S. 88). Ohne eine kritische Reflexion der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, der gesellschaftsfunktionalen Resozialisierung des Unbewußten also, insbesondere auf dem Hintergrund der Entfremdung der Mitglieder einer kapitalistischen Gesellschaftsformation, bleibt das Problem der Restneurose des Therapeuten (vgl. Zepf & Hartmann 1998) unberücksichtigt und findet höchstens als individuelles Problem der Ausbildung des einzelnen Analytikers Beachtung. Weil aber »das fremdpsychische Dunkel nicht über die Mitteilungen des Analysanden, sondern im wesentlichen über die Gegenübertragung aufgeheilt wird« (a.a.O., S. 33) und damit die lebenspraktischen Vorannahmen des Analytikers eine zentrale Stellung einnehmen, spielt die Frage, inwieweit sie realitätsgerecht sind, eine wesentliche Rolle. Realitätsgerecht sind sie immer nur insoweit, als sie unbewußte Inhalte »in die herrschenden sozialen Verkehrsformen einer Gesellschaft« (a.a.O., S. 41) einzubinden vermögen.

Die psychoanalytische Suchtheorie hält den süchtigen frühgestörten Patienten für unfähig, »innerseelische und interpersonelle Konfliktspannungen zuzulassen und die Konflikte mit Hilfe von Kompromißbildungen abzubauen« (vgl. Heigl-Evers & Ott 1995, S. 96). Sie geht von der Annahme aus, daß zunächst Internalisierungsprozesse nachzuholen sind, die in der frühen Sozialisation nicht möglich waren, um pathogene Objekt-Beziehungen durch benigne zu ersetzen. Erst danach wären triadisch zu konstellierende Konflikte, aus denen ein Kompromiß entwickelt werden kann, möglich. Die Entwicklung der Konfliktfähigkeit wird dementsprechend als das vorrangige Ziel der Behandlung angesehen. Das zugrunde gelegte Denkmodell der Verinnerlichung ignoriert die wesentlich radikalere Fragestellung, wie sich in der primären Sozialisation die gesellschaftliche und historische Form der Konstitution von Subjektivität, die gesellschaftliche Herstellung des subjektiven Moments entwickelt (vgl. Horn 1998b).

Ohne ein Konzept der sozialen Lebenswelt des Individuums, das erkennen hilft, wie die Orientierung am Gebrauchswert von Waren die Interaktionsformen des Einzelnen prägt, bleiben die Auswirkungen auf die ödipale Situation unerkannt. So vertritt Zepf die Auffassung, daß sich die familiären Beziehungen unter dem Einfluß eines technischen Routinebetriebes aufzulösen beginnen (vgl. Zepf 1993b). Als Folge einer zunehmenden affektiven Gleichgültigkeit der Eltern ihrem Kind gegenüber, vermag sich ein ödipaler Konflikt nicht mehr auszubilden. Damit unterbleibt die Subsumption der Partialtriebe unter den Primat der Genitalität. »Statt dessen gewinnt nun der genitale Trieb selbst den Status eines Partialtriebes, der sich hier unter den Primat oraler und narzißtischer, um ›Bekommen‹ und ›Nehmen‹ sich rankender Bedürfnisse organisiert, die in der bisherigen Sozialisation offen blieben und an deren Befriedigung die Individuen deshalb fixiert bleiben« (a.a.O., S. 168). Der weitgehende »Verlust des ausdrücklichen und kompetenten Bezugs der Psychoanalyse auf Gesellschaftliches« (vgl. Horn 1998a, S. 167) trägt so zu falschen Annahmen über die psychische Entwicklung bei.

Ist die Entfremdung das Ergebnis eines dialektischen Prozesses zwischen der inneren Natur des Individuums und seiner äußeren, sozialen Natur, in dessen Verlauf das Individuum auf ein bloßes Produkt der herrschenden sozialen Verkehrsformen verkürzt wird, so erscheint das konfliktunfähige suchtkranke Individuum der psychoanalytischen

Suchttheorie als ein seiner Subjektivität entleertes abstraktes Individuum, das seine Innenwelt und seine Beziehungen zur Außenwelt nicht selbst gestaltet, sondern zur bloßen Folie für die Engramme der Interaktionen mit dem Therapeuten als benignem Objekt wird.

