

Dally, Andreas

Störung der Selbstfürsorge und süchtiges Verhalten

Bilitza, Klaus W. (Hg.): Psychodynamik der Sucht Psychoanalytische Beiträge zur Theorie, 2012 S. 113-127

urn:nbn:de:bsz-psydok-46232

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Klaus W. Bilitza (Hg.)

Psychodynamik der Sucht

Psychoanalytische Beiträge zur Theorie

Mit 3 Abbildungen und 2 Tabellen

2. Auflage

Vandenhoeck & Ruprecht

Störung der Selbstfürsorge und süchtiges Verhalten

Abstract

Die ich-psychologische Theorie der Sucht hat herausgearbeitet, dass viele süchtige Menschen unter strukturellen Einschränkungen leiden. Es fällt ihnen schwer, ihre Affekte differenziert wahrzunehmen, und sie sind in der Realitätsprüfung, der Urteilsbildung, der Affekt- und Impulskontrolle, der Frustrationstoleranz und im Vermögen, die Wirkung eigenen Verhaltens auf andere zu antizipieren, teilweise deutlich eingeschränkt. Khantzian hat in seinen Arbeiten gezeigt, dass sie auch unter Störungen der Selbstfürsorge leiden, die nicht nur das süchtige Verhalten begleiten, sondern auch für viele Probleme im Alltag verantwortlich sind. Seine Überlegungen zur Selbstfürsorge, zur Selbst- und Beziehungsregulation werden dargestellt. Dabei spielt auch seine Selbstmedikationshypothese sowohl für die Theorie als auch für die Therapie eine große Rolle. Abschließend werden daraus die Konsequenzen für die Behandlung süchtiger Menschen aufgezeigt.

In einer neueren Übersichtsarbeit über die »Entwicklung einer evidenzbasierten Psychotherapie bei Alkoholismus« (Loeber u. Mann 2005) weisen die Autoren darauf hin, dass psychoanalytische Therapieverfahren in der aktuellen Suchtforschung und Suchttherapie kaum eine Rolle spielen, obwohl in der Psychoanalyse sehr differenzierte Konzepte und Behandlungsmethoden entwickelt wurden. Sie vermuten, dies liege zum einen daran, dass die psychoanalytisch orientierten Therapien neben der Abstinenz auch auf eine grundlegende Strukturveränderung abzielten und deshalb mehr Zeit bräuchten. Zum anderen erschwere die Individualisierung des Therapieverlaufs die Überprüfung der Effektivität, weil dazu genau festgelegte Behandlungsbedingungen (z. B. Behandlungsmanuale) und genau definierte Behandlungsziele wie Abstinenz erforderlich seien, so dass psychodynamische Verfahren entweder gar nicht untersucht oder als weniger effektiv angesehen würden. Die weitergehenden Therapieziele wie Strukturveränderungen könnten dagegen nur schwer untersucht werden. Im Alltag stellt sich aber oft die Frage, wie wir einem abstinent lebenden Süchtigen helfen können, seine Beziehungen, seine Wünsche und Bedürfnisse befriedigend zu gestalten. Oder wie es ein junger alkoholabhängiger Mann

einmal ausdrückte: »Früher als ich getrunken habe, war vieles schlimm, aber nüchtern fühle ich mich leer, mein Leben ist fad, Beziehungen habe ich auch keine mehr.«

Wir müssen uns als Psychotherapeuten, die mit süchtigen Menschen arbeiten, dafür interessieren, wie diese mit ihren Wünschen und Bedürfnissen umgehen, wie sie ihr Selbst erleben und ihre Beziehungen zu anderen gestalten. Hierzu ist allerdings ein psychodynamisches Vorgehen unerlässlich, weil wir den Einzelnen in seinem Gewordensein und in seiner Lebensgestaltung verstehen müssen. Ihm zur Abstinenz zu verhelfen ist unbedingt notwendig, aber nicht ausreichend.

In der Psychoanalyse gibt es eine lange Tradition, süchtiges Verhalten zu verstehen. Die verschiedenen Modelle behandeln triebtheoretische, ich-, selbst- und objektpsychologische Aspekte (Bilitza 2005). Obwohl es also vielfältige Überlegungen zur Entstehung und Behandlung süchtigen Verhaltens gibt, gelten diese Patienten als schwierig und gehören besonders bei niedergelassenen psychodynamischen Psychotherapeuten zur Gruppe der unbeliebtesten Klienten. Neben anderen Faktoren spielt sicherlich die Vorstellung eine erhebliche Rolle, dass vorrangig die unbewusste Wünsche und Bedürfnisse erkannt und bearbeitet werden müssen. Das süchtige Verhalten ist dann »nur« Symptom. Es wird verschwinden, wenn die zugrunde liegende Problematik ausreichend bearbeitet ist. Umso frustrierender ist dann die Erfahrung, dass der Patient heimlich weiter getrunken hat, trotz aller erzielten therapeutischen Fortschritte. Auf die Enttäuschung folgen die Wut und der Therapieabbruch. Dabei wird oft nicht genügend beachtet, dass Menschen mit süchtigem Verhalten nicht nur unbewusste Wünsche und Bedürfnisse haben, sondern gleichzeitig oft beträchtliche Schwierigkeiten haben, ihr Selbsterleben und ihre Beziehungen zu anderen Menschen in einer Weise zu regulieren, die für alle Beteiligten zuträglich ist. Diese regulativen Bemühungen müssen nicht aus dem Unbewussten erschlossen werden. Sie lassen sich aus den Interaktionen mit dem Therapeuten und mit anderen Menschen beobachten und erschließen. Der Suchtkranke kann uns darüber berichten, wenn wir uns für sein Erleben interessieren und mit ihm nachvollziehen, welche Maßnahmen der Selbst- und Beziehungsregulation er einsetzt, um wieder in einen erträglichen oder angenehmen inneren Zustand zu kommen.

