

Nitzgen, Dieter

**Psychoanalytische und psychiatrische Perspektiven einer
Klassifikation der Suchterkrankungen unter besonderer
Berücksichtigung der Frage der Komorbidität**

*Bilitza, Klaus W. (Hg.): Psychotherapie der Sucht - Psychoanalytische Beiträge zur
Praxis, 2012 S. 31-50*

urn:nbn:de:bsz-psydok-46221

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.)

Psychotherapie der Sucht

Psychoanalytische Beiträge zur Praxis

Mit 4 Abbildungen und 4 Tabellen

2. Auflage

Vandenhoeck & Ruprecht

Dieter Nitzgen

Psychoanalytische und psychiatrische Perspektiven einer Klassifikation der Suchterkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Frage der Komorbidität

Abstract

Die besondere Herausforderung der Diagnostik von Suchterkrankungen besteht darin, dass Abhängigkeit und Sucht diagnostisch einerseits als »nosologische« Einheit, das heißt als Störung sui generis beschreibbar sind. Andererseits lassen sie sich diagnostisch ebenso berechtigt als »Symptom« jeweils unterschiedlicher, zugrunde liegender psychischer (Grund-)Störungen beschreiben, insbesondere da eine suchtspezifische Persönlichkeitsstruktur empirisch nicht existiert. Diese Problematik wird im Folgenden anhand der psychiatrischen und psychoanalytisch-psychodynamischen Klassifikationsversuche der Suchterkrankungen dargestellt und diskutiert. Daran anschließend erfolgt der Versuch, ein aus psychodynamischer Sicht hinreichendes, suchtspezifisches Kriterium zu formulieren. Davon ausgehend werden mit Bezug auf das Instrument der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) Überlegungen zu einer möglichen Operationalisierung der Suchtdiagnostik vorgestellt. In einem weiteren Schritt wird Sucht psychodynamisch als Form einer spezifischen Abwehrorganisation beschrieben.

Die Komplexität der Suchterkrankungen als diagnostische Herausforderung

Suchterkrankungen sind hochkomplex, insofern hinsichtlich ihrer Ätiologie, Genese und Dynamik pharmakologische, somatische, psychische und soziale Wirkfaktoren untrennbar zusammenwirken. »Wie ein Fluß aus zahlreichen Quellen seinen Ursprung nehmen kann, dann aber einen unverwechselbaren Verlauf zeigt«, bieten die Suchten, wie Warnke und Bühlinger schreiben, »eine unterschiedliche Pathogenese und münden schließlich in eine gemeinsamen Endstrecke ein« (1991, S. V). Dementsprechend muss jedes Verständnis von Sucht notwendigerweise interdisziplinär angelegt sein. Dabei ist mit Krause davon auszugehen, »dass im besten Fall [...] die Befunde des einen Systembereichs Eingangs- oder Ausgangsgrößen für den anderen [sind]« (Krause 1997, S. 17). Dass Abhängigkeit und Sucht gleichwohl und legitimerweise Gegenstand einer strikt psychoanalytischen

Betrachtung sind, begründet etwa bereits Simmel, wenn er 1948 mit Blick auf die Alkoholsucht schreibt:

»Daß das Bedürfnis, alkoholische Getränke zu sich zu nehmen, dem einen als Mittel zur Realitätsflucht dient, während der andere es zur Realitätsbewältigung verwendet, beweist, daß das der ausschlaggebende Faktor nicht die biochemische Wirkung des Alkohols ist, sondern die psychologische Wirkung, die das Ich daraus bezieht« (1948/1993, S. 290ff.).

Hopper (1995) hat darüber hinaus darauf aufmerksam gemacht, dass die spezifisch pharmakologische Wirkung und die mit ihr verbundenen Rituale der Drogeneinnahme selektiv benutzt werden, um je spezifische unbewusste Phantasien zu erzeugen, zu entwickeln, aufrechtzuerhalten und zu kontrollieren. Die Schwierigkeiten der Suchtdiagnostik resultieren somit aus der Komplexität ihres Gegenstands. Dabei verhält es sich einerseits so, dass die Suchterkrankungen diagnostisch eine nosologische Einheit bilden. Sie bilden *»ein breites Spektrum von Störungen*, deren Schweregrad von einer unkomplizierten Intoxikation und schädlichem Gebrauch bis zu eindeutig psychotischen Störungen und Demenz reicht, *die aber alle auf dem Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen* (mit oder ohne ärztliche Verordnung) *beruhen*« (Dilling et al. 1999, S. 89 – Hervorh. D. N.). Andererseits verweist dieses Störungsspektrum selbst wieder auf unterschiedliche Quellen, das heißt auf unterschiedlich zu definierende psychologische Dispositionen und Persönlichkeitsstrukturen. Daraus ergibt sich die grundlegende diagnostische Schwierigkeit, die Suchterkrankungen einerseits als Störung *sui generis* und andererseits als Ausdruck unterschiedlicher psychischer *»Grundstörungen*« (Warnke u. Bühringer 1991, Sporn 2005) und damit als *»Symptom*« dieser zugrunde liegenden (Grund-)Störungen zu verstehen. Ersteres betonen die psychiatrischen Klassifikationssysteme der Sucht, etwa in Gestalt der *»Internationalen Klassifikation psychischer Störungen*« (ICD) in der 10. Revision beziehungsweise des *Diagnostic Standard Manual DSM-IV-R* der American Psychiatric Association; Letzteres die psychodynamisch-psychoanalytischen Klassifikationsversuche.

Psychiatrische Perspektiven der Suchtdiagnostik

Die psychiatrischen Klassifikationssysteme des ICD-10 beziehungsweise des amerikanischen DSM-IV-R betonen den diagnostischen Status der Suchterkrankungen als nosologische Einheit. Ihre Spezifität basiert dementsprechend auf dem Kriterium des Gebrauchs einer oder mehrerer psy-

chotroper Substanzen (Dilling et al. 1999, S. 89). Nach der Definition des DSM-IV-R sind Suchtdiagnosen demzufolge »Diagnosen im Zusammenhang mit Psychotropen Substanzen« und »beinhalten Störungen, die von der mißbräuchlichen Einnahme von Drogen (einschließlich Alkohol), über Nebenwirkungen eines Medikaments bis zum Einfluß toxischer Stoffe reichen« (1994, S. 231). Davon ausgehend werden in beiden Klassifikationssystemen die mit Abhängigkeit und Sucht verbundenen Störungsbilder sowohl *kategorial* (anhand der verschiedenen Suchtmittel) als auch *dimensional* (im Hinblick auf ihren Schweregrad) klassifiziert. So wird unter der Überschrift »Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen« im Abschnitt F1 des ICD-10 das Spektrum der stoffgebundenen Suchterkrankungen suchtmittelspezifisch durch acht verschiedene Substanzklassen (Störungen durch Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, sonstige Stimulantien einschließlich Koffein, Halluzinogene, Tabak sowie flüchtige Lösungsmittel) sowie den Störungen durch multiplen Substanzgebrauch von F10 bis F19 klassifiziert. Das DSM-IV-R kennt 11 spezifische Substanzklassen plus den multiplen und anderen Substanzen, also 13 Klassen. Diese kategoriale Klassifikation wird im Weiteren durch eine *dimensionale* Klassifikation der suchtspezifischen klinischen Syndrome ergänzt, das heißt durch die Einteilung nach ihrem Schweregrad. Dieser erstreckt sich im Rahmen des ICD-10 von der akuten Intoxikation (F1x.0), dem schädlicher Gebrauch (F1x.1), dem Abhängigkeitssyndrom (F1x.2) über das Entzugssyndrom (F1x.3) ohne und mit Delir (F1x.4) bis zu den suchtspezifischen psychotischen Störungen (F1x.5), dem amnestischen Syndrom (F1x.6), den Restzuständen (F1x.7), den sonstigen (F1x.8) sowie den nicht näher bezeichneten psychischen und Verhaltensstörungen (F1x.9). Das DSM-IV-R erweitert diese dimensionale Klassifikation ausdrücklich um die Angststörungen, die suchtspezifischen sexuellen Funktionsstörungen und die Schlafstörungen. Abschließend erfolgt im ICD-10 an vierter und fünfter Stelle die Klassifizierung der Suchtsyndrome im Hinblick auf ihr aktuelles klinisches Erscheinungsbild, das heißt mit Hilfe der Begriffe: gegenwärtig abstinent (F10.20), gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung (F10.21), gegenwärtige Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (F10.22), gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven oder hemmenden Medikamenten (F10.23), gegenwärtiger Substanzgebrauch (F10.24), ständiger Substanzgebrauch (F10.25) sowie episodischem Substanzgebrauch (F10.25). Mit Hilfe der beschriebenen diagnostischen Parameter der Spezifität der Suchtmittel, des jeweiligen Schweregrads der klinischen Suchtsyndrome sowie ihrem aktuellen klinischen Erscheinungsbild wird damit

