

Nichts als heiße Luft? Rauchen aus psychoanalytischer Perspektive

Einige theoretische Überlegungen und klinische Implikationen

Nothing but Hot Air? Smoking From a Psychoanalytical Perspective

Some Theoretical Considerations and Clinical Implications

Maximilian Römer

Kurzzusammenfassung

Die Arbeit betrachtet den theoretischen Beitrag der Psychoanalyse zum Themenkomplex Rauchen und Nikotinabhängigkeit. Ausgehend vom ersten Protokoll der *Psychologischen Mittwochs-Gesellschaft* „Gespräch über das Rauchen“ (1903), werden verschiedene Gedanken, deren Brüche und Kontinuitäten in ihrer theoretischen Weiterentwicklung, innerhalb des letzten Jahrhunderts, schlaglichtartig beleuchtet und diskutiert. Nebst den theoretischen Perspektiven – von der Triebtheorie hin zur Objektbeziehungstheorie – werden zudem aktuelle Diskurse psychoanalytischer Publikationen zum Thema Rauchen und Rauchverbot exkursartig skizziert. In einem letzten Schritt werden klinische Implikationen für die Rauchentwöhnung im stationären suchtherapeutischen Setting formuliert. Der Text plädiert dabei für eine Modifikation des gegenwärtig dominierenden verhaltens(therapeutisch) orientierten Ansatzes und vertritt eine psychodynamische Perspektive, die das Rauchen als Symptom versteht und folglich die Notwendigkeit einer „Aufarbeitung des Verdrängten“ (Hofstadler & Pfaller, 2012) anerkennt – d. h. der Bewusstwerdung und idealerweise des Durcharbeitens einer intrapsychischen Dynamik bzw. eines innerseelischen Konflikts.

Schlüsselwörter

Psychoanalyse – Nikotinabhängigkeit – Rauchen – Rauchentwöhnung

Abstract

The paper considers the theoretical contribution of psychoanalysis to the topic of smoking and nicotine dependence. Starting from the first protocol of the *Psychologischen Mittwochs-Gesellschaft* "Gespräch über das Rauchen" (1903), different thoughts, their continuities and discontinuities in their theoretical development through the last century are highlighted and discussed. In addition to theoretical perspectives - from drive theory to object relations theory - current discourses of psychoanalytic publications on smoking and smoking prohibition are outlined. In a final step, clinical implications for smoking cessation for an (inpatient) addiction therapy setting are formulated. The text argues for a modification of the currently dominant behavioral (therapeutic)-oriented approach and advocates a psychodynamic perspective that understands smoking as a symptom and consequently recognizes the need for "working through the repressed" (Hofstadler & Pfaller, 2012) - i.e., becoming aware of and ideally working through an intrapsychic conflict.

keywords

psychoanalysis – nicotine addiction – smoking – smoking cessation

1. Einleitende Gedanken

Auf die Frage, was er täte, wenn er sich zwischen seiner Frau und dem Rauchen entscheiden müsste, soll Groucho Marx geantwortet haben: „Wir würden gute Freunde bleiben“ (Bittermann & Dobler, 2008). Die Anekdote ruft nicht selten ein Schmunzeln hervor und wird somit regelhaft in Übereinstimmung mit Marx' komödiantischen Œuvre interpretiert. Und doch beschreibt sie eine ernste Angelegenheit. Gemäß der Freud'schen Losung „Im Scherz darf man bekanntlich sogar die Wahrheit sagen“ (Freud, 1915, S. 353), beschreibt die Aussage den beharrlichen Wunsch der Fortführung einer intensiven Objektbeziehung, wobei die Beziehung zum „unbelebten Objekt“ (Voigtel, 1996), zur Zigarette, dem belebten vorgezogen wird.

Patient*innen im stationären Setting der Entwöhnungstherapie reagieren oftmals mit einem Schrecken auf die Frage, ob sie das Rauchen reduzieren oder gänzlich einstellen wollen. Die Frage mobilisiert offensichtlich starke Ängste. Ich erinnere eine Szene, in der ein neu aufgenommener Patient während der Erhebung der Suchtanamnese auf meine eher beiläufig gestellte Frage mit einem panischen Griff zur Zigarettenschachtel in seiner Hosentasche reagierte. In der Nachbetrachtung der Szene, dachte ich an die für ihn scheinbar schwer auszuhaltende Affektlage, die sich in der Umklammerung des wichtigen (Übergang-)Objekts artikulierte. Der Griff in die Hosentasche erschien mir als Schutz, aber auch als Rückversicherung der eigenen Ganzheit; meine Frage war also ein bedrohlicher Angriff.

Generell wurde ich durch die Arbeit in der stationären Entwöhnungstherapie auf eine mir bis dato unbekannte Art und Weise mit dem Thema Rauchen bzw. Nikotinabhängigkeit konfrontiert. Erstmalig begegneten mir hier im stationären Setting Raucher*innen im engen therapeutischen Kontakt, deren Rauchgewohnheiten keinerlei Assoziationen von Genuss oder Gedanken an das kulturell beharrlich fortbestehende Bild der Zigarette als „Symbol für Freiheit und Unabhängigkeit“ (Bittermann, 2008, S. 14) in mir entstehen ließen. Ich traf auf Raucher*innen, die mit schweren chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen, als Folgeschäden des Konsums, lufternötig zu Therapiesitzungen erschienen, nachts wiederholt aufstanden, um zu rauchen, und noch nach Luft ringend die *Sehnsucht* nach der nächsten Zigarette bekundeten. Diese Erlebnisse riefen zum Teil schwer erträgliche Gegenübertragungsgefühle hervor und drängten mich zu einer weiteren Auseinandersetzung mit der Thematik.

Die wenigen psychoanalytisch fundierten oder der Psychoanalyse zugeneigten Publikationen der letzten Jahre befassen sich insbesondere mit dem gesellschaftlichen Diskurs des Rauchens und dessen Verbot. Das Feld des affektgeladenen Diskurses spannt sich dabei zwischen Gesundheitsideologien und -diskursen, die teils einen von Neid- und Triumphgefühlen geformten orthorektischen Charakter annehmen (vgl. Hofstadler & Pfaller, 2012, S. 8ff.) einerseits, und der Vorstellung eines reiz- und genussvollen Lebens, in welcher das Individuum selbständig Entscheidungen für oder gegen (partiell) gesundheitsschädigendes Handeln trifft, andererseits, auf. Wenngleich ich in der vorliegenden Arbeit diese Diskussion¹ kurz skizziere, will dieser Beitrag hierzu nicht explizit Stellung beziehen. Obschon die

¹ Dabei beziehe ich mich insbesondere auf den von Robert Pfaller und Beate Hofstadler herausgegebenen Sammelband *Hätten Sie mal Feuer? Intellektualismus, Begehren und Tabakkultur* (2012).

