

Als ich vor ungefähr 7 Jahren mit Freud über das Arbeitsgebiet einer psychoanalytischen Klinik sprach, meinte er, dass für eine klinische Behandlung speciell die Süchte geeignet seien, weil gerade hier die kombinierte Methode von Entziehungskur und Psychotherapie in Frage käme. Das andere grosse Gebiet der klinisch zu behandelnden Fälle ist das der Zwangsneurotiker, und zwar der schweren, nicht durchschnittlichen Neurose; das Stadium, in dem der Neurotiker sich mehr und mehr von der Wirklichkeit entfernt, einem Zwangszereemoniell unterliegt, hilflos wird, genau wie der Süchtige. Im Gegensatz zum schweren Zwangsneurotiker ist beim Süchtigen die Hilflosigkeit der Realität gegenüber oft geringer, sodass in bestimmten Fällen die ambulante Behandlung möglich ist.

Was ist nun das Kriterium für die Möglichkeit einer ambulanten Behandlung? Woraufhin kann in einem solchen Fall eine Heilung erwartet werden? In erster Linie wird sie von einem ökonomischen Princip abhängen. D.h. beim ~~Süchtigen~~ beim Neurotiker, der an einem Versagen der Realität gegenüber erkrankt, ~~muss~~, muss für die ihm auferlegte Versagung der Regression in die infantile Situation ein Ausgleich geschaffen werden, ihm eine Entschädigung gewährt werden. Diese Entschädigung ist die Uebertragung. Die Kunst der ambulanten Analyse besteht nun darin, diese Uebertragung nicht überwachen zu lassen, in der Versagungsdozierung das Stück Nacherziehung in Gang zu bringen, in dem der Neurotiker ~~beim Süchtigen~~ dieses Stück infantiler Lustbefriedigung im analytischen Prozess aufgibt.

Anders ist die Situation beim Süchtigen. Sie sieht ökonomisch ganz anders aus. Denn wenn wir hier etwas leisten wollen, so würde die Notwendigkeit bestehen, in der Uebertragungssituation, falls überhaupt möglich, nicht nur Dozierungen infantiler Ersatzbefriedigungen, sondern auch Versagungen in der Realität zu fordern. Dem Süchtigen kann in der ambulanten Behandlung nichts seinem Rauschmittel gleichwertiges gegeben werden. Ihm das Mittel einfach wegzunehmen bedeutet nur die Forderung einer neuen Versagung. Es

handelt sich also einmal um den Kampf gegen die Ersatzansprüche des infantilen Ubw., zum anderen gegen die realen Ansprüche.

Was ist nun die Sucht? Im allgemeinen wird das ~~Verhältnis zum~~ ~~Reizverhältnis~~ Verhältnis zum Reizmittel, zum Rauschgift, als auffallendstes Symptom in den Vordergrund der Betrachtung gestellt. Es ist daher verständlich, wenn die vorpsychoanalytische Literatur im wesentlichen bemüht war, dieses Moment irgendwie in die Psychologie des Kranken einbeziehen zu wollen. Ich will mich heute nur auf die Möglichkeiten beschränken, die wir haben, wenn die Voraussetzung zutrifft, dass dieser manifeste Lustgewinn durch das Mittel in eine Beziehung treten kann zu Ansprüchen, die wir sonst in der Neurose finden, d.h. zu Ansprüchen des Es.

Wir dürfen bei der Sucht von einer Neurose sprechen, wenn wir die Suchthandlung verstehen können als eine Zwangshandlung, die ein Symptomist, durch welche das Es seine Ansprüche stellt und das Überich seine Rolle spielt. An sich ist die Tatsache, dass jemand ein Lustgefühl beim Einnehmen eines Medikaments oder alkoholischen Getränkes etc. verspürt, noch keine Neurose, auch nicht im Wiederholungsfall. Der Verdacht der Neurose ist nur dann gegeben, wenn die Handlung zwanghaft geschieht, d.h. dass der Betreffende die Handlung begehen muss, obgleich er ~~xxxxxx~~ es nicht will, ja gegen jede bessere Einsicht. Ganz analog dem Zwangeneurotiker, der seine Zwangshandlungen ja auch nicht begehen will, der versucht, sie zu lassen und bei dem, falls die Unterlassung glückt, diese einen Angstzustand zur Folge hat.

