



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Fleckenstein ■ Fleckenstein-Heer ■ Leiberg ■ Lüddeckens ■ Breit

Mit Stolz aus der Abhängigkeit

Fleckenstein ■ Fleckenstein-Heer ■ Leiberg ■ Lüddeckens ■ Breit

Mit Stolz aus der Abhängigkeit

Leistungssensible Suchttherapie

nach Fleckenstein und Fleckenstein-Heer

Mit einem Geleitwort von Karl Mann

Martin Fleckenstein
MFleckenstein@kih.ch

Marlis Fleckenstein-Heer
MFleckenstein-Heer@kih.ch

Dr. rer. nat. Susanne Leiberg
SLeiberg@kih.ch

Dr. med. Thomas Lüddeckens
TLueddeckens@kih.ch

Dr. med. Wilhelm Breit
WBreit@kih.ch



Die digitalen Zusatzmaterialien haben wir zum Download auf www.klett-cotta.de bereitgestellt.
Geben Sie im Suchfeld auf unserer Homepage den folgenden Such-Code ein: **OM40044**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2020 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung eines Fotos von © Adobe Stock/APD

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von AZ Druck und Datentechnik GmbH,

Kempton

Lektorat: Markus Pohlmann

ISBN 978-3-608-40044-1

Auch als E-Book erhältlich

Inhalt

Geleitwort	VII	3 Durchführung des Therapieprogramms	27
Einleitung	IX	3.1 Aufbau des Programms	27
1 Der Leistungssensible Gedanke	1	3.2 Anpassung des Programms an den Kontext	27
1.1 Gummibandanalgie	2	3.2.1 LST im Entzug	27
1.2 Flugzeuganalgie	3	3.2.2 LST in der Entwöhnungstherapie	29
1.3 Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung	5	3.2.3 LST als ambulantes Gruppenangebot	31
2 Theoretischer Hintergrund	9	3.2.4 LST im Einzelsetting	31
2.1 Stigmatisierung, Scham und Abhängigkeit	9	3.2.5 LST und kontrollierter Konsum	31
2.1.1 Stigmatisierung	9	3.3 Tägliche Kurzinterventionen – Wozu?	33
2.1.2 Stigmatisierung, Selbststigmatisierung und Abhängigkeit	9	3.4 Vorbereitung der Gruppenleitung	33
2.1.3 Zur Emotion Scham	13	3.5 Ablauf der Gruppensitzungen	33
2.1.4 Konsequenzen für die Therapie von Abhängigkeits-erkrankungen	13	3.6 Problemsituationen	34
2.2 Leistungssensibilität und Stolz versus Stigmatisierung und Scham	14	3.7 Grenzen – Was die Leistungssensible Therapie nicht bietet	35
2.2.1 Leistungen und Bemühungen im Suchtausstiegsprozess	15	4 Drei Erfahrungsberichte	37
2.2.2 Aufgaben und Zielrichtung der Leistungssensiblen Therapie	15	4.1 Interview mit einem Betroffenen	37
2.2.3 Zur Emotion Stolz	16	4.2 Interview mit betroffenen Angehörigen	38
2.2.4 Vermittlung einer leistungssensiblen Haltung bei Betroffenen und ihren Angehörigen	17	4.3 Interview mit einem Peer-Mitarbeiter	40
2.2.5 Stolz und Motivation – über die Wirkung positiver Emotionen	17	5 Empirische Befunde	43
2.3 Grundlagen der Leistungssensiblen Therapie	18	6 Ausblick	45
2.3.1 Motivierende Gesprächsführung als Fundament ..	18	6.1 Selbstmitgefühl	45
2.3.2 Leistungssensible Therapie und Bindung	20	6.1.1 Was ist Selbstmitgefühl?	45
2.3.3 Erklärungsmodell nach Fleckenstein, Fleckenstein-Heer und Lüddeckens	21	6.1.2 Selbstmitgefühl und Wohlbefinden	46
2.4 Leistungssensible Therapie, Abhängigkeits-erkrankungen und Trauma	24	6.1.3 Selbstmitgefühl und Abhängigkeitserkrankungen ..	47
2.5 Neurobiologische Erklärungen abstinentbezogener Leistungen	24	6.1.4 Kultivierung von Selbstmitgefühl	47
		6.1.5 Kultivierung von Selbstmitgefühl bei Patient_innen mit Abhängigkeitserkrankungen	48
		6.1.6 LST und Selbstmitgefühl	48
		6.2 Leistungssensibilität in der Prävention	48
		6.3 LST in der Behandlung anderer psychischer Erkrankungen	49

6.4	Neue Medien und die Leistungssensible Therapie . . .	50	IV	Dritte Gruppensitzung: Einbezug nahestehender Personen	73
6.5	Leistungssensible Haltung in Suchthilfesystemen . . .	50	IV-A	Begrüßung und Einstieg in die dritte Gruppensitzung	74
	Literaturverzeichnis	53	IV-B	Zusammenfassung der ersten und zweiten Sitzung	74
	Manual zur Kurzintervention »Leistungssensible Suchttherapie« nach Fleckenstein & Fleckenstein-Heer	57	IV-C	Wünsche und Befürchtungen	75
	Einführung	59	IV-D	Leistungssensibler Umgang mit Krisen	76
I	Aufbau der Kurzintervention	61	IV-E	Verabschiedung	76
II	Erste Gruppensitzung: Haltung	63	V	Tägliche Kurzinterventionen	77
II-A	Begrüßung und Einführung zum Thema Haltung . . .	64	VI	Arbeits- und Informationsblätter (Kopiervorlagen)	79
II-B	Haltungen gegenüber der Abhängigkeits- erkrankung	64	VI-A	Arbeitsblatt 1: Eine hilfreiche Haltung	80
II-C	Leistungssensible Haltung	65	VI-B	Arbeitsblatt 2: Innere Kommunikation	81
II-D	Diskussion über den Bergsteiger/Marathonläufer . .	66	VI-C	Infoblatt 1: Haltung	82
II-E	Zuwendung statt Ablehnung	66	VI-D	Infoblatt 2: Schreiben zur Einladung nahestehender Personen	83
II-F	Fazit	67	VI-E	Arbeitsblatt 3: Pro-und-Kontra-Viereck	84
II-G	Überleitung zur zweiten Gruppensitzung	67	VI-F	Arbeitsblatt 4: Ehrlichkeit	85
III	Zweite Gruppensitzung: Ehrlichkeit und Transparenz	69	VI-G	Arbeitsblatt 5: Ich nehme mir vor	86
III-A	Begrüßung und Einstieg in die zweite Gruppensitzung	69	VI-H	Infoblatt 3: Ehrlichkeit	87
III-B	Hinführung zum Thema Ehrlichkeit	70	VI-I	Arbeitsblatt 6: Wünsche und Befürchtungen	88
III-C	Vor- und Nachteile von Transparenz	70	VI-J	Infoblatt 4: Auszug aus »Der kleine Prinz« (Erzählung von Antoine de Saint-Exupéry)	89
III-D	Arbeitsblatt Ehrlichkeit	71	VI-K	Infoblatt 5: Leistungssensibler Umgang mit der Abhängigkeitserkrankung	90
III-E	Rollenspiel	71	VI-L	Arbeitsblatt 7: Wie reagieren wir bei einer Krise?	91
III-F	Ich nehme mir vor	71	VI-M	Infoblatt 6: Merksätze zum leistungssensiblen Umgang mit der Abhängigkeitserkrankung	92
III-G	Fazit	71		Sachverzeichnis	93

Geleitwort

Bezeichnend für diese Unglücklichen ist es, dass sie nicht nur eine minderwertige Gesundheit, sondern auch eine minderwertige Krankheit haben.
Robert Musil, Der Mann ohne Eigenschaften (Band 1; 1930)

Europa ist der Kontinent mit dem höchsten Alkoholkonsum der Welt. Besonders in Zentraleuropa fehlt der politische Wille, bewährte verhältnispräventive Maßnahmen zu implementieren und damit die Bevölkerung zu schützen. Entsprechend leiden viele Menschen in Deutschland und der Schweiz an einer Alkoholabhängigkeit mit allen Folgen für sie selbst und für ihre Angehörigen und Freunde. Trotz Erfolg versprechender Therapieangebote entschließt sich nur rund jeder siebte Alkoholabhängige zum Antritt einer spezialisierten Behandlung. Ein Grund hierfür liegt in der Stigmatisierung der Betroffenen. Sie gelten immer noch als schwache und willenslose Charaktere, obwohl die Forschung der letzten 50 Jahre eindeutig den Krankheitswert von Sucht belegt hat. Der oben zitierte Satz von Robert Musil zielte auf psychisch Erkrankte insgesamt, heute erscheinen Suchtkranke jedoch ganz besonders von Stigmatisierung betroffen zu sein – durch die Gesellschaft, das nahe Umfeld und, für den Suchtausstiegsprozess besonders hinderlich, auch durch sich selbst.

Das vorliegende Buch stellt mit der »Leistungssensiblen Suchttherapie« einen neuen Weg aus diesem Dilemma vor. Gegründet auf eine bedingungslose Wertschätzung des Gegenübers werden Selbstbeschämung und Selbstvorwürfe

ersetzt durch Betonung der im Verlauf der Therapie erbrachten Leistungen und des systematisch verstärkten Stolzes hierauf. Mit der Fokussierung auf diese Leistungen im Dienste der Abstinenz bzw. Konsumreduktion verfolgt der Ansatz das Ziel, die Haltung der Betroffenen und ihrer Angehörigen gegenüber der Abhängigkeitserkrankung nachhaltig positiv zu beeinflussen. Damit greifen die Initiatoren dieses haltungsbasierten Ansatzes unter anderem auf den deutschen evangelischen Pastor und Theologen Friedrich von Bodelschwingh der Ältere (1831–1910) zurück, der schon vor über hundert Jahren von »geretteten Trinkern« als »Helden« sprach, die ob ihrer Leistung höchste Anerkennung und Achtung verdienen.

Die Autoren des Buches haben es nicht bei der Entwicklung eines modifizierten Therapieansatzes bewenden lassen. Sie haben zudem in einer aufwendigen Studie auch einen empirischen Beleg für die Wirksamkeit ihres Konzepts vorgelegt. Dem Buch und der leistungssensiblen Haltung ist eine weite Verbreitung unter Fachpersonen, Betroffenen und Angehörigen zu wünschen. So könnte es Betroffenen ihre Würde im Umgang mit der Erkrankung zurückgeben und ihnen Mut zum Antritt und Fortführen einer Therapie machen!

Univ.-Prof. a.D. Dr. Karl Mann
Seniorprofessor am Zentralinstitut für
Seelische Gesundheit, Mannheim
Medizinische Fakultät Mannheim der
Universität Heidelberg

Einleitung

Wenn sich Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung entscheiden, Angebote aus dem Suchthilfesystem in Anspruch zu nehmen, haben sie einen langen Weg hinter sich. Sich Hilfe zu holen, sei es nun beim Hausarzt, in Beratungsstellen, in auf Abhängigkeitserkrankungen spezialisierten Ambulatorien, Tageskliniken oder stationären Einrichtungen bedeutet anzuerkennen, dass man bei dem Versuch gescheitert ist, selbst die Kontrolle über den Konsum zurückzugewinnen. Das ist für die Betroffenen zutiefst beschämend.