Analysen einer „gesundheitsversessenen Gegenwart“, welche jene gesundheitliche Optimierung, zu denen auch das Nichtrauchen zählt, zum „Heilmittel ihrer Paniken“ (ebd., S. 13) macht, aus gesellschaftskritischer und kulturwissenschaftlicher Perspektive durchaus überzeugend sind, lanciert die vorliegende Erkundung die klinische Perspektive der schweren und beeinträchtigenden Nikotinabhängigkeit.²

Die Arbeit beleuchtet schlaglichtartig den psychoanalytischen Theoriekorpus und skizziert verschiedene psychodynamische Konzeptionen sowie die sich daraus ableitenden Sinn- oder Bedeutungszuschreibungen des Rauchens. Folglich formuliere ich somit auch eine Kritik an ausschließlich verhaltens(therapeutisch) orientierten Ansätzen, der Annahme folgend, dass „Störungen, die in ihrem Sinngehalt nicht verstanden werden [...] nur mit Werturteil, Realitätsmoral oder therapeutische[m] Aktivismus begegne[t]“ (Metzger, 1979, S. 56) werden kann. Augenscheinlich und auffällig zutreffend gilt dies für das Rauchen, wo im Austausch darüber, moralische Verurteilungen meist nicht fern sind. Die Aufmerksamkeit, die dem Suchtmittel Nikotin und der Vereinnahmung durch das Rauchen im klinischen Feld geschenkt wird, ist dabei regelmäßig stiefmütterlich. Gerade bei somatisch schwer erkrankten Patient*innen geschieht es rasch, dass die therapeutische Haltung aufgegeben wird und das Unterlassen des Rauchens in einer Dringlichkeit empfohlen wird, die einer Forderung gleichkommt, die auch als Agieren der Gegenübertragung verstanden werden kann.

Vergegenwärtigen wir uns aber noch einmal die Funktion eines Symptoms, so wird die Schwierigkeit der Patient*innen, sich von diesem zu lösen, deutlich. „Einfach mit dem Rauchen aufzuhören“, sich von Symptomen zu „verabschieden“, misslingt,

[w]eil sie Kompromisslösungen sind – Versuche, weniger krank zu sein. Diese Versuche halten das Subjekt zusammen! Nur wenn es gelingt, bessere Lösungen zu finden, können die störenden, hinderlichen Lösungen aufgegeben werden. Werden sie aber mit Gewalt beseitigt, kann das Subjekt seinen Versuch, weniger krank zu sein, im Sinne einer inneren Balance, nicht aufrechterhalten und wird eventuell noch kranker (Hofstadler & Pfaller, 2012, S. 9).

Die Psychoanalytikerin Beate Hofstadler und der Philosoph Robert Pfaller (ebd., S. 11) resümieren daher in Bezug auf die Rauch- bzw. Tabakentwöhnung:

Die Beseitigung der Leidenssymptome erfolgt nicht durch Aufgabe des Rauchens, sondern in der Aufarbeitung des Verdrängten. Ansonsten werden wir einer Symptomverschiebung beiwohnen dürfen. Das bedeutet, Rauchen kann für ein Subjekt auch gesund sein, im Sinne einer inneren ausgewogenen Ökonomie. Rauchen führt Spannung ab und macht das Subjekt freier für die übrigen Aktivitäten.

Wie gestaltet sich die Aufarbeitung des Verdrängten? Findet diese Erkenntnis Resonanz in der Praxis der Raucherentwöhnung? Nachdem zunächst der Beitrag der Psychoanalyse zum Thema Rauchen

² Der Leidensdruck wird dabei oftmals, z. B. durch Verleugnung oder Verschiebung, abgewehrt.

erkundet wird, sollen in einem zweiten Schritt Implikationen für eine psychodynamisch fundierte Praxis dargelegt werden.³

2. Historischer Auftakt: Gespräch über das Rauchen (1903)

Die *Psychologische Mittwochs-Gesellschaft*, die als erster psychoanalytischer Arbeitskreis verstanden werden kann, und 1908 in die wissenschaftliche Gesellschaft *Wiener Psychoanalytische Vereinigung* (WPV) übergang, wurde im Herbst 1902 unter dem Vorsitz Sigmund Freuds ins Leben gerufen. Interessanterweise befasst sich der, - als erstes Protokoll der *Psychologischen Mittwochs-Gesellschaft* identifizierte und im Januar 1903 im *Prager Tageblatt* von Wilhelm Stekel publizierte Text-, mit der psychologischen Funktion des Rauchens (Handlbauer, 1989; Körbitz, 2012). Das Protokoll, für den Zweck der Publikation „zu einem unterhaltsamen Eintakter umgeschrieben“ (Körbitz, 2012, S. 123), versammelt insgesamt fünf Diskutanten, die unter den Namen „der Bequeme“ (Max Khane), „der Meister“ (Sigmund Freud), „der Unruhige“ (Wilhelm Stekel), „der Schweigsame“ (Rudolf Reitler) und „der Sozialist“ (Alfred Adler) geführt werden. Das lediglich vier kurze Druckseiten umfassende Protokoll beinhaltet hoch verdichtet viele auch heute noch bemühte und bedeutsame Gedanken zur Psychodynamik des Rauchens bzw. der Nikotinabhängigkeit. Dabei finden die Gedanken Niederschlag in aktuellen Gesundheitsdiskursen, illustrieren Tendenzen der Bagatellisierung des Rauchens, skizzieren Momente der Sublimierung und zeigen graduelle Unterscheidungen der Abhängigkeit als auch suchtcharakterologische Abwehrbewegungen.

Max Khane formuliert seine Ambivalenz gegenüber dem Rauchen: Es erzeuge zwar „ein gewisses Wohlgefühl“ und rege auch die „schöpferische Kraft“ an (Handlbauer, 1989, S. 68), zugleich raube es aber „ähnlich, dem Alkohol, den klaren Blick, es zerstört den wohltätigen Einfluss der Selbstkritik“ (ebd.). Khane benennt, nebst dem Hervorrufen eines Wohlgefühls, somit auch destruktive Aspekte und die getrübe Sicht, ein Vernebelt-Sein im Nikotinrausch. Stekel hingegen betont die produktive Kraft und benennt selbstreflektorisch, wie seine schriftstellerische Tätigkeit in jenen Zeiten, in denen er das Rauchen begann, ihren Auftakt fand. Die hier adressierte vermeintlich innige Verbundenheit von Rausch, Produktivität und insbesondere Kreativität ist ein beständiges und fortwährendes Sujet von Rauschdiskursen (vgl. Subkowski, 2021). Freud verweist auf die sedierende Wirkung des Rauchens: „Das Rauchen bewirkt entschieden eine geringe Narkose, ein Wohlgefühl der Nerven“ (Handlbauer, 1989, S. 69).

