Zeitschrift: Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie

Herausgeber: Schweizerisches Nationalkomitee für geistige Gesundheit ; Arbeitsgruppe für Kriminologie

Band: - (1984)

Artikel: Zur psychofunktionalen Wirksamkeit von Rauschzuständen : Aspekte eines psychoanalytischen Theorieansatzes und seiner therapeutischen Konsequenzen

Autor: Ranefeld, Johannes

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1050905

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 12.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

ZUR PSYCHOFUNKTIONALEN WIRKSAMKEIT VON RAUSCHZUSTÄNDEN

Aspekte eines psychoanalytischen Theorieansatzes und seiner therapeutischen Konsequenzen

Johannes Ranefeld

1. EINLEITUNG

Rauschmittel sind psychofunktional wirksam, soziofunktional bedeutsam und biochemisch stoffwechselaktiv. Dementsprechend können Erklärungsmodelle für Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit sowie strategische Konzepte des Umgangs mit Drogenkonsumenten psychologische, soziologische, moralische und pharmakologische Ansätze vertreten (RANEFELD, 1981d). Die folgenden Überlegungen zur psychofunktionalen Wirksamkeit von Rauschzuständen sind thematisch auf einen psychologischen Ansatz eingegrenzt, wobei ein psychoanalytischer Standpunkt vertreten wird. Auf den Gebrauch einer psychoanalytischen Terminologie soll weitgehend verzichtet werden.

2. PSYCHOTROPE BANDBREITE UND PSYCHOTROPE GLEICHUNG

Drogen lösen im Menschen Rauscherlebnisse aus; sie vermitteln außergewöhnliche Erfahrungen, jedoch tragen sie solche nicht substanzspezifisch in sich (WEIL, 1972). Daher variieren subjektive Beschreibungen von Rauscherlebnissen nach Konsum derselben Droge von Mensch zu Mensch und beim selben Menschen in Abhängigkeit von seiner psychischen und sozialen Situation beträchtlich. Dieses Spektrum an möglichen Rauscherfahrungen berechtigt, jeder Droge eine "psychotrope Bandbreite" zuzusprechen, innerhalb welcher das subjektive Rauscherlebnis sich entfaltet. Jene Aspekte der psychotropen Bandbreite einer Droge, welche im Rauscherlebnis subjektiv und situativ realisiert werden, sind der Schlüssel zum Verständnis, wozu ein Mensch eine oder mehrere Drogen konsumiert, was er also aufgrund seiner psychischen Organisation subjektiv-situativ aus einer Drogenwirkung macht, machen kann und muß: "Nicht nur jede Art von Trunkenheit, ..., sondern auch jeder Grad dieses Zustandes, der seine besondere Tiefenmarkierung tragen sollte wie auf einer Landkarte die

verschiedenen Teile des Meeres, deckt in uns genau in der Schicht, in der er sich abspielt, einen besonderen Menschen auf" (PROUST, 1974, S.1473). Dieser "besondere Mensch" im Menschen entspricht einer trieb- und ich-psychologischen "Tiefenmarkierung", welche im Rausch erlebt wird und welche individuell und situativ eine unterschiedliche Anziehungskraft ausübt. Die individuelle Gefährdung eines Menschen durch eine oder mehrere Drogen stellt sich hiermit dar als seine latente oder manifeste psychische Abhängigkeit von spezifischen Rauscherfahrungen. Die Erfahrungen und Erwartungen, die ein Mensch an einen Rauschzustand knüpft (RANEFELD, 1981 b) sind Teil einer "psychotropen Gleichung" (vgl. LEWIN, 1924, 1980, "toxische Gleichung"), in der subjektives Rauscherlebnis und individuelle Drogengefährdung miteinander verknüpft werden sollen. Der vorliegende psychoanalytische Ansatz versucht - ohne Anspruch auf Vollständigkeit - einige der relevanten psychischen Faktoren dieser psychotropen Gleichung zu skizzieren. Auf eine detailreichere klinische Studie sei hier hingewiesen (RANEFELD, 1981 a).

3. RAUSCHZUSTAND UND NEUROTISCHER KONFLIKT

Nach dem historisch älteren psychoanalytischen Theorieansatz zur psychischen Funktion von Drogen (S.FREUD, 1898, K.ABRAHAM, 1908, S.FERENCZI, 1911, S.RADO, 1926) greifen psychoaktive Substanzen derart in das sexuelle und aggressive Erleben ein, daß sie Triebbefriedigung ermöglichen und erleichtern, vermeiden und ersetzen, den Ablauf des Triebgeschehens intensivieren oder dämpfen, in seiner Qualität verändern. Dieser triebökonomischen Regulation des Lustprinzips entspricht der Einfluß von Rauschmitteln auf die affektive Befindlichkeit eines Menschen: Affekte sind mit der Funktions- und Erlebnisweise triebhafter Abfuhrvorgänge verknüpft; sie sind Ausdruck mehr oder minder vollständiger bzw. gehemmter - vom Ich und Über-ich unter Einfluß des Realitätsprinzips modifizierter - Abfuhr (E.JACOBSON, 1978).