Eine Suchttherapie von unklarer Dauer anzutreten ist ungefähr so attraktiv wie ein Zahnarztbesuch. Wobei – genau genommen stimmt das gar nicht! Denn ein Zahnarztbesuch ist vergleichsweise kurz. Und er ist gesellschaftlich anerkannt: Menschen können offen über ihre Schmerzen und den Besuch beim Zahnarzt berichten. Sie erhalten mitfühlende Aufmunterung, werden geschont und in ihrem Problem verstanden. Sie werden weder stigmatisiert noch ausgegrenzt und müssen das auch nicht befürchten.

Ganz anders verhält es sich bei Patient_innen in einer Behandlung für Abhängigkeitserkrankungen. Diese dauert lang und beinhaltet zuweilen stationäre Aufenthalte. Es ist also nur schwer möglich, die Behandlung anzutreten, ohne dass die nahestehenden Personen, aber auch die Arbeitgeber_in davon erfahren. Die Betroffenen fürchten die soziale Ausgrenzung, die negative Bewertung durch andere. Sie sind zutiefst beschämt, ob ihrer Unfähigkeit, ihre Situation ohne professionelle Hilfe in den Griff zu bekommen. Vor diesem Schritt haben sie alles versucht, um die Probleme selbstständig unter Kontrolle zu bekommen. Sie sind unzählige Male morgens aufgewacht mit der Motivation, »Heute konsumiere ich weniger oder gar nicht«, und abends mit der Erfahrung zu Bett gegangen, wieder genauso viel oder mehr konsumiert zu haben. Ihr Selbstvertrauen und ihre Selbstwirksamkeitserwartung sind durch die Schwere der Abhängigkeitserkrankung auf einem Tiefpunkt. Nicht selten geht dem Entscheid für eine Behandlung eine innere Bankrotterklärung voraus. Das Eingeständnis, es allein nicht zu schaffen. Wie unangenehm muss diese Einsicht sein? Und wie oft ist sie so schmerzhaft und beschämend, dass sie nur teilweise oder zeitlich befristet wahrgenommen werden kann?

Menschen, die eine Suchtbehandlung antreten, haben häufig ein geringes Selbstvertrauen, sind zutiefst beschämt durch den eigenen Kontrollverlust. Bildhaft gesprochen, stehen sie mit heruntergelassener Hose vor ihrem Umfeld und den Behandlern. Die Bewältigung dieser Herausforderung ohne Rückfall in alte Muster ist allein schon eine

überragende Leistung. Und wie wichtig und entlastend ist es wohl für diese Menschen, wenn sie auf Fachpersonal treffen, das kompetent, sensibel und würdigend mit genau diesem Umstand umgeht? Wie groß muss das Bedürfnis dieser Betroffenen und ihrer Angehörigen nach einem Zugang zu positiven Gefühlen im Umgang mit dieser schweren Erkrankung sein?

Diesen Bedürfnissen widmet sich die Leistungssensible Therapie, kurz LST.

Die Idee für die Leistungssensible Therapie entstand aus der Beobachtung, dass viele von einer Abhängigkeitserkrankung Betroffene eine erfolgreiche Therapie absolvieren, sich intensiv mit sich und ihrer Biografie auseinandersetzen, monatelang schwierigste Gefühle und Situationen ohne Substanzkonsum oder Problemverhalten aushalten und meistern – und dennoch auf diese Erfolge nicht stolz sein können. Diese Menschen gehen davon aus, Abstinenz sei eine Selbstverständlichkeit, und sie schämen sich sogar dafür, eine Behandlung in Anspruch genommen zu haben. Oft kommt es nach dem Ende einer stationären Behandlung zu Rückfällen und in der Folge zu einer erneuten Hospitalisation. Dies stellt für die Betroffenen umso mehr einen Grund dar, sich zu schämen und sich mit ihrer Erkrankung zu verstecken. Ein Teufelskreis. Ihnen nahestehende Personen und nicht selten auch Fachleute sehen oft in erster Linie das »Scheitern« der Betroffenen.

Dies alles steht in einem eindrücklichen Kontrast dazu, dass die Betroffenen für die Erlangung und Aufrechterhaltung der Abstinenz enorme Leistungen erbringen müssen. Beispiele dafür sind das Aushalten von Konsumverlangen, das Aushalten schwieriger Gefühle und Situationen, das Erlernen neuer Verhaltensweisen, das Aufarbeiten der eigenen Vergangenheit, das Meiden gewisser sozialer Kontakte und oft auch das Beenden langjähriger Freundschaften und kollegialer Beziehungen. Abhängigkeitserkrankungen sind schwere, chronische, psychische Erkrankungen. Der konstruktive Umgang mit ihnen erfordert große Anstrengungen und Leistungen.

Das vorliegende Manual beruht auf einer tiefen Überzeugung: Das Sehen und Würdigen der zu vollbringenden und bereits vollbrachten Leistungen im Suchtausstiegsprozess und in der Aufrechterhaltung der Abstinenz trägt maßgeblich zum Gelingen der Abstinenzleistungen bei. Eine von Stolz und Ehrlichkeit geprägte Haltung wird als Alternative für eine von Scham, Bagatellisierung und/oder Verleugnung geprägte Haltung angeboten.

Innovativ an diesem Therapieprogramm ist das Ziel, begleitend zu der Verhaltensänderung, wie andere Therapie-

programme sie eher ausschließlich anstreben, bei Betroffenen und deren nahestehenden Personen eine Haltungsbzw. Einstellungsänderung gegenüber der Abhängig-

keitserkrankung zu bewirken. Mit der Leistungssensiblen Therapie wird eine Haltung implementiert, die von Ehrlichkeit und Stolz geprägt ist.

1 Der Leistungssensible Gedanke

Wie schon einleitend kurz beschrieben, müssen Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung größte Leistungen erbringen, um Abstinenz oder Konsum-/Verhaltenskontrolle zu erreichen bzw. aufrechtzuerhalten. Sie erleben oder befürchten Kontrollverlust und kämpfen gegen diesen an. Indem sie den Kampf häufig verlieren, sind sie zutiefst beschämt und versuchen zuweilen mit allen Mitteln, ihre Situation vor ihrem Umfeld zu verbergen. Da die nahestehenden Personen oftmals mit dem Konsum von Suchtmitteln bzw. der Kontrolle des Konsums keine Schwierigkeiten haben, ernten Betroffene zumeist wenig Verständnis für ihre Probleme im Umgang mit der Erkrankung. Lob oder Anerkennung für ihre Kontrollbemühungen sind selten oder stehen nicht in einem adäquaten Verhältnis zu den Anstrengungen, die die Betroffenen erleben.

Dies ist teilweise gut nachvollziehbar, da Angehörige und nahestehende Personen viele Phasen in der Entstehung der Abhängigkeitserkrankung und im weiteren Verlauf miterleben mussten, in denen die Betroffenen tatsächlich keinerlei sichtbare Abstinenzbemühungen zeigten oder diese vortäuschten. Nahestehende Personen leiden unter diesen von der Abhängigkeit dominierten Phasen und erleben belastende Gefühle wie Ohnmacht, Angst, Hilflosigkeit, Scham und Schuld oder auch Wut. Das bedeutet: Auch nahestehende Personen sind Leistungserbringer im Umgang mit dieser chronischen Erkrankung. Ihre Leistungen werden noch seltener in adäquater Form gewürdigt. Die Betroffenen sind stark mit der Bewältigung ihrer Erkrankung beschäftigt und manchmal konflikthaft verstrickt mit ihrem Umfeld, sodass gegenseitige Würdigung im Alltag kaum stattfindet. Andere externe Personen werden nur zögerlich miteinbezogen, da sich das gesamte von der Abhängigkeitserkrankung betroffene System vor der negativen Bewertung von außen schützen will.

Begeben sich Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung in den Suchtausstiegsprozess, beobachten wir also eine Konstellation, in der Betroffene wie auch ihre nahestehenden Personen Höchstleistungen erbringen und schon erbracht haben, diese aber kaum gesehen, geschweige denn gewürdigt oder belohnt werden. Weder findet diese Würdigung gegenseitig statt, noch in ausreichendem Maße durch das Suchthilfesystem.

Betrachten wir andere Bereiche des gesellschaftlichen Zusammenlebens, in denen Höchstleistungen erbracht werden, z. B. im Beruf, im Sport oder in der Kunst, so fehlt es hier nicht an der entsprechenden Anerkennung. Sie zeigt sich in Lob oder Lohnerhöhungen, Trophäen im Sport oder Applaus nach einem geglückten Konzert. Wie würden wohl

Mitarbeiter_innen, Sportler_innen oder auch Künstler_innen reagieren, wenn sie nach monatelanger Anstrengung nicht gesehen, nicht gewürdigt oder in irgendeiner Form anerkannt werden? Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie ihre Leistungen wiederholen, die Anstrengungen erneut auf sich nehmen? Lob, Anerkennung und Würdigung motivieren immer wieder neu zu erstaunlichen Leistungen und Anstrengungen. Ausbleibendes Lob, fehlende Anerkennung und Würdigung führen zum Gegenteil. Es ist demotivierend und beschämend, sich immer wieder Tag für Tag anzustrengen und darin nicht gesehen zu werden.

Betrachten wir diese Zusammenhänge, hilft uns dies zu verstehen, wie schwierig die Aufgabe für Betroffene und ihre nahestehenden Personen ist und welche wichtige Rolle die Sensibilisierung für die jeweiligen Leistungen als Basis für gegenseitige Anerkennung und Würdigung spielt.

Mit Leistung bezeichnen wir eine erbrachte Anstrengung. In der Leistungssensiblen Therapie geht es darum, Leistungen im Dienste der Abstinenz zu würdigen. Dies soll kein Selbstzweck sein, sondern das tiefe Verständnis ausdrücken, das wir für die hinter der Abstinenz liegenden Anstrengungen entwickelt haben. Menschen ohne Abhängigkeitserkrankung, und dazu gehören viele Angehörige wie auch die meisten Fachpersonen, können sich nicht vorstellen, wie anstrengend der abstinente Zustand ist, und nehmen dessen Erreichung und Aufrechterhaltung nicht als Leistung wahr. Daher sind ihre Bemühungen um Anerkennung der Abstinenzleistungen der Betroffenen häufig oberflächlich oder fehlen ganz. Es fällt schwer, wirklich nachzuvollziehen, welche Anstrengungen sich tatsächlich hinter diesem Zustand der Abstinenz verbergen. Es fehlt das nötige »Empathiewissen«. Nur wer diese Anstrengungen auch in der Tiefe begreifen lernt, kann in adäquater Form emotional darauf reagieren, in echter Anerkennung staunen und Demut entwickeln vor der Aufgabe des Betroffenen.

