

## Ausgrenzung oder Rehabilitation »prognostisch ungünstiger« Suchtkranker?

Entwöhnungstherapie für Alkoholranke in gut ausgestatteten Kliniken einerseits und vom Alkohol zerfressene menschliche Wracks an sozialen Brennpunkten andererseits - viele Psychotherapeuten wollen in diesen kaum noch aus dem Bewußtsein verdrängbaren Polen keinen sie betreffenden Zusammenhang erkennen. Die Realität des Süchtigen an öffentlichen Plätzen, Toiletten und Bahnhöfen würden wir Kliniker gern von unseren therapeutischen Bemühungen scheiden. Denn wir sehen im Alkoholismus eine Erkrankung, die wir über psychologische Determination zu erfassen und zu behandeln versuchen.

Wir mühen uns um die Behandlung der toxischen Regression auf infantile und archaische Verhaltensmuster, die durch spezifische Fixierungen verfestigt sind. Nur ungern akzeptieren wir, daß das Symptom der Erkrankung, das unkontrollierte Trinken, nicht nur als die Folge einer Entwicklungsstörung verstanden werden kann. Die Empirie hat uns gelehrt, daß dieses autodestruktive Leitsymptom weitere seelische Störungen hervorruft und festigt. Zudem wissen wir von dem allmählichen biologischen Zerfall des Körpers, etwa von den Rückwirkungen des hirnanorganischen Psychosyndroms auf den psychischen Apparat.

Einen wesentlichen Stabilisierungsfaktor zur Aufrechterhaltung des akuten Krankheitsverlaufs nennen wir in der klinischen Praxis häufig in einem Nebensatz verharmlosend die »sozialen Folgen«. Wir bezeichnen damit aber eine Lawine psychischer Traumata, von denen jedes einzelne zum Auslöser einer Lebenskrise werden kann.

Was etwa der Verlust des Arbeitsplatzes bedeutet, erleben wir aktuell in der verbreiteten Depression bei vielen Menschen der ehemaligen DDR. Welchen Sturm eine Ehescheidung in das Selbstwertgefühl eines Menschen bringt und welche seelischen

Beschädigungen ihr folgen, ist bekannt. Und welchen Einschnitt in der Lebenslinie verursacht eine krankheitsbedingte Delinquenz mit anschließender Haft. Jedes einzelne Trauma hat wiederum Auswirkungen auf die Umgebung und unausbleibliche Rückwirkungen auf den Betroffenen.

Das Bündel von Kalamitäten, mit denen der Alkoholkranke konfrontiert ist, führt auch beim analytisch orientierten Behandler, der in der Neurosentherapie mit hoher Empathie Mikrotraumen zu differenzieren versucht, zu Schematisierungen und Klischierungen. Wir finden diese Entdifferenzierung in Arztbriefen und Krankengeschichten als unkontrollierte Vermischung psychopathologischer Befunderhebung mit Vorurteilen und mangelnder Kontrolle der Gegenübertragung des Therapeuten wieder.

Wir wollen im folgenden das Problem des therapeutischen Umgangs mit einer speziellen Gruppe von Alkoholkranken betrachten, die wir vor allem in den Zentren städtischen Lebens treffen und die dort eher ordnungspolitische als therapeutische Konsequenzen hervorrufen.

Auch wir analytisch arbeitenden Psychotherapeuten sind bei der Indikationsstellung für Suchtkranke nicht frei davon, das Paradigma des »Leidensdrucks« durch das der »Motivation« zu ersetzen - Rationalisierung der Ablehnung und Ausgrenzung. So kommt es häufig schon beim Erstkontakt zu einer veränderten therapeutischen Weichenstellung. Gerade wiederholt rückfällige Patienten geraten auf diese Weise leicht unter dem Auge des Fachkundigen, der gekränkt ob seiner gescheiterten Bemühungen den »Willen« zur Abstinenz anzweifelt, ins therapeutische Abseits. Selbst in der Praxis der Suchtkliniken spiegelt sich dies in rigiden Entlassungen bei einem Rückfall wieder.