Auch die Nichtpsychoanalytiker sind der MEINUNG, DASS die Reizmittelsucht nicht lediglich ein ~~Laster~~ Laster ist, sondern dass die Voraussetzung hierfür eine psychopathologische Persönlichkeit ist. Auch gerade die Pharmakologen sind dieser Ansicht. Man ist sich klar darüber, dass der Kranke mit der Entziehungskur noch nicht gesund ist. Depressionen, Schlaf-, Essenstörungen stellen sich ein. Man spricht von prä-morbiden und

post-morbiden Zuständen. Der Psychoanalytiker ist daher wohl berechtigt, sich mit dem Problem der Sucht zu befassen und zu versuchen, diesem Problem durch klinische Behandlung gerecht zu werden.

Vorher möchte ich noch etwas über das Problem der Sucht überhaupt sagen. Nach meinen klinischen Erfahrungen, die mir Gelegenheit gaben, zahlreiche Fälle kennen zu lernen und zu behandeln, mißkennt man den Begriff der Sucht häufig, wendet ihn wahllos an auf alle diejenigen, die Trinker sind, Medikamente nehmen etc.etc. Ich bin der Ansicht, daß wenn da die Dinge etwas durcheinander wirft, was auch eine epikritische Betrachtung der Fälle stört. Süchtige können einfach Menschen sein, die sich in Abhängigkeit von einer unerquicklichen Realität befinden und aus der Erfahrung des euphorischen Zustandes, in dem sie das Mittel versetzt, entsteht der Hang zur Fortsetzung seines Gebrauchs. Für diese Fälle ist zur Heilung keine psychoanalytische Behandlung nötig, sondern eine Änderung der Realität, oft nur liebevolles Eingehen auf die schwierige seelische oder reale Situation, eine Art Seelsorge. Solche Patienten können in jeder Anstalt abstinert werden. Verschafft man z.B. dem proletarischen Alkoholiker eine menschenwürdige Wohnung, Arbeit, wird man auch bei dieser Kategorie von Süchtigen den Reizwunsch schwinden sehen. Hierher gehören alle Pseudo-süchtigen und selbstverständlich sind alle Bestrebungen, die diesen zugute kommen, zu unterstützen. (An dieser Stelle Vorlesen eines Manuskript-teils, den ich nicht mitgeschrieben habe). Es handelt sich hier eben um Situationen, in denen die Psyche Insulten ausgesetzt ist, denen sie normalerweise nicht gewachsen sein kann und aus denen bei fortdauernder Schädigung ebenso wie aus somatischen Ursachen psychopathologische Störungen entstehen können. Es sei hier an das Wort Lessingers erinnert: Wer über gewissen Dingen nicht den Verstand verliert, hat keinen zu verlieren. Hierher gehören alle Bestrebungen der verschiedenen Nationen,

Durch Gesetze Rauschgiftsucht zu bekämpfen, wie etwa jetzt das Opiumgesetz, wobei jedoch völlig übersehen wird, dass eine Sucht nicht durch Verbote aufgehoben werden kann, sondern nur dann, wenn sich für diese Pseudosüchtigen die Realität ändert. Für die anderen Süchtigen, die echten Süchtigen, haben diese Massnahmen sowieso keinen Wert. Bei ihnen würde sich die Neurose dann auf andere Weise äussern, Psychosen, andere schwere Störungen würden entstehen.

Kurzheilungen der Süchtigen. Wenn eine Heilung erfolgt, dann nicht durch Analyse, sondern durch andere Momente. Gefahr der Kurzheilungen, weil sie den Angehörigen, die bei der Behandlung des Kranken ja eine wesentliche Rolle spielen, ein ganz falsches Bild von dem Krankheitsprozess und der Zeit, die die Heilung beansprucht, geben-

Ein Zustandsbild der Rauschgifte zu geben, erübrigt sich wohl. Auch über den Zweck der Rauschgifte habe ich bereits gesprochen. Ihre Wirkungen sind jedenfalls sehr verschiedene- Da ist z.B. der Alkoholiker, der aggressiv wird. Homosexuelle. Andere werden gesellschaftsfähiger, sozialer. Hemmungen verschwinden. Viele erhalten sich dadurch berufsfähig. Andere werden völlig asozial. Es sind also ganz differente Wirkungen, das ganze sehr verwirrend.