Die Attraktivität von Drogen für neurotische Menschen mit rigiden Tabuvorstellungen hat bereits FERENCZI (1911) als "palliative Selbstbehandlung durch Zensurvergiftung" beschrieben. Durch die funktionale Drogenwirkung auf die Kontrolle von Triebimpulsen und Tabusvorstellungen gelingt dem neurotisierten Individuum rauschmittelerleichterte Triebabfuhr. Zusätzlich haben Drogen eine entsublimierende Funktion (ABRAHAM, 1908, FERENCZI, 1911). Diese bewirkt, daß insbesonders bei neurotisch gehemmten Menschen eine deutliche Akzentverschiebung im Charakter der Sexualitäts- und Aggressionsentfaltung auftritt. So werden z.B. selektiv bisher tabuisierte, abgewehrte sexuelle Teilstrebungen qualitativ erlebbar und vermitteln bei nicht allzu großer Rauschtiefe einen Lustzuwachs im Sexualempfinden, den einer meiner Patienten einmal als Stereoeffekt bezeichnet hat (RANEFELD, 1981 a).

Diese Intensivierung erotischer Teilstrebungen, die zum Teil weder männlich noch weiblich bestimmt sind, vermag nicht nur das Sexualerleben zu bereichern; sie erleichtert bei neurotisierten Menschen, denen das Erreichen eines genita-

len Orgasmus verwehrt ist, u.U.über diesen prägenitalen Erregungszuwachs das Erlebnis genitaler Endlust.

Das Einwirken von Rauschmitteln auf sexuelles und aggressives Erleben und Verhalten ermöglicht es neurotisierten Individuen, Defizite ihrer Erlebnisfähigkeit und ihres Verhaltensrepertoires unter Drogeneinfluß zu überwinden. Hingegen ist der Transfer dieser erweiterten Lebensmöglichkeiten auf die von Drogen unbeeinflußte psychosoziale Situation häufig unbefriedigend (RANEFELD, 1977, SPRINGER, 1977). So werden neurosebedingte Defizite rauschmittelinduziert von ihrem manifesten Niveau auf ein latentes verschoben; im rauschmittelfreien Intervall hingegen werden diese Erlebnis- und Verhaltensdefizite neuerlich manifest. Neurotisierte Menschen sind umso rauschmittelgefährdeter, je ausschließlicher sie in ihrem aggressiven und sexuellen Erleben und Verhalten von einer Drogenwirkung abhängig sind. Sinngemäß gleiches gilt für heranwachsende Menschen in der Adoleszenz. In dieser phasenspezifischen Entwicklungsperiode lernt der junge Mensch mit seinen sexuellen und aggressiven Triebstrebungen umzugehen. Sind diese Lernvorgänge beträchtlich mit Drogenkonsum assoziiert und durch eine vorangegangene neurotische Entwicklung an sich erschwert, so bleibt das drogenassoziiert erworbene Erlebnis- und Verhaltensrepertoire als latentes Defizit psychosozial wirksam und bahnt die Entwicklung einer psychischen Rauschmittelabhängigkeit.

Schließlich ermöglichen Rauschmittel das Vermeiden oder den Ersatz von sexuellen und aggressiven Teilstrebungen, welche für das Individuum besonders tabuisiert sind, durch bewußt-unbewußte subjektive Steuerung insbesondere der Rauschtiefe. Auf einem regressiven Erlebnisniveau, das einem diffusen Wohlgefühl der Wärme und Sättigung entspricht, können sexuelle und aggressive, mit Angst und Schuld verbundene Triebansprüche vermieden oder ersetzt werden (vgl.S. RADO: "pharmakogener Orgasmus", 1926).

Somit ist Rauschmittelkonsum konfliktorientiert, gegen ein Trauma gerichtet, aufzufassen. Die Droge greift derart in den neurotischen Konflikt ein, daß eine innere und/oder äußere Reizgröße und Reizqualität, die vom Ich in seiner relativen und spezifischen Hilflosigkeit nicht bewältigt werden könnte, bewältigt werden kann. Diese Überlegungen leiten bereits zum folgenden Abschnitt über.

4. RAUSCHZUSTAND UND PATHOLOGISCHER NARZISSMUS

Bei einer Persönlichkeitspathologie, die in der psychoanalytischen Literatur (KOHUT, 1976a, KERNBERG, 1978) als narzißtische Persönlichkeitsstörung bzw. als pathologischer Narzißmus beschrieben wird, besteht eine besondere Neigung zu "existentiell-affektiven" Verstimmungszuständen, welche als Folge des Zusammenbruchs einer Homöostase-Regulation des Selbstgefühls aufzufassen sind. Diese Homöostase-Regulation gewährleistet im Sinne eines energetisch-ökonomischen Konstanzprinzips die Errichtung und Erhaltung eines

adäquaten Mittelbereichs psychischer Spannung (JACOBSON, 1978, S.17-58) und kann als Schutz vor Über- und Unterstimulierung verstanden werden - als Schutz vor der "narzißtischen Krise" und dem "narzißtischen Vakuum" (RANEFELD, 1981a,c).

