Wilhelm Burian

Die süchtige Phantasie und die süchtige Beziehung

Abstract

Die Drogeneinnahme ist nicht nur eine zum Scheitern verurteilte Selbstbehandlung, sondern Folge einer traumatischen Störung der frühen Mutter-Kind-Interaktion. Das Ergebnis ist eine Fragmentierung des Selbst mit einer schweren Identitätsstörung. Die Einnahme von Drogen verdeckt Differenz und Spaltung und schafft für einen Moment Grandiosität, der Entzug wiederum bewirkt den Zusammenbruch des Selbst, es kommt zu einer Wiederkehr des Traumas. Die Traumatisierungen können nur mit Hilfe der »süchtigen Phantasie« abgewehrt werden kann, das heißt in der Verschmelzung mit dem mütterlichen Objekt = Droge, was aber mit intensiver Angst-Lust verbunden ist. Eine erfolgreiche Psychotherapie der Sucht muss aus der »süchtigen Beziehung« eine realistische Beziehung entwickeln.

Das Konzept

Die Affektentwicklung und die allmählichen Integration und Modifikation der Affekte wird von der Mutter-Kind-Beziehung als auch von der genetischen Disposition bestimmt (Burian 1994, 2003a). Das Baby lernt, dass sein Begreifen nicht eine direkte Abbildung der wirklichen Außenwelt darstellt, sondern bloß eine Version davon. Winnicott hat diesen Prozess treffend beschrieben als »giving back to the babys one's self«. Die Mutter soll in bestmöglicher Übereinstimmung mit dem Kleinkind sein, gelegentlich sogar zu ihrem Nachteil beziehungsweise manchmal bis zur Aufgabe ihres eigenen Selbst. Umso weniger die Mutter mit sich selbst in Übereinstimmung steht, wird sie die Reifung des Kleinkindes erschweren, ihr Verhalten wird als Teil der Selbststruktur des Kleinkindes internalisiert, aber ohne die adäquaten Verbindungen und Assoziationen, welche erst ein kohärentes Funktionieren der Selbstrepräsentanz des Kleinkindes gestattet. Die letzten Konsequenzen dieses Prozesses können später in der Borderline-Persönlichkeitsstruktur klar erkannt werden. Die Traumatisierungen beziehungsweise die traumatischen Auswirkungen des Affekts können in der Frag-

mentierung des Selbst erkannt werden. Peter Fonagy bezeichnet das als einen Mangel in der Mentalisierung des Affekts. Eine andere Konsequenz dieser labilen Verbindung zwischen Denken, Fühlen und Handeln liegt darin, dass Aggression die einzige Chance wird, in der innere Objekte mit dem äußeren Geschehen eins werden können (Fonagy 1999). Das ist der eigentliche Grund, warum gewalttätige und selbstverletzende Individuen wie Drogenabhängige sich nur dann real fühlen, wenn sie sich selbst oder andere körperlich attackieren beziehungsweise beschädigen. Die Verletzung des eigenen Körpers, beziehungsweise die Verletzung der Haut als trennendes Organ zwischen innen und außen, verleiht einem erst das Gefühl der Kohärenz des Selbst und drückt zur gleichen Zeit die Notwendigkeit aus, die externalisierten fremden Anteile des Selbst zu attackieren, seien sie entweder im eigenen Körper als innere Objekte oder als Projektion von jemand anderem repräsentiert.

In diesem Zustand der Fragmentierung des Selbst und dem Ausgeliefertsein seiner Impulse und Affekte kann die süchtige Phantasie eine scheinbare Einheit herstellen und den offensichtlichen Mangel überdecken. Die süchtige Phantasie stattet den Drogenabhängigen mit all den Gefühlen aus, die er von der idealen Mutter ersehnt. Die Drogenabhängigen empfinden eben ihre Gefühle nicht nur als Ausfluss des idealisierten mütterlichen Objekts, welches natürlich die gesamte Verantwortung für sie tragen muss, sondern erleben dann auch jede Zurückweisung wie eine Zerstörung durch das mütterliche Objekt. Sie sind daher überzeugt davon, dass das mütterliche Objekt gefährlich und böse ist beziehungsweise dass sie selbst böse sind und dafür bestraft werden. Oft wirkt die körperliche Aggression gegen sich selbst oder andere als einzige Möglichkeit, die Verbindung zwischen innen und außen herzustellen.

Die süchtige Phantasie ist die Voraussetzung für die süchtige Beziehung. Der Drogenabhängige kann die Spaltung zwischen gut und böse nicht ertragen, weil er alle dystonen Aspekte seiner Selbst abspalten muss, diese erinnern ihn an die ursächliche Traumatisierung. In diesem Zustand wird jede Beziehung wie eine Droge gehandhabt. Der Süchtige wird alle Beziehungen entsprechend seinem Modell der Drogeneinnahme gestalten. Er wird alle Beziehungen und auch die therapeutische Beziehung nicht unter verschiedenen Aspekten integrieren können, sondern sie zuerst manipulieren, einverleiben und dann zerstören wollen.

