

Zur Psychoanalyse der Sucht*

Eine Studie am objektpsychologischen Modell

Wolfgang Tress, Mannheim**

Zusammenfassung. Die Psychoanalyse versteht Sucht als Selbstheilungsversuch angesichts schrecklicher Patial-Objekt-Beziehungen aus der Frühzeit. Unklar bleibt die genauere Struktur und Dynamik in den einzelnen Stadien der Suchterkrankung und soll hier in Anlehnung an Kernbergs Modell der Entwicklung reifer Objektbeziehungen geklärt werden. – Eine besondere Herausforderung stellt der sozial erfolgreiche Suchtkranke der mittleren Lebensphase dar. Er hat mit einem »falschen Selbst« die depressive Position der Ambivalenz zwar betreten, aber nicht bewältigen können. Aus unterscheidbaren Gründen paktieren die guten und schlechten präverbalen Repräsentanzen miteinander zur Vernichtung der Realperson und aller mit ihr verbundenen Kränkungen. Hierzu wirken die Abwehrmodi der Spaltung, der Inkorporation und der projektiven Identifikation zusammen.

Die Ausgangslage

Endogene Psychosen teilen mit den Suchterkrankungen das Schicksal, aus dem Indikationskatalog für psychoanalytische Behandlung praktisch herauszufallen. Die tiefen Ursachen dafür dürften die enormen interaktionalen und theoretischen Schwierigkeiten sein, in die solche Patienten ihre Therapeuten regelmäßig verwickeln. Während im Fall der Psychosen die Entwicklung der Pharmako- und Soziotherapie den Rückzug der Psychoanalyse begleitet hat, existieren auf dem Feld der Suchterkrankungen palliative therapeutische Strategien von ähnlichem Erfolg nur im außermedizinischen Bereich (z. B. Anonyme Alkoholiker u. ä.). Die kassenärztlichen Richtlinien zur Psychoanalyse schließen die Behandlung von Patienten mit erheblichen Suchttendenzen nahezu aus, was wiederum die analytischen Therapeuten veranlaßt, sich um diese Klientel in Theorie und Praxis nicht weiter zu bemühen. Andererseits begegnen wir Suchtentwicklungen im Rahmen verschiedenster psychoneurotischer, psychosomatischer und charakterologischer Krankheitsbilder, ohne daß theoriegeleitete Handlungsanweisungen uns darauf vorbereiten. Sowohl unter Psychotherapeuten als auch

* Herrn Prof. Dr. W. Janzarik zum 65. Geburtstag dankbar zugeeignet.

** Aus der Psychosomatischen Klinik (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. H. Schepank) des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, Mannheim

unter anders sozialisierten Suchttherapeuten ist man von einem reichen Erlebnis-schatz kaum zu reflektierter Erfahrung vorgedrungen (Lindner 1980).

In der zeitgenössischen Literatur der Psychoanalyse zählen die Suchterkrankungen sicher zu den selten behandelten Themen. Einen echten Mangel an Publikationen kann man indessen nicht beklagen (Lührßen 1976; Rost 1983; Heigl u. a. 1980, 1984; Krystal und Raskin 1970; u. a. m.). Die Lektüre der angeführten Arbeiten kann jedoch verwirren. Zwar betonen die Autoren einhellig, der Psychodynamik der Suchterkrankungen liege ein introjiziertes böses Partialobjekt zugrunde, dessen Destruktivität die Droge im Sinne eines Selbstheilungsversuchs vorübergehend neutralisiere. Dennoch bleiben die internalisierten Objektbeziehungen in ihrer Psychodynamik sowohl prä-morbid, im Rausch wie auch Entzug verschwommen:

Inwiefern fehlt das »fiktive Normal-Ich«, fähig der adäquaten Realitätsprüfung, Urteilsbildung, interaktionaler Antizipation, Frustrationstoleranz und Affektdifferenzierung (Heigl u. a. 1984)? – Oder wie dürfen wir die gegenüber Glovers (1932) Formulierung von den Übergangszuständen zwischen Neurosen und Psychosen um Präzisierung bemühte Aussage objektdynamisch verstehen, daß »die Sucht als durch das Suchtmittel verstärkte narzißtische Persönlichkeitsstörung zwischen den eigentlichen narzißtischen Persönlichkeitsstörungen und den präpsychotisch schizoiden bzw. Borderline-Zuständen einzuordnen« (Lührßen 1976, S. 856) sei? – Für solche Persönlichkeiten stelle die Droge ein mit unbewußten aggressiven und libidinösen Energien überbesetztes Objekt dar, das aber niemals zur gleichen Zeit in seiner totalen Bedeutung wahrgenommen werden könne. Meint das nicht ausdrücklich eine Spaltung der guten von den bösen Selbst- und Objektrepräsentanzen und gleichwohl ein Niveau der Ich-Funktionen und Objektbeziehungen oberhalb des Borderline-Niveaus (Rost 1983, S. 420)? Andererseits kommt Rost (1983) zu der Auffassung, der Alkoholiker könne eine »echte Gut-Böse-Spaltung im Außen« gerade nicht entwickeln. Er spalte zwischen dem bösen Objekt in seinem Inneren (welches auf die Droge projiziert und inkorporiert werde) und dem Äußeren, worauf alles Gute projiziert und schützend von der destruktiven eigenen Person ferngehalten werde. Gleichzeitig sei die Droge im Bewußtsein Repräsentanz der übermächtigen »guten Brust«, mit allen guten idealen Eigenschaften des intrauterinen Nirwana ausgestattet. Wie aber soll der Leser eine unbewußte Spaltung zwischen Innen und Außen theoretisch verorten, wenn außerdem eine ambivalente Besetzung der Droge im Spiel zu sein scheint? Weshalb sollen endlich durch eine kausale Therapie die Spaltungsmechanismen gestärkt werden (Rost 1983, S. 429)? – Vor dem Hintergrund dieser und ähnlicher Fragen bemüht sich die vorliegende Arbeit um keine »neue« Theorie der Sucht, sondern um eine objektpsychologische Klärung des Suchtprozesses.