Funktional ist die "narzißtische Krise" gekennzeichnet durch die Unfähigkeit, sich vor äußerer und innerer Reizüberflutung zu schützen. Subjektiv wird das Bewußtwerden eigener Unfähigkeit in einer unsensiblen bis feindlichen Umwelt als bedrohliche und kränkende Schutzlosigkeit erlebt. Daher geht die narzißtische Krise einher mit der affektiven Symptomatik peinvoller Ohnmacht und Scham, selbstdestruktiver Wut, Neid auf alles Starke, Gebende, Schützende. Zum Schutz vor der narzißtischen Krise bedient der narzißtisch gestörte Mensch sich instrumentell bestimmter Teile seiner Umwelt - z.B. Bezugspersonen, Sekten, Drogen. Als Bezugsperson eines narzißtisch gestörten Menschen wird man einerseits idealisiert, mit beinahe omnipotenten magischen Fähigkeiten ausgestattet; andererseits fühlt man sich benützt, in allen Äußerungen kontrolliert und unfrei und wird, falls man nicht so reagiert, wie vom anderen erwartet, fallengelassen und entwertet. Neigt ein narzißtisch gestörter Mensch zum Gebrauch von Drogen, so bedient er sich ihrer in gleicher Weise als Abwehr einer unsensiblen Umwelt und einer unzuverlässigen Innenwelt. In der Erfahrung, eine psychofunktional omnipotente Substanz zu besitzen und zu kontrollieren, wird die Aktivierung eines grandiosen Größen-Selbst (KERNBERG, 1978, S.303/304) erleichtert: "Mit der Droge habe ich mich im Griff und die Droge habe ich im Griff" (RANEFELD, 1981b) bzw. "Gott ist eine Substanz" (zitiert nach LEWIN, 1980, S.114).

Dieses Oszillieren zwischen narzißtischer Krise und grandiosem Größen-Selbst ist typisch für die psychosoziale Dynamik des narzißtisch gestörten Menschen: Das Größen-Selbst ist hochgradig realitätsanfällig. Daher werden bei Gefahr für das Größen-Selbstkonzept die Realitätsbezüge im narzißtischen Rückzug gelockert, was im Einzellfall psychotischen Episoden gleicht. Rauschmittel erleichtern durch die begleitende Ich-Regression den narzißtischen Rückzug und dienen so der Stabilisierung des Größen-Selbst.

Funktional ist das "narzißtische Vakuum" gekennzeichnet durch das Fehlen stimulierender, belebender innerer Reizquellen und durch die Unfähigkeit, an äußeren Reizquellen satt zu werden. Letzteres hat zum Vergleich mit Nahrungsaufnahme bei einem Menschen mit weit offener Magenfistel inspiriert (KOHUT, 1976b). Subjektiv ist das narzißtische Vakuum gekennzeichnet durch die affektiv-existentielle Trias aus Leere, Leblosigkeit und Sinnlosigkeit. Langeweile und Rastlosigkeit induzieren im Sinne einer Abwehr die Suche nach stimulierenden äußeren Reizquellen. Eine Droge ist eine magisch-omnipotente Energiequelle, mit der symbiotische Verschmelzung möglich ist. Der Besitz einer mächtigen Substanz und die exhibitionistische Kontrolle über sie aktiviert das grandiose Größen-Selbst, welches als innere Energiequelle stimuliert. Die durch die Drogenwirkung gelockerten Realitätsbezüge stabilisieren das Größen-Selbst durch Schutz vor erschütternden Realitätseinbrüchen. Die unter Rauschmitteleinfluß erleichterte aggressive und/oder sexuelle Triebabfuhr wirkt überdies selbststimulierend und bestätigt das grandiose Größen-Selbstkonzept. Das

Wissen um den Besitz einer Droge wirkt auch im drogenfreien Intervall narzißtisch regulierend.

Die instrumentelle Funktion eines Rauschmittels beim pathologisch narzißtischen Menschen ist also, durch symbiotische Verschmelzung mit einer magisch-omnipotenten Instanz bzw. durch Aktivierung des grandiosen Größen-Selbst das Bewußtwerden des "anderen Selbst" zu vermeiden: "eines hungrigen, leeren, einsamen Selbst inmitten einer Welt bedrohlicher, sadistisch frustrierender und rachsüchtiger Objekte" (KERNBERG, 1978, S.355).