Die triebtheoretische Reflexion, welche sich auf die Verbindung von Rauchen und Sexualität fokussiert, kann im Protokollverlauf zunächst nicht vorgenommen werden. Hier lassen die Diskutanten ihren Blick auf „die Frau“ schweifen – „[i]m Hinblick auf das Rauchen des Mannes konnte lediglich über die Stimulierung beziehungsweise Narkotisierung der Nerven im Kontext geistiger Tätigkeiten gesprochen werden“ (Körbitz, 2012, S. 130). Max Khane sinniert bezüglich rauchender Frauen: „Bei manchen Damen sind es unschuldige Bahnen, auf die sich Impulse sexueller Perversität erschließen“ (Handlbauer, 1989, S. 69). Stekel, der bemerkt, dass der Nikotingenuss das „Liebesbedürfnis

³ Fokussiert wird das Rauchverhalten, das den Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung (nach ICD-10: F 17.2) entspricht.

herabzusetzen“ scheint (ebd.), wird von Freud unterbrochen, der anmerkt, dass dies bekannt sei und folglich die „ewige Gegnerschaft unserer Frauen gegen das Rauchen“ (ebd.) heraufbeschwöre. So lässt sich das Rauchen zum einen in seiner lustvoll besetzten pharmazeutischen Wirkung denken, aber auch objektbeziehungstheoretisch als Surrogat eines Liebesobjekts. Stekel berichtet zudem eine Szene, in der ein ihn küssendes Mädchen mit Erstaunen fragte, ob er denn nicht rauche: „Du riechst gar nicht wie ein Mann. Ein Mann muß rauchen“ (ebd., S. 70). In dieser Aussage findet sich die Symbolisierung von Männlichkeit und Phallizität durch die Zigarette bzw. Zigarre (vgl. Green, 1923, S. 324). Das Rauchen scheint in der autonom-adoleszenten Entwicklung die Mann-Werdung zu markieren. Den Kuss aufgreifend fasst Adler zusammen: „Das Rauchen hat also in vielen Fällen intime sexuelle Beziehungen“ (Handlbauer, 1989, S. 70). Stekel greift auch wieder den gesundheitlichen Aspekt auf: „Der Meister hat Recht. Das Rauchen ist eine kleine Narkose. Wir als Ärzte müssen aber zugeben, daß es auch ein gefährliches Gift werden kann“ (ebd.). Hier wird die Unterscheidung zwischen Genuss- und (giftigem) Suchtmittel adressiert. Der suchtkarakterologischen Dimension weiter folgend bemerkt Stekel bezüglich seines eigenen Konsums: „Dabei habe ich die Empfindung, ich könnte jeden Tag aufhören. Ja – nach einer besonders schlechten Cigarre nehme ich mir’s vor: morgen hörst du auf. So betrüge ich mich schon jahrelang mit dem Gedanken, es sei eigentlich das letzte Mal“ (ebd.). Hier wird das Moment der Abhängigkeit angesprochen, die Unfähigkeit den Abstinenzvorschlag einzuhalten. Freud (ebd., S. 71) schließt die Runde mit folgenden Worten:

Sie sind kein Raucher. Sie können das nicht verstehen. Ich habe zwei Jahre nicht rauchen dürfen. Es war schrecklich. Ich hatte die Empfindung, es wäre mir ein guter Freund gestorben und ich müßte von Früh bis Abends seiner in Trauer gedenken. Auch jetzt habe ich dieselbe Empfindung für meine Pfeife. Sie ist mein guter Freund, mein Berater, mein Gesellschafter, mein Tröster, mein Weggenosse, der mit die weitesten Wege verkürzt.

Hiermit scheint alles gesagt – der Meister hat das letzte Wort. Stekel hingegen verwehrt sich vorschnellen Schlüssen: „Gar nichts ist klar“ (ebd., S. 70). Freud selbst identifiziert die Gefährlichkeit des Rauchens lediglich in Verbindung mit dem Alkoholkonsum, seine kurze Abschlussrede liest sich eher wie ein „sublime[r], homoerotische[r] Liebesdiskurs“ (Körbitz, 2012, S. 133). Darin erhält das Rauchgerät einen „Subjektstatus“ (ebd.) und wird zum unbelebten, dauerhaften Liebesobjekt, einem „phantasmatischen Partner schlechthin, der ihn die Illusion von Ganzheit und Unabhängigkeit bewahren lässt“ (ebd., S. 134). Freud, der selbst wiederholt vergeblich versucht hatte das Rauchen aufzugeben (Subkowski, 2008, S. 15), war, wie er in dem Protokoll der Mittwochs-Gesellschaft darlegt, selbst abhängiger Raucher: Freud war also ein Betroffener, „dem vielleicht daher die notwendige, innere Distanz fehlte, um sich wissenschaftlich mit der Suchtdynamik auseinanderzusetzen“ (ebd.), seine Selbstanalyse geriet daher an ihre Grenzen (vgl. Koellreuter, 2012, S. 150). In seinen Briefen an Fließ (vgl. Bruns, 1997, S. 56ff.) beschrieb er die „unerlaubt schlecht[en]“ (ebd., S. 58) Stimmungen und das „greuliche Elend der Abstinenz“ (ebd.), sowie die Wiederaufnahme des gewohnten Konsums, nachdem Fließ ihm wegen seiner Herzbeschwerden zum Nikotinverzicht geraten hatte.

Interessant erscheint mir, dass das Thema des Rauchens – trotz hoher Prävalenzen – im weiteren psychoanalytischen Diskurs nur am Rande aufgegriffen wurde. Zudem findet sich kaum eine Auseinandersetzung mit diesem ersten Protokoll in der psychoanalytischen Literatur und es mangelt aktuell an klinischen Perspektiven. Es ließe sich spekulieren, dass der Grund in dem Text bereits selbst

aufzufinden ist: Freud ist scheinbar nicht bereit, einige Einlassungen und Überlegungen seiner Mitstreiter weiterzuverfolgen und beharrt auf seiner Position, entwirft selbst ein „Plädoyer für das kultivierte Genussritual“ (Körbitz, 2012, S. 128) des Rauchens.

Einige psychodynamische Überlegungen, die zum Großteil die im Protokoll verstreuten Gedankensplitter aufnehmen, finden sich jedoch innerhalb des psychoanalytischen Literaturkanons. Im Folgenden sollen einige prominente Überlegungen fragmentarisch dargestellt werden.

3. Psychodynamische Überlegungen

3.1 Masturbation & das Sexuale: Frühe triebtheoretische Annahmen

Freud selbst schenkte „der Oralität als Grundlage für das Rauchen weniger Bedeutung“ (Hofstadler, 2021, S. 123). Zwar beschrieb er in den *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* (1905, S. 83), dass Kinder, „bei denen die erogene Bedeutung der Lippenzone konstitutionell verstärkt ist“, sich oftmals zu Männern entwickeln, die zum „Trinken und Rauchen“ (ebd.) neigen. Er fokussierte sich jedoch primär auf den Sexualgenuss und die frühe masturbatorische Betätigung im Zusammenhang mit dem Rauchen. Die „Ursucht“, so Freud, sei die masturbatorische Betätigung, die nun auf einen anderen Schauplatz verschoben werde. Kurzum figuriert das Rauchen „zum einfachen Ersatz für eine unbefriedigende Sexualität“ (Subkowksi, 2008, S. 15). Das Rauchen dient somit der sexuellen Spannungsabfuhr.