Der Kliniker neigt an einem bestimmten Punkt zur Delegation an die Prothesenpsychiatrie. Gern überläßt er ihr das Feld auf diesem unwegsamen Gelände jenseits der Indikation zu analytisch orientierter Therapie, auf dem das psychische Elend in Enqueten, Fortschreibungen und Psychiatrieplanungen »vernetzt«, »verkettet« und »standardversorgt« wird, auf dem die Kompetenz des Sozialarbeiters übrigens allzuoft als Alibi mißbraucht und administrativ degeneriert wird. Dabei gerät unseres Erachtens seine eigentliche Aufgabe, das Extrapolieren der Möglichkeiten gesunder Anteile des Patienten in seine soziale Umgebung und die sinnvolle Nutzungsplanung gesellschaftlicher Angebote für die kranken Anteile

des Patienten aus dem therapeutischen Prozeß heraus ins Hintertreffen.

Erster und nicht selten auch fruchtbarer Reflex des Analytikers auf unbekanntem Terrain und zu unbequemen Fragestellungen ist der Blick zurück zu SIGMUND FREUD. Er gibt zunächst Anlaß zur Hoffnung in *unserem* »kulturellen Unbehagen«. Der verunsicherte Analytiker beschäftigt sich mit Schriften wie »Die >kulturelle< Sexualmoral und die moderne Nervosität«, mit »Massenpsychologie und Ich-Analyse« und anderen Veröffentlichungen. FREUD hat sich dem Konflikt zwischen den Triebwünschen und den Antipoden aus der gesellschaftlichen Bedingtheit und ihren kollektiven Wurzeln gestellt. Wie wir seither wissen, entsteht Kultur erst im Gefolge von Triebsublimierung und -Verdrängung, in einer sozialen Kulturforderung, der sich das Subjekt fügen muß.

In der Zwickmühle zwischen intrapsychischem Triebgeschehen und den Anforderungen der Kultur hat die Neurose - als Schlüssel zur Ausgrenzung im soziologischen Horizont - ihren Geburtsort. Hier liegen die diskreten Wurzeln der gesellschaftlichen Verdrängung. Hier beginnt auch - wenn wir mit FREUD die wirtschaftlich-soziale Situation in die Psychodynamik und -genese einbeziehen - ein beeindruckendes Phänomen: Einerseits wird der Verstoßene eine intensive Feindseligkeit gegen die Mächtigen entwickeln, andererseits sieht er in ihnen sein Ideal, mit dem er sich in narzißtischer Weise identifiziert.

Die psychoanalytische Theorie ist in der Folge des Wandels zur Industriegesellschaft entstanden, die die bisherigen Normen radikal veränderte. Patriarchalische Strukturen zerfielen, der Vater war depotenziert. Die früher den Philosophen vorbehaltene Rückbesinnung von der kulturellen und sozialen Situation einer Gesellschaft auf die Seele des Individuums entwickelte FREUD in der Psychoanalyse nicht nur zu einem Theoriegebäude, sondern zu einer Heilbehandlung. Sie wurde partiell auch Ausdruck seiner Zeit. Daher konnte der Vater der Analyse die Hoffnung gar nicht erfüllen, unser zeitgenössisches Unbehagen aufzulösen. Die Entwicklung der Psychoanalyse hatte im Kontext des historischen Klimas der damaligen Zeit subversiven Charakter. Das neue provokative Wissen um den Menschen und seine Beziehungen löckt seitdem wider den Stachel.

Die Analytikersozialisation hat einen anderen Verlauf genommen. Denn in der Entfaltung der psychoanalytischen Wissenschaft ver-

folgen wir in diesem Jahrhundert sich adaptierende Parallelen zu sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen und politischen Bedingungen - bis hin zu ihren beschämenden Stagnationen unter der Herrschaft der Nationalsozialisten und ihrer Verleugnung in vierzig Jahren real existierendem Sozialismus auf deutschem Boden.

Auch die Entwicklungen der Nachkriegszeit mit ihren hohen humanistischen und demokratischen Ansprüchen sind nicht ohne Einfluß auf das öffentliche Bewußtsein geblieben und haben in den gesellschaftlichen Strukturen und Hierarchien zu Veränderungen geführt, die sicher noch nicht endgültig verstanden und abgeschlossen sind. Allerdings empfinden wir die Folgen dieser Entwicklung als paradox, wenn wir in Kliniken, Beratungsstellen und Praxen mit einem tatsächlich zunehmenden psychischen, physischen und sozialen Elend konfrontiert werden. Wir beobachten Entwurzelungsprozesse, deren Konsequenzen für das kollektive Unbewußte wohl erst spätere Generationen verstehen werden. Als ein Indiz von gesellschaftlicher Überforderung des Individuums muß - nebenbei bemerkt - nicht selten eine reaktionäre politische Orientierung, die zur Stützung des wankenden Ich zwischen Es-Ansprüchen und Über-Ich-Befehlen dienen soll, angesehen werden.