In diesem Beitrag geht es um die Formen der Selbst- und Beziehungsregulation, die Menschen mit strukturellen Störungen einsetzen, um für sich unerträgliche innere Zustände zu verändern. Dabei ist die ich-psychologische Suchttheorie von Krsytal und Raskin (1983) der Ausgangspunkt, um die Arbeiten von Khantzian (1999) vorzustellen, insbesondere seine Über-

legungen zur Selbstregulation, zur Selbstfürsorge und seine Selbstmedikationshypothese. Die daraus abgeleiteten Behandlungsvorschläge werden auf ein psychoanalytisch-interaktionellen Vorgehen in der Suchtbehandlung bezogen.

Die ich-psychologische Suchttheorie

Zu Beginn beschäftigte sich die Psychoanalyse überwiegend mit dem Unbewussten. In der analytischen Kur sollten die unbewussten Wünsche bewusst werden und auf diese Weise dem Ich eine Kontrolle ermöglichen. Die klinischen Erfahrungen, die Freud veranlassten, die Strukturtheorie zu entwickeln, zeigten, welche vielfältigen Funktionen das Ich übernahm. Gleichzeitig wurde deutlich, dass nicht alle seelisch Kranken über ein »Normal-Ich« verfügten, sondern dass es teilweise gravierende Einschränkungen der Ich-Funktionen gab. Radó (1926) äußerte die Idee, dass Süchtige in ihrer Fähigkeit eingeschränkt sind, ihre Gefühle zu regulieren, und deshalb in der Gefahr sind, von ihnen »überflutet« zu werden. Die Droge errichte einen Damm dagegen, indem sie den Reizschutz erhöhe und so dem Süchtige dabei helfe, die unerträglichen Affektzustände zu regulieren. Er beschrieb auch, dass das Selbstwertgefühl des Süchtigen dadurch so herabgemindert werde, dass es die im Drogenrausch übersteigert erlebte Großartigkeit bedarf, um sich vorübergehend wieder wertvoll zu fühlen (Büchner 1993).

Suchtkranke weisen strukturelle Störungen auf. Insbesondere sind die Ich-Funktionen der Selbstregulation und der Selbstfürsorge eingeschränkt. Diese Ich-Funktionen können konflikthaft eingeschränkt sein, regressiv vorübergehend nicht zur Verfügung stehen oder wegen früheren Beziehungserfahrungen gar nicht erst in genügender Weise ausgebildet worden sein.

Krystal und Raskin (1983) gehen davon aus, dass Angst und Depression sich aus einer undifferenzierten Matrix, aus dem Uraffekt entwickeln. Anfänglich werden alle Affekte überwiegend körperlich erfahren und der Säugling ist auf die Mutter angewiesen, um seine emotionalen Zustände zu regulieren. In seiner weiteren Entwicklung differenziert er die verschiedenen Affekte, sie werden nicht mehr ausschließlich körperlich erlebt und können schließlich verbalisiert werden, wodurch sie erträglicher und besser regulierbar werden. Idealerweise können Gefühle dann als Führer und als Signal dienen, um interne und externe Stimuli zu bewältigen. Traumatisierungen und Eltern, die nicht ausreichend genug auf die Belange des Kindes eingehen, führen zu einem Entwicklungsstillstand. Diese Menschen nehmen Gefühle oft sehr körpernah, undifferenziert und teilweise als über-

wältigend wahr. Sie geraten meist durch äußerliche Umstände in schwer erträgliche innere Zustände, so dass sie nach Mitteln und Wegen suchen, diese Zustände umgehend zu beenden. Dies kann auf sehr unterschiedliche Weise geschehen, durch selbstverletzendes Verhalten, durch aggressive Ausbrüche oder durch die Einnahme psychotroper Substanzen wie Alkohol oder andere Drogen, die diese unangenehmen Affekte rasch dämpfen und erträglich machen.

Ähnliche Überlegungen veranlassen Heigl-Evers (1977) und Büchner (1993) dazu, die ich-strukturelle Störung bei Suchtkranken zu betonen und daraufhin zu weisen, dass vielfältige Ich-Funktionseinschränkungen vorliegen. Neben der auch von Krystal und Raskin (1983) beschriebenen Einschränkung der Fähigkeit, Affekt differenziert wahrzunehmen, sind bei Suchtkranken die Realitätsprüfung, die Urteilsbildung, die Affekt- und Impulskontrolle, die Frustrationstoleranz und das Vermögen, die Wirkung eigenen Verhaltens auf andere zu antizipieren, teilweise deutlich eingeschränkt.

Einschränkung der Selbstfürsorge

Auch Khantzian (1999) berichtet von seiner Beobachtung, dass Menschen mit süchtigem Verhalten oft ihre Gefühle und ihr Verhalten nicht kontrollieren können. Sie fühlen entweder zu viel oder zu wenig. Die Intensität unserer Affekte ist natürlich davon abhängig, in welcher Situation wir uns befinden, welche Anforderungen an uns gestellt werden und welche Bewältigungsmöglichkeiten wir zur Verfügung haben. Genauer betrachtet geht es dabei um unsere Fertigkeiten und Ressourcen, aber auch um unsere konflikt- oder entwicklungsbedingte Einschränkungen der Ich-Funktionen. Es ist für die Bewältigung einer Situation ein erheblicher Unterschied, ob man differenziert Angst erlebt, die eine äußere oder innere Gefahr signalisiert, oder ob man ein diffuses körpernahes Gefühl der Anspannung wahrnimmt, ohne zu wissen, woher es rührt. Solche Einschränkungen haben weit reichende Folgen. Erfährt der Betreffende immer wieder nur Anspannungsgefühle und gelingt es ihm nicht, diese zu bewältigen, dann fühlt er sich minderwertig und voller Selbstzweifel. Seine Beziehungen zu anderen Menschen sind schwierig, denn er weiß nicht, ob Anspannung nun Zuneigung, Ablehnung oder Angst bedeutet. Diese Fehleinschätzungen belasten seinen Umgang mit anderen, er zieht sich vermehrt zurück, wird enttäuscht und gekränkt über seine »unangemessenen« Beziehungswünsche und gerät immer mehr in schwer erträgliche innere Zustände. Suchtkranke

benutzen in unterschiedlicher Weise Alkohol und andere Drogen, um diese schwer erträglichen Zustände zu dämpfen oder zu modulieren.