Die Voraussetzungen

Dazu sei in Anlehnung an Kernberg (1976) die Entwicklung reifer Objektbeziehungen kurz rekapituliert:

A. Für unsere Zwecke läßt sich das Erleben des Neugeborenen modellhaft als undifferenziertes autistisches Primärstadium charakterisieren, in dem entsprechend dem kindlichen Körperbedarf und dem ausreichend vielfältigen Interaktionsangebot sei-

tens der primären Pflegeperson positive und negative somatosensorische Zuständlichkeiten miteinander abwechseln. Das Kind existiert innerhalb genetisch präformierter und interaktional realisierter Affektzustände in behaglich-lustvollen oder ohnmächtig-chaotischen Befindlichkeiten, ohne diese schon mental repräsentieren zu können. Die Balance jener positiven und negativen, rein leiblichen Affektzustände hängt ausschließlich von der primären Umwelt ab. Über den Eintritt in eine progressive *see-lische* Entwicklung entscheidet das Überwiegen der positiven Befindlichkeiten. Sie werden allein durch eine auf den konkreten kindlichen Bedarf empathisch eingehende Versorgung garantiert, andernfalls gewinnen die negativen Zustände sogleich erdrückendes Übergewicht. In diesem Sinne ist mit Freud (1915, S. 231) festzuhalten, daß der Haß als Relation zum Objekt älter ist als die Liebe, das Unlustprinzip älter als das Lustprinzip (Freud 1900, S. 605). Nicht eine behagliche, zufriedene und satte Säuglingszeit ist das Selbstverständliche, sie muß vielmehr durch eine gute Mutter erst dem Erleben der Vernichtung, der Bedrohung und der Verlassenheit abgerungen werden.

B. Sind die befriedigenden Erlebniszustände des Säuglings von ausreichender Intensität und Dauer, so vereinigen sie sich im Stadium der Symbiose zur ersten mentalen Repräsentanz der primär undifferenzierten und partialen Selbst-Objekt-Vorstellungen (S/O) und grenzen sich gegen alle chaotisch-bedrohlichen Zustandsformen als nicht zum guten Selbstobjekt gehörig ab. Im Erleben formt sich derart ein primitives, ikonisch-leibliches Symbol der hochgeschätzten positiven Befindlichkeiten, ein Symbol des lustvollen und behaglichen (und deshalb partialen!) Umganges des Kindes mit seiner primären Pflegeperson. Selbst und Objekt sowie der lustvoll-behagliche Affekt sind darin noch ungeschieden. Inwiefern hieraus weitere Interaktionsformen differenzierbar sind (Zepf 1976, 1981), muß uns jetzt nicht interessieren, kann aber für die individuelle Therapie entscheidend sein. Die primär positive, undifferenzierte und partielle S/O-Vorstellung bildet somit zwar den Kern aller Selbst- und Objektrepräsentanzen und damit auch der Ich-Funktionen, insbesondere aber leiten sich daraus die späteren Idealvorstellungen des Selbst und der Objekte ab. In entsprechender Überformung bleibt diese Struktur als kreative Träumereien und regressiv-bildhafte, coenästhetische Visionen während des ganzen Lebens virulent. Gegenüber den noch ganz diffusen negativen Zuständlichkeiten schließlich sind jene S/O-Vorstellungen noch ohne feste Grenzen und jederzeit davon bedroht, von dort her wieder überspült und zerstört zu werden.

C. Die weitere Entwicklung führt analog der Subphase der Differenzierung (Mahler u. a. 1975) – und entsprechend den zunehmenden motorischen Fähigkeiten mit dem Erlernen des Laufens und vermittelt durch die heranreifende Sprache – von den positiven primären Selbst-Objekt-Partialvorstellungen weiter zu voneinander getrennten Selbst- und Objekt-Partialrepräsentanzen. Sie sind durch (im weitesten Sinne) libidinöse Affekte und Handlungsintentionen miteinander verbunden. Je weiter die Ausdifferenzierung der guten Objekte gegenüber dem eigentlichen idealen Selbst voranschreitet, um so fester begrenzt und konsolidiert sich diese Struktur. Parallel dazu gestalten sich auch die diffus negativ erlebten Zuständlichkeiten des Säuglings zu primär undifferenziert *schlechten* Selbst-Objekt-Partialvorstellungen aus. So folgt die Entwicklung der schlechten Partialrepräsentanzen jener der guten hinterher, weil die progressiven Energien zunächst in die guten Partialbezüge investiert werden müssen.

Daher erreichen die bedrohlich-destruktiven Interaktionsformen erst später den Anschluß an Symbolisierung und Versprachlichung. Kernberg spricht hier von zwei Konstellationen des affektiven Gedächtnisses, wobei nur die guten Objektbezüge schon bis zur Trennung des Selbst- und der Objektrepräsentanten gelangt sind. Eine derartige Ausdifferenzierung, die mit der Trennung der Selbstanteile vom Partialobjekt bereits potentielle Gefährdung bedeutet, kann jederzeit von der Macht der negativen S/O-Bezüge bedroht werden. Wächst diese Gefahr etwa aufgrund traumatischer Realerfahrungen stark an, kommt es zur Wiederverschmelzung der bereits separierten guten Selbst- und Objektanteile, d. h. zur Regression auf das symbiotische Stadium (B). – Wir halten fest, daß die negativen S/O-Vorstellungen auf dieser Stufe noch vorsprachlich, ikonisch-emotional und sensomotorisch bleiben. Dergestalt können sie im pathologischen Fall lebenslang persistieren. Projektive Identifikationen, Projektionen und verwandte Abwehrmechanismen, die dann auf der Ebene der Erwachsenensprache operieren, beheben keinesfalls die basale negative, vorsprachliche S/O-Repräsentanz, sondern halten deren Destruktivität in einem nur labilen Gleichgewicht.