Der Ursprung der süchtigen Phantasie liegt also in einer traumatischen Störung der frühen Beziehungen, die durch wiederholte Traumatisierungen des fragilen Selbst intensiviert werden. Die süchtige Phantasie aber ist nicht einfach die Abwehr oder eines von vielen fragmentierten Borderline-

Partialobjekten, sondern vielmehr ein Bruch der frühen Entwicklung überhaupt, der an die Erfahrungen des emotionalen Chaos geknüpft ist, der Affekt ist ein Ding. Dieses Gefühl oder Verlangen wird immer wieder auftreten, wenn Affekte an dieses emotionale Chaos der frühen Zeit erinnern. Der Süchtige weiß, dass sein Leben durch viele traumatisierenden Ereignisse bestimmt wurde, aber die unbewusste Suche nach diesem Trauma sind weniger Versuche, es wieder zu beleben, also weniger ein Wiederholungszwang, der den Zustand vor dem Trauma herstellen möchte, vielmehr möchte er die Erregung spüren, die mit dem emotionalen Chaos verbunden ist. Es ist deshalb so schwierig, sich aus der emotionalen Katastrophe zu befreien, weil es sich nicht einfach um eine Wiederholung handelt, sondern die Angst-Lust bei der Verbindung mit dem chaotischen Primärobjekt von zentraler Bedeutung ist. Dieser Prozess ist von Bollas (1999) unter anderen Vorzeichen als Borderline-Verlangen bezeichnet worden.

Die Fallbeispiele

Die süchtige Beziehung ist das psychologische Kernstück der Drogenabhängigkeit und anderer Süchte. In dem folgenden Beispiel beschränkt sich die süchtige Beziehung auf eine intime Beziehung, aber oft tritt sie auch in der therapeutischen Beziehung auf. Charakteristisch ist nicht nur der defensive Aspekt der süchtigen Beziehung, sondern die Austauschbarkeit der Objekte beziehungsweise ihre Depersonalisierung.

Frau A. ist eine 32-jährige Frau, die nach ihrer zehn Jahre lang dauernden Opiatabhängigkeit zu uns in Behandlung kommt. Die Patientin ist die älteste von drei Schwestern, die jeweils zwei Jahre jünger sind als sie. Sie ist in schwerster Verwahrlosung in einem kleinen ländlichen Ort aufgewachsen. Die Mutter war Gelegenheitsarbeiterin und mit einem Alkoholiker verheiratet, der wegen zahlreicher Gewalt- und Eigentumsdelikte immer wieder ins Gefängnis kam.

Als Frau A. acht Jahre alt ist, beginnt das Krebsleiden der Mutter. Sie trennt sich von ihrem Mann, der wieder einmal im Gefängnis ist, wird zusammen mit ihren Kindern in einem kirchlichen Heim aufgenommen. Frau A., verbringt dort insgesamt vier Jahre, bis die Mutter stirbt, und sie wird dann von einer Schwester der Mutter zusammen mit ihren jüngeren Schwestern als Pflegekinder aufgenommen.

Die Pflegemutter ist wieder Alkohol- und Medikamentenabhängig und hat die Mädchen des Pflegegeldes wegen aufgenommen. Frau A. ist aber sehr begabt und geht wegen ihrer guten Schulerfolge auf das Gymnasium. Als das Leben mit der Tante immer wieder schwieriger wird, muss Frau A. betrunkene Liebhaber ihrer Tante abweisen, beziehungsweise die Polizei zu Hilfe rufen. Mit 17 Jahren flüchtet

sie in die Stadt, sie kann sich den Schulbesuch erhalten und schließt auch die Matura erfolgreich ab. Bald danach ziehen die jüngeren Schwestern auch zu ihr und sie wird praktisch die Pflegemutter. Frau A. geht nun auf die Universität, sie schließt ihr Studium aber nicht ab. In den letzten Jahren arbeitet sie als Erzieherin in einer Wohngemeinschaft für schwer erziehbare Jugendliche.

Zentrale Bezugsperson ihres Lebens sind ihre zwei Schwestern, mit denen sie immer einen sehr intensiven Kontakt pflegt. Sie hat auch zwei längere Beziehungen zu etwas älteren Männern, die aber von ihr Seite gelöst werden. Nachdem sie wegen ihrer Drogenproblematik zusehends in große finanzielle Schwierigkeiten gerät, begibt sie sich endlich zum ersten Mal in Behandlung.