Diese Ich-Funktionen, Fertigkeiten und Kompetenzen entwickeln sich durch die Erfahrungen mit den ersten Bezugspersonen, die ausreichend Schutz, Halt und Versorgung geben, feinfühlig auf die Belange des Kindes eingehen, es weder überfordern noch verwöhnen, sondern angemessen frustrieren, damit das Kind veranlasst wird, allmählich die elterlichen Funktionen zu übernehmen und zu verinnerlichen. Belastungen oder Traumatisierungen auch in späteren Lebensaltern können zu erheblichen Ich-Funktionseinschränkungen führen, obwohl dann die Bewältigungsmöglichkeiten ungleich besser sind. Khantzian (1999) hebt in seinen Arbeiten besonders die Ich-Funktion der Selbstfürsorge hervor. Obwohl sie mit einigen anderen Funktionen wie Signalangst, Realitätsprüfung und Urteilsvermögen zusammenhängt, sieht er die Selbstfürsorge als eine notwendige Fertigkeit, die darüber hinausgeht. Diese schützt den Betreffenden davor, sich selbst zu schädigen, und sorgt dafür, dass Gefahren vermieden werden. Auch die Selbstfürsorge entwickelt sich in einer ausreichend guten Mutter-Kind-Beziehung. Sie wird beeinträchtigt, wenn die Bedürfnisse des Kindes missachtet werden oder es gar vernachlässigt, missbraucht oder misshandelt wird. Die Zurückweisung, aber auch die mit der Misshandlung einhergehenden Schmerzen und Ängste werden von dem Kind oft dadurch bewältigt, dass es aufhört, sich und seine Gefühle ernst zu nehmen, sich stattdessen als minderwertig und nicht liebenswert ansieht und entsprechend vernachlässigend mit sich selbst umgeht. Man kann dann beobachten, wie Bedürfnisse verleugnet werden, Vernachlässigungen vor sich selbst gerechtfertigt werden oder Wünsche auf andere projiziert werden, um sich dann ersatzweise um sie zu kümmern.

Fallbeispiel

Die 22-jährige Frau A. kam in die Klinik, weil sie unter häufigen Stimmungswechseln und Suizidgedanken litt und schon mehreren Suizidversuche unternommen hatte. Die ambulante Therapie war nicht mehr möglich, weil sie häufig die Termine versäumte und sich öfter selbst verletzte, indem sie sich tiefen Schnittwunden am Arm zufügte. Außerdem war dem ambulanten Therapeuten aufgefallen, dass Frau A. vermehrt Cannabis rauchte. Bei Aufnahme in der Klinik wurde deutlich, dass Frau A. nicht nur mehrere Gramm Cannabis pro Tag konsumierte, sondern sehr viel Alkohol trank, manchmal bis zur Bewusstlosigkeit.

Sie selbst litt sehr unter ihren unkontrollierten Gefühlsausbrüchen, die sich teilweise voller Wut auf andere richteten und zum Beziehungsabbruch führten. Sie

konnte nicht allein sein und verlangte von ihrem jeweiligen Partner, dass er ständig für sie da sein sollte. Wenn er dazu nicht bereit war, wurde sie sehr eifersüchtig, wütend und griff ihn körperlich an. Dies hatte schon zu einigen Prügeleien geführt, bei denen sie meist die Unterlegene war. Trotzdem suchte sie immer wieder Beziehungen zu Männern, die sie schlecht behandelten. Sie selbst schien sich kaum Sorgen um ihr Wohlbefinden zu machen. Ihre Alkoholexzesse hatten schon zu mehreren Krankenhausaufenthalten wegen Alkoholvergiftungen geführt. Sie brachte sich auch sonst in Gefahr, wenn sie alkoholisiert im Winter irgendwo liegen blieb. Auffällig an ihren Schilderungen war, dass sie kaum ernsthaft beunruhigt über diese Gefährdungen für ihren Leib und ihr Leben schien.

Auf unsere weiteren Nachfragen berichtete sie, dass sie ihren Körper ablehne, sich vor ihm ekele, so dass es ihr egal sei, was mit ihr geschehe. Sie habe sich noch nie viel um sich gekümmert. Schon als Jugendliche habe sie gar nicht gewusst, wie sie liebevoll mit sich und ihrem Körper umgehen könne. So habe sie oft tagelang »vergessen«, etwas zu essen. Oft habe sie sich in Situationen gebracht, die gefährlich waren, aber sie habe es erst gemerkt, wenn es schon zu spät war; sie habe einfach nicht darüber nachgedacht, sondern spontan gehandelt.