Wir möchten nun mittels zweier Analogien das Verständnis für diejenigen Anstrengungen schärfen, die für die Erreichung und Aufrechterhaltung der Abstinenz bzw. der Konsumkontrolle nötig sind:

- Gummibandanalgie
- Flugzeuganalgie

1.1 Gummibandanalogie

Stellen Sie sich vor, unser Gehirn wäre kein komplexes System voller unzähliger Nervenzellen, sondern ein einfacher Muskel. Stellen Sie sich nun vor, Sie hätten ein Gummiband in den Händen. Ein Gummiband, wie es in der Gymnastik zum Einsatz kommt. Stellen Sie sich weiter vor, dieses Gummiband entspräche diesem Muskel.

Unternimmt ein Mensch mit einer Abhängigkeitserkrankung keine Anstrengungen, um seine Erkrankung zu kontrollieren, so bedeutet dies, dass der Muskel nicht aktiv ist. Analog läge das Gummiband schlaff in Ihren Händen. Das entspricht dem Konsumzustand bei Betroffenen (► Abbildung 1).



Abbildung 1: Konsumzustand bei Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung in der Gummibandanalogie

Wie sieht es aber aus, wenn die Betroffenen nun Anstrengungen unternehmen, um ihre Erkrankung zu kontrollieren, ihren Konsum zu reduzieren oder den Zustand der Abstinenz herzustellen? Dazu ist das Gehirn gefordert. Der Muskel muss aktiv werden. In der Analogie wäre das Gummiband zwischen Ihren Händen vollständig gespannt (► Abbildung 2).

Nun erwarten die Betroffenen von sich, dass sie abstinent bleiben oder den Konsum auch weiterhin unter Kontrolle haben. Und sicher wird sich das Umfeld oder die begleitende Fachperson dies ebenfalls wünschen. Das bedeutet, das Gehirn muss weiterhin aktiv bleiben, Sie halten das Gummiband also weiterhin gespannt – morgen, übermorgen, nächste Woche und den ganzen nächsten Monat. Und um Rückfälle ins alte Muster zu verhindern, wäre es

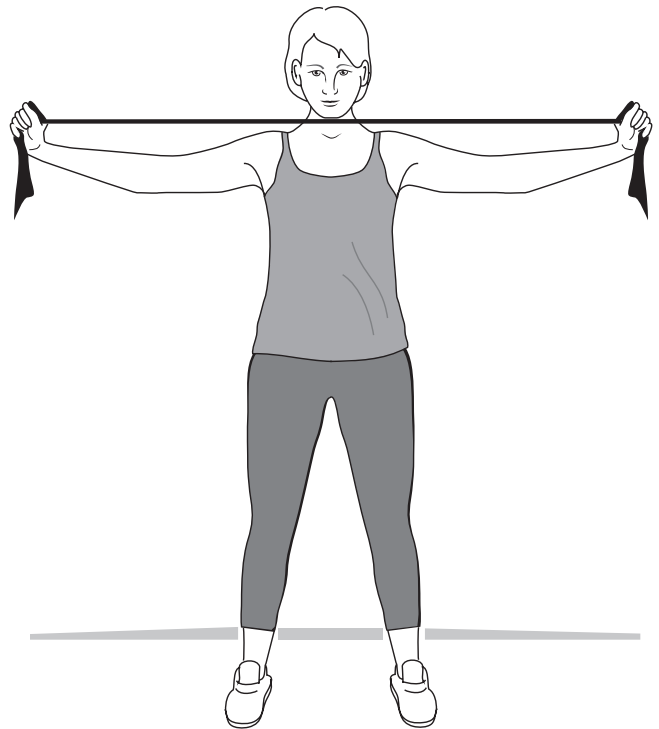


Abbildung 2: Abstinenzzustand bei Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung in der Gummibandanalogie

gut, Sie halten das Gummiband auch das gesamte nächste Jahr straff.

Sie können sich schon nach wenigen Minuten davon überzeugen, welche große Herausforderung da auf Sie zukommt. Eventuell spüren Sie schon ein leichtes Zittern zwischen ihren Schulterblättern, vielleicht haben Sie erste Zweifel, ob Sie diesen Zustand so lange aufrechterhalten können (► Abbildung 3).

Sollte es nun dazu kommen, dass Ihnen die Kraft ausgeht und das Gummiband erschlafft, würden Sie sich sicher freuen, wenn Ihnen jemand gut zureden würde, stolz auf Ihre bisherigen Leistungen wäre und Ihnen dabei helfen würde, das Gummiband zu spannen, bis Sie selbst wieder genügend Kraft dafür haben. Aber wie wäre es wohl für Sie, wenn dann nur Kritik im Sinne von »Ich wusste doch, dass du es nicht schaffst!« auf Sie einprasselt? Würde Ihnen das die nötige Kraft und Motivation geben, um das Gummiband wieder selbstständig zu spannen?

Diese Gummibandanalogie veranschaulicht deutlich, was Menschen im Suchtausstiegsprozess auf sich nehmen. Welche Herausforderung sie mutig zu stemmen versuchen. Und wie entscheidend es sein kann, entsprechende Unterstützung von nahestehenden Personen zu erfahren.

Wie stellt sich die Gummibandanalogie für »Nicht-Betroffene« dar? Wie fühlt es sich für sie an? Wenn »Nicht-Betroffene« auf ein Suchtmittel verzichten sollen, so müssen sie nicht aktiv werden. Der Muskel bleibt entspannt. Wenn also »Nicht-Betroffene« vom Zustand der Abstinenz reden, so reden sie entsprechend von dem Zustand, den in der

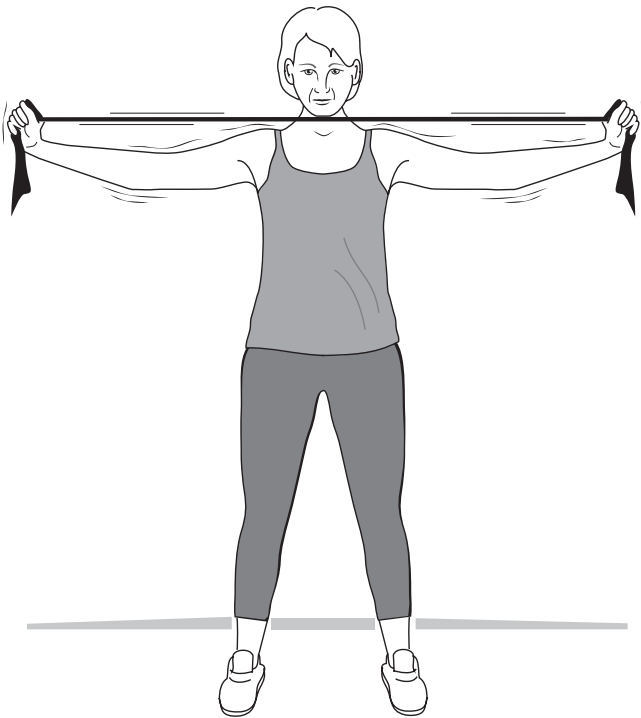


Abbildung 3: Dauerhafter Abstinenzzustand bei Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung in der Gummibandanalgie

Analogie das schlaffe Gummiband in Ihren Händen symbolisiert (► Abbildung 4).

Aus diesem Erleben heraus fällt es »Nicht-Betroffenen« häufig schwer, Betroffene für ihre Abstinenzleistungen adäquat zu würdigen und zu unterstützen. Sie selbst empfin-



Abbildung 4: Abstinenzzustand bei Menschen ohne eine Abhängigkeitserkrankung in der Gummibandanalgie

den den Verzicht auf ein Suchtmittel als sehr leicht, warum also sollten sie die betroffene Person für solch eine Selbstverständlichkeit würdigen? Im Sinne von: »Der müsste sich ja nur ein bisschen anstrengen, dann würde das ja auch klappen.« Statt Unterstützung und Anerkennung resultieren aus dieser Betrachtungsweise nur Vorwürfe und Anklagen. Es steckt keine Boshaftigkeit hinter dieser Haltung, sondern eine ganz menschliche Vorgehensweise. Wir beurteilen die Dinge ausgehend von unserem eigenen Erleben. Es fällt uns manchmal sehr schwer, nachzuvollziehen, dass sich das »Gleiche« für andere eben nicht »gleich« anfühlt.

Merke:

- Wenn Betroffene und ihnen nahestehende Personen (auch helfende Fachpersonen) miteinander über Abstinenz reden, dann reden sie über den gleichen Begriff, aber nicht über den gleichen Zustand! Redet ein Mensch mit einer Abhängigkeitserkrankung über Abstinenz, dann meint er den Zustand des gespannten Gummibandes. Er erlebt Abstinenz als dauerhafte Anstrengung und Herausforderung.
- Reden hingegen »Nicht-Betroffene« über Abstinenz, dann gehen sie vom Zustand des schlaffen Gummibandes aus. Sie erleben einen entspannten Zustand und sehen Abstinenz als etwas Selbstverständliches beziehungsweise leicht Erreichbares an.

1.2 Flugzeuganalogie

Mittels der Gummibandanalgie ist nun schon etwas klarer geworden, welche enormen Anstrengungen sich hinter der Aufrechterhaltung der Abstinenz bzw. der Konsumreduktion verbergen. Zudem ist es nun auch leichter zu verstehen, warum auf diese Anstrengungen und Leistungen häufig nicht mit Anerkennung und Würdigung reagiert wird. Das nötige »Empathiewissen«, das vom eigenen Erleben ausgeht, fehlt beim »gesunden« Gegenüber häufig. Die Fähigkeit, die Anstrengungen hinter der Abstinenz tatsächlich nachzuvollziehen, ist nicht nur für nahestehende Personen die Grundlage, um würdigend darauf zu reagieren. Es kann häufig beobachtet werden, dass auch Betroffene selbst kein Verständnis dafür aufbringen und somit im Konflikt mit den eigenen, unrealistischen Erwartungshaltungen stehen. Auch die Betroffenen lassen also »Empathiewissen« sich selbst gegenüber vermissen. Das Selbstmitgefühl (► Kapitel 6.1), welches in diesem Kontext sehr wichtig wäre, fehlt oft vollständig oder steht einem dominanten »inneren Kritiker« gegenüber. Statt Lob und Anerkennung überwiegen Kritik und Vorwürfe, sei es durch die Betroffenen selbst oder durch ihr Umfeld – dies mit den oben beschriebenen katastrophalen Auswirkungen auf ihre Motivation und die Beziehungen zu ihrem Umfeld.

Mit der folgenden Flugzeuganalogie möchten wir die Anstrengungen, die im Dienste des Suchtausstiegs von den Betroffenen und ihren nahestehenden Personen abverlangt werden, mit einem weiteren Bild veranschaulichen: Stellen Sie sich ein Flugzeug vor, das am Boden steht. Da es am Boden steht, muss es keine Leistung erbringen. Es ist im Ruhemodus. Dies entspricht bei einem Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung dem »Konsumzustand« (► Abbildung 5). Werden keine Anstrengungen unternommen, um den Konsum zu reduzieren oder zu stoppen, dann ist die Aufrechterhaltung des abhängigen Lebensstils die Konsequenz.