Der naturgemäß immer hinter der Entwicklung herhinkende Diskurs hat aber schließlich doch zu der von PAUL PARIN (1980) zutreffend als so schwierig beschriebenen psychoanalytischen Offensive in die Öffentlichkeit geführt, wenn auch zunächst in Form einer Externalisierung hin zu den die Menschheit als Ganzes betreffenden brennenden Zeitproblemen: Fragen globaler Bedrohung durch die Atombombe oder Verschiebungen des ökologischen Gleichgewichts, wie H. E. RICHTER in zahlreichen Veröffentlichungen, H. DIECKMANN aus JUNGScher Sicht mit Publikationen und Vorträgen und andere es mit den Ärzten gegen den Atomkrieg (IPPNW) getan haben.

Stehen wir am Ende des 20. Jahrhunderts möglicherweise vor einem neuen grundlegenden Wandel der Neubesinnung psychoanalytischen Denkens und Verstehens? Werden die sozialen Bedingungen, die kulturellen Vermischungen, die veränderten Lebensbedingungen einen ähnlichen Einfluß auf Methodik und Theorieentwicklung haben, wie es das sehr nahe Problem der kassentechnischen Fragen ja durchaus hatte? Sind alte Grenzen gefallen, um doch wieder nur neue aufzurichten?

Wenden wir uns im folgenden dem konkreten, aus der klinischen

Empirie mit Alkoholkranken resultierenden Fragenkomplex zu. Seit Bestehen der Abteilung für Alkoholranke in der Nervenlinik Spandau (Berlin) ist uns deutlich, daß die so homogen erscheinende Gruppe der Alkoholkranken aus Unterschicht und unterer Mittelschicht, die überwiegend unsere Klientel bilden, sehr divergierende Verläufe zeigt. Es läßt sich nämlich eine Gruppe von Patienten herausfiltern, die sich den am Individuum ausgerichteten (und insofern ohnehin fragwürdigen) Prognosekriterien entzieht.

Da unsere Abteilung mit 155 Betten über zwei Aufnahmestationen zur klinischen Detoxikation verfügt, eine psychoanalytisch orientierte stationär-ambulante Entwöhnungstherapie anbietet und einen ebenfalls psychoanalytisch orientierten rehabilitativen Bereich mit 57 Behandlungsplätzen vorhält, können wir die Patienten bei diesem breiten Therapiespektrum in einem jahrelangen Verlauf in den verschiedenen Krankheitsstadien verfolgen.

Mehr als die Hälfte der Alkoholabhängigen, denen es gelingt, ihre Krankheit zum »Stillstand« zu bringen, entgiften ambulant und stabilisieren sich mit der Hilfs-Ich-Funktion der Selbsthilfegruppen. Ein weiterer Teil geht diesen Weg nach einer stationären Entgiftung oder nach einer anschließenden Entwöhnungstherapie. Daneben beobachten wir eine größere Gruppe von Patienten, die wiederholt unserer Entgiftungsstation bedürfen oder für einige Monate auf den rehabilitativen Stationen im Setting »Therapeutischer Gemeinschaft« sowohl psychotherapeutisch als auch soziotherapeutisch, ergotherapeutisch und mit kognitiven und körperbetonten Verfahren behandelt werden.

Ein anderer Kreis von Patienten, dem wir in den letzten Jahren übrigens zunehmend häufiger begegnen, sind junge Menschen, deren Primärfamilien zerstört sind und die weder eine eigene berufliche noch eine sekundärfamiliäre Identität entwickeln konnten. Sie sind ohne einen gesellschaftlichen Status, der eine gewisse Kompensation defizitärer Ich-Funktionen darstellen könnte.

Schließlich kommen jene Patienten zur Aufnahme, mit denen wir uns im Rahmen des Beitrags näher beschäftigen wollen. Bei ihnen nimmt die Krankheit einen spezifischen Verlauf. Penner, Dissoziale und von jeglichen gesellschaftlichen Bezügen Gelöste lassen sich aufgrund des Versorgungsauftrags einer Nervenlinik aus rechtlichen und ethischen Gründen nicht mehr als infauste Patienten ablehnen. Auch nach einer Entwöhnungskur müssen solche Patienten immer wieder stationär aufgenommen werden.