In einer kurzen Fallvignette „Zur Rauchlust“ beschreibt Sadger (1916, S. 48f.) einen Patienten, der sein „leidenschaftlich[es]“ Rauchverhalten, in dem Moment aufgeben kann, als er eine Sexualpartnerin findet: „Sie brauchen jetzt weder Zigarre noch Süßigkeiten, die Sie früher liebten, weil Sie jetzt direkt verkehren“. Ähnliche Annahmen finden sich auch im Protokoll der *Mittwochs-Gesellschaft*, frühe triebtheoretische Arbeiten betonten immer wieder die „masturbatorische Aktivität“ (Green, 1923, S. 323) und assoziierten das Ausstoßen von Rauch mit der Präsentation der eigenen Potenz (ebd., S. 325). Diese triebtheoretische Perspektive, die im Rauchen einen exhibitionistisch-masturbatorischen Akt identifiziert, wird auch aktuell von einigen zeitgenössischen Autor*innen vertreten (vgl. Hofstadler, 2021, S. 123f.). Aus jener Annahme leitet sich dann die Erklärung des verpönten Blicks auf Raucher*innen ab. Die Zigarette wird auch als Symbol für den Penis gedeutet. So wird davon ausgegangen, dass rauchende Frauen durch den Konsum ihre Penislosigkeit leugnen können (vgl. Berent, 1961, S. 308), bei Männern können Kastrationsängste vorübergehend gebändigt werden.

3.2 Oralität

Ein Übermaß oder eine übermäßige Frustration früher oraler Bedürfnisse und die daraus resultierende orale Fixierung prädisponiert zum Drogenkonsum im Allgemeinen und zum Rauchen im Besonderen (vgl. Zerdrosser, 2016, S. 82ff.). Die Stimulierung der Mundzone, durch Zigarette und Rauch, wird als „autoerotische Transformation des Stillakts“ (Körbitz, 2012 S. 127) interpretiert. Es stellt sich „durch das Einsaugen von Tabakrauch in Mund, Hals und Atmungsorgane“ (ebd., S. 126) eine Befriedigung früher, oraler Bedürfnisse ein. Die Zigarette als Schnullersurrogat ist wiederholt Sujet in

psychoanalytisch fundierten Publikationen (z.B. Green, 1923, S. 325); das Saugen an der Zigarette beruhigt. Es kann als „Nachholen oraler Befriedigung“ (Tölle, 1974, S. 39) verstanden werden. Dies verspricht vorübergehend die Rückkehr in einen paradiesisch anmutenden Primärzustand oder ermöglicht ein passageres Ungeschehen-Machen der frühen Verwundungen durch die Surrogatthandlung. Frühere empirische Studien belegten diese Annahmen und zeigten, dass bei Raucher*innen nebst „psychische[r] Labilität und neurotische[r] Fehlhaltung, speziell unbewältigte Oralität anzutreffen [ist]“ (ebd., S. 40).

Subkowski (2008, S. 16) hingegen kritisiert die Überschätzung der Oralität für die Ätiologie der Sucht. Dabei verweist er auch auf die bedeutsame Tatsache, dass mit dem Konzept der Oralität eben nicht nur die erogene Mundregion gedacht werden sollte und versteht den Begriff, „in seiner ganzen Breite und Vielfalt mit dem Wärmeerleben, taktilen Hauterlebnissen, dem Gefühl von Sicherheit, Geborgenheit und Urvertrauen“ gedacht werden sollte.

3.3 Autodestruktion

In einer frühen Arbeit diskutierte Green (1923, S. 323) das Rauchen als Ausdruck eines Todeswunsches gegen den Vater. Diese Überlegungen bedürfen einer historischen Kontextualisierung, da zu Beginn des 20. Jahrhunderts rigide patriarchale Familienverhältnisse vorherrschten, die in dieser Form gegenwärtig nicht mehr allgemeingültig zu konstatieren sind. Die Dynamik der Wendung der Aggression gegen die (elterlichen) Introjekte erscheint jedoch auch unabhängig vom Zeitgeist beachtenswert.

In dem Wissen um die Schädlichkeit des Rauchens kann sich zudem eine (unbewusste) Todessehnsucht artikulieren: „Das Leben endet mit dem letzten Atemzug, der sich in unserer Phantasie darstellt als endgültige Vereinigung mit der Mutter“ (Grotjahn, 1971, S. 168). Dies kann im tiefen Inhalieren des giftigen Rauches symbolisiert werden. Todeswünsche können sich also gegen innere Objekte, aber auch als Aggression direkt gegen das eigene Selbst wenden. Gerade weil ein breites Wissen über die Schädlichkeit des Rauchens gesamtgesellschaftlich vorhanden ist, sollte die autodestruktive oder in milderer Form selbststrafende Komponente (vgl. Brill, 1922, S. 434) nicht unterschätzt werden.

3.4 Objektbeziehungstheoretische Überlegungen

Die objektbeziehungstheoretische Sichtweise konzipiert das Suchtmittel im Allgemeinen „als Übertragungsobjekt, mit dem sich die ungelösten Konflikte [...] [der] frühen Beziehung wiederholen“ (Reisinger, 2010, S. 23). So wird eine „Fixierung beziehungsweise [die] Regression auf archaische, objektbezogene Konflikte mit der frühen Mutter“ (Nitzgen, 2012, S. 37) angenommen, die folglich einer Reinszenierung unterliegen. Als suchtspezifisch bezeichnet Nitzgen (ebd., S. 40) die unbewusste 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“. Die Angewiesenheit bleibt bestehen, was den Assoziationen der Autonomie und Individuation, die dem Rauchen oftmals anhängen, widerspricht.⁴

Dem Suchtmittel wohnt eine doppelte Funktion inne: „Es soll ähnlich tröstende oder befreiende Affekte und Gedanken ermöglichen wie ein zugewandtes, lebendes Objekt und zugleich ein bloßes Ding sein, das ihm hilft, von Objektbeziehungen unabhängig zu werden.“ (Voigtel, 2017, S. 47). Hier denke man an die (subjektiv erlebte) Coolness adoleszenter Raucher*innen, z. B. auf einer Party, die sich diese mit einer Zigarette sichern, was aber zugleich die Anklammerung an frühe Objekte symbolisiert. Aufgrund der „doppelte[n] Wirkung des Nikotins“ (Voigtel, 2017, S. 45) mit der Fähigkeit zu beruhigen und zu stimulieren, erweist sich die Zigarette als omnipotentes Objekt. Die Zigarette ermöglicht es den Konsument*innen eigenständig ein innerpsychisches Gleichgewicht zu evozieren und so hilft diese – analog zu einem guten frühen Objekt oder eben auch als Kompensation eines versagenden Objekts – innere affektive Schief lagen und Konflikte erträglicher zu gestalten.

Dabei ist die Beziehung teilweise auch ambivalent und von einer Hassliebe geprägt. Obwohl die Idealisierung meist im Vordergrund steht, kann aus der Ambivalenz heraus auch der Wunsch entstehen, das Rauchen aufzugeben.