5. THERAPEUTISCHE FOLGERUNGEN

Auch in einem stationären Langzeittherapieprogramm (PERNHAUPT, 1981, 1980) über 8-12 Monate ist die Gesamtzahl von 50-80 Einzelpsychotherapiesitzungen und ebenso vielen Gruppentherapien nicht ausreichend, um jene grundlegenden Veränderungen in der Persönlichkeitspathologie der Patienten herbeizuführen, die nach langjährigen Psychoanalysen narzißtisch gestörter Menschen beschrieben werden (vgl. KOHUT, 1974, KERNBERG, 1978). Folgt aus diesen Überlegungen ein Psychotherapiepessimismus, so bietet sich ein soziotherapeutisches Konzept an. Auch ein der Verhaltenstherapie verbundenes soziotherapeutisches Konzept (Verstärkung, Modell-Lernen, Gegenkonditionierung) wird aber an den Folgen der narzißtischen Persönlichkeitspathologie und an den resultierenden typischen Beziehungsstörungen im Hier und Jetzt der zwischenmenschlichen Auseinandersetzung nicht vorbei kommen: Narzißtische Krise und narzißtischer Rückzug werden bei freiwilligen Therapieprogrammen zum Behandlungsabbruch führen und der dadurch drohenden Patientenfluktuation wird durch besondere Selektion in der Vorbetreuung gegenzusteuern sein. Neben Scham, Wut, Neid und Ohnmacht werden die Symptome des narzißtischen Vakuums (Leere, Leblosigkeit, Sinnlosigkeit) der Motivationsarbeit in sozialtherapeutischen Programmen Grenzen setzen. Trotzdem: Ist der Soziotherapeut zu einer introspektiv-emphatischen Arbeitshaltung fähig und sind seine Patienten ausreichend vorselektiert, so kann ihnen der Tagesablauf in eine Abfolge überschaubarer, strukturierter und motivierender Situationen gegliedert werden, in denen die Beziehungsstörungen im Hier und Jetzt der zwischenmenschlichen Auseinandersetzung schonend erlebt und überlebt werden können und die Ich-Funktionen des Patienten im Meistern dieser Situationen gestärkt werden können. Die Kunst dieser Technik des psychosozialen Problemlösens im Hier und Jetzt ist an die Fähigkeit des Soziotherapeuten zu Introspektion und Empathie gebunden: Die introspektive Wahrnehmung der eigenen Gefühlswelt ermöglicht die sinngerechte Deutung von Signalen des anderen, den gefühlsmäßigen Rückschluß auf seine Innenbefindlichkeit, die der Wahrnehmung durch die Sinne allein nicht zugänglich ist (ROHDE-DACHSER, 1980). Erst dadurch ist der Betreuer fähig, immer wieder jenen situativen Schweregrad von Konflikten und Aufgaben zu schaffen, der einerseits Übung neuer Ich-Funktionen erlaubt (vgl. BLANCK, 1978), andererseits aber nicht den narziß-

tischen Rückzug des Patienten durch Kränkung, Ohnmachtsgefühl und Wut provoziert.

Die Wirksamkeit eines solchen soziotherapeutischen Konzeptes steigt, falls die behandelnde Institution dem Patienten ein Elitebewußtsein vermitteln kann und sich zur symbiotischen Idealisierung eignet. Sozial akzeptabler Exhibitionismus und Verschmelzung mit einer schützenden starken Instanz stabilisieren das Größen-Selbst und wirken gegen narzißtische Krise und Vakuum. Gegen Ende der Behandlung soll in der Ablösungsphase diese "institutionelle Symbiose" über eine Reihe "optimaler Frustrationen" zur Individuation führen (vgl. MAHLER et al., 1978). Unter optimalen Frustrationen sind solche zu verstehen, die nicht zum Beziehungsabbruch, sondern über den Prozeß der "umwandelnden Verinnerlichung" zur Übernahme von psycho-sozialen Eigenschaften vom idealisierten Objekt über psychische Strukturbildung führen (KOHUT, 1976, S.56-76, insbes. S.70).

Ergänzt man trotz der eingangs erwähnten Einschränkungen ein solches soziotherapeutisches Konzept gruppentherapeutisch, so ist die Beziehung des Patienten zum Therapeuten und den Mitpatienten im Hier und Jetzt der Gruppe ins Zentrum des therapeutischen Geschehens zu stellen. Im Verlauf der mikrosozialen Gruppenprozesse wird im Wechsel strukturierter gruppendynamischer Übungen und unstrukturierter analytisch orientierter Abschnitte (nach S.H. FOULKES, 1974) "das mißglückte sich-zueinander Beziehen in das Zentrum der Behandlungsbemühung" (HELLWIG, 1979, S.13) gerückt. Erfahrungsgemäß akzentuiert der aktuelle Beziehungskonflikt in der Gruppe in den unstrukturierten Gruppenphasen stärker die existentiell-affektive Symptomatik des narzißtischen Vakuums; die gruppendynamischen Übungen provozieren besonders die affektiven Symptome der narzißtischen Krise. Im Gegensatz zu einer auf ein bestimmtes Arbeitsziel ausgerichteten Beschäftigungsgruppe fehlt die psychische Abschirmung durch die Struktur eines bestimmten Arbeitsprogrammes. Die in einer Arbeitsgruppe zumeist latent bleibenden psychosozialen Beziehungen zum einzelnen Gruppenmitglied und zur Gruppe als Ganzes werden in der Gruppenpsychotherapie evident. "Gruppenanalyse interessiert sich nicht so sehr dafür, wie Menschen so wurden, wie sie sind, sondern für die Frage: Was ändert sie, oder was hindert sie, sich zu ändern?" (S.H.FOULKES, 1974, S.124).