Was muss nun mit diesem Flugzeug geschehen, damit es den Ruhemodus verlassen kann? Es muss mit Kerosin betankt, auf die Startbahn geleitet und dort so stark beschleunigt werden, dass es in der Lage ist, vom Boden abzuheben und entgegen der Erdanziehungskraft im Steilflug die Zielhöhe anzustreben. Diese Phase entspricht bei einer Person mit einer Abhängigkeitserkrankung häufig der Phase, in welcher sie sich für den Weg der Abstinenz bzw. der Konsumreduktion entscheidet. Die Betroffenen holen

sich Hilfe, absolvieren mit großer Motivation einen Entzug. Sie streben Stabilität und eine bleibende Veränderung ihres Konsumverhaltens an (► Abbildung 6).

Irgendwann erreicht das Flugzeug die anvisierte Zielhöhe. Es fliegt auf gleich bleibender Höhe seinem Ziel entgegen. Dieser Zustand kann bei Betroffenen als »Abstinenz« bezeichnet werden (wahlweise auch als die »gewünschte Konsummengenreduktion«). Was muss nun mit dem Flugzeug geschehen, damit es nicht wieder landen und in den Ursprungszustand zurückkehren muss? Das Flugzeug muss nach wie vor Leistung erbringen, um nicht an Flughöhe zu verlieren. Es verbraucht Kerosin, um die Triebwerke am Laufen zu halten. Damit das Kerosin nicht ausgeht, muss das Flugzeug in der Luft betankt werden (► Abbildung 7). Ansonsten droht eine Bruchlandung. – In der Luft tanken, allein? Geht nicht!

Dies entspricht der Tatsache, dass von einer Abhängigkeitserkrankung betroffene Menschen täglich Leistungen erbringen müssen, damit sie nicht in alte Konsummuster zurückfallen. Um diese Leistungen erbringen zu können, benötigen sie Motivation. Sollte ihnen die Motivation aus-

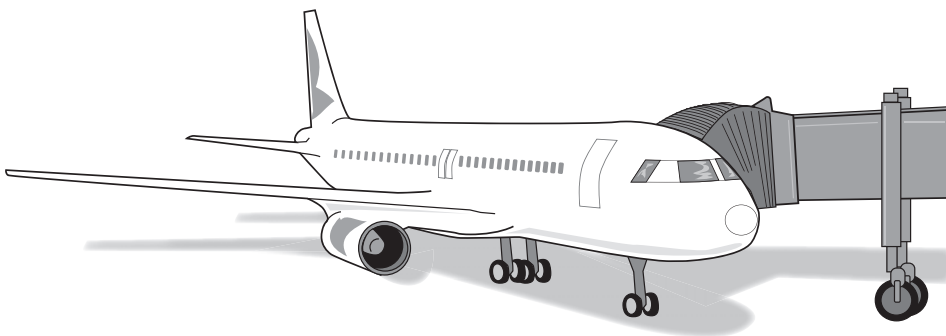


Abbildung 5: Konsumzustand bei Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung in der Flugzeuganalogie

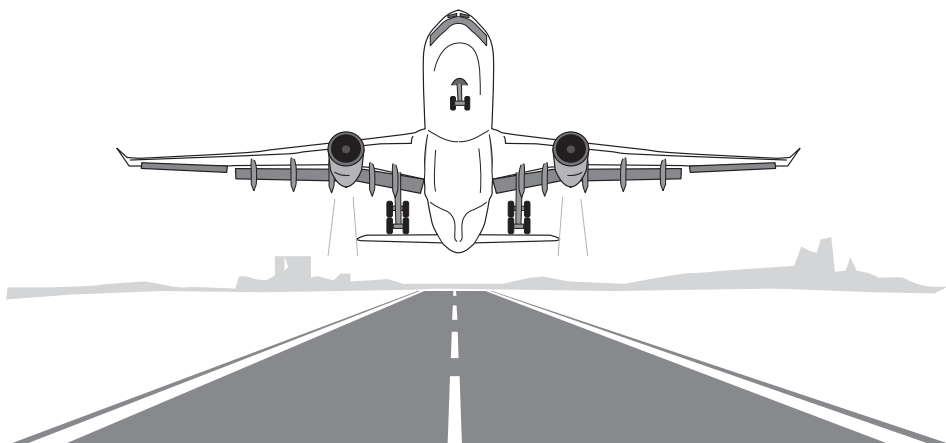


Abbildung 6: Phase des Abstinenzentscheids bei Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung in der Flugzeuganalogie

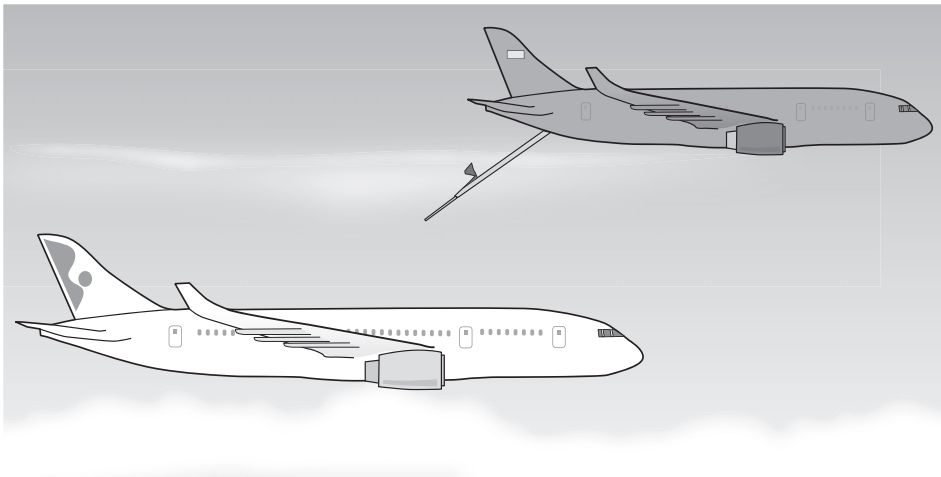


Abbildung 7: Vom sozialen Umfeld unterstützter Abstinenzzustand bei Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung in der Flugzeuganalogie

gehen, droht der Rückfall in alte Konsummuster. Die Motivation ist also im Bild gleichzusetzen mit dem Kerosin. Die Motivation ohne Unterstützung von außen für längere Zeit oder gar für immer aufrechtzuerhalten ist ähnlich unmöglich wie in der Luft allein zu tanken. Es braucht hier die richtige Unterstützung, um diese dauerhaften Leistungen im Dienste der Abstinenz (oder Konsummengenreduktion) bewerkstelligen zu können. Um nicht abzustürzen! Schließlich wird das Flugzeug unablässig von der Erdanziehungskraft zu Boden gezogen. Das neurobiologische Pendant zu dieser Gravitationskraft sind die neurobiologischen Veränderungen in den Gedächtnis- und Motivationszentren des durch den Abhängigkeitsprozess veränderten Gehirns (► Kapitel 2.5).

Die Flugzeuganalogie macht deutlich, dass Konsummengenreduktion oder Abstinenz für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung niemals eine Selbstverständlichkeit sein werden. Sie müssen täglich Leistungen dafür erbringen und Anstrengungen über Wochen, Monate und Jahre auf sich nehmen, um die erreichte Stabilität nicht zu gefährden. Die Betankung in der Luft symbolisiert eindrücklich die Notwendigkeit der Unterstützung durch Personen im Umfeld der Betroffenen. Sie können durch diese Unterstützung Kraft tanken, um weiterhin Anstrengungen meistern zu können. Auch nahestehende Personen erbringen dauerhaft Leistungen, um zu verhindern, dass Betroffenen die Motivation ausgeht und um bei einem Einbruch der Motivation zu helfen, dass kein schlimmer Absturz erfolgt. Deshalb brauchen auch nahestehende Personen Unterstützung.

Merke:

Sowohl die Leistungen und Anstrengungen der direkt betroffenen Personen im Dienste der Abstinenz als auch die Unterstützungsleistungen der nahestehenden Personen verdienen Anerkennung und Würdigung. Abstinenz ist keine Selbstverständlichkeit, sondern eine täglich zu erbringende Leistung. Dafür benötigen alle Beteiligten eine stabile Motivation. Gegenseitige Anerkennung und Würdigung sind dafür notwendige Voraussetzungen. Wenn es gelingt, Betroffene, nahestehende Personen und helfende Fachpersonen dafür zu sensibilisieren, dann steigt die Wahrscheinlichkeit für einen gelingenden Suchtausstiegsprozess deutlich! Menschen, die direkt oder indirekt von einer Abhängigkeitserkrankung betroffen sind, leisten Erstaunliches! Viel zu selten erleben sie die für diese Leistungen adäquate Emotion »Stolz«. Genau dies ist das Ziel der Leistungssensiblen Therapie.

1.3 Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung

Im vorherigen Kapitel wurde mittels der »Flugzeugmetapher« versucht, die Leistungserbringung von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung im Suchtausstiegsprozess zu veranschaulichen und somit verstehbar zu machen. Dieser intuitive Zugang zur Leistungssensibilität soll nun in Bezug gesetzt werden zum *Stufenmodell der Verhaltensänderung* (»stages of changes«), besser bekannt auch als *transtheoretisches Modell* (TTM; Prochaska & DiClemente, 1984; Prochaska et al., 1992):

Der Suchtausstiegsprozess lässt sich nach dem TTM als ein Veränderungsprozess verstehen, der das Durchlaufen aufeinander aufbauender Stufen beinhaltet. Fünf Stufen

sind für die Bewältigung einer Abhängigkeitserkrankung zentral:

- Absichtslosigkeit (»precontemplation«)
- Absichtsbildung (»contemplation«)
- Vorbereitung (»preparation«)
- Handlung (»action«)
- Aufrechterhaltung (»maintenance«)

Die Namen dieser Stufen lassen auf den ersten Blick vermuten, dass nur in der Handlungsphase (»action«) Leistungen zu erbringen sind. Dies ist natürlich nicht der Fall. Im Folgenden sollen daher zunächst die fünf Stufen mit der »Flugzeuganalogie« in Zusammenhang gesetzt und anschließend die jeweils zu erbringenden Leistungen benannt werden:

- *Absichtslosigkeit*: Das Flugzeug steht am Boden; sein Einsatz ist nicht geplant.
- *Absichtsbildung*: Das Flugzeug steht noch immer am Boden; ein Flugeinsatz wird erwogen, und es wird geprüft, ob dieser sinnvoll und umsetzbar wäre.
- *Vorbereitung*: Das Flugzeug wird gewartet, gesäubert, betankt etc. Das Personal wird eingeplant und steht zur Verfügung.
- *Handlung*: Das Flugzeug rollt zur Startbahn, es wird beschleunigt, bis es in der Lage ist, entgegen der Gravitationskraft den Boden zu verlassen und im Steilflug die anvisierte Flughöhe zu erreichen.
- *Aufrechterhaltung*: Das Flugzeug ist auf der anvisierten Flughöhe angekommen, nimmt die korrekte Flugrichtung ein. Es soll auf dieser Flughöhe für den großen Teil

Tabelle 1: Zu erbringende Leistungen der Betroffenen auf den fünf Stufen des transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung

Stufe der Veränderung	Zu erbringende Leistungen
Absichtslosigkeit	Betroffene erbringen keine Leistung im Dienste der Konsumreduktion oder der anvisierten Abstinenz. Sie zeigen Widerstand gegenüber erkenntnisgenerierenden Prozessen oder einer Verhaltensänderung. Häufig spielt hier Schamabwehr (► Kapitel 2.1.2) eine große Rolle. Es besteht scheinbar ein Mangel an Problembewusstsein. Das bedeutet aber nicht, dass Betroffene hier nichts leisten müssen. Sie sehen sich durch die Stärke der Abhängigkeit und oft auch durch starke Scham genötigt, Veränderungstendenzen abzuwehren und den Status quo zu verteidigen. Diese Leistungen sind im Suchtausstiegsprozess selbstverständlich nicht hilfreich. Dennoch ist es für das empathische Begleiten von Betroffenen in dieser Phase von großer Wichtigkeit, auch diese »Leistungen« zu verstehen und eventuell zu benennen, damit der Widerstand nicht verstärkt wird und langsam Problembewusstsein entstehen kann.
Absichtsbildung	Es ist Betroffenen gelungen, die (Scham-)Abwehr zu reduzieren. Es erfordert Mut, sich seiner Ambivalenz zu stellen und mit den Vor- und Nachteilen der Fortsetzung des Problemverhaltens versus den Vor- und Nachteilen einer Verhaltensänderung auseinanderzusetzen. Das bedeutet auch: Betroffene haben es geschafft, sich selbst (und eventuell auch einer Vertrauensperson) ein ernsthaftes Problem einzugestehen. Eine tolle Leistung, die unbedingt gewürdigt werden soll!
Vorbereitung	Nun wird es konkret. Die betroffene Person zeigt Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten. Ihr Selbstvertrauen steigt. Sie setzt sich erste konkrete Ziele und handelt schon planvoll. Eventuell wird ein Termin in einer Entzugseinrichtung vereinbart, oder die Termine in der Suchtberatungsstelle werden häufiger. Vertrauenspersonen werden vermehrt einbezogen. Die Bereitschaft, Hilfe anzunehmen und Veränderungen auszuprobieren, steigt. Die Tendenz zu Verleugnung sinkt. Die Scham führt nicht mehr dazu, dass die betroffene Person sich zurückzieht. Sie nimmt die Schamhürden erfolgreich und geht erste wichtige Schritte. Tolle Leistungen!
Handlung	Betroffene reduzieren den Konsum drastisch und treten eine ambulante oder stationäre Entzugsbehandlung an. Sie begeben sich in die Hände professioneller Helfer. Sie meistern Schwierigkeiten. (Zunächst fremden Helfern muss die gesamte Lebenssituation erzählt werden etc.) Sie nehmen weiterhin Hilfe an und lassen soziale Unterstützung zu oder suchen diese aktiv. Sie versuchen sich in neuen, alternativen Verhaltensweisen und streben mit aller Kraft nach Abstinenz oder Konsumreduktion. Sie müssen sich selbst und andere Betroffene sowie die neue Lebenssituation nüchtern aushalten. Das erfordert Mut und tägliche Höchstleistungen!
Aufrechterhaltung	Es gelingt Betroffenen, die Abstinenz aufrechtzuerhalten oder den Konsum dauerhaft zu reduzieren. Es gelingt auch an schlechten Tagen, auf Konsum zu verzichten oder mit Belohnungswünschen suchtmittelfrei umzugehen. Verlockende Impulse nach »kontrolliertem Konsum« werden als Gefahr erkannt und daher nicht umgesetzt. Bei Rückfällen gelingen ein konstruktiver Umgang und eine schnelle Beendigung des Konsums. Die Vorteile des neuen Verhaltens werden immer deutlicher wahrgenommen. Auch nach einigen Monaten erfordert jeder Tag Anstrengungen im Dienste der Abstinenz. Mal mehr, mal weniger – eine unglaubliche Leistung, wenn all das gelingt!

der Flugreise bleiben. Eine Landung ist nicht das Ziel ... Das Flugzeug muss deshalb in der Luft betankt werden. Gelingt dies nicht, sollen Zwischenstopps möglichst kurz gehalten werden, und die stabile Flughöhe soll möglichst schnell wieder erreicht werden.

Die Dauer des Verbleibens in einzelnen Stufen ist sehr individuell. Für eine erfolgreiche Verhaltensänderung wird jedoch angenommen, dass das Durchlaufen aller fünf Stufen mit den jeweiligen Veränderungsanforderungen nötig ist. Nach Keller et al. (2001) steigt sonst die Gefahr von Rückfällen. In Bezug auf die Flugzeugmetapher bedeutet dies beispielsweise, dass eine Handlungsphase ohne ausreichend gründliche Vorbereitungsphase die Absturzgefahr deutlich erhöht, wenn z. B. nicht genügend Treibstoff getankt oder durch Mängel bei der Wartung ein defektes Maschinenteil übersehen wurde.

Tabelle 1 listet die von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung im Suchtausstiegsprozess zu erbringenden Leistungen auf den fünf Stufen des transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung auf. Selbstverständlich sind

darin nicht alle Leistungen aufgeführt. Den Betroffenen werden viele weitere Leistungen über den gesamten Veränderungsprozess hinweg abverlangt. Individuelle, biografisch ableitbare Problemstellungen und Schemata, aber auch sozial sehr unterschiedliche Herausforderungen müssen dabei berücksichtigt werden. An dieser Stelle sei auf Kapitel 2.5 (»Neurobiologische Erklärungen abstinentbezogener Leistungen«) verwiesen, das die Anforderungen an die Handlungskontrolle der Betroffenen durch den höheren Anreizwert des Suchtmittels veranschaulicht. Für eine leistungssensible Haltung gegenüber Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung und für eine leistungssensible Haltung der Betroffenen selbst ist das Bewusstsein für diese Leistungsanforderungen unerlässlich. Es ist unsere Aufgabe, die Betroffenen, aber auch uns selbst als »Fachpersonen« immer wieder dafür zu sensibilisieren, welche Anstrengungen für den Ausstiegsprozess unternommen und abverlangt werden. Damit steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Betroffene diese Veränderungsstufen erfolgreich durchlaufen und den Prozess bei Rückschlägen schneller wieder aufnehmen können.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Stigmatisierung, Scham und Abhängigkeit

Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung haben parallel mehrere Herausforderungen zu meistern. Sie sehen sich einerseits mit den Symptomen ihrer Abhängigkeitserkrankung und mit der wiederkehrenden Erfahrung konfrontiert, ihre süchtigen Verhaltensweisen nicht stoppen oder kontrollieren zu können. Das bedeutet, dass sie das grundlegende Bedürfnis nach (Selbst-)Kontrolle wiederholt nicht befriedigen können. Zudem leiden sie häufig unter weiteren psychischen Erkrankungen, die komorbid (im Zuge der Abhängigkeitserkrankung) auftreten oder schon vor der Entwicklung der Abhängigkeit zu beobachten waren, z. B. Angststörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen. Die Symptome dieser zusätzlichen Erkrankungen stellen oftmals eine schwere Belastung dar. Psychische Erkrankungen führen häufig dazu, dass Betroffene nicht mehr oder nur noch teilweise arbeitsfähig sind, einen Großteil ihrer Lebenszufriedenheit einbüßen und nicht mehr zu einer selbstständigen Lebensführung in der Lage sind. Die dauerhaft erfolgreiche Bewältigung dieser Probleme stellt für die Betroffenen einen Kraftakt dar und mündet häufig in eine Überforderung.

2.1.1 Stigmatisierung

Eine weitere Herausforderung ist die Art und Weise, wie die Gesellschaft auf psychisch erkrankte Menschen reagiert. Hauptsächlich auf der Basis vieler Missverständnisse in der Gesellschaft in Bezug auf Menschen mit psychischen Erkrankungen erfolgt eine Stigmatisierung. Komplizierend wirkt sich aus, dass manche Menschen mit psychischen Erkrankungen diese Vorverurteilung durch die Gesellschaft übernehmen, was zu Selbststigmatisierung und Selbstbeschämung führt (Rüsch et al., 2005).

Stigma

Der Begriff »Stigma« kommt aus dem Griechischen und bedeutet »Stich« oder »Wundmal«. Zum Stigma eignen sich Merkmale oder Eigenschaften, die in negativer Weise von dem abweichen, was wir oder andere von uns erwarten. Nach Erving Goffman (1974) kann das Stigma als Beispiel für die Kluft betrachtet werden, zwischen dem, was eine Person sein sollte, und dem, was sie wirklich ist. Das Stigma offenbart die Kluft zwischen der virtuellen (idealen) Identität und der wirklichen sozialen Identität.

Stigmatisierungen haben nach Grausgruber (2005) auf gesellschaftlicher Ebene eine wichtige regulierende Funktion. Stigmata regeln Werte, Einstellungen und Normen, aber auch Interaktionen zwischen gesellschaftlichen Gruppen. Sie legitimieren Ungleichbehandlungen sowie unterschiedliche Positionen einzelner Gruppen in Gesellschaften und stützen Machtgefälle. So betrachtet sind Stigmata wesentlich für das Zusammenleben von Menschen. Im Folgenden sollen jedoch die dysfunktionalen Ebenen der Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen beleuchtet und ihre die Krankheit aufrechterhaltenden Wirkmechanismen aufgedeckt werden. Die Literatur zu diesem Themenkomplex ist sehr umfangreich. Daher kann nur ein Auszug präsentiert werden, ohne den Anspruch, der Thematik vollumfänglich gerecht zu werden.

Stigmatisierungsprozess

Link & Phelan (2001) sprechen von einem Stigmatisierungsprozess, der mit der Wahrnehmung von Unterschieden beginnt und mit Diskriminierung endet. Tabelle 2 und Abbildung 8 beschreiben und illustrieren diesen Prozess. Auf der rechten Seite der Tabelle sind mögliche Konsequenzen aufgeführt, die in der jeweiligen Prozessphase im Erleben der Beteiligten zentral sind.

2.1.2 Stigmatisierung, Selbststigmatisierung und Abhängigkeit

Im Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung realisieren sowohl die betroffenen Personen selbst als auch ihr Umfeld, dass ihr Konsum zunimmt. Dies kann im Stigmatisierungsprozess der ersten Phase zugeordnet werden. Die Wahrnehmung selbst ist richtig, eine »Normabweichung« wird festgestellt. Die Betroffenen bemerken, dass die Kontrolle über die eigenen Verhaltensweisen nicht mehr vollständig funktioniert. Das Grundbedürfnis nach Kontrolle wird verletzt, und eine Diskrepanz zwischen der Idealvorstellung von sich und dem tatsächlichen Erleben entsteht. Diese Diskrepanz ist es, die nach Wurmser (2017) Scham erzeugt.