3.5 Respiratorische Trias

Eli Marcovitz stellt in seiner Arbeit *On the Nature of Addiction to Cigarettes* (1969) die Inhalation des Rauches als zentralen Vorgang der Zigarettensucht heraus und spricht daher von einer respiratorischen Abhängigkeit. „Tiefes Inhalieren, Exhalieren des Rauches und Sichtbarwerden bestimmen die respiratorische Introjektion, auf die Extrajektion (oder Projektion) folgt“ (Grotjahn, 1971, S. 163) und die respiratorische Trias konstituiert. Marcovitz bezieht sich auf die sensorischen Qualitäten des Inhalierens. Dabei geht es weniger um die Befriedigung „durch das Einsaugen von Tabakrauch in Mund, Hals und Atmungsorgane“ (Köbritz, 2012, S. 126), als um das Erspüren der eigenen inneren Grenzen (Marcovitz, 1969, S. 1079). Dieses innere Erleben ermöglicht das intensive Erspüren des eigenen Selbst: „Es ist, als ob der Mensch jetzt fühlt: das bin ich, hier und jetzt“ (Grotjahn, 1971, S. 163). Diese narzisstische Besetzung mutet lustvoll an, zugleich ermöglicht sie es auch, das eigene Leeregefühl vorübergehend ungeschehen zu machen und so einer möglichen Selbst-Entfremdung oder dem Erleben von Nicht-Existenz entgegenzuwirken. Es wird ein „gutes und mächtiges Objekt“ (vgl. ebd.) introjiziert, ähnlich dem Moment, wenn man nach einer Bergwanderung auf dem Gipfel sich durch das tiefe Einatmen der frischen und klaren Gipfelfluft stärkt: „Das Inhalieren des Rauches scheint den Akt des Atmens zu bekräftigen und die Gefahr des Erstickens aufzuheben, die symbolisch einen Verlust des Liebesobjektes darstellt wie im Asthma“ (ebd.). Folgt man diesen Überlegungen, so lässt sich bereits erahnen, warum trotz des Wissens um mögliche Schädigungen, das Rauchen nicht einfach aufgegeben werden kann, wenn der Vorgang innerpsychisch narzisstisch-kraftigend und somit lebensbejahend besetzt ist.

⁴ Gerade in der adoleszenten Entwicklung dient das Rauchen als Initiationsritus und entspricht dem Wunsch „Erwachsen sein [zu] wollen“ (Tölle, 1974, S. 25). Kann der/die Jugendliche sich nun autonom gebärden, verschiebt er/sie die Abhängigkeit jedoch lediglich von den elterlichen Objekten auf das unbelebte Objekt Zigarette.

Die Exhalation „symbolisiert eine Art Projektion des gefürchteten Introjekts“ (ebd.), dabei kommt dem sichtbaren Rauch eine wichtige Bedeutung zu. Der Rauch fungiert als eine Art Leinwand, auf welche unbewusste Phantasien projiziert werden. Er dient als Substanz, die sich vom repräsentierten Objekt in eine unbewusste Phantasie auflöst, als Erweiterung des eigenen Selbst oder als Symbolik für den eigenen Geist. Zudem kann er als Beweisführung der eigenen Unsterblichkeit gesehen werden (Marcovitz, 1969, S. 1081).

Marcovitz versteht die Form der Inkorporation des Rauches dabei als frühen und primitiven Prozess, den er noch vor dem Essen ansiedelt, wo das Objekt kaptativ-vernichtend aufgenommen und ausgeschieden wird. Der Rauch hingegen kann in kraftvoller Form aufgesogen und genau so wieder ausgestoßen werden.

Die Raucher*innen erleben sich in der unbewussten Phantasie als Herrscher*innen über Leben und Tod: Das einverleibte Objekt kann durch das Ausatmen direkt wiederhergestellt werden. Phantasien der eigenen Unsterblichkeit finden sich vornehmlich bei Raucher*innen, welche die Folgeschäden negieren, oder gerade bei Heranwachsenden, die durch das Rauchen eben nicht nur Potenz, sondern Allmacht und Unsterblichkeit demonstrieren wollen (vgl. ebd., S. 1082ff). Das Rauchen schafft zudem eine lustvolle Verbindung zwischen der inneren und der äußeren Welt; dies lässt sich bei Raucher*innen beobachten, die mit dem Rauch „spielen“. Durch die Hervorhebung der Bedeutung der respiratorischen Funktion erklärt sich nach Marcovitz, warum anderweitige orale Ersatzhandlungen nicht dieselbe Befriedigung bereithalten.

4. Krankheitswertige Symptomatik oder lustvolles Laster: Aktuelle Rauch(verbots)diskurse

Aktuellere psychoanalytische Publikationen befassen sich insbesondere mit dem gesellschaftlichen Rauch-Diskurs und der Umwidmung der Zigarette und des Tabaks vom Genuss- zum Suchtmittel (Hofstadler & Pfaller, 2012, S. 15). Das gesellschaftlich formierte Unbehagen gegenüber dem Rauchen und die daraus resultierenden Restriktionen und Rauchverbote werden regelhaft aus einem triebtheoretischen Blickwinkel betrachtet: In Rauchverbotsforderungen artikuliert sich der Wunsch, Genuss und Luststeigerung, den exhibitionistisch-masturbatorischen Akt des Rauchens, aus der Öffentlichkeit zu verbannen. Das Rauchen wird vorwiegend mit erotisch-sexuellen Assoziationen bedacht, deren kulturgeschichtliche Kontinuität Beate Hofstadler (2021, S. 121) anhand des Rauchens im Film illustriert, wo das Rauchen regelhaft „erotisch aufgeladen war und somit indirekt auf Sexuelles verwies“. Nebst der Erotik symbolisiert die Zigarette auch „Erwachsenheit [...], Freiheit, Intellektualität [und] Eigenständigkeit“ (ebd., S. 120). Rauchverbote werden als Ausdruck eines lust- und sexualfeindlichen Zeitgeistes interpretiert, der sich unter dem Deckmantel gesundheitsfürsorglicher Ideologien verbirgt. Eine solche triebtheoretische Interpretation verbleibt meines Erachtens jedoch an der Oberfläche und klammert die Analyse (konflikthafter) Tiefenschichten des Konsums aus. Bzw. sie fokussiert nur eine spezifische Gruppe von Raucher*innen, jene, die auch in der Literatur als „Genussraucher*innen“ (*consonant smokers*) klassifiziert werden (DHS, 2003, S. 45). Schwer süchtige Raucher*innen (*dissonant smokers*) (ebd.), deren Suchtverhalten sich nicht erschöpfend durch den

Wunsch nach lustvoller Betätigung erklären lässt und die in ihrer Hassliebe zum Suchtobjekt mitunter erwägen den Konsum aufzugeben, scheinen innerhalb des diskursiven Feldes nicht berücksichtigt zu werden.

Kulturelle Bilder erweisen sich regelhaft in einer überdauernden Beständigkeit. Das Bild einer rauchenden Audrey Hepburn – man denke beispielhaft an die ikonographische Darstellung der rauchenden Holly Golightly in *Breakfast at Tiffany's* – vermittelt somit eine Aura der Erotik. Unbeantwortet bleibt die Frage nach der Funktion ihres Symptoms. Die Schwere der Abhängigkeit löst sich dabei scheinbar in Luft auf. Geht es hier ausschließlich um Lust? Oder besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zigarettenkonsum Hepburns – die bis zu 60 Zigaretten täglich rauchte – und ihrem Atemstillstand und der Wiederbelebung, in Folge eines Keuchhustenanfalls, im Alter von sechs Wochen? Nach den Überlegungen Grotjahns (1971, S. 163) ließe sich die Hypothese formulieren, dass das Rauchen als Bewältigungsversuch ihres frühkindlichen Traumas verstanden werden kann, bei dem „[d]as Inhalieren des Rauches [...] den Akt des Atmens [...] bekräftigt [um] die Gefahr des Erstickens aufzuheben“.