Die Handhabung der therapeutischen Gruppensituation erfordert eine noch differenziertere, ausgeprägtere introspektiv-emphatische Arbeitshaltung des Gruppentherapeuten als sie für den Soziotherapeuten gefordert wurde, um den narzißtischen Rückzug des (überforderten) Patienten zu vermeiden.

Was die im Abschnitt 3 beschriebene psychosexuelle Vulnerabilität neurotischer Patienten betrifft, so ist eine tiefergehende Bearbeitung sexueller Störungen in der Gruppe erfahrungsgemäß nicht zu erwarten. Dies hängt zweifellos auch damit zusammen, daß diese Psychotherapiegruppen in einer gemischtgeschlechtlichen therapeutischen Wohngemeinschaft stattfinden und die Patienten nicht ohne Grund annehmen, daß das Gruppengeschehen in das Alltagsleben der Gemeinschaft hineinwirkt. Trotzdem läßt sich bei einer weiblich-männlichen Doppelführung der Gruppe und ihrer gemischtgeschlechtlichen Zusammensetzung

das Agieren psychosexueller Konflikte beobachten und deuten, wobei konsequente Deutung psychosexuellen Agierens schließlich auch das Erinnern historischer Situationen fördern kann.

Die Ergänzung der Soziotherapie und Gruppenpsychotherapie durch 50-80 analytische Einzelpsychotherapien darf - wie bereits erwähnt - nicht Erwartungen wecken, wie sie bei einem psychoanalytischen Verfahren berechtigt wären. In der Einzeltherapie wird anfangs die Empfehlung gegeben, über das Hier und Jetzt in der therapeutischen Situation zu assoziieren. Indem abgeraten wird, Ereignisse aus der Vergangenheit oder Pläne für die Zukunft mitzuteilen, außer in ihrer Bedeutung für die aktuelle therapeutische Beziehung, entsteht eine unstrukturierte Situation, in der Symbiosewunsch und Symbioseangst verbal und averbal (Mimik, Art des Blickkontaktes, Körperhaltung und -bewegung) dargestellt wird. Was der Entwicklung einer guten, schützenden und stärkenden Beziehung dient, sollte nicht gedeutet werden; lediglich die Tendenzen zum narzißtischen Vakuum und zur narzißtischen Krise innerhalb der therapeutischen Diade sollen konsequent untersucht werden; allerdings ist jedoch jede auffällige Verstärkung der Idealisierung des Therapeuten u.U. ein Hinweis auf eine Reaktionsbildung gegen Neid auf ihn und seine Entwertung (z.B. "Sie sind der beste Therapeut; aber ich bin so kaputt = stark, daß Sie mir mit all Ihren Fähigkeiten nicht helfen können.").

Gelingt die symbiotische Beziehung mit der schützend-stärkenden Instanz, so werden Versuche der Introspektion möglich. Jede Introspektion ist gleichzeitig ein Spannungszuwachs, dem eine agierende Abfuhr in der beschriebenen einzeltherapeutischen Situation weitgehend verwehrt ist (vgl. KOHUT, 1977) und der vom Therapeuten im Sinne einer Instanz, die als innerer/äußerer Reizschutz zu beruhigen vermag, abgefangen wird. Da jede Verbesserung der Introspektion die Empathiestörung der Patienten verringert (KOHUT, 1977), bedeuten die unter therapeutischem Schutz erfolgenden Introspektionsversuche eine Grundlage verbesserter Beziehungsfähigkeit. Da der therapeutische Schutz nicht vollkommen sein kann, geschehen im Verlauf der diadischen Beziehung optimale Frustrationen, in denen der Reizschutz durch den Therapeuten nicht ganz ausreicht. Dies regt den Patienten offensichtlich dazu an, einen Teil der schützenden Aspekte des Therapeuten im Verlauf der introspektiven Prozesse selbst zu übernehmen.

Thematisch beziehen sich diese introspektiven Vorgänge anfangs nur auf die Beziehung zum Therapeuten im Hier und Jetzt mit lediglich seltenen, erst im späteren Therapieverlauf häufigeren Erinnerungen an historisch ähnliche Konstellationen in früheren Diaden.

Sind Therapeut und Patient verschiedenen Geschlechts, werden Symbiosewünsche und -ängste von anfang an sexualisiert, was insbesonders die Symbioseängste reduziert und die Wünsche leichter verbalisierbar macht. (Ein sexuelles Agieren von Symbiosewünschen und -ängsten prägt die psychosoziale Dynamik der therapeutischen Gemeinschaft und muß, wenn es nicht nur durch Verbote unterdrückt werden soll, gedeutet und bearbeitet werden.) Weniger narzißtisch gestörte Menschen sexualisieren die therapeutische Situation minder rasch und nicht so umfassend.