D. Überwiegen schließlich dank einer genügend guten Umwelt und des mit ihr stattfindenden affektiv-handelnden Austausches im leiblichen Umgang die guten Selbst-Repräsentanzen bezogen auf freundliche Partial-Objekte, so reifen auch die Vorstellungen der schlechten S/O-Bezüge zu einer integrierten und versprachlichten Struktur mit differenzierten, voneinander getrennten, aber immer noch partialen Selbst- und Objektanteile heran, verbunden durch eine Vielfalt *negativer* emotional-handlungs-trächtiger Bezüge. Das Niveau der klassischen Borderline-Pathologie, die mentale Etablierung der bösen neben der guten Brust nach M. Klein (1962), die Ebene der primitiven Dissoziation, der Spaltung, ist nun erreicht. Endlich stehen auch die versprachlichten Ich-Funktionen, also das gesamte kognitive Potential des Kindes, zum Umgang mit dem schlechten Selbst- und Welterleben zur Verfügung. In der Borderline-Pathologie persistiert aus Gründen der Abwehr genau diese Entwicklungsstufe. Typischerweise sind es Traumatisierungen in der Wiederannäherungsphase, die das soeben skizzierte Stadium der Spaltung zementieren – allerdings schon auf dem symbolischen Niveau der Sprache – und so die bedrohlich starken bösen Selbst- und Objektbezüge von den vital notwendigen guten separieren. Dann lebt das Kleinkind in voneinander gespaltenen Zuständen der emotionalen Selbst- und Welterfahrung.

Dominieren hingegen die guten Partial-Repräsentanzen, so kann die weitere Entwicklung das Risiko ihrer Integration mit dem Bösen (D) eingehen. Die depressive Position nach Melanie Klein (1962), die Phase der Individuation mit Selbst- und Objekt Konstanz nach Mahler u. a. (1975) wird betreten. Nun besteht die entscheidende psychische Leistung in der Trauarbeit darüber, endgültig das Paradies verloren zu haben, welches bislang noch in den ausschließlich guten, wenn auch partialen Selbst- und Objekt-Repräsentanzen fortlebte.

Die Objektpathologie der Sucht

Worin besteht nun die charakteristische Pathologie der Objektbeziehungen im Falle der Sucht? Fundamental geht es stets um eine übermächtig starke böse S/O-Repräsentanz auf vorsprachlichem Niveau, die aufgrund ihrer Gefährlichkeit von der Entwicklung integrierter reifer Persönlichkeitsanteile (d. h. integrierter mentaler Repräsentanzen affektiv-interaktionaler Selbst-Objekt-Bezüge) ausgeschlossen bleibt:

Bedrohlich lauert bei depressiv ausgestalteten Süchten im Hintergrund immer eine primitive, vorsprachlich-leibliche, ikonische Erfahrung schlimmer Interaktionsformen, während der Vordergrund scheinbar ausdifferenzierte und ambivalente Selbst- und Objektbilder eines »reifen« Erwachsenen anbietet, worin freilich nur die harmloseren der negativen Partial-Repräsentanzen mit eingebunden sind. Jene ausgesparten, diffus-negativen S/O-Imagines gehören einem sehr frühen Stadium der sensomotorisch-leiblichen, affektgetragenen Entwicklung an und können vom Betroffenen um so schwerer mit den bewußt gelebten Selbst- und Objektbezügen vereinbart werden, je umfassender deren Entwicklungsstand dem Niveau des autonomen Erwachsenen zugerechnet wird. Um so komplizierter aber erweist sich dann auch das theoretische Verständnis der Suchtdynamik, weil eben die manifesten, ich-syntonen Selbst- und Objektbezüge das zur Borderline-Struktur korrespondierende Niveau der Spaltung überwinden haben und ihre Entwicklung bereits in die depressive Position nach Melanie Klein (1962) eingetreten ist. Klinisch geht es um den Unterschied zwischen der Suchterkrankung eines in seinen Objektbeziehungen scheinbar chaotischen Borderline-Patienten und jener eines sozial gut eingefügten oder gar erfolgreichen Menschen – häufig in der mittleren Lebensphase, z. B. den klassischen Morphinisten der Medizinalberufe oder die sozial geachtete Ehefrau bzw. den beruflich etablierten Familienvater –, die in einen progredienten Alkoholismus abgleiten. Solche Menschen haben zweifelsfrei die depressive Position der Objekt Konstanz und der Ambivalenz gegenüber ganzheitlichen Objekten von der Warte eines ganzheitlichen Selbst her bereits betreten, diese Entwicklungsstufen aber nicht bearbeitet! Wie sie zum einen unter dem Einfluß einer undifferenzierten bösen S/O-Vorstellung stehen und andererseits unter dieser Bedingung suchtartig von einer Droge abhängig werden können, das zu verstehen, macht die theoretische Herausforderung aus. Wie greift die Droge in die Interaktionen der Repräsentanzen ein?

Die Persönlichkeit des Suchtkranken

Passagen aus dem autobiographischen Roman von Hans Fallada »Der Trinker« (1959) sollen uns die Phänomenologie der hier angesprochenen Sachverhalte verdeutlichen, ohne daß wir eine »psychoanalytische Interpretation« dieses Werkes beabsichtigen.