Hier werden sehr deutliche Einschränkungen der Selbstfürsorge sichtbar. Khantzian (1989) fand in seiner langjährigen klinischen Arbeit auffällig, wie wenig sich Süchtige um mögliche oder reale Gefährdungen ihres Wohlbefindens kümmern. Dies betrifft natürlich in besonderer Weise ihren Drogenmissbrauch, geht aber weit darüber hinaus und berührt viele alltägliche Gefahren, die entweder nicht wahrgenommen oder in ihren Folgen als nicht so gravierend eingeschätzt werden. Bei diesen Patienten fand er in der Vorgeschichte eine hohe Rate an vermeidbaren medizinischen oder zahnmedizinischen Problemen und Komplikationen, Unfällen, Schlägereien, aggressivem und dissozialem Verhalten. Die eingeschränkte Selbstfürsorge wurde auch deutlich im Umgang mit den Drogen, wenn trotz offensichtlicher körperlicher und psychischer Zerstörung durch den Drogengebrauch die Betroffenen kaum Angst verspürten und ihre Lage nicht realistisch einschätzten. Man könnte dies natürlich als ein regressives Phänomen in Folge des langjährigen Drogenmissbrauchs verstehen, allerdings zeigen diese Patienten diese Einschränkungen auch schon vor dem Beginn ihres süchtigen Verhaltens und verhielten sich wenig selbstfürsorglich, wenn sie abstinent und genügend stabil waren. Khantzian (1989) beschrieb, dass diese Menschen auch in ihrem Alltag eingeschränkt waren. Wenn medizinische Maßnahmen notwendig wurden, so »vergaßen« sie die Einnahme der Medikamente, weil sie es als nicht wichtig ansahen. Sie ignorierten körperliche und psychische Beschwerden, die ihrer Meinung nach von selbst verschwinden sollten, und vernachlässigten ihre Ernährung und Fürsorge für sich selbst. In ihren Beziehungen zu anderen Menschen fiel

auf, dass sie offenbar wenig darauf achteten, welche Folgen damit für sie selbst einhergehen könnten. Sie ließen sich ausnutzen, gingen missbräuchliche Beziehungen ein, ohne die Selbstschädigung dabei zu bemerken. Obwohl sie über die Gefahren ungeschützten Geschlechtsverkehrs gut Bescheid wussten, »vergassen« sie es im entscheidenden Moment oder verleugneten die Gefahr. Auch im Arbeitsalltag machten sie häufig Fehler, die aber nicht mit mangelndem Wissen oder eingeschränkten Fertigkeiten zu tun hatten, sondern damit, dass sie oft nicht vorausschauend dachten, nicht wussten, was von ihnen erwartet wurde oder welche Voraussetzungen für eine Aufgabe erfüllt sein mussten.

Nun scheint es hier zunächst um die schon bekannten Ich-Funktions-einschränkungen zu gehen. Suchtkranke mit strukturellen Störungen haben eben Schwierigkeiten, ihre Affekte wahrzunehmen, eine Situation angemessen wahrzunehmen und zu beurteilen und die Folgen ihres Tuns einzuschätzen. Diese wichtigen Fertigkeiten sind für die Selbstfürsorge unerlässlich, aber diese umfasst mehr. Bei ihr geht es darum, sich selbst zum Objekt seiner Fürsorge, seiner Wertschätzung und seines liebevollen Kümmerns zu nehmen. Dazu bedarf es mehr als nur gut funktionierender Ich-Funktionen. Es bedarf eines Bildes von sich selbst als einem Menschen, der liebenswert ist, der die Erfahrungen gemacht hat, dass er anderen Menschen wichtig ist, und der erfahren hat, wie man fürsorglich mit ihm und anderen umgeht. Gerade Suchtkranke mit strukturellen Störungen haben aber andere Erfahrungen in ihrer Lebensgeschichte gemacht. Sie erlebten vielfältige Vernachlässigungen und Missbrauch, so dass sie sich gerade nicht als liebenswert wahrnahmen, sondern in ihrem Selbstbild verinnerlichten, dass man nicht auf sie achten müsse, dass ihre Wünsche und Bedürfnisse nicht zählen, dass es niemanden wirklich interessierte, wie es ihnen ging.

Khantzian (1999) beobachtete bei diesen Patienten, auch wenn sie abstinent lebten, rasch wechselnde Reaktionsmuster im Umgang mit ihrer Bedürfnisbefriedigung. In der therapeutischen Beziehung zeigten sie sich oft freundlich und kooperativ und hatten über längere Zeit nur wenige Ansprüche an den Therapeuten. Sie blieben passiv, gleichgültig und selbstgenügsam. Sie schienen oft sehr besorgt um andere, bemühten sich sehr darum, dass es anderen gut gehe, und verleugneten eigene Wünsche und Bedürfnisse. Gelegentlich fielen sie dann durch eine unangemessene Eindringlichkeit auf, mit der sie etwas aus dem Leben des Therapeuten wissen wollten oder ihn zu bestimmten Aktivitäten veranlassen wollten. Sie gingen davon aus, dass ihre Erwartungen, ihre Neugier aber auch sonstige Forderungen unbedingt und sofort erfüllt werden mussten. Sie reagierten empört, wenn dies nicht geschah. Unter dem Aspekt der Selbstfürsorge wie-

derholten sich hier offenbar die früheren Beziehungserfahrungen. Da sie in der Kindheit öfters die Erfahrung gemacht hatten, dass auf ihre Bedürfnisse nicht eingegangen wurde, entwickelten sie einen interpersonellen Umgangsstil, indem sie freundlich, abwartend und anspruchslos blieben und auf diese Weise Konflikte und Zurückweisungen vermieden. Dahinter verborgen blieb aber das kleine Kind, das sie einmal waren, dessen Bedürfnisse irgendwann nicht mehr aufgeschoben werden können und sich dann mit großer Wucht die Bahn brechen und sofortige, rasche Befriedigung einfordern.