Einzel- und Gruppentherapie vermindert die Notwendigkeit, die Kriterien der Patientenselektion für stationäre Behandlungseinrichtungen allzu streng zu formulieren. Auch brauchen die eine therapeutische Gemeinschaft belastenden Aspekte psychosozialer Dynamik nicht nur durch Außenkontrolle unterdrückt werden; sie können zugelassen werden und sind damit einer Veränderung zugänglich.

Ob im Verlauf der 50-80 Einzeltherapien der Übergang von der symbiotischen Beziehung zur empathischen in die Wege geleitet werden kann, kann nur im therapeutischen Einzelfall entschieden werden. Im Gegensatz zur symbiotischen Beziehung mit manifestem Größen-Selbst, bei "gleichzeitig ängstigender und beseligender Selbstaufgabephantasie", ist die empathische Beziehung gekennzeichnet durch den "Wunsch, in den eigenen Gefühlen vom anderen Menschen verstanden und akzeptiert zu werden" (ROHDE-DACHSER, 1980, S. 32). Das Ausmaß des Wandels im Beziehungswunsch bestimmt die Behandlungsprognose.

6. ZUSAMMENFASSUNG

Drogen sind affektaktive Substanzen, indem sie narzißtisches Gleichgewicht, aggressives und sexuelles Triebgeschehen - und damit das affektive menschliche Erleben - beeinflussen: "Narzißtische und erotische Befriedigung fallen im Rausch sichtbar zusammen. Und dies ist der entscheidende Punkt" (FENICHEL, 1945, S. 261). Zur Darstellung kamen einzelne, das Sexualerleben betreffende Aspekte der Einwirkung von Rauschzuständen auf die triebökonomische Regulation des psychischen Lustprinzips, sowie Aspekte des Drogeneinflusses auf die homöostatische Selbstgefühl-Regulation des psychischen Konstanzprinzips. Indem einige "neurotische" und "narzißtische" psychosoziale Erlebnis- und Verhaltensdispositionen skizziert wurden - wobei auf eine Darstellung der verursachenden psychischen Strukturen und Prozesse und auf Verwendung einer psychoanalytischen Terminologie weitgehend verzichtet wurde - konnte eine psychofunktionale Relation zwischen subjektiv-situativem Rauscherlebnis und individueller Drogengefährdung hergestellt werden ("psychotrope Gleichung"). Auf entsprechende religiös-mystische, soziale und biochemische Relationen wurde nicht eingegangen. Psychofunktional sind Rauschsyndrome, neben anderen Formen trieb- und ich-psychologisch beschreibbarer Trunkenheit (z. B. Ekstase, Orgasmus, Meditation), dem Menschen kollektiv und individuell mehr oder minder notwendige Hilfsmittel zur psychohygienisch wesentlichen psychosexuellen und narzißtischen Regression. Psychosozial sind Rauschmittel nach innen und nach außen abschirmender Reizschutz, von innen und außen stimulierende Reizquelle. Rauschmittelabhängigkeit ist psychofunktional die Folge einer relativen Insuffizienz der psychischen Organisation, ausreichend psychosozialen Reizschutz und psychosoziale Reizstimulation zu gewährleisten, so daß sich der betroffene Mensch instrumentell psychoaktiver Substanzen bedient.

Die sich aus diesem Theoriekonzept ergebenden therapeutischen Folgerungen wurden im Hinblick auf ein, auf Freiwilligkeit beruhendes, stationäres Langzeittherapieprogramm (8-12 Monate) formuliert.

In der Einzelpsychotherapie, die für 50-80 Sitzungen konzipiert ist, ist der Psychotherapeut symbiotischer Reizschutz und stimulierende Reizquelle. In der therapeutischen Situation, die das "Sich-aufeinander-Beziehen im Hier und Jetzt" akzentuiert, hilft der Psychotherapeut dem Patienten, Introspektion trotz des damit verbundenen Spannungszuwachses zu ertragen. Introspektion ist die Voraussetzung für Empathie und leitet damit einen Wechsel von der symbiotischen zur empathischen Beziehungsform ein. Auf die Neigung zur Sexualisierung symbiotischer Abhängigkeitswünsche und -ängste wurde hingewiesen. Das gruppentherapeutische Konzept in einer gemischtgeschlechtlichen therapeutischen Wohngemeinschaft wird dieser engen Verknüpfung aggressiven, sexuellen und narzißtischen Strebungen Rechnung tragen müssen, indem auf einer psychosozialen Ebene der psychische und soziale Nutzen sog. "dysfunktionalen" Verhaltens im Hier und Jetzt erarbeitet wird. Der Soziotherapeut wird - in Kenntnis der narzißtischen und neurotischen Grenzen der Patienten - in einer introspektiv-empathischen Arbeitshaltung jenen Schweregrad psychosozialer Situationen herbeiführen und zulassen, der neue Ich-Funktionen des Patienten ausformt, jedoch nicht zum narzißtischen Rückzug führt.

Literatur

Abraham, K. (1908): Die psycholog. Beziehungen zwischen Sexualität und Alkoholismus. In: Psychoanalyt. Studien II, Fischer 1971.