das Spektrum der Suchterkrankungen in beiden großen psychiatrischen Klassifikationssystemen diagnostisch als eine nosologische Einheit beschreibbar. Gemäß der im ICD und DSM angestrebten, grundlegenden diagnostischen Logik empirisch verifizierbarer Komorbiditäten können Suchterkrankungen darüber hinaus mit allen anderen, nichtsuchtspezifischen psychopathologischen Syndromen korrelieren; im ICD also den schizophrenen, schizotypen und wahnhaften Störungen (F2), den affektiven Störungen (F3), den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4), den Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5), den Persönlichkeits- und Verhaltenstörungen (F6), der Intelligenzminderung (F7), den Entwicklungsstörungen (F8), den Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) sowie den Nicht näher bezeichneten psychischen Störungen (F99).

Solche möglichen Komorbidität(en) ergeben sich allein auf der Basis empirischer, das heißt statistischer verifizierbarer Korrelationen, nicht aber aufgrund klinischer Affinitäten zwischen dem Sucht- und anderen klinischen Syndromen. Die Diagnostik eines suchtkranken Patienten erfolgt somit im Rahmen von ICD-10 beziehungsweise DSM-IV-R diagnostisch additiv, das heißt durch die Kombination einer suchtspezifischen (Haupt-)Diagnose (F1) mit der Zusatzdiagnose komorbider Störungsbilder (F2 bis F 99). Die Leistung beziehungsweise Leistungsfähigkeit der psychiatrischen Klassifikationssysteme in Suchtdiagnostik besteht danach in erster Linie in der hinreichenden kategorialen und dimensional Beschreibung des Suchtsyndroms als nosologischer Einheit *sui generis*. Damit ist es möglich, Art, Schweregrad und Folgestörungen von Suchterkrankungen stringent zu beschreiben. Problematisch dagegen erscheint aus psychodynamischer Sicht der Versuch, die Beziehung zwischen den Suchterkrankungen und anderen psychischen Störungen, etwa den Persönlichkeitsstörungen, im Rahmen der psychiatrischen Klassifikationssysteme auf rein statistischer Basis zu konstruieren und anhand von »Komorbiditätsraten« erfassen zu wollen¹. Dem widerspricht die klinisch begründete Beobachtung von Psychoanalytikern, »daß die psychische Wirkung von Alkohol und Drogen im Einzelfall verschieden [ist], je nachdem welche intrapsychische Struktur dem Abusus jeweils zugrunde liegt« (Kernberg 1978, S. 255). Daraus folgt, wie Heigl-Evers et al. (1991, S. 38) zu Recht festgestellt haben, dass psychodynamische Annahmen grundsätzlich als »notwendige, wenngleich nicht als hinreichende Bedingungen für die Entwicklung einer

1 Die Komorbiditätsrate im Fall der Suchterkrankungen ist bekanntermaßen hoch; nach Mann (2000) beträgt sie zwischen 20 und 40 %. An erster Stelle stehen dabei Depressions-, an zweiter Stelle Angst- und an dritter Stelle Persönlichkeitsstörungen.

Abhängigkeit anzusehen sind«. Insofern ist entgegen den Annahmen von ICD-10 und DSM-IV-R davon auszugehen, dass zwischen Suchterkrankung und Persönlichkeitsstruktur kein kontingenter, sondern ein struktureller Zusammenhang besteht. Das heißt, dass Suchterkrankungen sich auf der Basis (und zur Bewältigung) psychischer »Grundstörungen« (Wanke u. Bühringer 1991) entwickeln und sich folglich auch persönlichkeitspezifisch ausprägen. Oder, anders ausgedrückt, dass die Sucht selbst *Symptomcharakter* hat. Mit Blick auf die Diagnostik gilt daher, dass Suchtentwicklung und Persönlichkeitsstruktur letztlich untrennbar sind und demzufolge auch diagnostisch nur auf Kosten der klinischen Komplexität voneinander getrennt werden können. Dieser Gedanke steht im Mittelpunkt der psychoanalytischen Suchtdiagnostik.

Die psychoanalytische Klassifikation von Abhängigkeit und Sucht

Die Psychoanalyse hat stets den Symptomcharakter von Abhängigkeit und Sucht betont. So hat A. Freud beispielsweise davon gesprochen, dass Sucht »ein hoch zusammengesetztes, symptomatisches Gebilde« ist (1968, S. 181). Suchterkrankungen sind demnach Anzeichen beziehungsweise Ausdruck zugrunde liegender, unbewusster seelischer Konflikte und/oder struktureller Beeinträchtigungen der Persönlichkeit. Daher müssen aus psychoanalytischer Sicht die Entstehung wie auch die Erscheinungsformen eines abhängigen oder süchtigen Verhaltens grundsätzlich lebensgeschichtlich verstanden werden, also im Hinblick auf die psychosexuelle (Freud) und psychosoziale (Erikson) Entwicklungsgeschichte der betroffenen Subjekte. Insofern eine Spezifität der Psychoanalyse darin besteht, eine »Theorie der psychischen Entwicklung mit einer Theorie der psychischen Struktur« zu verbinden (Kernberg 1996, S. 57), gilt für sie, dass die Entwicklung von Abhängigkeit und Sucht einschließlich Wahl und Wirkung des Suchtmittels (Kernberg 1978, S. 255 u. Wurmser 1978) klinisch in einem engen Verweisungszusammenhang mit der Entwicklung der Persönlichkeitsstruktur stehen.