Diese Verhaltensweisen könne man nach Khantzian (1989) auch in ihrem Alltag beobachten. Ihre Beschwerden über Langeweile, Niedergeschlagenheit und Unzufriedenheit hingen mit der Verleugnung ihrer eigenen Wünsche und Bedürfnisse zusammen. Bei bestimmten Gelegenheiten könne es dann zu wütenden Ausbrüchen voller Enttäuschung kommen. Besonders Wünsche passiver Art, also versorgt, geliebt oder wertgeschätzt zu werden, fallen oft einer massiven Verdrängung und Verleugnung anheim. Das Bedürfnis nach Befriedigung bedroht das mühsam aufrecht erhaltene innere Gleichgewicht. Passive Wünsche und Bedürfnisse werden durch Aktivität und Aggressivität abgewehrt, weil sie als gefährlich erlebt werden. In den bisherigen Beziehungserfahrungen wurden die Betroffenen oft enttäuscht, frustriert, wütend oder narzisstisch gekränkt und erlebten sich vom anderen als abhängig oder gar als ausgeliefert. Die massive Abwehr führt dazu, dass sie von sich selbst abgeschnitten sind und sich innerlich leer und hohl fühlen. Die Schwierigkeit der Suchtkranken, ihre Wünsche nach Wertschätzung, Liebe und Geliebtwerden wahrzunehmen und ihnen nachzugehen, wird ersetzt durch süchtiges Verhalten. Sie fanden keinen passenden Rahmen für ihre Wünsche. Sie versäumten es, sich allmählich ein Netzwerk von Beziehungen, Aktivitäten und Verpflichtungen aufzubauen, um die Langeweile, die Depression und den narzisstische Rückzug abpuffern zu können und ihr Leben interessant und befriedigend zu gestalten. Stattdessen wird durch die Drogeneinnahme erreicht, sich wohler zu fühlen oder dass die unangenehmen affektiven Zustände gedämpft werden. In ihren sozialen Beziehungen bleiben die Suchtkranken oft unter sich, ihre Gespräche kreisen um das Suchtmittel, das allmählich zum alleinigen Inhalt, zum Sinn und Zweck der Beziehungen wird. Dies lässt sich auch auf den Aufnahmestationen psychiatrischer Kliniken beobachten, wenn sich die Gespräche um die Droge drehen und eine Stimmung entsteht, als würden gleich wieder Drogen konsumiert werden. Die Beziehungsgestaltung ist zunächst davon geprägt, dass der Betreffende sich um die anderen kümmert und selbst kaum Wünsche und Bedürfnisse äußert. Wenn sie ihre

Wünsche dann doch einmal äußern, gleicht es Ausbrüchen, die das Gegenüber verstören und erschrecken. Die anderen reagieren dann eher auf das manifeste Verhalten, fühlen sich bedrängt und ziehen sich zurück, so dass der Betreffende erneut enttäuscht wird. Verstärkt er seine Bemühungen, um den anderen doch noch zu dem gewünschten Verhalten und damit zur Befriedigung seiner Wünsche zu veranlassen, reagiert das Gegenüber erst recht ablehnend. Die resultierende Wut und der Ärger werden dann durch die Einnahme von Drogen gedämpft, wozu natürlich nicht alle Drogen in gleicher Weise geeignet sind.

Wenn es durch entsprechende Interventionen gelingt, dass der Patient abstinent bleibt und sich ausreichend kontrollieren kann, dann treten die ich-strukturellen Einschränkungen deutlicher zu Tage. In der therapeutischen Beziehung ist es dann besonders wichtig, dass der Suchtkranke den Therapeuten als verlässlich, emphatisch und verfügbar erlebt. Hat sich eine ausreichend gute hilfreiche Beziehung etabliert, kann der Therapeut die Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse in Worte fassen, die der Patient selbst nicht wahrnimmt oder identifizieren konnte. Es ist wichtig, ihn entschlossen und deutlich mit dem unangemessenen oder gewalttätigen Verhalten zu konfrontieren, ohne als strafend oder taktlos wahrgenommen zu werden. Ebenso sollte aktiv die Einschränkungen in der Selbstfürsorge angesprochen werden und herausgearbeitet werden, welche Schwierigkeiten dadurch im Alltag und in den Beziehungen entstehen. Besonders schwierig, aber unumgänglich ist es, immer wieder aufzeigen, wie sehr der Patient seine eigenen Wünsche und Bedürfnisse in Beziehungen verdrängt und verleugnet. Schwierig deshalb, weil es häufig als Vorwurf verstanden wird, wieder etwas nicht zu können, und das den Patienten sehr kränkt.

Natürlich könnte eine Einschränkung der Selbstfürsorge auch mit unbewussten Todeswünschen zu tun haben könnte. Dagegen ist einzuwenden, dass – wie wir von suizidalen Menschen wissen – oft gar nicht der Tod gesucht wird, sondern dass mit der Todessehnsucht eine regressive Phantasie verbunden ist, beispielsweise endlich zur Ruhe zu kommen, kein Leid mehr zu verspüren oder sich endlich mit einem grenzenlos guten Objekt verbinden zu können. Bevor der Therapeut auf einen unbewussten Todeswunsch schließt, weil der Klient sich nicht um sich selbst kümmert, müssten zunächst die Phantasien erforscht werden, die er damit verbindet. Meist wird man entdecken, dass es gar nicht um unbewusste Todessehnsüchte geht, sondern um eingeschränkte Fertigkeiten der Selbstfürsorge. Gefährliches und aggressives Verhalten kann auch dazu dienen, schmerzhafte Gefühle abzuwehren oder sich nicht hilflos und abhängig zu fühlen. Was dann manifest wie eine Einschränkung der Selbstfürsorge aussieht, ist eine kon-

fliktbedingte Abwehr und dient unbewussten Motiven. Davon sind jene Patienten abzugrenzen, die noch nie in ihrer Lebensgeschichte über die Fertigkeit der Selbstfürsorge verfügten. Dies ist vor allem therapeutisch wichtig: Einem Patienten zu unterstellen, er habe unbewusste Motive, nicht auf sich zu achten, der in dieser Fähigkeit entwicklungsbedingt eingeschränkt ist, überfordert ihn und wird dazu führen, dass er sich erneut unverstanden und in seinen Bedürfnissen nicht gesehen erlebt.