Zusammenfassung

Krystal und Raskin hielten es für ein echtes Verständnis der Suchkrankheiten für unabdingbar, »die psychodynamischen und psychopathologischen Funktionsweisen des Menschen als individuellen Organismus und als Mitglied einer Gruppe mit den psychosozialen und materiellen Umweltbedingungen und psychopharmakologischen und neurophysiologischen Wechselwirkungen in Beziehung zu setzen« (vgl. Krystal & Raskin 1983, S. 14–15). Diese Forderung erfüllt die psychoanalytische Suchttheorie bis heute nicht. Sie übernahm zwar ich-psychologische und objektbeziehungstheoretische Erklärungsmodelle, ließ aber kontroverse Beiträge und Hinweise beispielsweise von Lorenzer, Parin und Horn auf Schwächen dieser Ansätze unbeachtet. Verdrängt wurden kritische Beiträge zum Normalitätsverständnis, wonach etwa »Patient und Analytiker (...) Dimensionen konflikthaft organisierter Innerlichkeit womöglich dann nicht als solche [erkennen], wenn diese im Bunde mit Realitätsmomenten stehen, die für ›normal‹ gehalten werden« (vgl. Horn 1998b, S. 205). Es fehlt ferner eine Pluralität der Forschungsansätze und eine kontroverse Diskussion hierzu. Wenn wir davon ausgehen, daß ich-schwache Menschen definitionsgemäß nicht in der Lage sind, sich ihre eigene Biographie anzueignen (vgl. Lorenzer 1985), so widerfährt Suchtkranken mit dieser Diagnose unreflektiert die Fortsetzung ihrer gesellschaftlichen Ausgrenzung. Es stellt sich die Frage, ob dies eine bedauerlich, aber unvermeidliche Tatsache ist oder als Ausdruck einer Verdinglichung, das heißt der Verdrängung des dialektischen Verhältnisses zwischen den sozio-ökonomischen Verhältnissen und den individuellen psychischen Strukturen (vgl. Berger & Luckmann 1977, S. 95) des Suchtkranken verstanden werden muß, die aus einer konformistischen Reduktion der Psychoanalyse auf eine Psychotechnik resultiert (vgl. Lorenzer 1985).

Das Versäumnis der psychoanalytischen Suchttheorie, Normalität nicht zu definieren und kritisch zu reflektieren führt zwangsläufig dazu, daß diese Lücke durch

die lebenspraktischen Vorannahmen und die Restneurose des Therapeuten gefüllt werden. Es bedeutet, daß die aus Klassenunterschieden und sozialer Ungerechtigkeit entstehenden Konflikte und Widersprüche als lebenspraktische Vorannahmen ihren Niederschlag in bestimmten Wahrnehmungen, Rollenerwartungen, Interaktionsmustern und Haltungen in der therapeutischen Beziehung finden und den Therapieprozeß beeinflussen. Die herrschende gesellschaftliche Ideologie der Abhängigkeit und Macht spiegelt sich wieder in den therapeutischen Beziehungen. Das Versäumnis einer kritischen Reflexion dieser Ausgangslage trägt dazu bei, daß bestimmte soziale Strukturen als »normal« und gegeben angesehen werden. Dies betrifft das Verständnis der Mutter-Kind-Beziehung, in dem das Kind vor allem als abhängig von der Mutter verstanden und seine originäre Selbstständigkeit übersehen wird ebenso wie das Verhältnis von Patient und Therapeut, indem der Therapeut als benignes Objekt dem passiv rezipierenden Patienten gegenüber tritt. Auch die theoretischen Vorstellungen bezüglich der durch eine Therapie zu erreichenden Autonomie sind hiervon beeinflusst. Die Reduzierung Suchtkranker auf ihre Funktionalität trägt außerdem dazu bei, daß wesentliche Aspekte ihrer Subjektivität, beispielsweise ihre archaische Objektabhängigkeit (vgl. Wurmser 1997) nicht wahrgenommen werden. Wird psychische Abhängigkeit als ubiquitär und »normal« betrachtet, findet die speziell der Sucht zugrunde liegende Angst vor Individuation (vgl. Herdieckerhoff 1987) keine angemessene Beachtung, bzw. wird verdeckt durch die sekundären Ängste vor Destruktion und vor Objektverlust des vermeintlich durch strukturelle Mängel fragmentierten Süchtigen.