So berichtet der Protagonist von sich aus der Zeit vor der Entgleisung: »Ich bin immer ein weicher Mensch gewesen, ich brauchte die Sympathie und Anerkennung meiner Umwelt, wenn ich mir das auch nicht merken ließ und stets sehr selbstbewußt und sicher auftrat« (S. 5). ... »Ein wenig schwach war ich stets, aber das habe ich so gut zu verbergen gewußt, daß es bis heute wohl nicht einma Magda (die Ehefrau, W. T.) gemerkt hat. Woher kommt die Schlawheit, die mich seit einem Jahr stärker befällt und die mir Glieder und Hirn lähmt?« (S. 21). ... »Dann fiel mir mein liebloses Dasein ein. Ich hatte immer nach Anerkennung und Liebe gedürstet, in aller gebotenen Heimlichkeit natürlich, und ich hatte sie in einem reichen Maße gefunden, sowohl bei Magda wie bei meinen Mitbürgern. Und nun hatte ich sie allmählich verloren. Ich wußte selbst nicht, wie das alles gekommen war.« ... »Ich fand auf all diese Fragen keine Antwort: Ich war es nicht gewöhnt, über mich nachzudenken« (S. 22). ... »Ich habe nie gut in meinem Leben allein sein können, schon in den behaglichen Umständen ... war ich beunruhigt, wenn Magda auch nur zwei Tage verreist war ...« (S. 150 f.). ... »Ich weiß, jede einzelne Sekunde meines Lebens war ich ein Feigling, werde ich ein Feigling sein. Umsonst, auf etwas anderes zu warten« (S. 210).

Der sozial fest etablierte, gar saturierte Prä-Alkoholiker oder Morphinist begegnet mithin als scheinbar reife und selbständige Person, deren bewußte Subjekt- und Objektrepräsentanzen, konstant und ambivalent zwar, gleichwohl einem falschen Selbst

(Winnicott 1955) entspringen. Dahinter stehen primitiv organisierte, vorsprachliche, affektiv hochgespannte, leibnahe und undifferenzierte böse S/O-Vorstellungen, die sich dem bewußten Erleben in Abhängigkeit von äußeren (Bagatell-)Anlässen vage als Selbstzweifel und Selbstentwertung, als Lebensüberdruß mitteilt. Andererseits existieren ebenso bedeutsame, aufgrund ihrer positiven Affekttonung aber tagtraumhaft stärker ausgestaltete, bewußtseinsnahe Größenphantasien zur Kompensation von Kränkungen, die auch von Musik oder geeigneter zwischenmenschlicher Anregung (sekundär-narzißtisch) rasch aktualisiert werden. Solchen idealisierten, differenzierten und sprachlich weitgehend verfügbaren Selbst- und Objektimages kommt hoher Überlebenswert zu, da sie angesichts der bedrohlichen S/O-Vorstellungen den Fluchtweg der Psyche zurück zum undifferenzierten, aber stabilen und sicheren Stadium der positiven S/O-Vorstellung, zur Symbiose, offenhalten. Die Möglichkeit der Wiederverschmelzung der guten Selbstrepräsentanzen mit den guten Partialobjekten wird bewahrt, indem der prämorbid Suchtkranke sich quasi eine »Feuerleiter« zu seinen symbiotischen Ideal-Repräsentanzen sichert. – Aus der geschilderten Gesamtkonstellation leiten sich die oben genannten Einschränkungen der Ich-Funktionen ab, insbesondere im Erleben negativer Affekte. Ohne gestufte Grautöne prävalieren entweder die schmerzlichen Gefühle des Hungers und der Verlassenheit, der Verstoßung aus der Säuglingszeit oder großartiger Triumph.

Damit wäre eine seelische Struktur beschrieben, die als Voraussetzung für die Entwicklung der Süchte von phänomenal »reifen« Personen anzusehen ist. Einem fragilen, angepaßten und wenig authentischen Selbst- und Weltbild, das den Großteil schlechter prägenital-vorsprachlicher Interaktionserfahrungen ob ihrer Explosivität ausschließt und die guten aus Abwehrgründen ebenfalls unintegriert halten muß, droht andauernd Überschwemmung seitens primitiver negativer S/O-Vorstellungen und kompensatorisch die Regression auf die infantile Insel der idealen Symbiose. (Die Verwandtschaft zur Objektpathologie psychosomatischer Organerkrankungen ist nicht zu übersehen; vgl. Zepf 1981. Entsprechende Syndromverschiebungen wurden berichtet; vgl. Rost 1983.)

Eine stabile narzißtische Charakterpathologie unterscheidet sich hiervon durch die tragfähige Koalition guter und bereits voneinander getrennter Selbst- und Objekt-Partialrepräsentanten mit einem zwar auch »falschen Selbst«, aber von hoher Funktionsgüte. Diese Koalition sieht sich nicht ganz so übermächtig destruktiven S/O-Repräsentanten ausgesetzt, von projektiver Identifikation und Entwertung ausreichend in Schach gehalten. So ist das Entwicklungsniveau der narzißtischen Persönlichkeit, gleich welcher Triebstruktur, zwar gegenüber dem potentiell Süchtigen weiter fortgeschritten, stagniert aber gleichfalls in der depressiven Position.

Im Falle schizoider, strukturell noch schwerer gestörter Menschen gilt für die leiblich-vorsprachlichen, insbesondere negativen S/O-Repräsentanzen das nämliche, lediglich die Konfiguration des falschen Selbst in der ambivalenten depressiven Position wäre durch nicht-integrierte, ebenfalls gespaltene, aber in sich differenzierte, positive und negative Selbst- und Objektrepräsentanzen zu ersetzen.

