

... Psychoanalyse... auf... Sucht angewandt...

Die verschiedenen theoretischen Konzepte der Psychoanalyse wurden auch auf die Sucht angewandt. Freud selbst hat, obwohl er auf dem Boden seiner unterschiedlichen theoretischen Ansätze immer wieder Stellung dazu bezog, der Sucht niemals eine eigenständige Arbeit gewidmet. Dies blieb als erstem Karl Abraham 1908 vorbehalten, der in dieser Pionierarbeit auf dem Boden der früheren Psychoanalyse im Alkoholismus eine „Störung der männlichen Sexualfunktion“ sah. Während diese Arbeit heute allenfalls noch historischen Wert hat, fand ein diffuses Konzept von „Oralität“ Eingang in psychoanalytische wie populäre Auffassungen von Sucht, da Suchtmittel überwiegend auf „oralen Wege“ eingenommen werden. Danach sollen Süchtige passiv-orale, dependente Persönlichkeiten sein, die auf der „oralen Stufe“ fixiert geblieben sind. Bereits der ungarische Psychoanalytiker Sandor Rado erkannte in seinen Arbeiten von 1926 und 1934 die Grenzen dieses Konzeptes und leitete für die psychoanalytische Suchtheorie den Paradigmenwechsel zur Ich-Psychologie ein, indem er den Suchtmittelmissbrauch als einen – zum Scheitern verurteilten – Selbstheilungsversuch eines schwachen Ich definierte. Dieser Ansatz wurde zum Ausgangspunkt lange Zeit vorherrschender Konzepte, die besonders in den USA durch Krystal und Raskin (1970) weiterentwickelt wurden.

Hiernach verfügen Süchtige aufgrund von Defiziten in ihrer kindlichen Entwicklung nur über ein schwaches Ich mit ungenügenden Grenzen nach Außen – gegenüber den Anforderungen der Umwelt – wie nach Innen, den eigenen Affekten und Triebwünschen gegenüber. Weiterhin sind die Ich-Funktionen der Affektdifferenzierung, der Affekt- und Frustrationstoleranz, sowie der Realitätsprüfung gestört. Das Suchtmittel wird im Versuch eines Selbstheilungsprozesses zur Stabilisierung dieses schwachen Ichs eingesetzt, „stärkt“ dessen Grenzen, dämpft und reguliert die Affekte (Reizschutzfunktion), und lässt die gesamte Welt in einem „rosigeren Licht“ erscheinen. Im süchtigen Zirkel gibt das Ich des Abhängigen immer mehr psychische Funktionen auf und geht zu der bereits von Rado beschriebenen „pharmakothymen Steuerung des Ichs“ über, die irgendwann unweigerlich zusammenbricht. Die Droge wird zum zentralen Bezugsobjekt des Süchtigen, da sie zwischenmenschliche Beziehungen ersetzt, jederzeit verfügbar ist, und in ihren Funktionen für den Süchtigen oft überdeterminiert ist.

Einigen Autoren fiel auf, dass die destruktiven und autodestruktiven Mechanismen, die der Sucht meist innewohnen, in diesem Modell wenig Berücksichtigung finden. Ebenfalls seit den dreißiger Jahren nutzten Simmel, Glover, Rosenfeld und andere daher die Theorien Melanie Kleins zur Erklärung der Sucht. Als Ursache sehen sie eine frühe psychische Spaltung, wobei sich der Süchtige mit einem überwiegend malignen Objekt (der „bösen“ Brust) identifiziert hat, das von ihm verinnerlicht wurde und nun mittels eines heftigen, destruktiven Suchtmittelabusus (Alkohol, Heroin, aber auch Essstörungen) zu „vergiften“ versucht wird, um es damit loszuwerden. Aufgrund der festen Introjektion des bösen Objektes kann am Ende nur die Zerstörung der eigenen Person stehen (Sucht als Selbstzerstörung).