Frau A. äußert sich zu Beginn der psychoanalytischen Psychotherapie sehr vorsichtig und zögernd. Die ersten Stunden kommt sie zu spät oder gar nicht, bis sie sich sicher ist, dass ich sie nicht überrumpeln möchte. Sie ist äußerst intelligent, sie zeigt eine sehr rasche Auffassungsgabe und kann sich nach einigen Stunden sehr gut auf mich einstellen. Sie möchte brillieren und mich anfangs mit komplexen Erklärungen überzeugen, die dem unberechenbaren und impulsiven Vater die Hauptschuld geben, während die Mutter als das Opfer des Mannes dargestellt wird. Die Problematik der Mutter will sie überhaupt nicht erkennen und hat es in ihrer Geschichte dadurch kompensiert, dass sie die bessere Mutter für ihre Schwestern geworden ist. Das ist eine Konstellation, die auch in ihren Beziehungen eine große Rolle spielen und die in den letzten Jahren auch in ihrem Beruf als Erzieherin von einiger Nützlichkeit sind.

Nach wenigen Monaten beginnt die Patientin eine Beziehung zu einem älteren Mitpatienten. Es wird sehr bald deutlich, dass diese Beziehung nicht nur eine äußere biographische Ähnlichkeit zu ihrer Geschichte hat, sondern noch einige innere Entsprechungen. Er ist ein distanziert, narzisstisch agierender Mann, zu intellektueller Überheblichkeit neigend, der aber Auseinandersetzungen mit anderen Patienten aus dem Weg geht, obwohl er gern ein Anführer wäre.

Frau A. identifiziert sich sehr rasch mit ihrem Freund und ihre Beziehung zu ihm gestaltet sie von Anbeginn an süchtig. Sie ist so viel wie nur möglich mit ihm zusammen, während sie früher verschiedene Beziehungen zu anderen Mitpatienten gehabt hatte, »vergisst« sie jetzt diese und versteckt sich. Erst nach einiger Zeit kann sie wieder etwas herauskommen und sie beginnt über ihre Verschmelzung, die »Verklebung«, zu sprechen. Hier in der Einzeltherapie ist es möglich, auch ihre abweisende Art zu besprechen, die sie anderen Patienten gegenüber zeigt, und Verhaltensweisen zu erörtern, die ihr an ihrem Freund besonders fremd vorkommen. Dies ist für sie ganz ungewöhnlich, da sie sonst alles in einer ganz hoch komplexen, differenzierten, intellektuellen Konstruktion versteckt hält. Gleichzeitig verstärkt sich mein Eindruck, dass diese scheinbar differenzierte Betrachtungsweise mehr meiner Beruhigung und Täuschung dient, an ihrem Verhalten zum Freund ändert sich dadurch gar nichts. Das Paar hält eisern zusammen und sie versuchen, auch in den Gruppen ihre »Vorherrschaft« zu errichten, er ist der geheimnisvolle und wissende Anführer und sie spricht für ihn aus, was sie sich ausdenken, dass nämlich das Paar

stärker ist als alle Therapeuten zusammen, dass ihre grandiosen Phantasien sie vor den bedrohlichen Veränderungen schützen wird. Das ist auch eine unbewusste Verbindung zu dem elterlichen Paar, das geschützt werden muss, es ist »das einzige gute« innere Objekt einer grausamen Vergangenheit.

Sie erzählt mir zum Beispiel über den sexuellen Missbrauch durch ihren Vater, um meine Reaktion zu prüfen. Doch ihr Bild vom Therapeuten ist nicht unähnlich dem des Vaters, dem sie sich auch unterworfen hat, weil es ihre einzige Möglichkeit war, von ihm Zuwendung und Liebe zu bekommen. Dem entspricht die Situation in der Behandlung. Der Therapeut ist nicht nur der Container, der all diese Projektionen aufnimmt und versucht, einen Sinn darin zu finden. Gleichzeitig versucht sie, mich durch ihre intellektuelle Gewandtheit zu faszinieren und Einsicht vorzutäuschen.

Diese Geschichte fasziniert mich und erschreckt mich gleichermaßen. Dem Versuch, die Patienten vor dem Narzissmus ihres Freundes zu retten, kann ich mit Mühe widerstehen. Wie Frau A. den Behandler erlebt und wie ihre Beziehung zu ihm beschaffen ist, wird an einem kleinen Traum sichtbar: Sie fährt mit mir im Autobus zu ihrem Heimatort und wir sprechen miteinander wie gute Bekannte. Bei der Haltestelle steige ich aus und bei der Weiterfahrt bemerkt Frau A., dass ich plötzlich den Autobus lenke. Sie spürt Angst, weil die Straße sehr eng ist und viele Kurven hat. Sie kann mich aber von hinten sehen und merkt, dass ich sehr oft in den Rückspiegel blicke. Sie ist sich sicher, dass ich zu ihr schaue und damit im Blickkontakt bleibe. Sie lässt mich im Glauben, dass ich den Autobus und ihre Veränderung lenke, gleichzeitig bildet sie das »rettende« elterliche Paar und plant den Abbruch.