Kann man nun jemand als Süchtigen bezeichnen, der sich durch Gebrauch des Mittels berufsfähig hält? oder den Alkoholiker, der aggressiv wird? Wir müssen für unsere Betrachtung festhalten, dass die Sucht eine bestimmte psychische Bedeutung hat. Sucht ist nicht gleichbedeutend ~~nicht~~ ^{sucht} suchen, sondern mit siechen. D.h. das lebenswichtigste Organ des Menschen, sein Ich, verfällt dem Siechtum. Es tritt ein vollkommener Ichzerfall ein, eine Funktionslähmung. Nur wenn das der Fall ist, kann von einer Sucht gesprochen werden. Hier steht das euphorische Erlebnis nur scheinbar im Vordergrund das das Bewusstsein des Patienten erfüllt. In Wirklichkeit

stehen hinter der Sucht Dinge, die aus dem Ubew. kommen.
Die psychoan. Literatur über die Sucht ist noch nicht sehr reichhaltig, da
bisher noch nicht viel Erfahrungen auf diesem Gebiet gesammelt sind.
1911/12 eine Schrift von Juliusburger, einiges verstreut in Freud'schen
Arbeiten. In letzter Zeit Rado. Er bestätigt das, was über die stimulierenden
Wirkungen gesagt wurde. Pharmakologisch-psychischer Reizschutz.
Die Süchtigen sind Menschen, die neurotische Hemmungen mit diesen Sucht-
mitteln überwinden. ~~Beispiele von~~ Beispiele von
Menschen, die sich durch ein Reizmittel berufsfähig erhalten. ^{Umw} Motive der
Berufswahl. Infantile Ersatzansprüche. Z.B. eintretende Hemmung eines
Chirurgen, nachdem er zum erstenmal seine Mutter operiert hat und dann
zum Alkohol greift, um berufstüchtig zu bleiben. Einspruch des Ueberichs
gegen Ersatzleistung am Beruf. Anästhesierung der ubw. Ansprüche.
Wann können solche Gewohnheitshandlungen zu einer Sucht werden? Ich möchte
heute noch nicht auf die Aetiologie der Sucht eingehen, sondern zunächst
nur über die Einteilung des ganzen Gebietes sprechen. Der Süchtige ist
gekennzeichnet durch besondere Eigentümlichkeiten. Wie komme ich zu
Prognose und Diagnose? Wie beurteile ich, ob echte Sucht vorliegt. Je
nach der Beurteilung des Falles wird die Einstellung eine andere sein müssen,
wie etwa bei der Tuberkulose bei Feststellung eines ^{gewöhnlichen} Spitzenkatarhs
oder Spitzenkatarrh, bei dem Tb-Bazillen gefunden werden, die Indikations-
einstellung eine ganz andere ist. Der wirklich Süchtige zeigt bereits
im Anfang Veränderungen, die die spätere Auflösung seines Ichs andeuten.
Insuffizienz seines Ichs. Der Süchtige verliert in zunehmendem Masse
den Realitätssinn, nicht nur materiell, sondern auch ideell und entwickelt
in zunehmendem Masse eine ethische Anästhesie. Er wird völlig unbekümmert
in kriminellen Dingen. Betrügen, Wechselzfälschen, stehlen. Auch sehr cha-
rakteristisch für ihn die frühzeitig einsetzende Lügenhaftigkeit. Die
Wahrhaftigkeit setzt ein gut funktionierendes Ueberich voraus. Während

der normale Lügner ein vollkommenes Bewusstsein seiner Lügen hat, zu einem bestimmten Zweck lügt, leugnet der Süchtige seine Lügen mit der grössten Unbefangenheit ab. Ein prognostisch sehr wichtiges Moment ist das Entfallen der Willensfunktion.

Wir werden also zu untersuchen haben, was echte Sucht eines Neurotikers ist und was nicht.