Diese Beobachtung läßt sich sicher nicht mit einer Realitätsprüfung erklären, zu der Patienten nach Abschluß einer Entwöhnungsbehandlung durch erneuten Alkoholkonsum tendieren, um die Endgültigkeit einer lebenslangen Erkrankung zu begreifen. Auch die Suche nach spezifischer Psychogenese oder »früher Störung« bleibt unbefriedigend. Unser Augenmerk muß sich also zunehmend auch auf die soziale Erscheinung des Alkoholkranken richten, auf die spezifische Entwicklung der Alienation von Gesellschaft und Therapie.

Allmählich kristallisiert sich nämlich heraus, daß es sich um eine Klientel handelt, die offenbar eine unsichtbare, semipermeable *normative Grenze sozialer Akzeptanz* unterschritten hat. Nach unseren Beobachtungen kommt es bei ungünstigem Krankheitsverlauf an einer bestimmten Stelle zu einem Paradigmenwechsel, der für den Kranken und seine Behandler im weiteren Verlauf von entscheidender Bedeutung sein wird.

Eine Fallvignette könnte das Problem skizzieren:

Der unverheiratete 48jährige homosexuelle T. stammt aus einer Zahnarztfamilie, in der sich die Erziehungsstile gegenseitig kompromittierten. Neben der ängstlichen, häufig mit dem Vater im Streit liegenden Mutter übernahm eine Halbschwester aus erster Ehe des Vaters wesentliche Erziehungsfunktionen. Die Geburt stand unter dem Trauma der Asphyxie, der noch »Anfälle« bis ins dritte Lebensjahr gefolgt sein sollen. Als im zwölften Lebensjahr eine claustro- und agoraphobische Symptomatik eintrat, wurde er ausgeschult und Hausunterricht erteilt. Nach einer Gartenbaulehre gelang sogar das Sozialarbeiterstudium, in dessen Verlauf ein Alkoholabusus einsetzte, der sich spätestens im Alter von 24 Jahren zur Krankheit manifestierte. Herr T. bevorzugte Einsatzstellen mit Klienten in ähnlichen Situationen, denen er sich nach und nach assimilierte. Im Verlaufe diverser Therapien und Rehabilitationsversuche mit durchaus erkennbaren Nachreifungsschritten und Zugewinnen im Bereich der Ich-Funktionen verlor er schrittweise über Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen und Zeitverträge die berufliche Identität, die materielle Existenzgrundlage, die Wohnung, den Kontakt zu den Eltern, Freunden und ehemaligen Kollegen. Seit Jahren scheitern Versuche rehabilitativer Maßnahmen trotz inzwischen bescheidener Ziele. Über dreißig stationäre Aufenthalte allein in unserer Klinik haben in der Folge gelegentliche Teilansätze sozialer Stabilisierung scheitern lassen, weil die teilweise kontraproduktive Verzahnung von Hilfsangeboten den Spannungsbogen des Patienten überforderte und er den Weg auf die Straße und in den Alkohol »wählte«, von dem er sich durch gelegentliche stationäre Entgiftungen erholt.

Zunächst entwickelt sich die Erkrankung aus einer prämorbidem Persönlichkeit, die sich in einer Belastungssituation mit dem Griff

zum Alkohol in den Zustand der Spannungslosigkeit zu versetzen sucht, um der subjektiven Unerträglichkeit der Realität zu entgehen. Während sich der Alkoholkranke in den Zustand artifizierlicher Regression begibt, bestehen die Anforderungen seiner sozialen Realität unvermindert fort. Die Spannung, der er mit dem Wunsch der »regressiven Bewegung hin zum Mutterschoß« (SCHÖFFLER 1990) ausweichen wollte, wächst an und führt zu einem unausweichlichen *Circulus vitiosus*, in dem sich die Wirklichkeit des Patienten und seine Entlastungsphantasien weiter und weiter voneinander entfernen. Der Verlaufsbeobachter gewinnt bei solchen schwer rehabilitierbaren Patienten - wie wir sie noch unpräzise bezeichnen - zunehmend den Eindruck, daß die Krankheitserhaltung ihre wesentliche Nahrung aus der Makrosozialisation direkt bezieht.

Anfänglich bewirkt die entstandene Krankheit die Dissozialität. Der enthemmt Trinkende löst sich von seinen Bindungen in Familie und zwischenmenschlicher Kommunikation, von den Strukturen und Normen der Arbeitswelt, entfernt sich von den Gepflogenheiten, die die soziale Existenz sichern, wie etwa die regelmäßige Entrichtung der Miete. Er gerät so in den Sog von Delinquenz und gesellschaftlicher Ächtung. Schließlich hält die Ausgrenzung von der gesellschaftlichen Akzeptanz die akute Krankheit als eigenständiger Motor in Gang.