Blanck, G.u.R.: Angewandte Ich-Psychologie, Klett, 1978.

Fenichel, O. (1945): Psychoanalytische Neurosenlehre, Olten 1975.

Ferenczi, S. (1911): Alkohol und Neurosen. In: Schriften zur Psychoanalyse I, Fischer 1970.

Foulkes, S.H. (1955): Gruppenanalytische Psychotherapie, Kindler 1974. insbes. S. 94-134.

Freud, S. (1898): Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen. In: Studienausgabe V, Fischer 1972.

Hellwig, H.: Zur psychoanalytischen Behandlung von schwergestörten Neurosekranken, Vanderhoeck u. Ruprecht, 1979.

Jacobson, E. (1971): Zur psychoanalytischen Theorie der Affekte. In: J.E.: Depression, Suhrkamp 1978.

Kernberg, O.F. (1975): Borderline-Störungen und patholog. Narzißmus, Suhrkamp, 1978.

Kohut, H. (1959): Introspektion, Empathie und Psychoanalyse, Suhrkamp 1977.

Kohut, H. (1971): Narzißmus. Suhrkamp 1976.

Kohut, H.: Vorwort zu J.v.Scheidt: Der falsche Weg zum Selbst, Kindler 1976.

Lewin, L. (1924): Phantastica, Volksverlag unter den Linden, 1980

Mahler, M. et al. (1975): Die psychische Geburt des Menschen, Fischer 1978.

Pernhaupt, G.: Fünf Jahre Drogentherapie in Kalksburg. In: Schriften zur Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie, Heft 5/80, Abteilung für Forensische Psychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien.

Pernhaupt, G.: Möglichkeiten und Grenzen der Entwöhnung Drogensüchtiger. In: Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung, 82.Jahrgang, Heft 11.

Proust, M.: Auf der Suche nach der verlorenen Zeit, Suhrkamp 1974, S.1473.

Rado, S. (1926): Die psychische Wirkung der Rauschgifte, Int.Z.Psa. 12, 540.

Ranefeld, J. (1977): Verhaltenstherapie bei Abhängigkeit von Sucht- und Rauschmitteln, Seminarskriptum (23.4.1977) der österreichischen Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie, Psychiatrische Universitätsklinik Wien.

Ranefeld, J. (1980a): Aspekte eines psychoanalytischen Behandlungsansatzes für Heroinabhängige. In: Schriften zur Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie, Heft 12-13/1981, Abteilung für Forensische Psychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien.

Ranefeld, J. (1980b): Einige Schwierigkeiten beim behandlungsorientierten Umgang mit patholog.narzißtischen Menschen. In: Schriften zur Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie, Heft 12-13/1981, Abteilung für Forensische Psychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien.

Ranefeld, J. (1981a): Erwartungen, verknüpft mit dem Rausch. In: Schriften zur Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie, Heft 14/1981, Abteilung für Forensische Psychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien.

Ranefeld, J. (1981b): Konzepte des Umgangs mit Konsumenten illegaler Rauschmittel. In: Schriften zur Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie, Heft 15/1981, Abteilung für Forensische Psychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien.

Rohde-Dachser, Ch.: Frühkindliche Traumatisierung durch Ausfall des empathischen Objektes. In: Ruth Naske (Hrsg.): Aufbau und Störungen frühkindlicher Beziehungen zu Mutter und Vater, Hollinek, Wien, 1980.

Springer, A.: Zur Sexualpathologie Suchtkranker. In: Suchtverhalten und Geschlechtlichkeit, Hollinek, Wien, 1977.

Weil, A. (1972): Das erweiterte Bewußtsein. Deutsche Verlagsanstalt Stuttgart.

RESUME

Les drogues, en influançant l'équilibre narcissique, les instincts aggressifs et sexuels et ainsi la façon de ressentir les émotions, sont des drogues actives sur l'affect: "Les satisfactions narcissiques et érotiques coïncident dans l'état d'ivresse. Et c'est cela le point crucial." (FENICHEL, 1945, 1975, S.261). L'auteur décrivit certains aspects de l'influence des états d'ivresse sur la régulation du principe psychique hédonistique régit par l'économie des instincts, en se limitant néanmoins au point de vue de la vie émotionelle sexuelle. Une deuxième partie concernait quelques aspects de l'influence des drogues sur la régulation homéostatique du principe de constance psychique reglée elle-même par la conscience de soi-même. En esquissant quelques dispositions de façon de ressentir et de comportements psychosocials "neurotiques" et "narcissique" - tout en renonçant en grande partie à la présentation des structures et des processus psychiques les suscitants, aussi qu'à l'emploi d'une terminologie psychoanalytique - une relation psychofonctionelle entre une ivresse situative subjective et la mise en danger individuelle par les drogues put être établie ("équation psychotrope"). Les relations correspondantes mystico-réligieuses, sociales et biochemiques ne furent pas discutées. On appelle psychofonctionnels les syndrôme d'ivresses, entre d'autre formes d'ivresse qui peuvent être décrite par la psychologie du "moi" ou celle des instincts (p. ex. l'extase, l'orgasme, la méditation) et qui sont collectivement ou individuellement des instruments plus ou moins nécessaires à la régression psychosexuelle et narcissique essentielle pour l'hygiène psychologique. D'autre part on appelle psychosocials les stupéfiants qui établissent une barrière intérieure et extérieure contre une source de stimulation excitante intérieure et éxterieure. La toxicomanie est psychofonctionellement la suite d'une insuffisance relative de l'organisation psychique à garantir une protection psychosociale suffisante envers des stimulus ainsi que des stimulations psychosociales suffisantes. En raison de cela, la personne en question se sert instrumentellement de substances psychoactives.