Die auslösende Situation

Am Anfang stehen mitunter konkrete Objektverluste, typischerweise aber Kränkungen, narzißtische Dekompensationen, etwa angesichts der Erfahrungen der Begrenztheit eigener Jugend, Schönheit, Begehrtheit, Leistungsfähigkeit, Intelligenz etc. im

Zusammenleben mit anderen. Immer geht es um Lebenssituationen, in denen die für die depressive Position kennzeichnende Trauerarbeit aktuell zu leisten wäre. Trauerarbeit indessen heißt immer erneuten Verzicht auf eine weitere paradiesische Phantasie und deshalb eine zumindest vorübergehende Schwächung der positiven Selbst- und Objektpartialrepräsentanten, gleichgültig ob noch miteinander verschmolzen oder bereits separiert. Trauerarbeit verliert hingegen ihre Grundlage, wenn durch sie die negativen S/O-Bezüge die Oberhand gewinnen würden und dadurch keine kreativ-assimilatorische Auseinandersetzung mit den zwischenmenschlichen Realitäten mehr zustande käme. In der auslösenden Situation der Suchtkrankheit depressiver Persönlichkeit wäre mithin regelhaft eine zunächst enttäuschende Korrektur der ganzheitlichen Selbst- und Objektrepräsentanzen und ein Verzicht auf Ideal-Repräsentanzen gefordert. Der aber gerät angesichts der durch faktische Enttäuschung oft monströs aufgeblähten bösen S/O-Imagines zum selbstmörderischen Unterfangen. Droht ihre Stärke doch eine kritische Schwelle zu übersteigen und die gesamte Person in die Desintegration des undifferenzierten autistischen Primärstadiums (A) zu stoßen, dann allerdings unter den ausschließlich negativen Vorzeichen des chaotischen leib-seelischen Urschmerzes (Krystal und Raskin 1970). Identisches gilt für die weniger reifen, schizoiden Borderline-Strukturen, insbesondere der jugendlichen Drogenkonsumenten.

So bleibt unter dem Eindruck der geschilderten Bedrohung (meist anlässlich intersubjektiv realer narzißtischer Traumata) durch ein kräftemäßig überwiegendes, negatives Selbst-Objekt und extrem geschwächte, ganzheitlich integrierter Repräsentanzen im bewußten Selbstbild nichts, als die idealen Selbst- und Objektrepräsentanzen zu meist nach dem Modus der projektiven Identifikation soweit in Sicherheit zu bringen, daß auch sie sich auftanken können. Ihrerseits ebenfalls im Vorsprachlichen verankert (s. obiges Bild der »Feuerleiter«), bietet sich in dieser Lage ihre Projektion auf konkrete Objekte der Umwelt an, aber nicht auf einen der unzuverlässigen Menschen, sondern auf eine reale Substanz, etwa den Alkohol.

Sein initiales narzißtisches Trauma schildert »Der Trinker« so: »Das Schlimmste war, daß ich das Gefühl bekam, auch meine Frau wende sich von mir ab. . . . Es waren zuerst unmerkliche Zeichen, Dinge, die ein anderer ganz übersehen hätte. . . . Ich wollte eigentlich abwarten, wie lange sie es so treiben würde mir zum Ärger, aber am vierten Tag hielt ich es nicht mehr aus und sagte es ihr. . . . Ich sagte es natürlich ziemlich scharf. Ich wollte um keinen Preis merken lassen, wie sehr ich unter diesen Kränkungen und meiner Vereinsamung litt« (S. 5). . . . »Ich war noch gar nicht in eigentlichen Schwierigkeiten; es war nur eine gewisse Stagnation in meinen Geschäften eingetreten, die zu jenem Zeitpunkt mit einigem Elan sicher noch zu überwinden gewesen wäre. Aber gerade diesen Elan vermochte ich nicht aufzubringen, ich war zu niedergedrückt von all dem stummen Mißfallen, dem ich begegnete« (5 f.).

Der Rausch

In dem geschilderten regressiven Zustand wird entsprechend dem Interaktionsmodus der frühesten Stufe eine materiale Inkorporation gesucht, die Droge wird einverleibt, um die jetzt auf eine physiologische Ebene regredierte S/O-Imagines pharmakologisch und unabhängig von einer sozialen Interaktion in kürzester Zeit ebenso stark, wenn nicht viel mächtiger als die bösen Partialrepräsentanzen, aufzuladen¹. Der ob-

¹ Am Rande sei nicht übersehen, daß die in unserem Kulturkreis hochgeschätzte soziale Funktion alkoholischer Getränke darauf abzielt, identischen, freilich weniger archaischen Mustern reinszenierter Objektbezüge gegenzuhalten, um etwa die »paranoid-aggressive« Reserviertheit in der Gruppe einer Abendgesellschaft oder anlässlich geschäftlich-sachlicher Begegnungen zu überwinden.

jektpsychologische Angelpunkt des Rausches liegt in der Umkehr der narzißtischen Niederlage während der Auslösesituation: Im Rausch verbünden sich die verbliebenen differenzierten Repräsentanzen des falschen Selbst mit denen der mächtigen, ausschließlich guten Selbst-Objekt-Bezüge oder werden im fortgeschrittenen Rausch ganz aufgehoben und weichen der ausschließlichen Wiederverschmelzung von Selbst und Objekt in der Symbiose. Triebpsychologisch brachte Rado (1926) das auf den prägnanten Begriff des alimentären Orgasmus, den der pharmakogene Orgasmus imitiere.

Jetzt unterliegen die bösen S/O-Imagines der projektiven Identifikation: Der Berauschte zeigt entweder im heiligen Zorn offene Aggression gegenüber seiner nächsten Umwelt, oder die Projektionsziele werden verhöhnt und verachtet. Entscheidend aber ist das triumphale Hochgefühl, in dem die wieder verschmolzenen, idealen Partialre-präsentanzen von Selbst und Objekt, verkörpert in der guten Droge, symbiotisch feiern. Dafür zahlt der narzißtisch traumatisierte Suchtkranke den im Augenblick gering erscheinenden Preis der Aufgabe seines konkreten, insuffizienten Selbst in der intersubjektiven, so enttäuschenden Welt der äußeren Objekte.