- (1) Daher kann resümiert werden, dass die Psychoanalyse auf dem Hintergrund unterschiedlicher theoretischer Konzepte verschiedene, in ihrer Schwere differenzierte Formen von Sucht beschreiben kann. Diese sind zusammengefasst: ...
 - 1.1 Sucht als Folge unbewältigter Triebkonflikte (Neurosen, ödipale Identifikationen mit einem süchtigen Elternteil, auch: Trinken aus Schuldgefühl)...
 - 1.2 Sucht als Ausdruck einer primären Ich-Schwäche (strukturelle Ichstörungen, Persönlichkeitsstörungen)...
 - 1.3 Sucht als autodestruktiver Prozess infolge der Introjektion eines malignen Objektes (schwere Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typus).
- (2) Je nach Art und Schwere dieser Grundstörungen sind unterschiedliche Behandlungstechniken erforderlich. Während Triebkonflikte („Neurosen“) in einer ambulanten, aufdeckenden, eher „klassischen Behandlung“ zu bearbeiten sind, bedarf die ich-schwache Persönlichkeit zunächst des stützenden Rahmens einer stationären Behandlung sowie der Ich-Stärkung. Hierzu ist eine stärker begrenzende, strukturierende und direkte Behandlung notwendig. Besonders problematisch sind die Anforderungen an die Behandlungstechnik bei Suchterkrankungen auf autodestruktiver Basis. Hier ist mit einem Symptomwechsel (besonders auch Suizidalität) zu rechnen, und oft wird eine Änderung des Behandlungssettings notwendig. Dabei muss der Therapeut die bisher in der Sucht gebundene und jetzt freiwerdende Aggression aushalten und über „Containing“ zur Verinnerlichung gesünderer Objekte beitragen. Insgesamt ist in diesen Fällen mit einer langjährigen Therapie und einem mehrfachen Wechsel stationärer und ambulanter Behandlungsphasen zu rechnen.

Allen Modellen gemein ist der Gedanke, dass die Sucht lediglich das Symptom einer tieferliegenden Erkrankung ist, so dass die Abstinenz von der Droge nur der erste, aber überlebensnotwendige Schritt eines längeren Behandlungsweges ist, in dem erst die eigentlichen Ursachen der Sucht bearbeitet werden können. Nach psychoanalytischer Auffassung ist Sucht in der Mehrzahl der Fälle Ausdruck einer eher schweren, tiefgreifenden „Grundstörung“, die über die klassischen Neurosen hinausgeht und daher einer anderen Behandlungstechnik bedarf.

- (3) Durch ihre Persönlichkeitstheorie und ihre Krankheitslehre verfügt die Psychoanalyse wie kein anderes Verfahren über ein breites Instrumentarium zu einer differenzierten Diagnostik jedes einzelnen Patienten und damit auch zur Erstellung eines individuellen Therapieplanes. Dabei zeigt sich immer wieder dass die Sucht nur ein Symptom unter anderen, „die Spitze des Eisberges“ ist, wobei es gerade unter der Bedingung der Abstinenz von der Droge zu immer neuen Symptomverschiebungen kommen kann.

Die psychoanalytische Konzeption erfüllt damit alle Bedingungen einer modernen, ursachenbezogenen und differentiellen Diagnostik als Grundlage der Suchtbehandlung mit der Festlegung von Zielen und Grenzen. Die Psychoanalyse ermöglicht eine weitere Professionalisierung der Suchtarbeit.

S. 465-467

Quelle: Rost, Wolf-Detlef: Psychoanalyse. In: Stimmer, Franz; Andreas-Siller (Hrsg.): Suchtlexikon. R. Oldenbourg Verlag, München, Wien 2000, S. 463-468.

Aufgaben

Aufgabengruppe „Lesen“

- A. Lesen Sie den obenstehenden Text „Psychoanalyse... auf... Sucht angewandt“.
- B. Markieren Sie die Begriffe (in allen Formen/Zusammensetzungen)
 - I. Außen...
 - II. Ich
 - III. Identifikation (nur als freiwilliger Zusatz)
 - IV. Ödip...
 - V. Oral
 - VI. schwach
 - VII. Triebwünsche

Aufgabengruppe „Zusammenfassen“

- C. Notieren Sie in Stichworten aus dem Hobmair (Hg.): Pädagogik-Buch zu folgenden Themen:
 - I. Die Entwicklung der Instanz der Persönlichkeit „Ich“.
 - II. Ich-Schwächen und deren Entstehung
 - III. Folgerungen für die Erziehung – Stärkung der Entwicklung des Ichs
 - IV. Abwehrmechanismus „Identifikation“ (nur als freiwilliger Zusatz)
 - V. Entwicklung in der oralen Phase
 - VI. Folgerungen für die Erziehung – Unterstützung der Entwicklung der oralen Phase
 - VII. Ödipus-Konflikt
 - VIII. Folgerungen für die Erziehung – Unterstützung der Entwicklung in der phallischen Phase

Aufgabengruppe „Fallbeispiel“

- D. Schreiben Sie ein Fallbeispiel, in dem Sie ein Kind und den Umgang der Eltern mit ihm beschreiben, in dem *die Entwicklung des Ichs* aufgrund der Erziehung der Eltern ungünstig verläuft.
- E. Schreiben Sie ein Fallbeispiel, in dem Sie ein Kind und den Umgang der Eltern mit ihm beschreiben, in dem *die orale Phase* aufgrund der Erziehung der Eltern ungünstig verläuft.
- F. Schreiben Sie ein Fallbeispiel, in dem Sie ein Kind und den Umgang der Eltern mit ihm beschreiben, in dem *die phallische Phase, insbesondere der Ödipus-Konflikt*, aufgrund der Erziehung der Eltern ungünstig verläuft.