Die Darstellung der „Zigarette danach“ – das Rauchen der Liebenden nach dem Geschlechtsverkehr – ist ebenfalls ein vertrautes Bild. Geht es hierbei ausschließlich um einen weiteren lustvollen Akt, oder kann sich dieses Verhalten anderweitig verstanden werden? In Anlehnung an Donald W. Winnicott (1955, S. 39) lässt sich die „Zigarette danach“ aber auch als Unfähigkeit zum Alleinsein denken. Nach der Verschmelzung mit dem Objekt im Geschlechtsverkehr und der Trennung von diesem, gelingt es nicht diese Trennung auszuhalten und „mit einem anderen Menschen zusammen allein zu sein“, was Winnicott in Bezug auf den Sexualakt als „gesunde Erfahrung“ (ebd.) ausweist. So wird ein (Übergangs-)Objekt – die Zigarette – benötigt, um die nach der Trennung entstehende innere Spannung zu regulieren.

Was ich durch diese modellhaften Überlegungen spekulativen Charakters zu verdeutlichen versuche, ist, dass eine vorschnelle Affirmation kulturell überformter Bilder des Rauchens einen umfassenden Blick vernebelt.

Die Diskurse zum Rauchverbot halten vornehmlich jedoch an der Lesart einer lustvollen Tätigkeit fest. Zeitdiagnostisch ist die Beobachtung durchaus zutreffend, dass „gesundheitspolitische Interventionen auf die Unterdrückung eines situativ lustvollen Verhaltens ab[zielen] – also auf eine Zählung oder Unterdrückung der (lustspendenden) Triebaktivität“ (Grubner, 2021, S.57). Auch sollten die manifest formulierten gesundheitspolitischen Absichten auf ihren latenten Sinn hin befragt werden. Ob es nun wirklich das Ansinnen ist, gesunde Körper bzw. Subjekte hervorzubringen, muss kritisch befragt werden. Darüber hinaus sollte im Sinne der Kritikmaximierung anerkannt werden, dass, „wenn es wirklich um gesunde Körper ginge [...] unsere Wirtschafts-, Sozial- und Umweltpolitik anders aussehen [müsste]“ (Hofstadler, 2021, S. 126). Rauchverbotsforderungen entstammen somit auch neoliberaler und Selbstoptimierungsideologien bzw. befördern diese. Durchaus wird hier die Askese selbst libidinös besetzt und fordert Verzicht von lustvollem, wenngleich schädlichem Verhalten; die „Deprivation [wird] ihrerseits Quelle zur Lust“ (Grubner, 2021, S. 55).

Jedoch klammert auch diese Zeitdiagnose das schwer abhängige Rauchen in seiner Krankheitswertigkeit aus. Bereits Brill (1922, S. 439) hatte angemerkt, dass der abhängige Nikotinkonsum nur wenig mit der Lust zu tun hat und betonte stets den pathogenen Charakter. Auch Marcovitz (1969, S. 1085) beschreibt in einer Fallvignette eindrücklich das Beispiel einer asthmatischen Raucherin, die trotz starker Krämpfe und Husten immer wieder zur Zigarette griff. Auch hier scheinen ausschließlich triebtheoretische Überlegungen der lustvollen Stimulation an ihre Grenzen zu stoßen. Es scheint, als blieben süchtige Raucher*innen eine Leerstelle im psychoanalytischen Diskurs und so spielen in letzter Konsequenz – als Ergebnis des Versagens des Freud'schen Junktims von Forschen und Heilen – „[p]sychodynamisch-psychoanalytische Behandlungsmethoden [...] in der Behandlung der Tabakabhängigkeit praktisch keine Rolle“ (NHS, 2003, S. 74). Es bedarf einer Neubetrachtung!

5. Abschließende Überlegungen & klinische Implikationen

Als unentbehrlich erweist sich meines Erachtens die Psychoanalyse bezüglich der Abhängigkeitserkrankungen im Allgemeinen und des süchtigen Rauchens im Besonderen „in ihrem Bestreben, ein fundamentales Verständnis der psychischen Prozesse zu vermitteln, die in der Sucht ablaufen“ (Springer, 2019, S. 93). In der psychodynamisch fundierten Suchttherapie ist es zielführend, mit den Patient*innen den Sinngehalt des Symptoms zu ergründen und die zu Grunde liegende Psychodynamik zu analysieren.

Auch für das abhängige Rauchen gilt: Das Symptom ist nicht die Krankheit. Wir beobachten hier lediglich eine kompromisshafte Lösung eines seelischen Konfliktes oder einen Anteil eines Bewältigungsversuches einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, deren Bewusstwerdung für eine mögliche Abstinenz zentral ist. Gewiss sollte sich nicht der Illusion hingeeben werden, dass die Bewusstwerdung des intrapsychischen Geschehens bei schwer süchtigen Raucher*innen zum unmittelbaren Rauchstopp führt, wie es noch Sadger (1916) in seiner Fallvignette postulierte, jedoch kann der Konsum an Intensität verlieren, die Symptomatik sich auflockern (vgl. Marcovitz, 1989, S. 1093).

Das Verständnis des kompromisshaften Charakters des Symptoms und der zugrundeliegenden Dynamik sollten den Fokus und fundamentalen Bestandteil während der Rauchentwöhnung darstellen. Im suchttherapeutischen Setting können folglich „andere therapeutische Interventionen und therapeutische Zielvorstellungen“ (ebd.) zur Anwendung kommen (z.B. medikamentöse Unterstützung), eine Modifikation einer „klassischen“ tiefenpsychologischen bzw. psychoanalytischen Arbeitsweise (nicht jedoch der Haltung!) kann gewiss eine Bereicherung darstellen. Wird jedoch lediglich auf die Reduktion oder den Verzicht des Rauchens insistiert, so mag dies zunächst weniger gesundheitsschädigend wirken – vornehmlich in Bezug auf somatische (Folge-)Erkrankungen – und kann somit eine gesundheitsfürsorgliche Einstellung befördern, doch hilft es dem Subjekt wirklich freier zu sein? Welcher (therapeutische) Anspruch artikuliert sich in einer lediglich der Reduktion verschriebenen Haltung?

„Werden sie [die Symptome – M.R.] aber mit Gewalt beseitigt, kann das Subjekt seinen Versuch, weniger krank zu sein, im Sinne einer inneren Balance, nicht aufrechterhalten“ (Hofstadler, 2021, S.