So berichtet »Der Trinker«: »Ich hob das Glas zum Munde und trank es bedächtig, Schluck für Schluck, ohne einmal abzusetzen, leer. Es schmeckte frisch, prickelnd und leicht bitter, und indem es meinen Mund passierte, schien es in ihm etwas von einer Helle und Leichtigkeit zu hinterlassen, die vorher nicht in ihm gewesen war« (S. 14). . . . »der Alkohol floß nun in ungehemmter freier Welle ganz durch mich hindurch, mit einer samtigen Schwinge bedeckte er alle meine Sorgen und Kümernisse, selbst den kleinen, ganz frischen Ärger . . . , schwemmte er fort. Ich schlief . . . ich schlief! – ? Nein, ich war ausgelöscht. Ich war nicht mehr . . .« (S. 18). . . . »Rausch, Vergessen, auf dem Strome des Vergessens dahintreiben, in die Dämmerung hinein, tiefer in die Schwärze hinab, dorthin, wo es weder Versagen noch Reue gibt. . . . Guter Alkohol, sei begrüßt . . .« (S. 29).

Später (S. 47) heißt er eine verkommene Wirtshausschönheit, die er in nüchterner Verfassung (s. u.) als sein wollüstig ersehntes Verderben genau erkennt, die aber der Rausch zur alles gewährenden symbiotischen Ur-Frau verklärt, »la reine de'alcool«. Klar beschreibt der Protagonist das Doppelgesicht dieser Schicksalsfrau (S. 87): »Oh, wie klug und raffiniert sie ist . . . Bittersüß von einem kalten Feuer, eine Geliebte, die sich mir nie ganz hingeben, die ich nie ganz besitzen würde – die wahre Königin des Alkohols!« (S. 87). Soweit die »nüchterne« Einschätzung des Verfallenen seiner tatsächlichen Objekte, den menschlichen wie den pharmakologischen, an welche dennoch seine tiefsten Sehnsüchte haften. – In der oral-narzißtischen Orgie des Rausches aber, der Verschmelzung, herrscht nur Glück (S. 84): »Sie nahm einen Mundvoll von dem Kirsch, dann legte sie die Lippen fest auf die meinen, ich schloß die Augen, und aus ihrem Munde floß der Kirsch scharf und warm und lebendig in meinen Mund – es war das Süßeste, das ich je erlebte. Ich verging davor.«

Der Entzug

Der unvermeidliche Entzug schließlich wiederholt mit potenziertem Gewalt die auslösende Situation des narzißtischen Traumas. Der eben noch Berauschte findet sich in leiblich, geistig und seelisch miserabler Verfassung wieder, den objektiven psychosozialen Anforderungen noch weniger gewachsen denn zuvor. Überdies verbindet sich nun die erstarkte, ohnehin schon sadistisch-böse S/O-Repräsentanz mit der Wirklichkeit der Droge, mit ihrer tatsächlichen Zerstörungskraft².

² Wie intensiv wir die Zerstörungswut der bösen Repräsentanzenwelt eines Süchtigen kennen, aber auch die Qualität der mehr archaischen oder mehr sublimierten individuellen Objektbezüge einzuschätzen haben, läßt sich der psychophysischen Schädlichkeit der jeweiligen Droge selbst, vom Heroin bis zur Sucht nach Arbeit oder Sex, unmittelbar entnehmen.

Und so berichtet »Der Trinker« (S. 31): »Mir ist sehr schlecht, mein Magen hat ein trockenes Brennen, nur langsam entschlief sich mein Kopf zu denken . . . Wie ich mich beschmutzt habe, ach, wie ich mich beschmutzt habe. Eine brennende Reue überfällt mich. Scham, peinigende, schmerzende Scham, ich verberge mein Gesicht mit den Händen, ich presse die Augen fest zu . . . Ich will nichts mehr sehen, ich will nichts mehr hören, nichts mehr denken! Ich stöhne, ich beiße die Kiefer zusammen, ich knirsche mit den Zähnen. Ich stöhne: Es kann nicht wahr sein! Es ist nicht wahr! Das bin ich nicht gewesen. Ich habe alles nur geträumt! Ich muß alles vergessen, auf der Stelle muß ich alles vergessen! Es darf nicht wahr sein!«

Was aber geht hier zugrunde? Zerstört wird das gefügte, sozial angepaßte, das falsche Selbst eines nur mechanisch gelebten Rollenspiels in der depressiven Position, wo es doch nie um die eigentlichen emotionalen Belange des Süchtigen geht und wozu dennoch, um alltäglich »über die Runden zu kommen«, keine Alternative in Sicht kam. Gerade die Genugtuung, dieses demütigende falsche Spiel zu durchbrechen, wird zum Motor der Suchtspirale.

Nüchtern und mehr noch im Entzug, erlebt der Kranke die Droge als Vernichtung seines bürgerlichen Lebens im Auftrag der bösen S/O-Repräsentanzen, die sein interpersonales Rollenarrangement – jenen Reflex der Angst – auslöschen wollen. Und zugleich liegt hinter dem Inferno das Ziel der Sucht: Die Befreiung von der Erniedrigung einer rein funktionalen Anpassung an das Erwachsenenleben, Befreiung von überstarken, bösen S/O-Partialrepräsentanzen, den Internalisierungen des frühen Umgangs mit einer unempathisch erlebten Mutter, neu aufgelegt in späteren Partnerschaften (s. Magda, die »infernalisch« vollkommene Ehefrau des Protagonisten), die Befreiung zunächst im Rausch und schließlich im Tod als dem ewigen, raum-zeitlosen, von Bedürfnissen und Abhängigkeiten gelösten Dasein.