In der therapeutischen Gemeinschaft verfährt sie ähnlich wie im Traum mit mir, sie sitzt hinten und hält Kontakt mit ihrem Freund, der als grandioser Rebell in den Gruppen und Großgruppen auftritt. Sie hält sich zwar im Hintergrund, es ist aber allen ganz deutlich, dass sie als Paar das Gegengewicht zu den Therapeuten und den Einfluss der Therapeuten darstellen. Als es deutlich wird, dass die Patienten sich nicht von dem grandiosen Paar erlösen lassen wollen, bricht sie die Behandlung ab und verlässt mit ihrem Freund die Station. In der Behandlung wurden zwar viele Aspekte der süchtigen Beziehung sichtbar, konnten aber nicht durchgearbeitet werden. Die süchtige Beziehung zu dem Freund war für Frau A. viel stärker als die schüchternen Versuche, sich auf andere Beziehungen in der therapeutischen Gemeinschaft und zu ihren Therapeuten einzulassen. Der Freund entsprach auch in mehrfacher Hinsicht dem missbrauchenden und haltlosen Vater, während der Therapeut als hilfloser Zuschauer die Funktion der Mutter annimmt. Es gelang also nicht die Wiederherstellung eines primären inneren sicheren Objekts und die »Verklebung«, wie es die Patientin nannte, mit ihrer Vergangenheit war stärker als der therapeutische Einfluss.

Ist die süchtige Beziehung nicht so ausgeprägt und hat es in der Vergangenheit sichere internalisierte Objekte gegeben, ist es einfacher, durch die stationäre Psychotherapie eine neue innere Sicherheit zu erlangen.

Ich denke da an einen 26-jährigen Mann, Herrn B. der nach einem schweren sozialen und psychischen Zusammenbruch zu uns in Behandlung kam. Er war Student und unfähig, nach einigen Jahren schweren Kokain- und Heroinkonsums sein Studium fortzuführen. Er verfügte aber über eine stabile Beziehung zu seiner Mutter, die zwar sehr problematisch war, doch über all die Jahre zu ihr aufrechterhalten konnte. Der Vater war etwas kühl und entfernt, aber letztlich für den Patienten stets aktiv erreichbar. Der Patient Herr B. absolvierte erfolgreich seine Behandlung in unserer Langzeittherapiestation und kam dann noch über vier Jahre zu mir in psychoanalytische Psychotherapie.

Anfangs konzentrierte ich mich darauf, die traumatisch erlebten Trennung der Eltern aufzuspüren und durchzuarbeiten, wobei ich praktisch ein Gegenbild der narzisstisch isolierten Eltern bot, ohne eine »korrigierender emotionalen Erfahrung« zu bewirken. Im Prinzip werden Deutungen eingesetzt, die nicht das Verhalten der Eltern wiederholen, sondern dem Gegenbild entsprechen, Interpretationen, die Herr B. und die Elternteile verstehen wollen, und das Trennende nicht überbetonen. Diese Vorgangsweise kann gelegentlich zu einer Spaltung zwischen dem idealisierten Behandler und den entwerteten Elternobjekten führen und den Analytiker vorgaukeln, er wisse wie die äußere Realität seines Patienten in der Vergangenheit tatsächlich war. Praktisch gesehen beschäftigen wir uns mit dem Erleben des Patienten, ohne aber das Verhalten des narzisstischen Primärobjekts zu wiederholen, das immer wieder verlangt, im Zentrum der Aufmerksamkeit und des Interesses des Patienten zu stehen. Mir gelang es, seine traumatische Erinnerung, die Trennung der Eltern in der Präadoleszenz, durch die »böse Mutter« und den »hilflosen Vater« durchzuarbeiten. Die Behandlung führte zu einer Wiederherstellung stabiler innerer Objektbeziehungen und zu einer neuen Wahrnehmung der Elternteile. Es gelang dem Patienten, sein Studium wieder aufzunehmen, abzuschließen und eine eigene Familie zu gründen. Natürlich sind grundlegende Züge der narzisstischen Struktur nicht verändert worden, jedoch eine deutliche Verbesserung der Lebens- und Liebesfähigkeit.

Klaus W. Bilitza (Hg.)

Psychodynamik der Sucht

Psychoanalytische Beiträge zur Theorie

Mit 3 Abbildungen und 2 Tabellen

2. Auflage

Vandenhoeck & Ruprecht