131), was schlussendlich auch bedeutet – und das ist gerade bei somatisch schwerkranken süchtigen Raucher*innen oftmals schwer auszuhalten – dass es sich „[m]anchmal [...] mit dieser Abhängigkeit zwar beschwerlich, jedoch unproblematischer als ohne sie [lebt]“ (ebd.). Wir müssen Patient*innen ernst nehmen, d. h. in ihrer Not anerkennen, wenn sie sagen, dass sie das Rauchen nicht ohne Weiteres aufgeben können – der Gedanke kann sie, wie eingangs skizziert, existentiell ängstigen. Durch den massiven Widerstand von Patient*innen, die ihr Symptom nicht aufgeben wollen, können bei den Behandler*innen intensive Gefühle der Resignation, Hilflosigkeit und Ohnmacht hervorgerufen werden, welche durch einen Rückzug in einen konkretistischen Modus handhabbar gemacht werden sollen.

Es ist immer wieder eine Haltung zu beobachten, dass die Aufgabe des Konsums ein reiner „Willensakt“ sei (vgl. White et al., 2013): „Rauchen wird – wie kaum ein anderes Verhalten – als ‚vermeidbar‘ erachtet“ (Schmidt-Semisch, 2002, S. 29). Folglich wird das Symptom nicht mehr in seinem Widerspruch – Schaden *und* temporäre Heilung bzw. positive Auswirkung (Marcovitz, 1969, S. 1078ff.) – für das Subjekt, wahrgenommen. Verliert man seine therapeutische Haltung und die Anerkennung der Tiefendimension des Rauchverhaltens, wird man abhängigen Raucher*innen mit Unverständnis begegnen: Wenn der körperliche Entzug doch rasch überwunden ist, warum erfolgen dann die häufigen Rückfälle? Dabei werden Raucher*innen sobald der körperliche Entzug überstanden ist, mit der psychischen Funktion ihres Konsums konfrontiert, der Mangel an *Ich*-Stütze wird schwer erträgliche innere Affektstürme hervorrufen. Raucher*innen, die sich konzeptionell in der Dynamik der respiratorischen Trias nach Marcovitz verorten lassen, fehlt paradoxerweise ohne ihre Zigaretten „die Luft zum Atmen“. Wenn das Einatmen des Rauches in seiner Bedeutsamkeit dem ersten Atemzug nach der Geburt gleicht, wird deutlich, dass solch frühen, primitiven Zuständen nicht (ausschließlich) mit psychoedukativen Lehren begegnet werden kann. Wenn die unbewusste Dynamik von einigen Raucher*innen Ausdruck eines autoaggressiven Agierens ist, so wird eine Aufklärung über gesundheitsschädliche Folgen keine Wirkung haben.

Auch gilt es, sich der „Gefahr [...], eine pseudoprofessionelle Haltung einzunehmen, in der sich die Illusion verbirgt, psychoanalytische Expertise [bzw. eine psychodynamisch-suchttherapeutische Expertise – M.R.] würde sich darin äußern, zu wissen, wie der Hase läuft“ (Storck, 2011, S. 111) immer wieder bewusst zu werden. Gewiss können die hier skizzierten psychodynamischen Theorien sich als zutreffend erweisen und doch gilt es immer wieder, um eine Haltung zu ringen, welche das Symptom in seiner Singularität versteht und der einzigartigen Bedeutung für das Individuum nachspürt. Es gilt herauszufinden, welche Funktion bei jeder*m Patient*in erfüllt wird. Wie bei der Behandlung anderer stoffgebundener Süchte sollte am Anfang eine differentialdiagnostische Einschätzung stehen, die prüft, ob es sich um eine symptomatische oder strukturelle Abhängigkeit handelt (vgl. Voigtel, 2017, S. 94). Anschließend ist es wichtig „genau nach der *Funktion* zu forschen“ (ebd.). Die Therapeut*innen sollten im Sinne der Objektverwendung analog zu den verschiedenen Eigenschaften des Nikotins, *containend* und regulierend, aber eben auch stimulierend, zur Verfügung stehen. Es gelten dieselben Prinzipien, wie in der psychodynamisch orientierten Therapie anderer stoffgebundener Abhängigkeiten, die konsequent auf die Zigaretten sucht angewendet werden sollten.

Hier zeichnet sich bereits ab, dass ein solches Vorgehen viel Zeit fordert und sich somit dem Effizienzdenken des neoliberalen Zeitgeistes, der auch die Sucht- und Psychotherapie längst ergriffen

hat, zu widersetzen hat. Die Herausforderung, diesen Perspektiven im stationären suchttherapeutischen Setting Platz einzuräumen, sollte man sich jedoch im Sinne der Patient*innen stellen. Therapeutische Ideale sollten sich dabei nicht immer den Zumutungen einer ökonomisch orientierten Beschneidung unterwerfen. Die Gruppe schwer abhängiger Raucher*innen wird weiterhin marginalisiert, das psychische Leiden, als Grundlage ihrer Störung dabei negiert. Auch die aktuellen Diskurse klammern diese aus.

Es ist auch vonnöten Nichtwissen auszuhalten und nicht vorschnell auf implizite oder explizite Theorien zurückzugreifen. Des Weiteren bedarf es einer intensiven Gegenübertragungsanalyse (Identifiziere ich mich mit der Suchtmittelhierarchisierung meines Gegenübers oder mit dessen Rationalisierungen?) sowie die eigene Haltung zum Zigarettenkonsum zu reflektieren.⁵

Ich war immer wieder erstaunt über die Diversität des Materials, das Patient*innen im suchttherapeutischen Setting hervorbrachten, wenn es ihnen in der Einzel- oder Gruppentherapie gelang, die Widerstände zu überwinden, und sich mit ihrer (schweren) Nikotinabhängigkeit und den sich anschließenden Assoziationen auseinanderzusetzen. Die sich an diesen Stellen entfaltenden produktiven Prozesse untermauern mein Plädoyer für die Notwendigkeit einer psychoanalytischen Perspektive auf das süchtige Rauchen.

Einige der im ersten Protokoll der *Mittwochs-Gesellschaft* formulierten Gedanken erscheinen mir nicht an Aktualität eingebüßt zu haben. Daher ist es wichtig, deren Spur wiederaufzunehmen, weiterzuentwickeln und sie in den Dienst der klinischen Praxis zu stellen.

⁵ Welche Haltung vertrete ich auch im ambulanten Setting als tiefenpsychologische*r oder analytische*r Psychotherapeutin*in? (z. B. „Ich spreche über alles mit Ihnen, aber ihr Nikotinproblem kann hier nicht behandelt werden!“ (Voigtel, 2017, S.99)). Wie beraten rauchende Ärzt*innen (vgl. DHS, 2003, S.69)?