Die negative Attribuierung der Normabweichung ist häufig der nächste Schritt im Stigmatisierungsprozess, der verstärkt zu Schaminduktion, Stigmatisierung und Selbststigmatisierung führt und unreflektiert dysfunktionale und die Abhängigkeit aufrechterhaltende Verhaltensweisen, wie z. B. Verheimlichung oder Bagatellisierung, induziert. Es kommt häufig zu einer nicht hilfreichen bewussten oder

Tabelle 2: Phasen des Stigmatisierungsprozesses nach Link & Phelan (2001) mit konkreten möglichen Konsequenzen im Erleben der Beteiligten

Phasen des Stigmatisierungsprozesses		Konkrete mögliche Konsequenzen im Erleben der Beteiligten
Name	Beschreibung	
Phase 1: Wahrnehmen und Ausdrücken einer Normabweichung	Bei einer Person wird ein zentrales unterscheidendes Merkmal festgestellt.	Die Wahrnehmung selbst ist oft inhaltlich richtig und nicht stigmatisierend. Auch ein adäquater Ausdruck muss nicht zwangsläufig zu Ausgrenzung führen. Beispiel: »Du hast eine andere Hautfarbe als ich.«
Phase 2: Aktivieren negativer Stereotypen	Festgestellte Unterschiede werden mit negativen Attributen in Verbindung gebracht.	Die negative Bewertung der festgestellten Unterschiede (z. B.: »Du hast eine andere Hautfarbe, deswegen misstraue ich dir.«) geht oft mit inadäquaten Gleichheitserwartungen einher, z. B.: <ul style="list-style-type: none"> • aus Sicht der Stigmatisierenden: »Du müsstest so sein wie ich.« • aus Sicht der Stigmatisierten: »Ich müsste so sein wie mein Gegenüber.« Eine vorwurfsvolle Konstellation entsteht sowohl zwischen Stigmatisierenden und Stigmatisierten als auch in den Stigmatisierten sich selbst gegenüber. Wichtige Bindungsbedürfnisse werden verletzt. Das Gefühl der Verbundenheit lässt nach.
Phase 3: Abgrenzen gegenüber dem Träger des Stigmas	Es kommt zu Ab- und Ausgrenzung, im Gegensatz zu somatischen Erkrankungen meist mit Übertragung des Stigmas auf die gesamte Person (der Süchtige, der Schizophrene) verbunden; ein Machtgefälle entsteht.	Abgrenzung und Ausgrenzung führen im Erleben der Betroffenen zu tiefgreifender Beschämung und Selbstbeschämung, z. B.: <ul style="list-style-type: none"> • »Ich bin mangelhaft, ich bin nicht normal, ich schäme mich dafür, so zu sein wie ich bin.« • »Du bist mangelhaft. Schäme dich dafür, wie du bist!« Beginn von Stigmamanagement: ständige Anstrengung bezüglich Informationssteuerung und Kommunikation mit dem Ziel, als vollwertiger Interaktionspartner anerkannt zu werden (Hohmeier, 1975). Das Bedürfnis nach Zugehörigkeit wird verletzt, das nach sozialer Anerkennung ist ungestillt.
Phase 4: Diskriminieren	Ausgrenzung sowie unerwünschte Merkmale und Eigenschaften rechtfertigen konkrete Diskriminierungen.	Ausgrenzung aus sozialen Interaktionen, Diskriminierung z. B. bei der Suche nach Arbeit oder Wohnung. Beschämung und Selbststigmatisierung nehmen zu, ebenso die Notwendigkeit, übergroße Scham abzuwehren, z. B. durch Verleugnung, sozialen Rückzug, Suchtmittelkonsum.
Phase 5: Negative Konsequenzen für die Stigmatisierten	Statusverlust, Auswirkungen struktureller Diskriminierung, persönlichkeitspezifische Auswirkungen und negative Konsequenzen von Bewältigungsversuchen, die erneute Stigmatisierung auslösen können.	Notwendigkeit, übergroße Scham abzuwehren, z. B. durch Verleugnung, sozialen Rückzug, Suchtmittelkonsum; dies führt wieder zu Konflikten, Ausgrenzung und Stigmatisierung.

unbewussten Erwartungskonstellation zwischen Umfeld und Betroffenen, wie im folgenden Beispiel ausgeführt wird:

Perspektive des gesunden Umfelds: »Abstinenz fällt mir leicht, also soll sich der/die Betroffene doch nur ein wenig anstrengen, dann kriegt er/sie das schon in den Griff.«
»Der/Die strengt sich nur nicht genügend an.«

Das Umfeld agiert im Sinne einer Gleichheitserwartung. Es geht vom eigenen Erleben von Abstinenz aus und er-

wartet entsprechend, den Betroffenen müsse es ähnlich leichtfallen, auf den Konsum von Suchtmitteln zu verzichten. Eine Atmosphäre von Missbilligung und Vorwurf entsteht.

Perspektive der Betroffenen: »Abstinenz fällt mir unheimlich schwer. Es ist ein Kampf und oft genug eine Überforderung. Es müsste mir doch genauso leichtfallen wie den anderen Menschen in meinem Umfeld.«

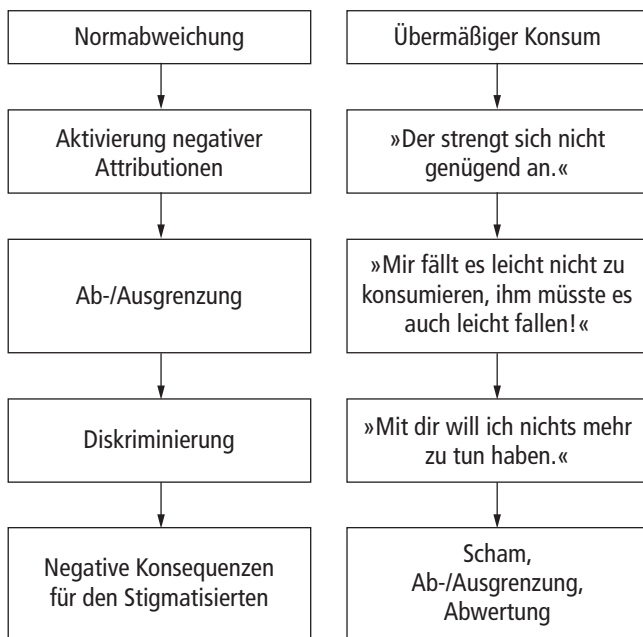


Abbildung 8: Stigmatisierungsprozess nach Link & Phelan (2001) am Beispiel der Abhängigkeitserkrankung

Auch die Betroffenen erwarten, dass es ihnen gleich ergehen müsste wie den Menschen in ihrem Umfeld. Sie werfen sich vor, dass es ihnen nicht ähnlich leichtfällt, ihr Konsumverhalten zu kontrollieren. Auch in ihnen entsteht eine vorwurfsvolle Haltung gegenüber ihrer eigenen wahrgenommenen Schwäche.

Die Folge der Gleichheitserwartungen von Umfeld und Betroffenen ist also eine von Vorwürfen geprägte Situation mit den schon benannten Folgen:

- Scham und Beschämung
- (Erwartete und tatsächlich erfahrene) Stigmatisierung
- Selbststigmatisierung

Dies führt zu sogenanntem Stigmamangement und zu Schamabwehr. Zwei Begriffe, auf die an dieser Stelle näher eingegangen wird, da sie für die Aufrechterhaltung der Abhängigkeit und eventuell auch für deren Verstärkung von großer Bedeutung sind.

Stigmamangement und Schamabwehr

Mit *Stigmamangement* reagieren Stigmatisierte, um in der Gesellschaft, und vor allem in ihrem Umfeld weiterhin als vollwertige Interaktionspartner zu gelten. Unter diesen Begriff fallen Verhaltensweisen wie:

- Sozialer Rückzug
- Verleugnung
- Selektive Kommunikation

Oftmals werden Stigmatisierte aufgrund dieser Verhaltensweisen erneut stigmatisiert, was wiederum Beschämung

und Stigmamangement auslöst. Ein schwer zu durchbrechender Kreislauf.

Wenn das Schamgefühl aufgrund der unterschiedlichen Schaminhalte (z. B. Gefühl des Versagens, der Bloßstellung, des Kontrollverlusts) nicht auszuhalten oder nicht integrierbar ist, setzen bei Menschen bestimmte, meist unbewusste Mechanismen ein, um den Zustand zu bewältigen. Wir verwenden hierfür den Begriff der *Schamabwehr*. Laut Marks (2016) sind die häufigsten Schamabwehrmechanismen:

- Suchtmittelkonsum
- Verleugnung
- Gewalt/Aggression
- Überkompensation (z. B. Arroganz)
- Projektion (das Gegenüber wird zum Schwachen erklärt)

Nimmt man die Mechanismen des Stigmamanagements und der Schamabwehr zusammen, liegt die abhängigkeitsaufrechterhaltende Dimension des Stigmatisierungsprozesses auf der Hand. Mit dem Ziel, weniger Scham zu empfinden und weiterhin als vollwertige Interaktionspartner zu gelten ...

- ... greifen Betroffene erneut zum Suchtmittel,
- ... verleugnen sie das Ausmaß ihres Konsums,
- ... ziehen sie sich sozial zurück,
- ... kommt es vor, dass sie aggressiv, arrogant oder vorwurfsvoll auftreten.

Somit wird deutlich: Für die Therapie von Abhängigkeitserkrankungen müssen therapeutische Interventionen entwickelt werden, die dieser schwerwiegenden negativen Dynamik von Stigmatisierung und Scham im Suchtaufstiegsprozess entgegenwirken [Memorandum der DG-Sucht zur Überwindung des Stigmas bei Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung: Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (2016)] und im

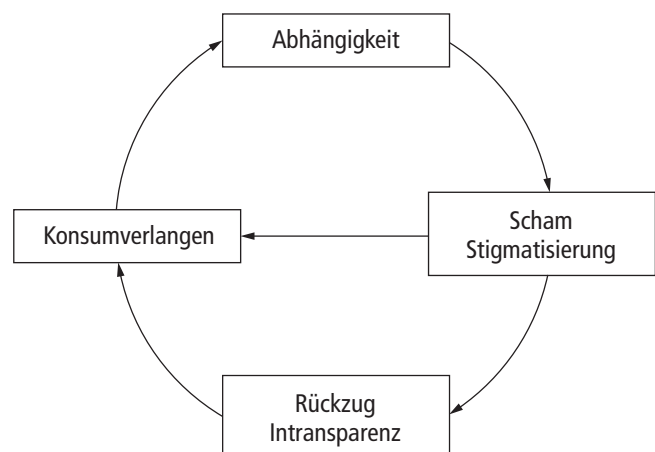


Abbildung 9: Teufelskreis von Scham und Stigmatisierung, Rückzug und Intransparenz, Substanzkonsum und Abhängigkeit

besten Fall eine Alternative zur Verfügung stellen in Bezug auf die Haltung, mit der Betroffene ihrer Erkrankung gegenüberstehen. Obwohl der negative Zusammenhang zwischen Stigmatisierung, Scham und Aufrechterhaltung der Abhängigkeit (► Abbildung 9) schon lange bekannt ist, ist uns kein anderer Therapieansatz bekannt, der dem ausreichend und wirkungsvoll begegnet. Die Leistungssensible Therapie ist ein solcher Therapieansatz.