Bibliographie

- Berger, Peter L. & Luckmann, Thomas (1970): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bilitza, Klaus W. (1993) (Hg.): Suchttherapie und Sozialtherapie, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Bilitza, Klaus W. & Heigl-Evers, Anneliese (1993): Suchtmittel als Objekt-Substitut. In: Bilitza, Klaus W. (Hg.): Suchttherapie und Sozialtherapie, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 158–184.
- Bohleber, Werner (1992): Identität und Selbst. In: Psyche, 46, S. 336–365.
- Burian, Wilhelm (1984): Psychotherapie des Alkoholismus, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Dümpelmann, Michael (2003): Rezension über: O. F. Kernberg (1998): Wut und Haß. In: Mentzos, Stavros & Münch, Alois (Hg.): Psychose und Sucht. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 101–106.
- Dümpelmann, Michael (2003): Das Borderline-Konzept von Kernberg. In: Mentzos, Stavros & Münch, Alois. (Hg.): Borderline-Störung und Psychose. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 38–50.
- Eith, Falk (1993): Alkohol im Dienste des Lustprinzips; In: Bilitza, Klaus W. (Hg.), S. 115–144.
- Gfäller, Georg R. (1991): Therapie zwischen Utopie und Pragmatismus – der gesellschaftliche Auftrag der Suchtkrankenbehandlung. Kassel: Verband der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke.
- Heigl, Franz; Heigl-Evers, Anneliese & Ruff, W. (1980): Möglichkeit und Grenzen einer psychoanalytisch-orientierten Suchtkranken-Therapie. Sozialtherapie in der Praxis. Kassel: Nicol.
- Heigl-Evers, Anneliese (1977): Möglichkeiten und Grenzen einer analytisch-orientierten Kurztherapie bei Suchtkranken. Kassel: Nicol.
- Heigl-Evers, Anneliese & Streeck Ulrich (1983): Theorie der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie. Sozialtherapie in der Praxis, Kassel: Nicol.
- Heigl-Evers, Anneliese & Heigl, Franz (1983): Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin 29, 1–14.
- Heigl-Evers, Anneliese & Henneberg-Mönch, Ursula (1986): Objektbeziehungsstörungen in einer sich wandelnden Umwelt und ihre Behandlung in der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppe. In: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 22, S. 313–323.

- Heigl-Evers, Anneliese & Henneberg-Mönch, Ursula (1985): Psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie bei präödipl gestörten Patienten mit Borderline-Strukturen. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomaik, 30, S. 227–235.
- Heigl-Evers, Anneliese & Streeck, Ulrich (1985): Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. In: Psychotherapie und Medizinische Psychologie, 35, S. 176–182.
- Heigl-Evers, Anneliese (1990): Psychotherapie. In: GVS (Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe) (Hg.): Suchtkrankenhilfe 2000 –Mögliche Trends und Entwicklungen. Kassel: Nicol Verlag. S.13–19.
- Heigl-Evers, Anneliese & Ott, Jürgen (1995): Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Heigl-Evers, Anneliese & Ott, Jürgen (1995): Zur Einführung in die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. In: Heigl-Evers, Anneliese & Ott, Jürgen (Hg.): Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht., S. 9–34.
- Heigl-Evers, Anneliese & Nitzschke, Bernd (1995): Das analytische Prinzip »Deutung« und das interaktionelle Prinzip »Antwort«. In: Heigl-Evers, Anneliese & Ott, Jürgen (Hg.): Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 53–108.
- Heigl-Evers, Anneliese; Rosin, Ulrich & Heigl, Franz S. (1995): Psychoanalytisch-interaktionelle Annäherungen an Patienten mit strukturellen Störungen. In: Heigl-Evers, Anneliese & Ott, Jürgen (Hg.): Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 170–210.
- Herdieckerhoff, Eberhardt (1987): Symptom-spezifische psychoanalytische Differentialdiagnostik von psychischer Abhängigkeit und Sucht. In: Materialien der Psychoanalyse, 13, S. 67–111.
- Horn, Klaus (1998a): Der überraschte Psychoanalytiker. In: Horn, Klaus (Hg.): Psychoanalyse und gesellschaftliche Widersprüche. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 155–188.
- Horn, Klaus (1998b): Psychoanalyse und gesellschaftliche Widersprüche. In: Horn, Klaus (Hg.): Psychoanalyse und gesellschaftliche Widersprüche. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 189–212.