Die besondere Herausforderung einer spezifisch psychoanalytischen Diagnostik der Suchterkrankungen besteht nun allerdings nicht darin, solche Zusammenhänge unter bloßem Rekurs auf bestehende Elemente der klinischen Theorie der Psychoanalyse beziehungsweise der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie darzulegen, also etwa durch Verweis auf Zusammenhänge mit der Dynamik so genannter früherer Störungen, sondern diese *suchtspezifisch* auszuformulieren, das heißt *Kriterien* dafür anzugeben, worin denn die eigentliche Spezifität der Suchterkrankungen ge-

genüber anderen Störungsbildern bestehen soll. Ist es überhaupt möglich, Sucht psychodynamisch so zu definieren, dass sie von anderen Störungsbildern abgrenzbar wird? Wie Voigtel in seinen Ausführungen zur psychoanalytischen Diagnostik der Sucht gefordert hat (1996, S. 716), geht es dabei wesentlich um den Versuch, Sucht so zu definieren, »daß sie sich auch nach den Rändern hin mit gebotener wissenschaftlicher Schärfe abgrenzt«. »Wo«, so fragt er, »ist die Grenze zwischen einer psychisch stabilisierenden Gewohnheit (die täglichen zwei Gläser Wein) und einem autodestruktiven Zwang (drei Gläser Wein)?« Fängt die Sucht bei zwei oder zwanzig Zigaretten pro Tag an? Entsprechenden Versuchen, süchtiges Handeln rein quantitativ zu definieren, hält er entgegen, dass »Dauer und Gewohnheit eines Tuns [...] es noch nicht zur Sucht [machen]; ebenso wenig Zwanghaftigkeit und Entstehung von Angst bei Entzug dieses Tuns. [...] Auch die Orientierung an Merkmalen, wie die Menge des Konsums bestimmter Drogen oder der somatischen oder sozialen Schädlichkeit eines Tuns für einen Menschen ist für die Abgrenzung einer Krankheitseinheit ›Sucht‹ überflüssig« (1996, S. 738). Und er fügt provozierenderweise hinzu: »Wenn wir uns nun mit der empirischen Tatsache auseinandersetzen, daß es eine Reihe von Menschen gibt, die von Glücksspiel genauso abhängig sind wie von einer Droge, einschließlich des Kater-Gefühls und der Entzugserscheinungen, mit den gleichen Glückshoffnungen und der gleichen willenslosen Hingabe und dem gleichen faktischen Ruin, dann müssen wir uns zunächst von dem Gedanken verabschieden, daß die faktische Inkorporation eines Objekts ein Suchtkriterium sei. Wir müssen davon ausgehen, daß die toxische oder chemische Wirkung inkorporierter Stoffe für den Suchtmechanismus nicht wesentlich ist« (S. 730).

Damit knüpft auch Voigtel an die bereits zitierte Einsicht Simmels an, »daß der ausschlaggebende Faktor nicht die biochemische Wirkung« des Suchtmittels ist, »sondern die *psychologische Wirkung*, die das Ich daraus bezieht« (1948/1993, S. 290ff. – Hervorh. D. N.). Diese psychologische Wirkung des Suchtmittels, das heißt seine Funktion für das Ich des Süchtigen, ist von den Psychoanalytikern unter Rekurs auf die großen Paradigmen des psychoanalytischen Denkens beschrieben worden: als »Lustgewinn« im Rahmen von Freuds orthodoxer Triebtheorie; als »Vermeidung von Unlust« im Rahmen der psychoanalytischen Ich-Psychologie von Freud (1923) und seinen Nachfolgern; als »narzißtische Reparatur« des Selbst in der Selbstpsychologie Kohuts (1973) und seiner Nachfolger; und schließlich als »Selbstzerstörung« im Rahmen der an M. Klein (1972) orientierten Objektbeziehungstheorie(n). Was Süchtige sich mit der Einnahme ihres Suchtmittels zu verschaffen suchen, ist demnach ebenso sehr eine Steige-

rung ihres Lusterlebens wie die Vermeidung unlustvoller Affekte. Es ist drittens der Versuch, ein psychologisch geschwächtes, fragmentiertes Selbsterleben zu stärken und zu reparieren, und viertens der Versuch, noch aus der Zerstörung des Selbst masochistische Lust zu ziehen. Fünftens wäre noch die Funktion der Drogeneinnahme als Versuch der Bindung traumato-gener Affekte zu erwähnen, wie ihn etwa Wurmser (1978) konzeptuali-siert hat.

Angesichts dieser teilweise durchaus verwirrenden Vielfalt der psycho-analytischen Ansätze und Theorien zur Sucht hat Rost 1987 anhand des Alkoholismus erstmalig versucht, ein »integriertes psychodynamisches Modell der Sucht« zu entwickeln (Rost 1987, S. 124ff.). Im Hinblick auf eine Nosologie der Sucht auf psychoanalytischer Basis, kommt er dabei zu dem Schluss, das es wenig hilfreich sei, etwa »den Alkoholismus unter an-dere Krankheitsbilder zu subsumieren beziehungsweise in deren Nähe an-zusiedeln« (1987, S. 124). In Abgrenzung davon hat Rost ein Vorgehen vor-geschlagen, »in dem die jeweiligen (unterschiedlichen) Fixierungspunkte der Erkrankung beziehungsweise das Ausmaß der Regression ein besonde-res Gewicht erhalten« und deshalb auf einem »entwicklungspsychologi-schen Kontinuum« anzuordnen sind (S. 124). Damit ergibt sich eine ent-wicklungspsychologisch begründete und begründbare Betrachtung der Suchtentstehung anhand verschiedener »Fixierungspunkte«, die jeweils unter objektbeziehungstheoretischen, ich-psychologischen, triebtheoreti-schen und auch eine soziologischen Gesichtspunkten beschrieben werden. Sucht erscheint danach als Folge der Fixierung an beziehungsweise der Re-gression auf archaische, objektbezogene Konflikte mit der frühen Mutter (objektbeziehungstheoretischer Gesichtspunkt), als Folge angeborener und/oder erworbener Defekte der Ich-/Selbstorganisation (ich-psychologi-scher Gesichtspunkt) oder als Folge unbewusster Triebkonflikte (trieb-theoretischer Gesichtspunkt) oder schließlich als Folge gesellschaftlicher Umstände (soziologischer Gesichtspunkt). Im Anschluss an Simmels Klas-sifikation von Alkoholikern als soziale, reaktive, neurotische und süchtige Trinkers (1948) entwickelt Rost die klinischen Typologie eines vorwiegend »neurotisch-ödipal« strukturierten Trinkers (der mit Hilfe des triebpsy-chologischen Modells hinreichend verstanden werden kann), eines struk-turell-beeinträchtigten, »ich-schwachen« Trinkers (dessen Verständnis-grundlage die Ich- und Selbstpsychologie sein sollen) sowie die Vorstellung eines früh gestörten »autodestruktiven« Trinkers (dessen klinisches Ver-ständnis auf der Basis der Objektbeziehungstheorie basieren soll) (Rost 1987, S. 127–139).

Das Problem dieser Klassifikation ist, dass sie weniger integrativ als ad-

ditiv ist, insofern sie die verschiedenen psychoanalytischen Modellvorstellungen (einschließlich der soziologischen Perspektive) zwar in eine Reihe, aber nicht wirklich unter einen Hut zu bringen vermag. Was hier fehlt, und mit dem knappen Verweis auf ein entwicklungspsychologisches Kontinuum nicht zu erledigen ist, ist die tatsächliche Vermittlung der mit diesen Modellen verbundenen klinischen Prämissen und Grundannahmen. Mangels einer einheitlichen klinischen Theorie der Psychoanalyse, die es derzeit nicht gibt, erscheint auch Rosts Versuch, die Klinik der Suchterkrankungen psychoanalytisch zu integrieren, als Addition heterogener und im Einzelnen unvereinbarer Vorstellungen. So lässt sich beispielsweise die selbstpsychologische Annahme so genannter narzisstischer Defizite nur schwer mit einem objektbeziehungstheoretischen oder dem strukturellen Konfliktmodell der klassischen Psychoanalyse versöhnen (Mertens 1981, S. 129–168). Angesichts dieser Situation erscheint es pragmatisch und klinisch sinnvoll, wengleich theoretisch unbefriedigend, die Suchterkrankungen mit Lindner (1998, S. 133) als ein »Ineinander von Konflikt- und Strukturpathologie« zu beschreiben.