Stigmatisierung und Selbststigmatisierung bei Angehörigen

Die soeben beschriebenen Zusammenhänge können auch auf Angehörige übertragen werden. Angehörige schämen sich häufig dafür, dass es in ihrer Familie jemanden gibt, der abhängig ist. Oftmals stellen sie sich die Frage, ob sie etwas falsch gemacht haben oder falsch machen. Es herrscht ein Klima von Schuld, Scham, gegenseitigen Vorwürfen oder Sprachlosigkeit. Emotionen wie Ohnmacht, Hilflosigkeit, Wut und Traurigkeit sind häufig Ausdruck dieser Konstellation.

Gemäß Corrigan et al. (2006) ist die Stigmatisierung der Familienmitglieder von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung stärker als bei anderen psychischen Erkrankungen. Angehörige werden sowohl für den Beginn als auch für das Ende der psychischen Erkrankung verantwortlich gemacht und entsprechend sozial gemieden.

Angehörige erleben in der Begleitung eines Familienmitglieds mit einer Abhängigkeitserkrankung wiederholt nur schwer aushaltbare Situationen: unkontrollierte Aggression im Rausch, Arbeitsplatzverlust, Trennung, Angst vor dem Tod der süchtigen Person. Diese Situationen sind auch für die Angehörigen sehr schambesetzt. Als natürliche Reaktion auf diese Scham versuchen die Angehörigen im Sinne des Stigmamanagements, diese Vorkommnisse geheim zu halten. Nach Möglichkeit soll niemand davon erfahren oder nur absolute Vertrauenspersonen. Diese zu meist intuitive Reaktion soll, wie schon oben beschrieben, dem Schutz vor Verurteilung und Stigmatisierung von außen dienen. Die Geheimhaltung nach außen zementiert jedoch das innerfamiliäre Gefühl, mangelhaft oder nicht in Ordnung zu sein. Ansonsten gäbe es ja keinen Anlass, etwas vor anderen verbergen zu müssen. Der Wunsch nach Schutz vor Stigmatisierung von außen führt also direkt zur Selbststigmatisierung: »Unsere Familie ist nicht normal. Wenn die anderen wüssten, was bei uns los ist, würde ich mich in Grund und Boden schämen.« Angehörige erleben sich als Teil eines »kranken« Systems. Es kommt zu Verleugnung der innerfamiliären Problematik und somit eben auch zu Selbstverleugnung. Die Abhängigkeit als ein »schwacher« Teil der Familie und das Erleben, selbst Teil dieser Familie zu sein, führen dazu, dass das Schwache durch Strategien wie Geheimhaltung oder Verleugnung abgewehrt werden muss.

Diese Form der Selbststigmatisierung bleibt selbstverständlich auch der Person in der Familie mit der Abhängigkeitserkrankung nicht verborgen. Diese nimmt wahr, dass sich die Familienmitglieder nach außen hin schämen bzw. sich vor Stigmatisierung von außen fürchten. Dies führt wiederum zu Beschämung und Selbststigmatisierung des betroffenen Familienmitglieds mit Gefahr der Schamabwehr durch Konsum (► Abbildung 9). Nach Mikami et al. (2015) kann die (Selbst-)Stigmatisierung von Eltern psychisch erkrankter Kinder zu Störungen der Eltern-Kind-Beziehung und zu Auffälligkeiten im Sozialverhalten der Kinder führen. Dies kann als Hinweis darauf verstanden werden, dass die Stigmatisierung von Angehörigen indirekt auch die Symptome der betroffenen Person ungünstig beeinflusst.

Selbststigmatisierung in der Familie ist so indirekt Teil der Stigmatisierung und Selbststigmatisierung der Betroffenen. Sie kann im ungünstigen Fall Schamabwehr der Betroffenen durch erneuten Konsum bewirken, und dies kann seinerseits zur Aufrechterhaltung der Selbststigmatisierung der Familienmitglieder führen. Diese Zusammenhänge lassen sich demnach als ein sich selbst aufrecht erhaltendes System (»Teufelskreis«) verstehen.

Wie oben schon erwähnt, sind Angehörige psychisch erkrankter Menschen in der Regel selbst stark belastet. Sie kümmern sich um die psychisch erkrankte Person, leiden unter Stigmatisierung und Selbststigmatisierung, unter Emotionen wie Hilflosigkeit, Ohnmacht, Wut und Verlustangst. Zudem sind sie häufig voll berufstätig, müssen die finanzielle Situation der Familie oft allein verantworten. Es ist nicht verwunderlich, dass viele Angehörige abhängiger Personen im Verlauf selbst psychische Erkrankungen entwickeln oder unter chronischer Überforderung leiden. Laut Girma et al. (2014) korreliert Selbststigmatisierung von Hilfspersonen mit den von diesen wahrgenommenen Anzeichen für psychische Erkrankungen.

Aus diesem Grund unterstützt die Leistungssensible Therapie nicht nur Betroffene bei einer Haltungsänderung gegenüber ihrer Abhängigkeitserkrankung, sondern bezieht aktiv auch die nahestehenden Personen mit ein. Ziel ist es, den Kreislauf von Stigmamanagement und Schamabwehr zu durchbrechen und Angehörigen wie Betroffenen zu vermitteln, dass sie (oft schon seit Jahren) Leistungserbringer im Umgang mit einer schweren psychischen Erkrankung sind. Diese Tatsache kann die Familie zum Anlass nehmen, ihre Haltung zu verändern und stolz auf sich zu sein. Darauf, dass die Familie schon viele Hochs und Tiefs miteinander ausgehalten hat und nach wie vor zusammenhält. Wer stolz ist, hat keinen Anlass zu Verleugnung nach außen. Die vermeintliche Schwäche der Familie ist gleichzeitig Ausdruck ihrer Stärke. Unter diesem leistungssensiblen Blickwinkel entsteht mit großer Wahrscheinlichkeit ein innerfamiliäres Milieu, in dem Energien für Abstinenzbemühungen frei werden.

Merke:

Angehörige sind im Umgang mit einer Abhängigkeitserkrankung in der Familie genauso Leistungserbringer wie direkt Betroffene. Sie leiden ebenso unter Stigmatisierung und Selbststigmatisierung. Der abhängigkeitsaufrechterhaltende Zusammenhang von Stigmatisierung, Selbststigmatisierung von Angehörigen und Betroffenen sowie die schädlichen Folgen von Stigmamangement und Schamabwehr (► Abbildung 9) erfordern eine Haltungsänderung bei Betroffenen und ihnen nahestehenden Personen. Die Leistungssensible Therapie reduziert Beschämung und Selbstbeschämung und unterstützt einen Zugang zum Gefühl »Stolz« auf Basis der Fokussierung auf die erbrachten Leistungen. Sie kann somit einen großen Beitrag zur psychischen Stabilisierung nicht nur der direkt Betroffenen, sondern auch ihrer nahestehenden Personen leisten.

2.1.3 Zur Emotion Scham

Die Emotion Scham zeigt an, wenn »innere« Grenzen (eigene Grenzen) missachtet oder überschritten werden. Sie grenzt sich dadurch auch von der Emotion Schuld ab, die im Gegensatz dazu anzeigt, wenn Grenzen nach außen (Grenzen der anderen) missachtet oder überschritten werden. Laut Meyers Enzyklopädisches Lexikon (1994) ist Scham eine anerzogene menschliche Unlustreaktion, die sich auf die Verletzung der Intimsphäre, aber auch anderer Bereiche (Ansehen, Geltung, Erfolg usw.) beziehen kann. Grundlage ist das Bewusstsein, durch bestimmte Handlungen oder Äußerungen sozialen Erwartungen nicht entsprochen oder gegen wichtige Wertvorstellungen oder Normen verstoßen zu haben.

Die *Scham* ist von der Beschämung zu unterscheiden. Sie ist eine Reaktion auf eigene Grenzverletzungen nach innen (wie es z. B. bei der Selbststigmatisierung geschieht). *Beschämung* hingegen ist eine Reaktion auf Grenzverletzungen durch andere, wie im Falle der Stigmatisierung. Beides, Scham der Betroffenen als auch Beschämung von außen, spielt in Biografien Betroffener eine zumeist sehr destruktive und symptomaufrechterhaltende Rolle, wie weiter oben ausgeführt wurde.

Scham ist ein sehr schwer zu ertragendes Gefühl. Nicht umsonst wird von »siedend heißer Scham« gesprochen. Dazu kommt, dass Schaminhalte häufig ein Tabu darstellen. Die Notwendigkeit zur Schamabwehr ist also leicht ableitbar. Die schamgeplagte Person neigt oftmals dazu, den Schaminhalt zu verbergen, mit weitreichenden Folgen für ihre sozialen Kontakte. Intransparenz und Unehrlichkeit stören die Beziehungen. Die Betroffenen behalten die Schaminhalte und alle diesbezüglichen Assoziationen für sich und drehen sich so vermehrt um sich selbst. Marks spricht nicht umsonst von der Scham als »verhüllte Form des Narzissmus« (Marks, 2016): »Der Schämende kreist um sich selbst.«

Scham ist eine Folge der *Verletzung elementarer Bedürfnisse*, wie z. B.:

- *Anerkennung* – »Du bist ein wertvoller Mensch!«
- *Schutz* – »Wir achten deine Intimsphäre!«
- *Zugehörigkeit* – »Du bist ein Teil von uns!«
- *Integrität* – »Wir achten deine Wertvorstellungen und Normen!«

Vergegenwärtigen wir uns die Konsequenzen der Abhängigkeitserkrankung auf der Ebene dieser Bedürfnisse, wird schnell klar, dass Betroffene häufig schaminduzierende Erfahrungen machen. Biografien von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung sind nicht selten durchzogen von Misserfolgen und Frustrationen in verschiedensten Lebensbereichen, z. B. berufliche Rückschläge, Zurückweisung, Verlusterlebnisse in der Partnerschaft, wahrgenommene gesellschaftliche Ächtung, Konsum wider besseren Wissens. Wir können also davon ausgehen, dass Scham im emotionalen Haushalt von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung eine zentrale Rolle spielt und zur Aufrechterhaltung der Symptome beiträgt, indem sie zur Schamabwehr und damit zu Verleugnung oder Konsum führt.

Dearing et al. (2005) fanden einen starken Zusammenhang zwischen Schamanfälligkeit und Abhängigkeitserkrankungen. Hinsichtlich Schuldanfälligkeit und Abhängigkeitserkrankungen stellten sie entweder einen negativen oder gar keinen Zusammenhang fest. Die Autor_innen leiten aus ihren Ergebnissen die Empfehlung ab, in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen Scham und Schuld separat zu berücksichtigen. Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung leiden unter starken Schamgefühlen bezüglich ihrer Erkrankung (Meehan et al., 1996; Treeby, 2011). Schamgefühle erhöhen wiederum die Rückfallhäufigkeit (Watson et al., 1994; Wiechelt & Sales, 2001; Randles & Tracy, 2013).