- Israel, Joachim (1972): Der Begriff der Entfremdung. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Jacobson, E. (1978): Das Selbst und die Welt der Objekte. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kellermann, Bert (1994): Wann hört ihr endlich auf mit der Modediagnose »Borderline-Persönlichkeitsstörung«. In: Sucht, 6, S. 441–443.
- König, Karl (1997): Psychoanalytisch-sozialpsychologische Selbsterfahrung und Supervision; In: Heigl-Evers, Anneliese; Helas, Irene & Vollmer, Heinz C. (Hg.): Die Person des Therapeuten in der Behandlung Suchtkranker. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 86–94.
- Krystal, Henry & Raskin, Herbert A. (1983): Drogensucht – Aspekte der Ich-Funktion, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lorenzer, Alfred (1985): Das Verhältnis der Psychoanalyse zu ihren Nachbardisziplinen. Fragmente 14/15.
- Lorenzer, Alfred (2002): Die Sprache, der Sinn, das Unbewußte. Stuttgart: Klett.
- Pine, Fred(1990): Die vier Psychologien der Psychoanalyse und ihre Bedeutung für die Praxis. In: Forum der Psychoanalyse, 6, S. 232–249.
- Pohlen, Manfred & Bautz-Holzherr, Margarethe (1995): Psychoanalyse – Das Ende einer Deutungsmacht. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Poser, Wolfgang (2000): Biologische Grundlagen und Dispositionen der Suchtentstehung. Hannover: o.S.
- Rado, Sandor (1934): Psychoanalyse der Pharmakothymie (Rauschgiftsucht). In: Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, 20, S. 16–32.
- Reiche, Reimut (1991): Haben frühe Störungen zugenommen? In: Psyche, 45, S. 1045–1066.
- Rohde-Dachser, Christa (1983): Das Borderline-Syndrom. Bern/Stuttgart/Wien: Huber.
- Rost, Wolf-Detlef (1987): Psychoanalyse des Alkoholismus, Stuttgart: Klett.
- Schultze-Dierbach, E. (1995): Therapieziele in der Suchtkrankenbehandlung. Psychoanalytische Sicht. In: Heigl-Evers, Anneliese.; Helas, Irene & Vollmer, Heinz C. (Hg.): Suchtkranke – in ihrer inneren und äußeren Realität. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 97–118.

- Standke, Gerhard (1988): Zur differentialdiagnostischen Erfassung der Objektbeziehungsmöglichkeiten Suchtkranker oder: Zur Abstinenz im Kontext der Ich-Organisation. Kassel: Nicol.
- Stein, Bernd v. d & Podoll, Karl (1994): Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Patienten mit chronischem Alkoholismus. In: Sucht 2, S. 99–106.
- Streeck, Ulrich (1983): Abweichungen vom »fiktiven Normal-Ich«: Zum Dilemma der Diagnostik struktureller Ich-Störungen. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin, 29, S. 334–349.
- Stumm, Gerd & Pritz, Alfred (Hg.) (2000): Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer.
- Winnicott, Donald W. (1973): Vom Spiel zur Kreativität, Stuttgart: Klett.
- Winnicott, Donald W. (1990): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Wirth, Ursula; Burian, Wilhelm & Smole-Lindinger, Sylvia (2003): Der Verlauf der Drogenabhängigkeit nach stationärer Psychotherapie. In: Burian, Wilhelm (Hg.): Auf der Suche nach dem Guten Objekt. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 101–124.
- Wurmser, Leon (1997): Die verborgene Dimension – Psychodynamik des Drogenzwanges, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Zepf, Siegfried (Hg.) (1993a): Die Erkundung des Irrationalen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Zepf, Siegfried (1993b): Bemerkungen zur gesellschaftlichen Produktion und Funktion zeichenregulierten Verhaltens. In: Zepf (1993a), S. 71–113
- Zepf, Siegfried (1993c): Sexuelle Liebesbeziehungen und was sie heute sind – oder: Die unstillbare Sehnsucht ausgekühlter Herzen. In: Zepf (1993a), S. 154–180.
- Zepf, Siegfried (1993d): Über die Gleichgültigkeit. In: Zepf (1993a), S. 181–201.
- Zepf, Siegfried & Hartmann, S. (1998): Zum Stellenwert der »Restneurose« in der psychoanalytischen Therapie; in: Zepf, Siegfried (Hg.): Wer sich nicht bewegt, der spürt auch seine Fesseln nicht. Gießen: psychosozial.S.31–58.