Als hilfreich für den Versuch, dieses »Ineinander«, das nur allzu leicht zum Durcheinander zu geraten droht, diagnostisch trennschärfer zu durchdringen, hat sich rückblickend vor allem Kernbergs 1970 erschienene Revision der psychoanalytischen Klassifikation der Charakterpathologie erwiesen. Zentral dafür ist die Verabschiedung von Fenichels klassischer, auf dem Triebabwehr-Modell basierenden psychoanalytischen Charakterologie zugunsten eines objektbeziehungstheoretisch erweiterten Verständnisses der Persönlichkeitsstruktur nebst ihrer möglichen Pathologien. Im Mittelpunkt dieser Neukonzeption steht die Einführung des Begriffs von so genannten »Strukturebenen der Charakterpathologie« (1981, S. 142ff.), die Kernberg im Hinblick auf drei pathologische Entwicklungslinien definiert: »1. Die Pathologie der Ich- und Über-Ich-Strukturen; 2. die Pathologie der internalisierten Objektbeziehungen und 3. die Pathologie der Entwicklung libidinöser und aggressiver Triebregungen« (1981, S. 141). Im Hinblick auf diese Strukturebenen unterschied Kernberg zunächst eine niedrige, mittlere und höhere Ebene der Charakterpathologie, die etwa einem Borderline-, einem charakterneurotischen oder einem neurotischen Funktionsniveau korrelieren, um diese Einteilung später (1996) zugunsten der Differenzierung einer neurotischen Persönlichkeitsorganisation von einer höheren und niedrigeren Ebene der Borderline-Persönlichkeitsorganisation und einer psychotischen Persönlichkeitsorganisation zu revidieren. Jede Ebene der Persönlichkeitsorganisationen entspricht danach einem bestimmten Struktur- beziehungsweise Funktionsniveau der

Ich- und Über-Ich-Organisation, der verinnerlichten Objektbeziehungen sowie der libidinösen und aggressiven Triebstrukturen. Kernbergs Klassifikation eröffnet damit die Möglichkeit einer stringenten, Struktur-Diagnostik der Charakterpathologie, das heißt die Möglichkeit, die verschiedenen Ebenen der Persönlichkeitsorganisation im Hinblick auf ihre strukturellen Integration beziehungsweise Desintegration zu erfassen. Damit lassen sich Persönlichkeitsstörungen nicht allein kategorial, sondern vor allem *dimensional*, das heißt hinsichtlich ihres Schweregrads, psychoanalytisch hinreichend klassifizieren (Kernberg 1996). Über Rosts entwicklungspsychologische Fixierungsstellen hinausgehend, liefert dieser Ansatz damit auch Kriterien für eine strukturbezogene Klassifikation der Persönlichkeitsorganisation suchtkranker Patienten. Von da aus wird es möglich, den Schweregrad von Suchtverläufen nicht nur suchtspezifisch zu klassifizieren (etwa anhand des Kapitels F1 der ICD), sondern auch persönlichkeitspezifisch, das heißt im Hinblick auf die zugrunde liegenden Störungen der Persönlichkeit.

Eine Erweiterung der Vorstellungen Kernbergs stellten in der Folge die Überlegungen des Arbeitskreises OPD (1998) dar, die schließlich zur Entwicklung der »Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik« (OPD) geführt haben. Das Instrument der OPD stellt ein multiaxiales Klassifikationssystem zur Erfassung psychischen Geschehens dar. Auf seiner Basis werden psychische Phänomene anhand von vier Achsen klassifiziert: als Krankheitserleben (Achse I), als Beziehungsgestaltung (Achse II), als Konfliktodynamik (Achse III) und als (Persönlichkeits-)Struktur (Achse IV). Die Achse V – Psychische und Psychosomatische Störungen – ist als Anschlussachse zur psychiatrischen ICD/DSM Diagnostik konzipiert und spielt für die psychodynamische Klassifikation keine Rolle. Die OPD erlaubt damit die psychodynamische Klassifikation von psychischen Störungen hinsichtlich der interpersonellen Beziehungsgestaltung sowie zugrunde liegender, zeitlich überdauernder »innerer unbewußter zeitüberdauernder Konflikte« (Arbeitskreis OPD 1998, S. 56) wie auch im Hinblick auf die strukturelle Integration der Persönlichkeit. Dabei wird das Konstrukt der psychischen »Struktur« von den Autoren als »eine für den Einzelnen typische Disposition des Erlebens und Verhaltens« (1998, S. 63) in den Bereichen Selbstwahrnehmung, Objektwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehr, Kommunikation und Bindung definiert, deren Funktionsniveau jeweils »gut«, »mäßig«, »gering« oder »desintegriert« sein kann. Insofern sich diesen Integrations- beziehungsweise Funktionsniveaus der Persönlichkeit psychopathologisch mit Kernberg (1996) auch verschiedenen Ebenen der Charakterpathologie zuordnen lassen, können mit Hilfe der OPD

suchtkranke Patienten nicht nur strukturell differenziert werden, sondern auch im Hinblick auf ihre interpersonelle Beziehungsgestaltung und ihre unbewussten Konfliktodynamik. Der Besonderheit des operationalisierten diagnostischen Ansatzes entsprechend, steht es dem Untersucher, der mit diesem Instrument arbeitet, nicht mehr frei, sein eigenes Vorverständnis etwa von psychischem »Konflikt« und psychischer »Struktur« zu verwenden, sondern er bleibt diesbezüglich auf die Operationalisierung dieser Konstrukte im Manual verwiesen. Mit der OPD steht damit ein Instrument zur Verfügung, das grundsätzlich eine differenzierte, reliable und valide psychodynamische Differenzialdiagnostik der Persönlichkeitsorganisation suchtkranker Patienten erlaubt. Besonders die Strukturachse IV erlaubt dabei auch begründete Annahmen über die spezifische *Funktion* des Suchtmittels im Rahmen pathologischer Persönlichkeitsorganisationen, etwa die Funktion der Enthemmung bei guter Integration, das heißt klinisch einem neurotischen Funktionsniveau; die Funktion der Aufrechterhaltung beziehungsweise Stabilisierung von Spaltungsprozessen bei geringer Integration sowie eine antipsychotische Funktion des Suchtmittel bei einem psychotisch desintegrierten Funktionsniveau. Die Frage ist aber, ob und in wieweit ein diagnostisches Instrument auch von der Komplexität der OPD *suchtspezifisch* genug ist, das heißt geeignet wäre, die Spezifität der Sucht diagnostisch zu erfassen.

Die Frage der Spezifität der Suchterkrankungen aus psychodynamischer Sicht

Lässt sich ein diagnostisches Kriterium angeben, das es erlauben würde, Suchterkrankungen so zu definieren, dass sie von anderen Störungsbildern abgrenzbar werden? Anders ausgedrückt, worin besteht das psychodynamisch Wesentliche des Suchtmechanismus?

Ein erster Versuch, die Spezifität süchtigen Geschehens herauszuarbeiten, war der von Heigl-Evers et al. (1981) unternommene Versuch, »suchtspezifische Objektbeziehungsmuster« zu identifizieren. *Suchtspezifisch* war nach ihrer Meinung ein dominantes Objektbeziehungsmuster der »permanent wirksame[n], unbewusste[n] Phantasie« einer inneren Beziehung von Selbst und Objekt, in der das Selbst beständig auf Anwesenheit und Verfügbarkeit des Objekts angewiesen bleibt, um sein psychisches Gleichgewicht regulieren zu können. Insofern verstehen die Autoren ein solches Beziehungsmuster als *Grundstörung* süchtigen Geschehens. Ätiologisch entspricht dem die Vermutung, dass in der Genese der Suchterkrankung

»möglicherweise schon sehr früh in der kindlichen Entwicklung zur Befriedigung von Triebwünschen Angebote gemacht wurden, die *unpersönliche Mittel zur Beseitigung von Unlustgefühlen beinhalteten*« (Heigl-Evers et al. 1981, S. 59 – Hervorh. D. N.).