Wo reihen sich die Neurotiker überhaupt ein? Mit dem Neurotiker hat der Süchtige die Zwangshandlung gemeinsam. Auch sonst äusserlich erkennbare Verwandschaft. Man kann dem Suchtkranken nicht gerecht werden, wenn man ihn nur betrachtet, solange er in Behandlung ist. Man muss ihn sowohl studieren in der Zeit des Reizmittelgenusses wie im Intervall. Diese Phasen hängen alle miteinander zusammen - Ganz ähnliche Situation wie beim Manisch-Depressiven. Manche Phase des Rückfalls ist bedingt durch eine abstinente Phase.

Weiter zu untersuchen: Zusammenhang mit Psychose. Psychose = Bruch des Ichs mit der Realität. Auch bei der Sucht etwas ganz analoges. Wie bei der Psychose Abzug der Libido von der Realität, nur nicht spontan, sondern artifizuell durch Rauschgift.

Wie verhält sich die Rauschgiftsucht zum Somatischen? Welche psychophysischen Wechselwirkungen liegen hier vor? Gerade schwer Süchtige greifen nicht mehr zum Mittel, um in einen euphorischen Zustand zu gelangen, sondern um sich die körperlichen Abstinenzerscheinungen zu sparen. Welche usw. metaphysischen Gesichtspunkte und Erfahrungen liegen hier vor?

Was hat die Sucht überhaupt, mit dem organisch Kranksein zu tun? Ausgangspunkt liegt anscheinend oft in einer physischen Situation, einer effektiv schmerzhaften Erkrankung, die zur Anwendung von Mitteln zwingt, sodass die Meinung entsteht, das Somatische sei das Wesentliche, nicht das Psycho-Physische.

Zum Schluss noch die Bedingungen unter denen die Behandlung eines Sücht-

tigen möglich scheint. Die klinische Behandlung gibt Möglichkeiten, die die ambulante Behandlung nicht hat. Beispiel aus eigener Praxis mit zwar analytisch korrekter, aber dem Fall doch nicht gerecht werdender Behandlung. Morphinst, der während der Behandlung fragt, ob er nicht von seiner Mutter weg könne, er könne das Zusammensein nicht ertragen. Entscheidung des Analytikers, er müsse dableiben, da die Analyse ^{hier} ja ^{instandsetzen} solle. die Situation auszuhalten. Bald darauf Abbruch der Behandlung. Entziehungskur in einer Anstalt. Nach der Rückkehr zu Hause Selbstmord. In dem Fall bedeutete das Morphinum für den Patienten einen Reizschutz gegen etwas Unerträgliches, nämlich seine Situation mit der Mutter. Hier kann die psychoanalytische Situation der Klinik entscheidend eingreifen, denn es ist nicht möglich, jemandem in seiner gewohnten Umgebung das Suchtmittel wegzunehmen, weil es ja gerade dort sein Reizschutzmittel ist, das nicht entbehrt werden kann. Die p.a. Klinik muss zweierlei bieten können: Herstellung der Übertragungssituation, die dem Süchtigen die Äquivalente bietet, wie sie der Neurotiker nötig hat. Auch hier werden dem Patienten Versagungen auferlegt. Es wird dem Patienten ^{aber} sein autoerotischer Konflikt genommen. Er wird eine Objektbeziehung gestellt, die seiner Insuffizienz gerecht wird. Er kommt jetzt in eine Situation, wo er entweder dosiert gespritzt wird oder, wenn eine Entziehung stattfindet, er doch dafür in eine libidinöse Beziehung gesetzt wird zu einer anderen Person, etwa der Pflegeperson, die ihm durch bestimmte Pflege Äquivalente gibt, Libidogeschenke für Patienten. Bei der ps.an. Behandlung stellt sich heraus, dass durch die Behandlung selbst Erscheinungen ausgelöst werden, die, ohne das Mittel gebraucht wird, völlig denen beim Nehmen des Mittels entsprechen. So kommen Abstinenzerscheinungen, ohne dass der Patient zum Suchtmittel zurückgegriffen hat. Übertragungskontflikt bei Versagungen ungestillter Wünsche. Libidinöse Umstellung. Man sieht auf der Höhe der Übertragung auch Zustände eintreten, die absolut dem Rauschzustand entsprechen. Wichtigstes zunächst den Süchtigen zu verstehen, dann versuchen zu heilen.