»Ich aß fast nichts mehr. Sah ich mich jetzt gelegentlich im Spiegel an, so betrachtete ich mit grausamer Wollust mein Gesicht, das, von alten Bartstoppeln bedeckt, gedunsen und doch abgezehrt, ja, wie ausgebrannt aussah. So zerstört man sich selbst, sagte ich mir dann frohlockend, und gleich dachte ich weiter an Magda und wie sie erschrecken würde, wenn sie mich in diesem Zustand sähe, und wie ich es ihr dann ins Gesicht schleudern würde, daß sie, sie allein, die schmachliche Ursache dieser Veränderung sei!« (S. 58) – Und im Gespräch mit Magda: »Nicht einen Monat mehr? Keine Woche? Noch Jahre kann ich so leben. Ich halte alles aus, und gerade Dir zum Trotz werde ich so weiterleben, gerade Dir zum Trotz« (S. 64).

Fazit

1. Einerseits ist dem Kranken aus der Perspektive der erreichten Lebensposition die Droge verhaßt, die an ihm den Fluch der bösen S/O-Repräsentanzen vollstreckt. Erst einmal einverleibt aber putscht das Gift seine infantilen Idealrepräsentanzen maßlos auf, mit denen der Kranke nun bedingungslos sich identifiziert. Der Akt der Inkorporation besiegelt einen Pakt zwischen der Welt der bösen und der guten Repräsentanzen zur Vernichtung der Realperson. Aus der Perspektive der symbiotischen Ideal-Imagines löst die Droge alle Bindung an das alltägliche Dasein im falschen Selbst und lädt zur Auffahrt in das objektlose Nirwana, in das Reich der Ruhe, ein. Weil sich die Idealrepräsentanzen dort in endgültiger Sicherheit wissen, können sie den Pakt mit dem Bösen eingehen. Anstatt mit Rost (1983) eine Spaltung zwischen innen und außen zu erkennen, scheinen die Spaltungsprozesse im Prozeß der Sucht nicht von anderer Natur als in den übrigen Pathologien. Der verfallene Drogenkranke vom depressiven Typ spaltet zwischen seinen Idealrepräsentanzen einerseits und den bösen Objekt-

bezügen andererseits, die allerdings auch seine intersubjektive Realität im pseudo-erwachsenen falschen Selbst umgreifen. Die Droge gehört beiden alternativen Objektbereichen an, der Akt der Einverleibung (Verdauung) wandelt ihre Wertigkeit, vom Verfolger wird sie zur Erlösung, zum Tor zum Paradies.

... »und ich werde trinken, nach so vielen Jahren der Entbehrung endlich wieder trinken, Schluck für Schluck, in langen Abständen, voll das unendliche Glück auskostend. Und ich werde noch einmal jung werden, und ich werde die Welt blühen sehen mit allen Frühlingsen und allen Rosen und den jungen Mädchen von eh und je. Eine aber wird vor mich treten und wird ihr bleiches Gesicht über mich, der vor ihr auf die Knie fällt, neigen, und ihre dunklen Haare werden mich ganz einhüllen. Ihr Duft wird um mich sein, und ihre Lippen auf den meinen liegen, und ich werde nicht mehr alt und verunstaltet, sondern jung und schön sein, und meine reine d'alcool wird mich hinauf zu sich ziehen, und wir werden entschweben, in Rausch und Vergessen, aus denen es nie ein Erwachen gibt! Und wenn mir so geschieht in meiner Todesstunde, werde ich mein Leben segnen, und ich werde nicht umsonst gelitten haben!« (S. 211)

2. Obwohl außerhalb unserer Zielsetzung, seien die offensichtlichen therapeutischen Folgerungen doch kurz gestreift. Die Behandlung kann das körperliche Überlegen und die soziale Rehabilitation *mit* und *ohne* Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur anstreben. Ohne Persönlichkeitsveränderungen zu intendieren, ist zunächst die Droge selbst zu ersetzen: Die materiale Inkorporation muß der psychischen Identifikation weichen, z. B. der Identifikation mit einer Gruppe fanatischer Alkohol-Feinde. Die neue Identität des ehemals Suchtkranken besteht dann in der Koalition seines nach wie vor »falschen Selbst« mit dem neuen Ideal-Objekt, der Gruppe der Anti-alkoholiker. Der Erfolg eines solchen »Wandels« vom Saulus zum Paulus entscheidet sich allein an der kategorischen Unverbrüchlichkeit dieser Verbindung (daher die panische Furcht vor dem geringsten Rückfall). Die Droge selbst bleibt draußen, wo sie das Böse schlechthin verkörpert, das mit Stumpf und Stiel ausgerottet werden muß: Die zerstörerischen S/O-Repräsentanzen finden in der Droge einen stabilen »container«. Bis zum ersten »Rückfall«, den es täglich zu bekämpfen gilt, bleibt mit der Droge das Böse außerhalb der suchtkranken Person. Genau diesen Tatbestand meint Rost (1983), wenn er schreibt, das Ziel der herkömmlichen Behandlung bestehe darin, dem nüchternen Patienten zur »Spaltung« zu verhelfen. In der exakten Bedeutung des Begriffs handelt es sich hierbei nicht um eine Spaltung in gute und böse Selbst- und Objektrepräsentanzen – eine solche besteht ja längst –, sondern um das Etablieren einer stabilen projektiven Identifikation, um damit die Verbundenheit des »falschen Selbst«, des bewußten Selbstbildes, mit den Ideal-Repräsentanzen zu verfestigen. Die Suchtpersönlichkeit habitualisiert dann eine seelische Operation, die ihr bislang nur im Rausch (s. d.) möglich war, die aber nun im Gegensatz zum Rausch die Droge selbst zum Intimfeind erklärt. An die Stelle ihrer früheren Inkorporation tritt die Identifikation mit der Gruppe. Solange dieser »Fortschritt« anhält, entsprechen die Objektbeziehungen des Ex-Süchtigen denen einer narzißtischen Persönlichkeit: Die positiven Selbst- und Objektrepräsentanzen wurden um die Identifikation mit der Gruppe verstärkt, mit denen sich das falsche Selbst verbindet, womöglich noch professionalisiert zum Suchttherapeuten, und das Böse wird draußen in der Projektion bekämpft. Die Praxis wird sich mit den geschilderten therapeutischen Kräfteverschiebungen auf unverändertem Niveau der Objektbezüge bescheiden müssen und hat dennoch viel erreicht.