Les déductions thérapeutiques de ce concept de théorie furent formulées en vue d'un programme facultatif de thérapie stationnaire de longue durée (8-12 mois). Dans la psychothérapie individuelle, conçue pour 50-80 séances, le psychothérapeute est la protection symbiotique contre les stimulus ainsi que la source de stimulations excitantes. Dans la situation thérapeutique qui accentue le fait de se référer à l'autre dans l' "ici" et le "maintenant", le thérapeute aide le client à supporter l'introspection malgré l'augmentation de la tension. L'introspection est une condition pour l'empathie et amène aussi un changement de la forme de relation symbiotique à la forme empathique. La tendance à la sexualisation des désirs et des peurs de dépendance symbiotique fut signaler. Le concept de thérapie de groupe dans une commune thérapeutique mixte devra tenir compte de ces tendances aggressives, sexuelles et narcissiques étroitement liées en faisant ressortir à un niveau psychosocial l'utilité psychique et sociale d'un comportement dit "disfonctionnel" dans l' "ici" et le "maintenant". Le sociothérapeute devra - tout en connaissant les limites narcissique et neurotiques du client - amener et permettre par une attitude de travail introspective et empathique, le degré des situations psychosociales qui forme de nouvelles fonctions du "moi" chez le client mais qui néanmoins, ne conduit pas à la retraite narcissique.

SUMMARY

Drugs are emotional impulse activating substances, which influence the narcistic equilibrium; the aggressive and sexual urges and therefore the emotional existence of a human being: "Narcistic and erotic satisfaction perceptibly decrease when a person is inebriated. And that is the decisive point" (FENICHEL, 1945, 1975, p. 261). The presentation entered into details about sexually concerned aspects of the effect of drugs on the economical urge regulation of the psychical lust principle and aspects of the influence of drugs on the homoeostatic self-confidence regulation of the psychical constancy principle. A psychofunctional relationship between subjective-situational drug experience and individual drug endangerment was established by outlining some "neurotic" and "narcistic" behaviour patterns ("psychotropic equalization"). In the description, a presentation of the triggering psychical structures and processes and the use of psychoanalytical terminology were extensively foresaken. Corresponding religious-mystic, social and biochemical relationships were not investigated. Intoxication syndromes, as well as other forms, describeable as motivating and ego psychological intoxication (e.g. exstasy, orgasm, meditation), are psychofunctionally, to a greater or lesser degree, necessary aids, either on a collective or individual basis, to restore a state of psychohygiene through psychosexual and narcistic regression. Psychosocially spoken, intoxicants are a screen against certain external and internal stimuli. They can, however, at the same time, be the source of alternative internal and external stimuli. Drug addiction is the psychofunctional consequence of relative insufficiency of the psychic constitution. The latter is unable to guarantee sufficient psychosocial screening and production of stimuli. The effected person therefore makes use of psychoactive substances.

The conclusions concerning therapeutic treatment, resulting from this theoretic concept, were formulated with regard to an in-patient long-term-programme (8-12 months), which is based on voluntary participation. A Programme consists of 50-80 meetings. In individual therapy, the psychotherapist symbiotically screens and also produces stimuli in the patient. In the therapeutic treatment, psychotherapist-patient; patient-patient (etc.) relationships are stressed. The psychotherapis helps the patient to cope with introspection, in spite of the simultaneous increase of tension. Introspection is the basis of empathy an initiates a change from a symbiotic kind of relationship to an empathy one. The tendency to sexualize symbiotic wishes and fears of dependent was mentioned. A group-therapeutic concept in a mixed therapeutic community will have to take into account the close links between agressive, sexual and narcistic urges by analysing the psychical and social purposes of so-called "dysfunctional" behaviour in the present time and place. The analysis will take place on a psycho-social level. The sociotherapist, who is aware of the narcistic and neurotic limits of the patients, will provoke and allow psychosocial situations of varying gravity to take place by behaving in an introspective and emphatic way. The appropriate gravity of the situation forms new ego functions of the patients but does not lead to narcistic withdrawal.

Johannes Ranefeld, Dr.med.
Anton Proksch-Institut, Stiftung Genesungsheim Kalksburg
Behandlungszentrum für Alkohol- und Drogenabhängige
Husarentempelgasse 3, A-2340 Mödling