Die Suchterkrankungen sind für das Individuum schon aufgrund ihrer Symptomatik sozial destabilisierend: Psychotherapie schafft zwar Raum zur Erarbeitung ausreichend stabiler Ich-Funktionen, das Ausmaß sozialer Desintegration verhindert jedoch die extramurale Nutzung der erfahrenen Nachreifung. Der Verlust mehrerer Statussymbole wird von der Gesellschaft nicht toleriert. Es gibt hier ganz offensichtlich eine Grenze sozialer Akzeptanz, die einen »point of no return« markiert. Das Überschreiten dieser Schranke wird mit Verbannung aus den sozial anerkannten Bezügen geahndet. Es handelt sich nicht um einen politisch und gesetzgeberisch gewollten Prozeß, sondern um einen »unbewußten« sozialpsychologischen Schutzreflex. An dieser Grenze wandeln sich auch die Funktionen des sozialen Netzes und wenden sich, gleichsam als Abwehr kollektiver Depression, gegen das betroffene Individuum.

Gelingt es also nicht, den erwähnten Teufelskreis zu durchbrechen, so vollzieht sich ein wechselseitiger Prozeß zwischen dem Individuum und der sozialen Gemeinschaft. Die gesellschaftliche

Zuschreibung der Existenz als Alkoholiker führt dann über kurz oder lang zur Identifikation mit dieser Rolle. Schon damit ist ein unumkehrbarer Schritt vollzogen, denn selbst als trockener Alkoholiker findet er seine Identität nur noch im Kreise der Abstinenzverbände. Er ist Fremder in seinem sozialen Heim geworden.

Die eigene Akzeptanz der Krankheit bewegt den Betroffenen zu Verhaltensänderungen gegenüber seiner bisherigen Sozialisation, die dann zu weiteren Normverletzungen führen. Schließlich identifiziert er sich in einer Weise mit der Gruppe der Abgeschobenen, wie man es beispielsweise bei Strafgefangenen beobachtet: Unabhängig von ihrer Herkunftsschicht assimilieren sie sich in kürzester Frist an das vorherrschende System mit den filigranen Verästelungen der Organisationsformen und Rangordnungen in der Haftanstalt. Den Ort seiner Kommunikation sucht der Alkoholkranke oft schon weit vor dem Verlust aller existentiellen Säulen unterhalb seines sozialen und intellektuellen Niveaus.

Dieses Milieu hält die Seinen insofern recht stabil zusammen, als von hier zwar eine Rückkehr in die gesellschaftlichen Normen mit verschiedenen Initiationsriten noch möglich ist. Die Erkenntnis, den »Tiefpunkt« erreicht zu haben, erfordert aber persönliche Bekenntnisse, die öffentliche Bankrotterklärung und Demütigungen, ohne die der freie Fall in die Nicht-Existenz nicht aufzuhalten ist. Genauer ausgedrückt, der sozial und seelisch schwer gestörte Alkoholkranke muß die größte psychische Leistung seines Lebens zu einem Zeitpunkt erbringen, an dem seine gesamte Existenz den höchsten Grad der Labilisierung erreicht hat.

Gelingt dieser psychische und soziale »Bußgang« aus der schier unendlichen Ohnmacht (von »es geht nur mit Alkohol« zu »es geht nur ohne«) in Therapie oder Selbsthilfegruppen nicht, so wird sich die aggressive projektive Stigmatisierung des Betroffenen fortsetzen. Er ist als Außenseiter kenntlich geworden und mit zusätzlichen Sanktionen belegt. Das Objekt solcher Etikettierung muß dann bald zur Identitätssicherung gegenüber dem immensen Druck sein abweichendes Verhalten intensivieren. Nach KRYSTAL und RASKIN erlebt das Individuum diesen unbewußten Prozeß als unentwirrbare Mischung aus Angst, Schmerz und Depression.

Seinen Umgangskodex, seine Kulturtechniken, seine soziale Kompetenz opfert er der Anpassung an die »peer group« der Alkoholkranken. Gleichzeitig weicht er den Spannungen durch Steigerung seines Alkoholkonsums aus, um schließlich mit der



Kontrollreaktion oder der Ausgrenzung aus der Solidarität der Gesellschaft belegt zu werden, nämlich der Einweisung in eine psychiatrische Klinik, die sich ordnungspolitisch weit in ihre Therapie hereinregieren lassen muß. Fazit: Der Prozeß der Normabweichung des Kranken setzt sich fort.