Die Selbstmedikationshypothese

Die eingeschränkten Ich-Funktionen der Affektwahrnehmung, der Realitätsprüfung, des Urteilens und der Selbstfürsorge führen immer wieder dazu, dass der Betreffende durch äußere Anlässe und innere Reize in für ihn schwer aushaltbare Zustände gerät. Begünstigt durch vielfältige Umstände wird er dann irgendwann die Erfahrung machen, dass bestimmte Drogen ihm helfen, seine Gefühle leichter zu ertragen. Allgemein gesprochen unterstützt die Droge den Süchtigen dabei, sich seiner inneren emotionalen Welt und der äußeren Realität anzupassen. Khantzian (1997) hat für diese Beobachtung den Begriff der Selbstmedikation geprägt. Menschen, die süchtig werden, sind deshalb besonders anfällig, weil sie ohne Drogen ihre extremen Gefühle, ihre Beziehungen zu anderen und ihr Verhalten nicht angemessen kontrollieren oder regulieren können. Manche Drogenabhängige beschreiben sehr liebevoll die beruhigende Wirkung des Heroins, das die sehr unangenehme emotionale und körperliche Anspannung zum Verschwinden bringt. Sie scheinen eine globale Lösung für die vielen Konflikte, interpersonellen Schwierigkeiten und Problemen in der Arbeitswelt gefunden zu haben.

Suchtkranke mit deutlicher struktureller Störung haben wegen der eingeschränkten Ich-Funktionen entweder eine sehr brüchige Abwehr, so dass es häufig zu raschen, kaum vorhersehbaren Stimmungswechseln kommt, oder die Abwehr ihrer Wünsche und Bedürfnisse ist rigide überzogen, so dass sie sich schmerzhaft begrenzt und eingeengt erleben. Wenn der Therapeut gemeinsam mit seinem Patienten genauer untersucht, in welchen Situationen er die Droge eingenommen hat, in welcher Stimmung er vorher war, welche Wünsche und Bedürfnisse er verspürte, kann er herausarbeiten, welche Funktion die Drogeneinnahme hatte. Hierzu bedarf es einer genauen Exploration, weil die Wirkung nicht allein von der Substanz abhängig ist, sondern auch von der individuellen Reaktion des Einzelnen. Manche Suchtkranke berichten in diesem Zusammenhang, dass sie ver-

schiedene Drogen ausprobiert haben und schließlich an der »hängen« blieben, die zu ihrem Bedürfnis am besten passt, ohne dass sie immer in der Lage wären, darüber Auskunft zu geben. Häufig muss der Therapeut mit dem Patienten herausfinden, um welche Gefühle oder Bedürfnisse es gehen könnte, und dabei sein eigenes Erleben stellvertretend einbringen. Er sollte darauf achten, ob er Hinweise dafür findet, dass durch die Drogeneinnahme ansonsten überwältigende Gefühle oder andrängende Impulse gedämpft wurden. Es kann aber auch sein, dass Hemmungen und innere Barrieren dann leichter überwunden werden können, so dass eine Kontaktaufnahme zu anderen überhaupt erst möglich wird oder Wünsche nach Nähe und sexueller Intimität zugelassen werden können. Die Angst, die vor diesen Wünschen besteht, wird gemindert und erlaubt für kurze Zeit ihre Befriedigung. Mitunter wird die Drogeneinnahme auch gezielt herbeigeführt, um sich in einem impulsiven Akt zu entlasten.

Fallbeispiel

Frau A. hatte im Alter von 10 Jahren angefangen, regelmäßig Alkohol zu trinken. Später sei dann Cannabis hinzugekommen. Sie habe auch eine Zeit lang Kokain, LSD, Pilze und Heroin genommen. Durch das Kokain sei sie aber nur noch aufgedrehter gewesen. Sie sei sowieso schon ängstlich und schnell aufgeregt. Sie habe oft den Eindruck, die Gedanken würden in ihrem Kopf immer schneller kreisen und sie könne sich gar nicht mehr davon lösen. Cannabis helfe ihr, sich »wegzubeamen«, sie werde dann ruhiger, müde, die Gedanken verlangsamten sich und sie müsse weniger denken. Es reiche aber nicht, wenn sie sehr wütend sei, dann trinke sie schnell und in größeren Mengen Alkohol, bis »zum Exitus«, also bis sie gar nichts mehr spüre, dann erst sei die unerträgliche Anspannung weg.

Man muss sich allerdings klar machen, dass es meist nicht nur um eine angestrebte Wirkung geht, sondern dass es ein Kontinuum unterschiedlicher innerer Zustände gibt, die meist in irgendeiner Form Kontrolle oder Erleichterung und mehr Ausdruck von Wünschen und Bedürfnissen ermöglichen. Um herauszufinden, welche Wirkung angestrebt wird, muss der Therapeut sich ein Bild von der Persönlichkeitsstruktur, den Verhaltens- und Erlebensmustern, der Drogenwirkung und der jeweiligen Situation, in der das Bedürfnis nach der Droge entsteht, machen. Vor diesem Hintergrund sollte man die Beobachtungen von Khantzian (1997) über die Wirkung der einzelnen Substanzen als Anregung betrachten und als Feststellung, welche Wirkung die Droge entfaltet.

Nach seinen Erfahrungen werden Stimulanzien oft als energisierend und

triebfördernd erlebt. Der Betreffende überwindet seine Erschöpfung und Müdigkeit oder auch seine depressiven Zustände und fühlt sich in der Lage, schwierige Aufgaben anzugehen, verspürt mehr Selbstvertrauen oder hat den Eindruck, großartig und unbesiegbar zu sein. So fühlt er sich besser in der Lage, seine Ängste und Selbstzweifel hinter sich zu lassen und aktiv und aggressiv seine Wünsche und Bedürfnisse durchzusetzen.