Die Strukturveränderung der Objektbeziehungen wäre Ziel einer psychoanalytischen Behandlung (Rost 1983; Heigl u. a. 1984; Lührßen 1976; Simmel 1948) und hät-

te sich auf den langen und entbehrungsreichen Weg des Durcharbeitens zu machen, wobei vorsprachlich-archaische, protosymbolische Reinszenierungen teuflischer Affekte und Intentionen, die böse Selbst- und Objektwelt eben, zu entdämonisieren wären. Nicht nur der Patient ginge dabei ein großes persönliches Wagnis ein.

Psychoanalysis of addiction. A study on object relations

Summary. Reading psychoanalytic materials about addiction one may become confused. Undoubtedly the drug will in the sense of an attempted self-healing neutralize the destructiveness of an introjected bad partial object. The dynamics, however, of the internal object relations before the disease, during toxic ecstasy as well as during withdrawal remains vague. – For explanation we use Kernberg's concepts (1976) about the development of mature object relations. Generally, the main internal psychologic danger for the addict always proceeds from an – on a pre-linguistic-physical level – overwhelmingly intense bad self-object representation which because of its enormous actuality remains excluded from the integration with the other object relations. Though not obvious at first sight it also refers to depressive addictions of the middle aged who in the sense of a false self-concept have entered the stage of mature ambivalence and object constancy but in fact did not master it. Behind it there are waiting primitive, affectively highly tense bad self-object concepts which become conscious as annoying self-doubts. On the same level of organization we also find fantasies of grandeur and ideal status, necessary for survival and near to consciousness, as compensation of narcissistic insults and for the self as a way of regression into undifferentiated but stable positive self-object states of the symbiosis: Thus the danger of overflow by negative representations is banished. – On the base of these general considerations object relations before the disease, during toxic ecstasy and during the status of withdrawal are dealt with whereby the defensive modes of incorporation and projective identification have a substantial part. – Eventually, the good and the destructive representations will – with a different motivation – come to an agreement to destroy the real person, the socially adapted false self. In toxic ecstasy and finally in death as a nirvana without space or time the salvation will wait, without reach of all harms.

Literatur

- Fallada H (1959) *Der Trinker*. Rowohlt, Hamburg
 Freud S (1900) *Die Traumdeutung*. GW Bd II/III
 Freud S (1915) *Triebe und Triebchicksale*. GW Bd X
 Glover E (1933) Zur Ätiologie der Sucht. *Int Z Psychoanal* 19: 170–197
 Heigl F, Heigl-Evers A, Ruff W (1980) Möglichkeiten und Grenzen einer psychoanalytisch-orientierten Suchtkranken-Therapie. In: Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (Hrsg) *Sozialtherapie in der Praxis: Psychoanalytisch orientierte Suchtkrankenhilfe*. Nicol-Verlag, Kassel, S 16–29
 Heigl F, Schultze-Dierbach E, Heigl-Evers A (1984) Die Bedeutung des psychoanalytisch-interaktionellen Prinzips für die Sozialisation von Suchtkranken. *Gruppenpsychother Gruppenn 20*: 152–167
 Kernberg O (1976) *Object-relations theory and clinical psychoanalysis*. Aronson, New York
 Klein M (1962) *Das Seelenleben des Kleinkindes*. Klett, Stuttgart
 Krystal H, Raskin HA (1970) *Drogensucht-Aspekte der Ich-Funktionen*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen (1983)
 Lindner WV (1980) Prinzipien einer bedarfsgerechten Suchttherapie psychoanalytisch orientiert. In: Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (Hrsg) *Sozialtherapie in der Praxis: Psychoanalytisch orientierte Suchtkrankenhilfe*. Nicol-Verlag, Kassel, S 30–39
 Lührßen E (1976) Das Suchtproblem in neuerer psychoanalytischer Sicht. *Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd II*. Kindler, Zürich, S 838–867

- Mahler M, Pine F, Bergmann A (1975) Die psychische Geburt des Menschen. Fischer, Frankfurt/M (1978)
- Rado S (1926) Die psychischen Wirkungen der Rauschgifte. *Int Z Psychoanal* 12: 540–556
- Rost WD (1983) Theorie und Therapie des Alkoholismus. *Psyche* 37: 412–39
- Simmel E (1948) Alcoholism and addiction. *Psychoanal Q* 17: 6–31
- Winnicott D (1955) Klinische Varianten der Übertragung. In: Winnicott D (Hrsg) *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. Kindler, München, S 217–223 (1976)
- Zepf S (1976) Die Sozialisation der psychoanalytisch Kranken. Campus, Frankfurt/M
- Zepf S (1981) *Psychosomatische Medizin auf dem Weg zur Wissenschaft*. Campus, Frankfurt/M

Dr. Dr. W. Tress
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Postfach 5970
D-6800 Mannheim 1