Literatur

- Berent, I. (1961). A ritualistic aspect of smoking. *American Imago*, 18(3), S. 305–309.
- Bittermann, K., & Dobler, F. (Hrsg.). (2008). *Smoke Smoke Smoke that Cigarette. Eine Verherrlichung des Rauchens*. Edition Tiamat.
- Bittermann, K. (2008). Die Zigarette als Verführerin. Ausflug in die Sozialgeschichte einer Muse. In K. Bittermann & F. Dobler (Hrsg.), *Smoke Smoke Smoke that Cigarette. Eine Verherrlichung des Rauchens* (S. 7-29). Edition Tiamat.
- Brill, A. (1922). Tobacco and the individual. *The International Journal of Psychoanalysis*, 3, S. 430–444.
- Bruns, G. (1997). Freuds Herzneurose und das identifikatorische Prinzip in der Psychoanalyse: Klinische und theoretische Überlegungen. *Jahrbuch der Psychoanalyse*, 37, S. 47–84.
- DHS (2003). *Tabakabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe Band 2*. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.: Eigenverlag.
- Freud, S. (1905). Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. *GW V*, S. 27–145.
- Freud, S. (1915). Zeitgemäßes über Krieg und Tod. *GW X*, S. 323–355.
- Green, G. (1923). Some Notes on Smoking. *The International Journal of Psychoanalysis*, 4, S. 323–325.
- Grotjahn, M. (1971). Rauchen, Husten, Lachen und Beifall. Eine vergleichende Studie zur Symbolik des Atmens. In H. Abraham (Hrsg.), *Psychoanalyse in Berlin. Beiträge zur Geschichte, Theorie und Praxis. 50-Jahr-Gedenkfeier des Berliner Psychoanalytischen Instituts (Karl Abraham-Institut)* (S. 163-171). Meisenheim: Verlag Anton Hain.
- Grubner, B. (2021). Viruslust: Sozialität, Triebökonomie und Herrschaft in der Pandemie. *Freie Assoziation. Zeitschrift für psychoanalytische Sozialpsychologie*, 24(1), S. 49–68.
- Handlbauer, B. (1989). Gespräch über das Rauchen: Das erste Protokoll der Mittwoch-Gesellschaft. *Werkblatt – Zeitschrift für Psychoanalyse und Gesellschaftskritik* 20/21, S. 63–72.
- Hofstadler, B., & Pfaller, R. (Hrsg.). (2012). *Hätten Sie mal Feuer? Intellektualismus, Begehren und Tabakkultur*. Wien: Löcker.
- Hofstadler, B. (2021). Was ich noch zu sagen hätte, dauert eine Zigarette. *texte. psychoanalyse. ästhetik. kulturkritik*. 41(1), S. 120–139.
- Koellreuter, A. (2012). Pas de fumée sans Freud: Psychoanalyse du fumeur Philippe Grimbert (1999/2011), Fayard/Pluriel, Paris. In B. Hofstadler & R. Pfaller (Hrsg.), *Hätten Sie mal Feuer? Intellektualismus, Begehren und Tabakkultur* (S. 143–152). Wien: Löcker.
- Körbitz, U. (2012). Das „Gespräch über das Rauchen“ von 1902. Wiedergelesen 2012. In B. Hofstadler & R. Pfaller (Hrsg.), *Hätten Sie mal Feuer? Intellektualismus, Begehren und Tabakkultur* (S. 123–142). Wien: Löcker.
- Marcovitz, E. (1969). On the nature of addiction to cigarettes. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 17, S. 1074–1096.
- Metzger, H.-G. (1979). Selbstkontrolle und Selbstsicherheit: Zu neueren Techniken der Verhaltenstherapie. *Psyche*, 33(1), S. 29–62.
- Nitzgen, D. (2012). Psychoanalytische und psychiatrische Perspektiven einer Klassifikation der Suchterkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Frage der Komorbidität. In K.W.

- Bilitza (Hrsg.), *Psychotherapie der Sucht – Psychoanalytische Beiträge zur Praxis* (2. Auflage) (S. 31–50). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Reisinger, E. (2010). Alkoholismus und Selbsterstörung. *Forum der Psychoanalyse*, 26, S. 17–33.
- Sadger, J. (1916). Kleine Mitteilungen aus der psychoanalytischen Praxis. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 4(1), S. 48–52.
- Schmidt-Semisch, H. (2002). Vom Tabakgenuss zur Nikotinsucht: Zum Paradigmenwechsel in der Tabakpolitik. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 25(4), S. 25–32.
- Springer, A. (2019). Psychoanalyse der Sucht: *Psychoanalyse – Texte zur Sozialforschung*, 23(1), S. 73–96.
- Storck, T. (2011). Identität in der Vereinigung? Zum Stellenwert impliziter Theorien in der psychoanalytischen Ausbildung. *Psychoanalyse im Widerspruch*, 46, S. 97–119.
- Subkowksi, P. (2008). Die triebtheoretische psychoanalytische Sicht der Sucht – Relikt oder relevant? In A. Legnaro & A. Schmieder (Hrsg.), *Das berauschte Über-Ich. Psychoanalytisches zu stoffgebunden Abhängigkeitserkrankungen. Jahrbuch für Suchtforschung Bd.6* (S.13–31). Berlin: Lit Verlag.
- Subkowski, P. (2000). Die psychoanalytische Sicht der Abhängigkeitserkrankungen. *Psychotherapeut*, 45, S. 253–266.
- Subkowksi, P. (2021). Kreativität, Rausch, Sucht – Psychoanalytische Modelle der Suchtdynamik. *Rausch - Wiener Zeitschrift für Suchttherapie* 10(1/2), S. 80–100.
- Tölle, R. (1974). *Zigaretten rauchen: Zur Psychologie und Psychopathologie des Rauchers*. Berlin-Heidelberg: Springer Verlag.
- Unterthurner, G. (2012). Zeichen des Bösen – Rauchen, Biomacht und neoliberale Responsibilisierung. In B. Hofstadler & R. Pfaller (Hrsg.), *Hätten Sie mal Feuer? Intellektualismus, Begehren und Tabakkultur* (S.46–75). Wien: Löcker.
- Voigtel, R. (1996). Die Überlassung an das unbelebte Objekt: Zur begrifflich-diagnostischen Abgrenzung der Sucht. *Psyche* 8(50), S. 715–741.
- Voigtel, R. (2017). *Sucht*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- White, C., Oliffe, J.L., & Bottorff, J.L. (2013). Tobacco and the invention of quitting: a history of gender, excess and will-power. *Sociology of Health and Illness*, 5(35), S. 778–792.
- Winnicott, D. W. (2006). Die Fähigkeit zum Alleinsein. In D.W. Winnicott, *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt* (S. 36–46). Gießen: Psychosozial-Verlag. (Originalarbeit veröffentlicht 1955)
- Zerdrosser, C. (2016). Trieb Sucht Objekt: Überlegungen zum Konzept der Oralität im Verständnis von Sucht und späteren Entwicklungen. In E. Skale, S. Schlüter & U. Kadi (Hrsg.), *Lust, Verschlingen, Alles. Oralität und ihre theoretischen, klinischen und kulturellen Manifestationen* (S. 78–88). Wien: Mandelbaum Verlag.

Angaben zum Autor

Maximilian Römer, MSc.
Psychotherapeutische Praxis
Adresse: Brunnenstraße 196; 10119 Berlin
Tel.: +49 (0) 177 49 36 293
E-Mail: info@maximilian-roemer.de

Maximilian Römer hat Amerikanistik und Soziologie (B.A.) und Psychologie (B.Sc., M.Sc.) in Hamburg und Berlin studiert. Mehrjährige Tätigkeit in der stationären Entwöhnungstherapie (Hartmut-Spittler-Fachklinik Berlin). Arbeitet als Psychoanalytiker (DGPT) und psychologischer Psychotherapeut in psychotherapeutischer Praxis und Hochschulambulanz der International Psychoanalytic University Berlin (IPU).