In seiner später erschienen Arbeit (1996) hat Voigtel diese Überlegungen psychodynamisch präzisiert und weiterentwickelt. Im Unterschied zu Heigl-Evers et al. geht er dabei davon aus, dass der Süchtige sich gerade nicht dem realen oder imaginären *menschlichen Anderen* passiv überlässt, sondern dem Suchtmittel selbst als einem »Ding«. Ausgehend vom bereits beschriebenen Vorrang der psychologischen Funktion des Suchtmittels in der Suchtdynamik, sieht er diese Funktion wesentlich in der beruhigenden Eigenschaft des Suchtmittels infolge seines »dinglichen« Charakters und folglich seiner zuverlässigen »Verfügbarkeit«. »Süchtige«, so Voigtel, »ertragen die Enttäuschungen des Lebendigen nicht« (1996, S. 739). Der süchtige Ausweg angesichts einer fehlbaren menschlichen Mitwelt besteht demzufolge darin, sich unbelebten Objekten zu überlassen. Deshalb erkennt Voigtel die »*Überlassung an ein unbelebtes Objekt*« (S. 739) als den spezifischen psychodynamischen Modus des Suchtgeschehens. Diese Überlassung erfolgt im Zeichen der projektiven Zuschreibung menschlicher Qualitäten, die das Suchtmittel zum Träger der ersehnten Eigenschaften erhebt. Das Subjekt überlässt sich der Substanz in der Hoffnung, Linderung seiner Ohnmachts- und Verlassenheitsgefühle und Glück und Wohlbefinden zu erhalten. Wesentliches Merkmal dieser Bereitschaft zur *Überlassung* ist eine tiefgreifenden »*Passivität des Selbst*«, die für Voigtel zum Wesen der Sucht gehört (S. 735). Diese Passivität korreliert, wie er anhand einer gründlichen Revision der relevanten Literatur aufzeigt, mit einer mehr oder weniger generellen, *strukturellen Beeinträchtigung des Subjekts*, die je nach den leitenden theoretischen Vorstellungen als basale Verstimmung, Ich-Schwäche, narzisstisches Defizit oder autodestruktive Tendenz beschrieben wird. »Für die schweren Fälle von Sucht haben wir«, so Voigtel (S. 731), »einen Mangel an Selbstwertgefühl konstatiert, eine fehlende Ich-Fähigkeit, Affekte differenziert zu erleben und zu kommunizieren, diffuse Angst, ein Ohnmachts- und Schuldgefühl, schließlich Hass auf die eigene Unfähigkeit und Schlechtigkeit und, dazu passend, ein negatives Selbstbild.«

Ungeachtet der Tatsache, dass entsprechende strukturelle Beeinträchtigung sich auch bei anderen narzisstischen Störungsbildern finden, ist das entscheidende Kriterium welches die Sucht von diesen Störungen unterscheidet, »auch wenn sie ihr äußerlich sehr ähnlich sehen« die »die Hingabe an ein unbelebtes Objekt« (S. 733). Aus diesem Grund versteht Voigtel

Suchterkrankungen nicht einfach als Folge struktureller Defizite (wie etwa Kohut), sondern »im klassischen Freud'schen Sinne als Symptom einer Kompromissbildung«. Sucht ist nicht »nur das Ausfüllen eines narzisstischen Defizits oder eine gradlinige, vom Über-Ich geleitete Selbstzerstörung, sondern ein agierter Abhängigkeitswunsch (Trieb) und dessen Abwehr durch Verschiebung auf ein unbelebtes Objekt« (S. 739). Insofern dieser Vorgang der Verdrängung unterliegt, imponiert süchtiges Verhalten dann als »bewusstloser, zwanghafter Ablauf«. Damit gelingt es Voigtel, den Suchtmechanismus psychodynamisch stringent zu formulieren. Im Verhältnis zum Konzept einer *suchtspezifischen Objektbeziehung* erscheint seine Argumentation dabei psychodynamisch stringenter, da sie nicht nur die Passivität des Selbst gegenüber dem Objekt thematisiert, sondern darüber hinaus den spezifischen Modus der Suchtdynamik benennt.²

Exkurs: Suchterkrankungen im Verhältnis zu anderen Störungsbildern

Voigtels Vorschlag, die Psychodynamik der Sucht als »Überlassung an ein unbelebtes Objekt« zu definieren, liefert neben einem brauchbaren diagnostischen Kriterium zur kategorialen Bestimmung der Sucht auch ein dimensionales Kriterium, das heißt einen Hinweis auf ihren möglichen Schweregrad. Wenn »der psychische Zweck der Ausschaltung des Selbst und das Mittel der Überlassung an ein unbelebtes Objekt« (Voigtel 1996, S. 738) die Kriterien dafür sind, ob es sich bei einer bestimmten Verhaltensweise um eine Sucht handelt, oder nicht, dann lässt sich Sucht psychodynamisch von anderen Störungsbildern ebenso abgrenzen wie auch das Spektrum der Süchte differenzieren. Erfüllt werden diese Kriterien natürlich von den klassischen stoffgebundenen Süchten, wie Alkohol-, Medikamenten- und Drogensucht, aber auch von der Spielsucht, sofern hier Glücksspiele oder Spielen um Geld gemeint sind, das heißt, dass das Subjekt sich dabei passiv Zufallsmechanismen beziehungsweise einem hohen finanziellen Risiko aussetzt. Nicht erfüllt werden diese Kriterien, je mehr bei Spielaktivitäten »Geschicklichkeit und Können«, also Ich-Fähigkeiten ins Spiel kommen, und desto weniger also eine passive Auslieferung und

2 Dass Voigtel zur Erklärung des suchtspezifischen Modus auf die »wesentliche Passivität« des Selbst, also ein strukturelles Kriterium, rekurriert, zeigt, dass auch er strukturelle und dynamische Gesichtspunkte vermischt. Ich werde darauf unten im Zusammenhang mit der Diskussion der OPD eingehen.