Wie spiegelt sich dieser Prozeß in der sozialen Situation des Süchtigen wider? (Die Entwicklung der Krankheit in ihrer ersten Phase wird als bekannt vorausgesetzt.) Mitunter wird aber auch schon die erste Phase von diskreten Sanktionen begleitet, die jedoch noch auf ein gewisses soziales Verständnis stoßen, weil der Gebrauch von Genußmitteln wie Nikotin und Alkohol »als Zeichen von Reife, Maskulinität, Unabhängigkeit und gesellschaftlicher Zuwendung in einem Ausmaß eingebürgert« ist, »daß es der Rollenerwartung des Erwachsenen entspricht, sich dieser >Verpflichtung< nicht zu entziehen«, wie STROTZKA (1972) sagt. Der Trinkende fühlt sich in den Hierarchien seines Wertesystems fest verankert.

Aber spätestens dann, wenn zwei Säulen materieller Existenz zerstört sind (Arbeitsplatz, Wohnung, Familienstand oder Schuldenlosigkeit), distanziert sich die Gesellschaft von dem betroffenen Kranken. Unabhängig von der aktuell verschärften Situation ist der doppelte soziale Einbruch in der Regel nicht mehr kompensierbar. Nicht nur die kritische Betrachtung eines Wohnungslosen durch die Arbeitgeber und die hoffnungslose Wohnungssuche eines Mittellosen auf dem freien Markt spiegeln die prekäre Lage, auch die sozialen Netze sind in der Regel nur auf eines der Defizite eingestellt.

Wer schuldenbelastet eine Arbeit aufnimmt, wird bis auf den Sozialhilfesatz gepfändet und kann sich eine Wohnung nicht leisten. Wer einen Wohnberechtigungsschein für eine Sozialwohnung beantragt, muß so geringe Einkünfte haben, daß er den erforderlichen Mietzins nicht mehr aufbringen kann. Ein Teufelskreis entsteht: Ohne Wohnung keine Arbeit, ohne Arbeit keine Wohnung.

Es ließen sich noch zahlreiche Beispiele finden zum Beweis der Regelhaftigkeit, daß am unteren Ende des Subsidiaritätsprinzips alle Weichen auf Ausgrenzung gestellt sind. So wundert es nicht zu lesen, daß 100 000 psychisch kranke und suchtkranke Menschen nur noch deshalb in Nervenkliniken leben, weil es für sie keine Wohnungen gibt (SPIEGEL, Nr. 6, 1992). Dabei wären Eigentumswohnungen für therapeutische Wohngemeinschaften von den Ko-

stensätzen der klinischen Behandlungsplätze her rasch erwirtschaftet, wie wir immer wieder sehen. Der Leiter der Sozialen Wohnhilfe im Sozialamt Spandau hat errechnet, daß der Kauf eines Hauses für die Beherbergung der wohnungslosen Klienten in diesem Bezirk schon über Jahresfrist von den Unkosten für sogenannte Läusepensionen finanziert werden könnte.

Es sei wiederholt: Wir können davon ausgehen, daß die Ausgrenzungen über die feinen Verstrickungen des sozialen Netzes nicht politische Absicht sind, sondern ein kollektiver Abwehrvorgang zum Schutze des Systems. Die Äußerung eines Bürgerdeputierten während einer Anhörung vor dem bezirklichen Gesundheitsausschuß in Spandau, man solle doch in die depravierten Suchtkranken kein Geld investieren, weil »die ja gar nicht wollen«, zeigt wohl eher das Äquivalent einer kollektiven Latenz, des sogenannten »gesunden Volksempfindens«. Wenn der Schutz durch Ausgrenzung ein sozialpsychologischer Mechanismus ist, wird man ihm nicht einmal einen Vorwurf machen können. Man wird die Spaltung dann als gesunde Abwehr im Dienste des soziologischen »Ich« verstehen müssen.

Gleichwohl erweisen sich die gesellschaftlichen Spaltungsvorgänge augenfällig durch die Diskrepanz zwischen administrativem Alltag der das Elend verwaltenden überforderten Behörden mit Zuständigkeitslücken zwischen den Ressorts Soziales und Gesundheit einerseits und den vielversprechenden politischen Programmen und Regierungserklärungen seit der Gesellschaftsfähigkeit des Themas (Diskussion der damals schon viele Jahre alten Psychiatrieenquete der Bundesregierung Anfang der 80er Jahre im Bundestag) andererseits.