Die Wirkung von Alkohol, aber auch von sedierenden oder anxiolytischen Medikamenten führt zu einer »Enthemmungseuphorie«, so dass Ängste, Ambivalenzen und das Erleben von inneren Konflikten überwunden werden. Bislang als verpönt erfahrene sexuelle, aggressive oder narzisstische Wünsche können vorübergehend zugelassen werden, ausgedrückt und gelebt werden. Anschließend kann der Betreffende sich wieder davon distanzieren, weil es ja nur die Wirkung der Droge war, die ihn dazu veranlasst hat. Bei Menschen, die ausgeprägter strukturell gestört sind, werden diese Wünsche abgespalten und verleugnet. Hier kann unter dem Einfluss der Droge Ambivalenz leichter ertragen werden und es können die Gefühle gezeigt werden, die vorher nicht erlebbar waren.

Khantzian (1997) beschrieb bei Opiatabhängigen, dass sie häufig große Schwierigkeiten haben, aggressive Regungen und Wut zu regulieren. Sie seien oft sehr dysphorisch, weil sie sich als Bedrohung für sich selbst und für andere wahrnehmen. Deshalb schätzen Heroinnutzer am Anfang so sehr die ausgeprägte körperliche Reaktion mit Ruhe, Entspannung und Milde, so dass die aggressiven Gefühle erträglicher würden. Dieser verändernde Effekt auf die Wut ist aber immer nur kurzzeitig, die häufigen Entzüge führen zur körperlichen und seelischen Instabilität und regressivem Verhalten.

Die Selbstmedikationshypothese wirkt zunächst einmal sehr einleuchtend und verführt dazu, aus dem Substanzgebrauch auf die zugrunde liegende strukturelle Einschränkung zu schließen. Es gibt eine Reihe von Untersuchungen, die diesen Zusammenhang bezweifeln (z. B. Aharonovich et al. 2001, Schinka et al. 1994). Diese Untersuchungen fanden zwar Symptome von Depression und Angst bei Drogenabhängigen, jedoch keine signifikanten Belege dafür, dass die Drogeneinnahme darauf einwirken sollte. Allerdings muss einschränkend festgestellt werden, dass sie bei der Untersuchung überwiegend standardisierte Testverfahren einsetzen und keine individuelle psychodynamische Exploration durchführten. Klinisch und in zahlreichen Studien belegt ist allerdings das häufige Auftreten von psychischen Störungen und Abhängigkeitserkrankungen, die die Vermutung stützen, dass die Einnahme von Drogen dazu dient, seelisches Leid erträglich zu machen. Besonders deutlich wird dies bei sozialen Phobien und posttraumatischen Belastungsstörungen. Bei beiden Störungen fin-

det man häufig eine zusätzliche Substanzabhängigkeit, gehäuft Alkoholabhängigkeit, wobei gerade Alkohol von den Erkrankten eingesetzt wird, um die Ängste zu dämpfen. In seiner Diskussion der Selbstmedikationshypothese hat Francis (1997) darauf hingewiesen, dass weitere Untersuchungen besonders im Hinblick auf die so genannten komorbiden Störungen erforderlich sind. Andererseits könnte dieser Ansatz auch sehr hilfreich sein, wenn der Therapeut im Auge behält, dass sein Patient natürlich selbst Rationalisierungen und nachträglichen Verzerrungen unterliegt, wenn er über den Beginn und die Gründe für seine Sucht spricht. Nichtsdestoweniger ist es in der therapeutischen Arbeit nützlich, individuell herauszufinden, welche Persönlichkeitszüge und welche strukturellen Einschränkungen vorlagen und wie die Drogeneinnahme das persönliche Leid beeinflusst haben, ohne dabei zu vergessen, dass es im Laufe der Suchterkrankung auch zu vielfältigen Veränderungen durch die Drogenwirkung, aber auch durch das veränderte Selbsterleben gekommen ist.

Selbstregulation, Selbstmedikation und Konsequenzen für die Behandlung

Bei vielen Suchtkranken, besonders denen mit ausgeprägter struktureller Störung, spielen die häufig vermuteten Motive wie »sensation seeking«, das Streben nach Lust oder unbewusste Neigungen zur Selbstzerstörung eine weitaus geringere Rolle als angenommen. Stattdessen leiden sie unter den Folgen ihrer eingeschränkten Fähigkeiten, sich selbst zu regulieren. Sie geraten in schwer erträgliche innere Zustände seelischen Schmerzes, heftiger Gefühle, die zur impulsiven Entladung drängen, oder quälender innerer Leere. Im Versuch, einen Weg zu finden, diese Zustände aushaltbar zu machen, wird die Wirkung der Droge genutzt. In einer Arbeit benutzt Khantzian (1999) das Bild, dass die Persönlichkeitsstruktur und die Gefühle wie ein Behälter und sein Inhalt seien. Dann müsse man herausfinden, ob bei manchen Menschen der Behälter zu dicht ist, die Gefühle zurückgehalten werden und das eigene Erleben und die Beziehungen zu anderen eingeschränkt sind; oder ob der Behälter zu porös ist, die Gefühle herausdrängen und die Beziehungen zu anderen und das Selbsterleben beeinträchtigen. Ebenso sei zu überlegen, wie heftig die Gefühle sind. Die Wirkung der Droge kann je nach Situation und Dosis sowohl den Inhalt als auch den Behälter beeinflussen. Alkohol in geringer Dosis kann beispielsweise helfen, Ängste und Hemmungen zu überwinden und mit anderen in Kontakt zu

kommen, gleichsam gesellschaftsfähiger zu werden. In hohen Dosen kann er heftige, schmerzhaft Gefühle erträglich machen.