ein »Abtöten des Selbst« stattfinden (S. 734). »Man könnte«, so Voigtel, »hier eine Reihe aufstellen, angefangen bei Spielen mit hohem Zufallsfaktor und geringer Geschicklichkeitsanforderung an den ›one-arm-bandits‹, dem Roulette und dem Würfeln, bis hin zu Spielen mit umgekehrten Faktoren, beispielsweise Billard oder Skat, wobei Spiele wie Poker oder normale Automaten Spiele dazwischen liegen« (S. 734). Insgesamt gilt, »dass alle mit Motivation, Aktivität und manchmal mit Anstrengung des Selbst verbundenen Abhängigkeiten [. . .], auch wenn sie der Abwehr von psychischen oder sozialen Konflikten dienen, keine Sucht sind« (S. 735). Das heißt, dass zwanghaftes Arbeiten, intensives Bodybuilding, Computerspiele beziehungsweise exzessives Lesen und/oder Tagträumen nicht die Kriterien der Sucht erfüllen. Erfüllt werden diese Kriterien für ihn auch nicht von zwei anderen Störungsbildern, die üblicherweise mit der Sucht assoziiert werden, nämlich den Essstörungen: von der Anorexie nicht, insofern hier die Selbstdisziplin des Subjekts erhalten bleibt und somit das Kriterium der Passivität verfehlt wird, und von der Bulimie nicht, insofern dabei eine Überlassung an das die mütterliche Versorgung repräsentierende Objekt, das Essen, »nur für Minuten« stattfindet. Weiterhin ermöglichen die genannten Kriterien von *Passivität* und *Überlassung* auch eine differenzierte Betrachtung des bereits von Sachs (1923) konstatierten Zusammenhangs von Sucht und Perversion. Auf diesen Zusammenhang rekurriert auch Voigtel, wenn er das unbelebte Suchtobjekt als »Fetisch« bezeichnet, dessen fetischistischer Charakter sich aus der ihm zugeschriebenen »Anziehungskraft und Macht« ergibt (S. 738). Geht man mit Cooper (1991, S. 23ff.) von einer »narzisstischen Basis der perversen Entwicklung aus«, wobei deren »Kerntrauma« im »Erleben einer schreckerregenden Passivität gegenüber der präödiptalen Mutter besteht, die als gefährlich, böse, übelwollend und allmächtig gesehen wird« dann kann eine Dynamik immer dann als »pervers« angesehen werden, »wenn eine Handlung oder Phantasie von der Verleugnung unbewusster Passivität beherrscht wird, und zwar mittels der dreifachen Phantasien von der Verdinglichung des Objekts, der Verdinglichung des Selbst und der Bewerkstelligung masochistischer Lust« (S. 33). Ausgehend von diesen drei »Grundphantasien« des perversen Subjekts, die Cooper als den »Kern« jeder Perversion ansieht, lassen sich die prinzipiellen Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Sucht und Perversion genauer bestimmen. Während es in der perversen Entwicklung primär zu einer phantasierten Verdinglichung des Anderen und des Selbst kommt, (s)einer imaginären »Dehumanisierung«, wie Cooper sagt, erfährt dies in der Suchtentwicklung eine Radikalisierung, insofern das Subjekt sich hier nicht mehr einem »dehumanisierten«, realiter aber immer

noch menschlichen Anderen überlässt, sondern sich in der Tat einem »Ding« ausliefert, dessen menschliche Attribute nur noch imaginär sind.

Für die sexuellen Perversionen trifft demzufolge zu, was Voigtel mit Blick auf die Bulimie feststellt: Sie erfüllen nicht die Kriterien der Sucht im engeren Sinne, wohl aber die einer »narzißtischen Störung mit süchtigen Anteilen« (S. 734). Dass Suchtmitteln Fetischcharakter, das heißt der Charakter eines fetischisierten Objekts zukommen soll, entspricht im übrigen auch der Auffassung J. McDougalls, die im Anschluss an Winnicott (1951) von Suchtmitteln als »pathologischen Übergangsobjekten« (1988, S. 72) spricht, die das Ergebnis gescheiterter positiver Internalisierungsprozesse sind. Dementsprechend korrespondiert die Wahl eines Suchtmittels »genau dem jeweiligen Entwicklungsstadium eines Subjekts, in dessen Verlauf eine Integration hilfreicher und gutartigere Introjekte gescheitert ist« (McDougall 1997, S. 270ff.). Wenn also die Entwicklung von Sucht und Perversion sich gleichermaßen auf das Scheitern entwicklungsfördernder Internalisierungen zurückführen lassen, imponiert die Sucht im Gegensatz zur Perversion jedoch als Fixierung auf ein »unbelebtes Objekt« anstelle eines süchtig benötigten menschlichen Anderen. Voigtel spricht demzufolge zu Recht vom Suchtmittel als einem umfassenden »Beziehungs-Fetisch« (S. 738).

In einer neueren Arbeit hat der italienische Psychoanalytiker Franco de Masi Perversionen als »Techniken zur Erzeugung einer Zustandes psychischer Erregung, die um ihrer selbst willen gesucht und kein Element von (menschlicher, D. N.) Bezogenheit enthält« (2003, S. 88). Sie entstehen de Masi zufolge durch einen »Rückzug« in den Körper: »Indem der Körper in einen Ort der Isolation und innerlich erzeugter Sensualität verwandelt wird, entdeckt der Patient, wie er seine Wahrnehmungsorgane mit Auto-Sensualität füllen kann [...]. Dies erzeugt einen »negativen Zustand« von Lust. Während dieser Verwandlung zieht sich der Patient omnipotent in seinen Körper zurück und wird zu einem »Embryo«. Das Erlebnis dieser Transformation im Körper entspricht wesentlich einem erfolgreichen Akt der De-Mentalisierung oder einer psychischen Enthauptung« (2003, S. 146). Mit Hilfe dieser Überlegungen ließe sich der spezifisch perverse Modus im Unterschied zur Sucht als einer Überlassung an den Körper beziehungsweise eine Überlassung an ein bestimmtes körperliche Genießen verstehen.

Was nun die Suchtentwicklung und ihren Schweregrad betrifft, wird von der strukturellen Disposition des Subjekts bestimmt, sich dem Suchtmittel passiv zu überlassen. »In einem umfassenden Sinne zeigt sich die Machtübernahme des Objekts darin, daß bei schwerer Sucht das Leben, einschließlich der Gedanken, um es herum organisiert ist« (Voigtel 1996, S. 733). Das heißt, dass Suchtverläufe psychodynamisch in dem Maße als

schwerer anzusehen sind, in dem die sozialen, privaten und beruflichen Vollzüge des süchtigen Subjekts zunehmend in den Hintergrund treten und stattdessen das unbelebte Suchtobjekt seine innere und äußere Welt progressiv in Besitz nimmt; zunächst punktuell im so genannten Kontrollverlust und in letzter Konsequenz total, das heißt im Akt seiner (Selbst-) Zerstörung im und durch den Rausch. Insofern erscheint auch der Suizid, ob intendiert wie im »goldenen Schuss« oder billigend in Kauf genommen wie etwa bei exzessiver Alkoholsucht, als durchaus logische und letzte Konsequenz des suchtspezifischen Modus der Überlassung des Subjekts an ein unbelebtes Objekt – indem es sich diesem im Sinne einer »Identifikation mit dem Aggressor« anverwandelt und somit selbst »unbelebt« wird.

Überlegungen zur Operationalisierung der Suchtdiagnostik

Der für die Sucht grundlegende Mechanismus der Hingabe an ein unbelebtes Objekt ist nach Auffassung von Voigtel sowohl konflikt-dynamisch wie auch strukturell zu verstehen: einerseits konflikt-dynamisch als Kompromissbildung als »agierter Abhängigkeitswunsch« und dessen »Abwehr durch Verschiebung« (Voigtel, S. 739), andererseits aber durch die Passivität des süchtigen Ich und somit als Strukturmerkmal der süchtigen Persönlichkeit. Auch wenn es damit gelingt, die spezifisch süchtige Psychodynamik hinreichend bestimmen, erweist sich diese Definition bei genauerer Betrachtung daher als letztlich unscharf, insofern beide Gesichtspunkte unausgesprochen konfluieren. Das wird deutlich, wenn Voigtel bezüglich der Bereitschaft, sich dem Suchtmittel passiv zu überlassen, auf Begriffe wie »basale Verstimmung« beziehungsweise »Ich-Schwäche« beziehungsweise »narzißtisches Defizit« rekurriert und somit die süchtige Passivität eben nicht nur konflikt-dynamisch in Begriffen von Trieb und Abwehr, sondern auch strukturell als Element der Persönlichkeitsorganisation versteht. Ungeachtet dieser begrifflichen Unschärfe lassen sich seine Überlegungen unter Rekurs auf das Instrument der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) präzisieren. Im Rahmen der OPD nämlich lässt sich Voigtels Kerngedanke, Sucht als »Kompromissbildung« auf der Basis einer tiefgreifenden, strukturellen Passivität des Subjekts zu verstehen, anhand der Achsen III (Konflikt) und IV (Struktur) erfassen. Dabei bereitet die Klassifikation der strukturellen Passivität des Ich/Selbst konzeptuell keine Schwierigkeit, insofern deren Merkmale sich anhand der Dimensionen der Strukturachse erfassen lassen. Das gilt so nicht für den suchtspezifischen Modus der Überlassung