Eine aufwendige Rehabilitation täuscht mithin nur das humane Funktionieren der sozialen Ordnung und der gesellschaftlichen Verantwortung vor. Für den Patienten bedeutet das Scheitern der illusionären Reintegration eine zusätzliche narzißtische Traumatisierung. Das Symptom der Erkrankung, das hemmungslose Trinken mit Kontrollverlust, transportiert damit nicht nur den intrapsychischen Konflikt in die soziale Umgebung und führt wie bei anderen seelischen Fehlentwicklungen zu neurotischen Lösungsversuchen, die (bei mildereren Verläufen von Zwangserkrankungen) gelegentlich sogar gesellschaftlich honoriert werden, sondern entfaltet das Elend im Einklang mit gesellschaftlichen Abläufen als primäre Folge auf körperlichem, seelischem und sozialem Gebiet.

Haben wir das Problem mit seinen soziologischen und patientenbezogenen Komponenten verstanden und erfahren, daß Therapie auf diesem Feld nur ein Baustein der Prolongierung geheimer gesellschaftlicher Mechanismen der Ausgrenzung ist, dann wird nun auch nach den Gegenübertragungsmechanismen der Psychoanalyse gefragt werden müssen.

Wir klinischen Psychotherapeuten sehen uns in unserer Kompetenz mit einer Klientel von Patienten jenseits der Entwöhnungstherapie in Frage gestellt und finden uns im Einklang mit der Gesellschaft, die diese Menschen ausgrenzt. Die Trennung des Patienten von Gesellschaft und Therapie läßt sich bei dieser Behandlungsklientel nicht übersehen und bringt den Psychotherapeuten in arge Bedrängnis, wenn er sich nicht in einem Netz des Agierens verstricken will.

So wird also das Thema von den einen tabuisierend abgewehrt, von den anderen institutionell verwaltet. Auf der Ebene der Gruppentheorie in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie kann eine solche Konfliktdynamik neu erkannt und ausgehandelt werden. Dabei wird jedoch die reale soziale Situation bewußt dispensiert. Dennoch ist zu fragen, ob das in humanistischer demokratischer Tradition fußende »Göttinger Modell« nicht jenseits des gruppentherapeutischen Ansatzes zur Grundlage einer Diskussion über eine neue Kulturtheorie zwischen Sozialpsychologie und Psychoanalyse in der Dimension gesellschaftlicher Konflikte werden kann. Noch führen die projektiven gesellschaftlichen Zuweisungen beim Patienten zu einer Identifikation, die im Diskursiven deutlich werden kann, die aber die sozialen Interessenkonflikte nicht nur nicht tangiert, sondern ungelöst läßt.

Spätestens in diesem Stadium begeben wir uns in der Behandlung auf eine neue Stufe mit dem Patienten, den wir zwar weiterhin analytisch orientiert auf seinem Weg begleiten, dies aber in einer viel näheren Identifikation mit seinem Problem tun, ohne uns als analytische Psychotherapeuten aufzugeben. Wir geraten gemeinsam mit dem Patienten im Verlauf der Behandlung in eine Konfliktsituation, die weit über die individualneurotische Bearbeitung hinausgeht und uns vor Realprobleme der Verelendung in den verschiedenen Lebensbereichen stellt. Das Erkennen von paralleler Ich- und Sozialtraumatisierung erfordert über die individuelle auch die soziale Empathie mit dem Patienten. Unsere Wahrnehmung der Zange von Projektion des Patienten und Identifikation des Thera-

peuten erleben auch wir als gefährliche Bedrohung unseres Selbstverständnisses.

Mit Wut und Empörung bemerkt der Therapeut, daß er in den offenbar unvermeidlichen Sog mit hineingezogen ist. Im therapeutischen Prozeß kristallisiert sich bei der Trennung von Projektion und Übertragung gegenüber realen sozialen Interessenkonflikten eben zunehmend heraus, daß Projektion und Interessenkonflikte über weite Strecken identisch sind, sich der Deutung und Interpretation entziehen. Muß sich der Therapeut nun verstricken in den Netzen des Agierens, von denen er aus leidvoller Erfahrung weiß, daß sie jede analytische Therapie aushöhlen? Bleibt er sich treu, so bedarf es der Verschärfung empathischer Wahrnehmung, der intensiveren Beachtung der Gegenübertragungsvorgänge und der Wahrung der therapeutischen Haltung bei der Notwendigkeit der intensiven Identifizierung mit dem Patienten. Das Ausmaß der Identifizierung sei am Beispiel der Anträge für die Übernahme der Krankenhauskosten nur angerissen, wenn mit Begründungen haarscharf am Rande der Delinquenz der freie Fall eines Patienten verhindert werden muß, weil die beschriebenen Stolpersteine des sozialen Netzes ausgelegt sind.