Unter dem Blickwinkel der Selbstregulierung interessieren wir uns also dafür, wie der Suchtkranke seine Gefühle erlebt. Kann er sie wahrnehmen und benennen, sie anderen mitteilen, sie in ihrer Intensität regulieren und sie als Signal benutzen, um seine Beziehungen zu anderen Menschen zu gestalten? Welche Funktion hat dabei das Suchtmittel übernommen und was steht ihm zur Verfügung, wenn er es nicht mehr hat? Darüber hinaus sollten wir mit ihm herausfinden, wie er mit sich selbst umgeht, wie er für sich sorgt, wie er sich selbst beruhigen kann und wie er sein Selbstwertgefühl reguliert. Wie abhängig ist er in seinen Beziehungen von anderen, wie sehr ist er darauf angewiesen, dass andere wissen, was er fühlt, braucht und womit er versorgt werden muss? Besonders wichtig ist dabei die Fähigkeit der Selbstfürsorge.

Khantzian (1999) empfiehlt für die Behandlung der Suchtkranken diese Aspekte zu berücksichtigen und dabei dem Patienten einfühlsam zu helfen, seine Gefühle wahrzunehmen und zu tolerieren und ihn darin zu unterstützen, mit sich selbst fürsorglicher umzugehen, Gefahren und Vernachlässigungen zu erkennen und zu vermeiden. Er wendet sich gegen eine häufige Auffassung, den Patienten mit seinen Einschränkungen und Verhaltensweisen zu konfrontieren, ohne vorher zu klären, ob dieser überhaupt schon in der Lage ist, die damit verbundenen Gefühle wahrzunehmen.

Hier besteht eine große Nähe zu der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie Suchtkranker, die auf die besondere Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten Wert legt, der die strukturellen Einschränkungen des Patienten erkennt, sich mit seinem Erleben und seinen Fertigkeiten unterstützend zur Verfügung stellt, um diesem allmählich eine Entwicklung der Ich-Funktionen zu ermöglichen. Diese Methode könnte ihr Repertoire erweitern, wenn sie die Überlegungen zur Selbstfürsorge, zur Selbstregulation und Selbstmedikation aufgreift.

In der Behandlung wird der Therapeut sowohl in der therapeutischen Situation als auch in den Schilderungen des Patienten darauf achten, wie dieser seine Beziehungen zu anderen gestaltet. Sind für den Therapeuten, wenn er an der Stelle des Patienten wäre, Gefahren oder selbstschädigende Verhaltensweisen erkennbar? Er würde dann den Patienten taktvoll und einfühlsam darauf hinweisen, erwähnen, wie es ihm in dieser Situation ergehe, und beschreiben, wie der Patient sich verhielte. Dabei geht es ausdrücklich nicht darum, dem Patienten zu zeigen, wie er es besser machen sollte, sondern ihn anzuregen, mit dem Therapeuten zu überlegen, warum er sich in dieser Weise verhalten hat. Besonders wichtig ist natürlich, ihm

dabei zu helfen, seine Gefühle genauer wahrzunehmen, sie zu benennen und besser regulieren zu können. Im weiteren Verlauf der Behandlung wird der Patient allmählich verinnerlichen, wie er anders, nämlich fürsorglicher, mit sich umgehen kann. Allerdings gelingt diese Verinnerlichung nur, wenn der Therapeut feinfühlig die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten erfasst, sie in Worte kleidet und ihm hilft, sich damit auseinander zu setzen. Ebenso wichtig ist es, die früheren Beziehungserfahrungen des Patienten und die damit verbundenen Überzeugungen, beispielsweise nichts wert zu sein, es nicht verdient zu haben, dass es ihm gut geht, zu erkennen und sie nicht nur zu benennen, sondern auch ihre Auswirkungen für das Selbstbild und die Beziehungsgestaltung aufzuzeigen. Letztlich ist es aber nicht nur die Einsicht, sondern es sind die neuen entwicklungsfördernden Erfahrungen in der Beziehung zum Therapeuten, die strukturelle Veränderungen ermöglichen. Diese therapeutischen Prozesse brauchen Zeit, aber sie helfen dem Patienten, abstinent zu bleiben und ein seinen Wünschen und Bedürfnissen gemäßes Leben zu führen.

Inhalt

Vorwort

Klaus W. Bilitza	7
----------------------------	---

Einführung

Klaus W. Bilitza: Psychodynamik der Sucht – Einführung	11
Bernd Nitzschke: Sigmund Freud, Kokain und die Anfänge der Psychoanalyse	25

Störungen der Triebentwicklung

Peter Subkowski: Störungen der Trieborganisation in Suchtentwicklungen	51
Peter Subkowski: Perversion und Suchtentwicklung	91

Störungen der Ich-Organisation

Karl König: Störungen der affektiven Ich-Funktionen	103
Karl König: Störungen in der frühen Triangulierung und in der ödipalen Triade	108
Andreas Dally: Störung der Selbstfürsorge und süchtiges Verhalten	113

Das suchtkranke Selbst

Mario Wernado: Selbstwertstörung und narzisstische Vulnerabilität des Suchtkranken	131
Wilhelm Burian: Die süchtige Phantasie und die süchtige Beziehung	143

Trauma und Sucht

Andrea Möllering: Zur Ätiologie der Sucht als Traumafolgeerkrankung	151
---	-----

Sucht und Gender

Ingeborg Lackinger-Karger: Perspektiven der weiblichen Suchtentwicklung	171
Klaus W. Bilitza: Ein psychoanalytisches Modell zur männlichen Suchtentwicklung unter Berücksichtigung von struktureller Störung und Konfliktpathologie	189

Grenzgebiete

Ernst Lürßen: Dichter, Sucht und Dichtung	215
Léon Wurmser: Sucht und Mystik als antitragische Versuche	236

Anhang

Literatur	263
Stichwortverzeichnis	277
Die Autorinnen und Autoren	284