an ein unbelebtes Objekt, da dieser Modus in seiner Spezifität von der Konfliktachse nicht abgebildet wird. Anhand dieser Achsen sollen nach dem Willen der Autoren zentrale, zeitliche überdauernde unbewusste intrapsychische Konfliktmuster abgebildet werden, nicht aber die Spezifität der Suchtdynamik. Dass die Anwendung dieser Achse im Rahmen der Suchtdiagnostik dennoch sinnvoll ist, ergibt sich grundsätzlich aus dem konfliktdynamischen Verständnis des Suchtgeschehens als unbewussten Abhängigkeitswunsch, der qua Verschiebung auf ein unbelebtes Objekt abgewehrt und somit »agiert« wird. Spezifisch für die Sucht ist also nicht der zugrunde liegende Abhängigkeitswunsch, sondern seine Abwehr durch die Verschiebung auf das Suchtmittel. Insofern nicht der Wunsch selbst, sondern seine abwehrbedingte Verarbeitung suchtspezifisch ist, erscheint die Annahme eines suchtspezifischen Konflikts sui generis gar nicht plausibel. Suchtspezifisch ist vielmehr der *Modus der Verarbeitung* dieses Abhängigkeitswunsches. Damit ist die Anwendung der Konflikt-Achse in der Suchtdiagnostik nicht nur grundsätzlich sinnvoll, sondern erlaubt darüber hinaus auch, den in der Sucht agierten Abhängigkeitswunsch anhand der in der OPD operationalisierten Konfliktmuster zu spezifizieren. Indem die auf diese Weise die Beziehung des Süchtigen zum Suchtmittel ausdrücklich zum Gegenstand der diagnostischen Aufmerksamkeit gemacht wird, kann gefragt werden, welche Art von Wunsch denn mit der Einnahme eines Suchtmittels abgewehrt werden soll: ein Wunsch nach symbiotischer Verschmelzung, nach materieller und/oder psychischer Versorgung, nach Selbstwertregulation, Unterwerfung und/oder Schuldentlastung? Entsprechend der besonderen Natur und Intention dieses Wunsches kann die der Sucht zugrunde liegende Konfliktodynamik dann genauer als Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt oder als Versorgungs-Autarkie-Konflikt, Selbstwertkonflikt, Unterwerfungs-/Kontrollkonflikt beziehungsweise Über-Ich/Schuldkonflikt identifiziert werden. Im weiteren lassen sich davon ausgehend auch Fragen nach dem Zusammenhang von Konfliktodynamik und Drogenwahl stellen. Schließlich ergeben anhand der zugrunde liegenden Konfliktodynamik auch Hinweise auf die Globalität der Suchtdynamik: vom Wunsch nach globaler Verschmelzung, das heißt völliger Überlassung des Selbst an das Suchtobjekt über seine weniger umfassende Versorgung bis hin zur noch punktuelleren Unterwerfung unter das Suchtmittel (etwa im Sinne der Verleugnung der Urheberschaft eigenen Handelns).

Wie bereits angedeutet, bereitet die Erfassung der strukturellen Passivität des süchtigen Ich anhand der Strukturachse (Achse IV) der OPD prinzipiell keine Schwierigkeiten. Operationalisiert wird das Konstrukt

der psychischen Struktur als »eine für den Einzelnen typische Disposition des Erlebens und Verhaltens« (OPD 1998, S. 63) in den Bereichen Selbstwahrnehmung, Objektwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehr, Kommunikation und Bindung, deren Funktionsniveau jeweils »gut«, »mäßig«, »gering« oder »desintegriert« sein kann. Anhand dieser Dimensionen kann die Persönlichkeitsstruktur des Süchtigen über die undifferenzierte Zuschreibung einer vermeintlichen Passivität hinaus im Einzelnen differenziert dargestellt, das heißt als strukturell verschieden integriert klassifiziert werden. Insofern sich die in der OPD beschriebenen Integrationsbeziehungsweise Funktionsniveaus der Persönlichkeit darüber hinaus auch den verschiedenen Ebenen der Charakterpathologie zuordnen lassen, wie sie Kernberg (1996) beschrieben hat, kann die süchtige Passivität dann *strukturspezifisch* als Ausdruck einer neurotischen, Borderline- beziehungsweise psychotischen Persönlichkeitsorganisation ausgewiesen werden. Damit eröffnet die OPD als Klassifikationssystem die Möglichkeit, den von Voigtel beschriebenen Modus der Überlassung an ein unbelebtes Objekt – als hinreichendes Kriterium der Suchtdiagnostik – strukturell zureichend zu differenzieren.³ Dass dieser Modus strukturell auf verschiedenen Integrationsniveaus (von gut integriert bis desintegriert) beziehungsweise Ebenen der Charakterpathologie wirksam werden kann, erlaubt es, an der Einheit des Suchtgeschehens, das heißt seiner psychodynamischen Spezifität gegenüber anderen Störungsbildern festzuhalten, ohne dabei die Verschiedenheit seiner Erscheinungsformen und Schweregrade aus dem Blick zu verlieren. Sucht wird auf diese Weise mehrdimensional: als Resultante unterschiedlicher, unbewusster Konfliktkonstellationen und verschiedener struktureller Integrationsniveaus der Persönlichkeit klassifizierbar.

Was die Anwendung der OPD im Rahmen der Suchtdiagnostik betrifft, erscheint danach zunächst nicht ihre störungsspezifische Adaption vorrangig zu sein (etwa durch die Kreierung einer suchtspezifischen Achse), sondern ihre gezielte Verwendung im Hinblick auf die der Sucht zugrunde liegenden Konflikt- und Strukturdimensionen, wie es hier (unter Ausklammerung der Beziehungsachse) geschehen ist. Daraus ergeben sich auch weiterführende Forschungsperspektiven. Etwa die klinisch relevante Frage nach der empirischen Korrelation zwischen Konflikt- und Strukturdimension, wie sie allgemein von Grande et al. (1998) sowie in einer eigenen Arbeit zur empirischen Erforschung des Patientenkollektivs einer Rehabi-

3 Etwas, was Voigtel mit dem Begriff der »Passivität des Selbst« nur ungenau zu leisten vermag.

litationsklinik für vorwiegend alkoholabhängige Patienten dargestellt wurde (Nitzgen u. Brünger 1999). Dabei zeigten sich sowohl bei Grande et al. wie auch in unserer Arbeit empirisch nachweisbare Zusammenhänge zwischen verschiedenen Konflikten und strukturellen Integrationsniveaus (etwa zwischen dem Vorliegen eines Abhängigkeits-Autonomie-Konflikts und einem tendenziell geringen Strukturniveau) wie auch signifikante Zusammenhänge zwischen bestimmten Konflikten und Störungsbildern. So gingen auch bei alkoholabhängigen Patienten neurotische Störungsbilder »verstärkt einher mit Versorgungs-Autarkie sowie Unterwerfungs-Kontrollkonflikten, während Persönlichkeitsstörungen eher mit Abhängigkeits-Autonomie- und Selbstwertkonflikten zusammenhingen« (Nitzgen u. Brünger 1999, S. 246). Auf diese Weise wird es möglich, die heterogene Population Suchtkranker diagnostisch weiter zu differenzieren und beispielsweise klinische »Subtypologien von Alkoholabhängigen« zu identifizieren, wie dies von der empirischen Forschung zur Wirksamkeit einer psychodynamisch orientierten Suchttherapie heute verstärkt gefordert wird (Kunzke et al. 2002, S. 64ff.).