Wir befinden uns damit auf einer Ebene »kommunikativen Handelns«. Die Konflikte und Interessen müssen jeweils neu erkannt und quasi anwaltlich im realen und sozialen Sinne ausgehandelt werden. Hier könnten nun Überlegungen einsetzen, ob die soziale Auseinandersetzung nicht wenigstens sozialpsychiatrisch delegiert werden kann. Im Wechsel zwischen Diskursivem (Psychoanalyse) und Kommunikativem (soziale Auseinandersetzung) müssen wir die Trennung aus der Sicht des klinischen Psychotherapeuten eindeutig ablehnen: Die Spaltung von Diskurs und Handeln führt zu einer für den Patienten unerträglichen Spaltung des Objekts im Rahmen therapeutischen Umgangs. Dies können wir ernsthaft nicht in Kauf nehmen.

Denn wenn wir eines bieten können, so eben nicht die Amalgamierung mit diesen und jenen Theoriekonstrukten, sondern die Fokussierung unseres Verständnisses im Dschungel der sozialen Umwälzungen. Und das heißt auch hier: Der Patient braucht *ein* Objekt mit allen seinen Versagungen, damit sich seine Ich-Funktionen bilden oder regenerieren können.

Die anfängliche Frage nach einer neuen Psychoanalyse beantwortet sich zunächst also (mit einer Mischung aus Trauer und

innerer Befriedigung) in der Feststellung, daß ungewohnte therapeutische Situationen die Konzentration auf die analytische Theorie hervorrufen, auch wenn Sollbruchstellen der Analyse zu akzeptieren sind. Ausgrenzung beginnt im therapeutischen Selbstverständnis, Integration in der konsequenten analytischen Haltung. Die alten Grenzen des Terrains sind also zu nutzen, damit neue nicht aufgerichtet werden können.

### *Literatur*

- BÖHLE, A. (1992): Stationäre Gruppenpsychotherapie von Alkoholkranken. Berlin (noch unveröffentlichtes Manuskript).
- BÜCHNER, U. (1993): Sucht als artefizielle Ich-Funktion (Ich-psychologische Suchttheorien). In: BILITZA, K. (Hg.), Psychoanalytisches Grundwissen für Sozialtherapeuten und Suchttherapeuten. Göttingen.
- DAHMER, HELMUT (Hg., 1980): Analytische Sozialpsychologie, 2 Bde., Frankfurt a.M.
- FREUD, SIGMUND: Die Zukunft einer Illusion. In: Studienausgabe. Bd. IX, Frankfurt a.M. 1974.
- : Massenpsychologie und Ich-Analyse, ebd.
- : Das Unbehagen in der Kultur, ebd.
- : Die >kulturelle< Sexualmoral und die moderne Nervosität, ebd.
- : Trauer und Melancholie, Bd. III, Frankfurt a.M. 1974.
- HABERMAS, J.; LUHMANN, N. (1971): Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie. Frankfurt a.M.
- HEIGL-EVERS, A. (1978): Konzepte der analytischen Gruppenpsychotherapie. Göttingen.
- KRYSTAL, H; RASKIN, H. (1983): Drogensucht. Göttingen.
- LORENZER, A. (1974): Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis. Frankfurt a.M.
- ORBAN, PETER (1976): Subjektivität. Reihe: Theorie u. soziale Praxis. Wiesbaden.
- (1973): Sozialisation, Reihe: Theorie u. soziale Praxis. Wiesbaden.
- PARIN, P. (1980): Warum die Psychoanalytiker so ungern zu brennenden Zeitproblemen Stellung nehmen. In: DAHMER (Hg.), S. 647-662.
- REIMANN, BRUNO W. (1991): Der Gesellschaftsbezug der Psychoanalyse. Darmstadt.
- SCHÖFFLER, E. (1990): E. A. Poe und das Rätsel der Sphinx. Gedanken zum Thema der Angst bei E. A. Poe. Berlin (Ref. am religionswiss. Institut der FU Berlin).
- SPIEGEL, DER (1992): Massen-Obdachlosigkeit droht, Nr. 6,46 Jg., Hamburg.
- STROTZKA, HANS (1972): Einführung in die Sozialpsychiatrie. Hamburg.