Ausblick: Sucht als Abwehrorganisation

Wir waren davon ausgegangen, dass Sucht aus psychiatrischer Sicht als nosologische Einheit klassifizierbar ist, das heißt als Spektrum von Störungen, das um die Einnahme und die Folgen der Einnahme von Suchtmitteln gruppiert ist. Suchterkrankungen sind dabei mit hohen Komorbiditätsraten verbunden, vor allem mit Angst, Depressions- und Persönlichkeitsstörungen, ohne diagnostisch mit diesem identisch zu sein. So gibt es weder eine einheitliche »Suchtpersönlichkeit« noch eine spezifische, nur mit Sucht assoziierte psychische Erkrankung. Das bestätigt auch die psychodynamische Erfahrung, der zufolge Suchterkrankungen mit sehr verschiedenen Störungsbildern sowie verschiedenen unbewussten Konfliktkonstellationen und strukturellen Persönlichkeitsorganisationen einhergehen. Psychodynamisch ist Sucht danach stets ein Ineinander von Konflikt- und Strukturpathologie. Spezifisch an ihr ist, folgt man Voigtels Vorschlag, vor allem der *suchtspezifische Modus* der Überlassung an ein unbelebtes Objekt. Wenn dem so ist, welchen Charakter hat dieser Modus und folglich welchen Status hat die Sucht dann aus der Perspektive der Psychoanalyse? Greift man mit Voigtel die Überlassung des Süchtigen an das Suchtmittel im Kern als Abwehr eines Abhängigkeitswunsches durch Verschiebung, kann dieser Modus nicht auf einen einzigen (Abwehr-)Mechanismus redu-

ziert werden – allein schon deshalb nicht, weil dieser das Ineinanderwirken mehrerer Abwehrmechanismen impliziert: die Verleugnung realer Abhängigkeit vom Anderen, die unbewusste Projektion menschlicher Zuverlässigkeit und die Verschiebung des Abhängigkeitswunsches auf das Suchtmittel und schließlich die abwehrbedingte Verdrängung dieses Dynamik. Anstatt den suchtspezifische Modus isoliert als Resultat einer (scheinbar) einfachen Verschiebung zu begreifen, wie Voigtel dies tut, erscheint es plausibler, ihn als Ausdruck einer komplexen »Abwehrorganisation« (Hoffer 1954) zu verstehen (vgl. Nitzgen 2003). Dieser Begriff erscheint geeignet, die Komplexität der suchtspezifischen Abwehr zu erfassen, insofern er mittlerweile konflikt-dynamische und strukturelle Aspekte umfasst, etwa wenn zeitgenössische kleinianische Autoren damit eine »fixierte Struktur« von Abwehrmechanismen im Sinne einer strukturellen »Organisation« bezeichnen (Hinshelwood 1993, S. 546–556)⁴. So schreibt O’Shaughnessy: »Anders als einzelne, mehr oder weniger vorübergehend und immer wieder auftretende Abwehrmechanismen, die ein normaler Bestandteil der Entwicklung sind, entsteht die Abwehrorganisation als pathologische Fixierung« (1990, S. 377). Einmal gebildet, ist es, so O’Shaughnessy, diese Abwehrorganisation, die die Beziehungen zwischen dem Subjekt und seinen Objekten regelt. In diesem Sinne lässt sich die Fixierung auf ein Suchtmittel als organisierte Abwehr von Abhängigkeit und Bezogenheit verstehen, deren Kern der suchtspezifische Modus der *Überlassung* ist. Dazu passt im Übrigen auch die von Heigl-Evers et al. geäußerte Vermutung, dass in der Genese der Suchterkrankung »möglicherweise schon sehr früh in der kindlichen Entwicklung zur Befriedigung von Triebwünschen Angebote gemacht wurden, die unpersönliche Mittel zur Beseitigung von Unlustgefühlen beinhalteten« (1981, S. 59). Wie aufgezeigt, ist die Organisation der damit verbundenen Abwehr in dem Maße komplex, indem ihr jeweils unterschiedliche, unbewusste Konfliktkonstellationen zugrunde liegen können und überdies auch unterschiedlichen Ebenen beziehungsweise Niveaus der (strukturellen) Persönlichkeitsorganisation (neurotisch, borderline und psychotisch) entsprechen. Dabei bestimmt dann die je individuelle Kombination von Konflikt- und Strukturdimension Wahl, Wirkung und Funktion des Suchtmittels ebenso wie die Ausprägung, das heißt den Schweregrad, des Suchtgeschehens insgesamt. Die zentrale Aufgabe der psychodynamischen Suchtdiagnostik besteht danach vor allem darin, die

4 Wobei es in diesem Zusammenhang erwähnenswert ist, dass gerade die kleinianischen Autoren (Joseph, Meltzer, Rosenfeld und Steiner) immer wieder die enge Beziehung zwischen pathologischer (Abwehr-)Organisation und Sucht betont haben.

psychologische(n) Funktion(en) des Suchtmittels für den Süchtigen möglichst genau zu diagnostizieren: Welche unbewussten Konflikte werden durch dessen Einnahme »verarbeitet«, welche strukturellen Beeinträchtigungen beziehungsweise Defizite dadurch kompensiert? Dafür liefert derzeit das Instrument der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) einen klinisch bedeutsamen Beitrag.

Inhalt

Vorwort

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

Einführung

Klaus W. Bilitza: Suchtpsychotherapie – Einführung	13
--	----

Psychoanalytische Diagnostik der Sucht

Dieter Nitzgen: Psychoanalytische und psychiatrische Perspektiven einer Klassifikation der Suchterkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Frage der Komorbidität	31
Irene Helas: Profession und Screening-Funktion in der Suchthilfe . .	51

Methoden psychoanalytischer Suchttherapie

Wolf-Detlef Rost: Die ambulante Suchttherapie in der Praxis des Psychoanalytikers	67
Wolfgang Wöller: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie der Suchterkrankung	80
Klaus W. Bilitza: Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie und die psychotherapeutische Arbeit mit Gruppen in der Suchtklinik heute	93
Thomas Fischer: Gruppenpsychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen	111
Karl König: Großgruppen und Regression	132

Spezielle Fragestellungen der Suchtpsychotherapie

Léon Wurmser: Übertragung und Gegenübertragung bei Patienten mit Suchtproblemen	145
--	-----

Andreas Dieckman und Valentina Albertini: Psychoanalytisch-interaktionelle Suchttherapie in der Klinik – Erfahrungen mit einer einheitlichen therapeutischen Haltung	160
Uwe Büchner: Der Rückfall im diagnostischen und therapeutischen Prozess	179
Robert Bering, Gottfried Fischer und Luise Reddemann: Psychodynamische Traumatherapie und Suchtbehandlung	191
 Grenzen der Psychotherapie	
Wulf-Volker Lindner: Zur religiösen Dimension in der Suchtkrankentherapie	209
 Anhang	
Literatur	221
Stichwortverzeichnis	236
Die Autorinnen und Autoren	241