Zusätzlich zu der positiven Korrelation zwischen Schamanfälligkeit und Abhängigkeitserkrankung besteht eine ganze Reihe von Zusammenhängen mit anderen psychischen Erkrankungen und Auffälligkeiten, wie soziale oder generalisierte Angst, Essstörungen, posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS), Suizidalität, niedriger Selbstwert und selbstverletzendes Verhalten (Überblick bei Tangney & Dearing, 2002). Die Mehrheit der Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung weisen eine dieser *komorbiden Erkrankungen* auf.

2.1.4 Konsequenzen für die Therapie von Abhängigkeitserkrankungen

Was benötigt ein Mensch, der sich zutiefst für sich und seine Verhaltensweisen schämt und zusätzlich die Beschämung von außen fürchtet, um offen über sich zu berichten? Er sehnt sich danach, nicht verurteilt, sondern verstanden

zu werden, auch mit seinen Schwächen als einzigartiges und wertvolles Individuum anerkannt und behandelt zu werden. Suchttherapie kann diesen emotionalen Rahmenbedingungen nur dann gerecht werden, wenn sie es schafft, ein *Raum der Würde* für ihre Patient_innen zu sein. Ein Raum, in dem Betroffene ihre Bedürfnisse nach Anerkennung, Zugehörigkeit, Schutz und Integrität befriedigt sehen bzw. in dem sie lernen, diese Bedürfnisse selbst (besser) zu stillen.

Die Leistungssensible Therapie zielt mit ihrem Inhalt und ihrem gruppentherapeutischen Setting darauf ab, dass sich die Betroffenen und die ihnen nahestehenden Personen

- wertgeschätzt fühlen,
- wieder selbst und gegenseitig anerkennen können,
- geschützt fühlen,
- als Teil der Gruppe, aber auch als Teil ihres Umfelds wahrnehmen und
- wieder stärker mit ihren eigenen Wert- und Normvorstellungen identifizieren können.

Somit schafft die Leistungssensible Therapie einen Raum der Würde, der für die Patient_innen eine enorm wichtige Voraussetzung für einen gelingenden Suchtausstiegsprozess darstellt.

Merke:

Einerseits erhöht Scham anfälligkeit die Wahrscheinlichkeit, eine psychische Erkrankung zu entwickeln, insbesondere auch eine Abhängigkeitserkrankung. Andererseits führt die Abhängigkeitserkrankung zu Scham und Beschämung bei Betroffenen und den ihnen nahestehenden Personen. Hinzu kommt, dass Scham die Rückfallhäufigkeit erhöht. Es entsteht also ein Teufelskreis zwischen Schamempfinden und Abhängigkeit (► Abbildung 9). Daher ist es elementar, Scham explizit und implizit im therapeutischen Vorgehen zu berücksichtigen.

2.2 Leistungssensibilität und Stolz versus Stigmatisierung und Scham

Die Leistungssensible Therapie durchbricht die gerade beschriebene maladaptive Dynamik und bietet Betroffenen und ihren nahestehenden Personen eine alternative Haltung gegenüber der Abhängigkeitserkrankung an. Die Gleichheitserwartungen (Tabelle 2) werden thematisiert und in ihrem Ursprung, dem unterschiedlichen Erleben von Abstinenz, therapeutisch bearbeitet:

Die Gummibandanalogie (Kapitel 1.1; siehe auch Kapitel IIIc des Manuals) vermittelt allen Beteiligten eindrücklich und überzeugend, dass die Gleichheitserwartung inadäquat ist. Wenn Gesunde und Betroffene von Abstinenz

reden, gebrauchen sie zwar das gleiche Wort »Abstinenz«, sprechen jedoch nicht vom gleichen Zustand.

Merke:

Das Erleben von Abstinenz bei Betroffenen und Nicht-Betroffenen unterscheidet sich fundamental.

Daher ist die Gleichheitserwartung weder aus der Perspektive des Umfelds noch aus der Sicht der Betroffenen inhaltlich richtig oder der Sache dienlich. Ziel ist es, allen Beteiligten zu vermitteln, dass der Zustand der Abstinenz für Betroffene eine Leistungserbringung darstellt und für nicht abhängige Menschen eben nicht. Mit dieser Erkenntnis lassen sich die inadäquaten Gleichheitserwartungen mit den in Kapitel 2.1.4 beschriebenen Folgen (Vorwurf, Beschämung, Stigmatisierung) wirkungsvoll bearbeiten. Die schaminduzierende, vorwurfsvolle Haltung bei Betroffenen und nahestehenden Personen kann durch eine »leistungssensible Haltung« ersetzt werden. Diese lässt sich wie folgt umschreiben:

Betroffene/r: »Ich verstehe, dass ich im Unterschied zu gesunden Personen dauerhaft Leistungen erbringen muss, um den Zustand der Abstinenz zu erreichen oder aufrecht erhalten zu können. Für mich ist Abstinenz eben keine Selbstverständlichkeit mehr. Das erlebe ich manchmal als überfordernd. Aus diesem Grund bin ich stolz auf jede meiner Abstinenzleistungen!«

Umfeld: »Ich weiß, dass der Zustand der Abstinenz für mich sehr leicht herstellbar ist. Ich weiß aber auch, dass dieser Zustand für Betroffene viel schwerer erreichbar und aufrechtzuerhalten ist. Daher erwarte ich nicht von ihnen, dass sie das so leicht hinbekommen wie ich selbst. Ganz im Gegenteil – ich bin stolz auf jeden Tag Abstinenz, den Betroffene leisten. Diese Leistung ist keine Selbstverständlichkeit.«

Die Tatsache, dass Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung im Suchtausstiegsprozess Unglaubliches leisten und immer wieder leisten müssen, geht bei häufigem Erleben von Rückschritten und damit einhergehenden Schamgefühlen oder bei Beschämung von außen meist unter – mit katastrophalen Folgen für die Veränderungsmotivation! Versagensgefühle dominieren Gefühle der Zuversicht, Gefühle von Freude und Stolz werden von Scham- und Schuldgefühlen verhindert.

Betroffene vollbringen im Suchtausstiegsprozess viele kleine und große Leistungen im Dienste der Konsumengenreduktion oder der Abstinenz, die sehr wohl Anlass zur Freude geben sollen und zu Recht das Gefühl von Stolz hervorrufen dürfen. Die Freude über oder die Anerkennung für Gelungenes oder auch schon für das ehrliche Be-

mühen um Verbesserung sind motivierende und stabilisierende Reaktionen, die leider viel zu selten erfolgen. Sei es durch uns als Fachpersonen, durch das direkte Umfeld oder schon gar nicht durch die Betroffenen selbst. Wie Müller & Dweck (1998) in ihrer Studie zur Kindererziehung feststellen konnten, wagten sich Kinder, die für ihr Bemühen bei der Lösung schwerer Aufgaben statt für ihre dabei gezeigte Intelligenz gelobt wurden, auch später an herausfordernde Aufgabenstellungen. Folgt man diesem Prinzip, lässt sich daraus ableiten: Es ist wichtig, die Bemühungen von Menschen im Suchtausstiegsprozess immer wieder anzuerkennen und zu würdigen. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich auch weiterhin den schwierigen Herausforderungen auf ihrem Weg stellen.

Merke:

Stigmatisierung und Selbststigmatisierung führen zu Beschämung und Selbstbeschämung. Die negativen Auswirkungen des Stigmamanagements und der Schamabwehr haben abhängigkeitsaufrechterhaltende Konsequenzen, welchen auf therapeutischer Ebene begegnet werden muss. Die leistungssensible Therapie verfolgt genau dieses Ziel. Neben den neurobiologischen Motivationshürden (Anreizsensitivierung, verstärktes Gewohnheitsgedächtnis) müssen Betroffene eben auch noch motivationale Hürden überwinden, die aus der Schamdynamik bedingt durch Stigmatisierung und Selbststigmatisierung, entstehen. Diese Hürden basieren auf inadäquaten Gleichheitserwartungen, welche durch die leistungssensible Haltung aufgelöst werden können.

Die leistungssensible Therapie fokussiert deshalb auf diese Leistungen und Bemühungen. Sie setzt mit ihrem Fokus auf die Sensibilität für die Leistungen von Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung einen Kontrapunkt zu der oft jahrelangen Einengung auf Misserfolge, Rückschläge sowie Schuld- und Schamgefühle.

2.2.1 Leistungen und Bemühungen im Suchtausstiegsprozess

Leistungen und Bemühungen im Suchtausstiegsprozess sind auch aufgrund der Schamhürden nicht selbstverständlich und verdienen es, entsprechend gewürdigt zu werden. Sie sind jedoch nicht immer leicht als solche zu erkennen. Im Folgenden werden von Betroffenen erbrachte Abstinenzleistungen bzw. Leistungen auf dem Weg zur Abstinenz oder zur Konsummengenreduktion als Beispiele aufgeführt:

Leistungen vor Inanspruchnahme des Suchthilfesystems:

- Eingeständnis vor sich selbst, dass man ein Problem hat
- Versuche, die Konsummengen bzw. Konsumtage zu reduzieren

- Bereitschaft für ein Gespräch über das eigene Konsumverhalten und Eingeständnis im Gespräch, wie es um einen steht
- Versuch, bei Stress die Konsummengen nicht zu steigern

Leistungen während einer ambulanten oder stationären Therapie:

- Überwindung der eigenen Scham und Beginn einer Therapie
- Sich öffnen gegenüber einer Fachperson
- Ehrlichkeit gegenüber sich selbst und anderen über das wahre Ausmaß des Problems
- Mut zum Entzug
- Bemühungen um Herstellung von Abstinenz
- Aufrechterhaltung der Abstinenz (jeder Tag, jede Woche und jeder Monat ist ein Erfolg)
- Konsumfreie Belastungserprobungen wie Ausgänge ohne Begleitung
- Nach Konsumkrisen den Konsum transparent machen (was auch nach 2 Wochen noch eine tolle Leistung ist)
- Trotz hoher emotionaler Belastung und/oder Konsumverlangen Verzicht auf Konsum, Aushalten oder sogar gesunde Regulation unangenehmer Gefühle
- Frühzeitiger Konsumstopp durch rechtzeitige Hinwendung an Hilfspersonen
- Konsumverlangen gegenüber Hilfspersonen transparent machen
- Sich einer Selbsthilfegruppe anschließen

Leistungen Angehöriger in der Begleitung von Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung:

- Erdulden oft jahrelanger Zustände der Ungewissheit
- Umgang mit Schuldzuweisungen
- Aushalten von Todesangst
- Umgang mit großer Wut
- Aushalten von Ohnmacht und Hilflosigkeit
- Umgang mit Unehrlichkeit und dem Gefühl, betrogen zu werden
- Trotz allem immer wieder Bereitschaft, zu unterstützen und zu helfen
- Erscheinen bei einem Angehörigenanlass oder Familiengespräch
- Anschluss an eine Angehörigenselbsthilfegruppe

2.2.2 Aufgaben und Zielrichtung der leistungssensiblen Therapie

Ziele der LST:

- Fachpersonen reagieren auf die Bemühungen und Leistungen sichtbar, erlebbar, deutlich und verlässlich mit Anerkennung und Würdigung.
- Betroffene lernen, zunehmend Stolz und Freude über die eigenen Leistungen zu empfinden.

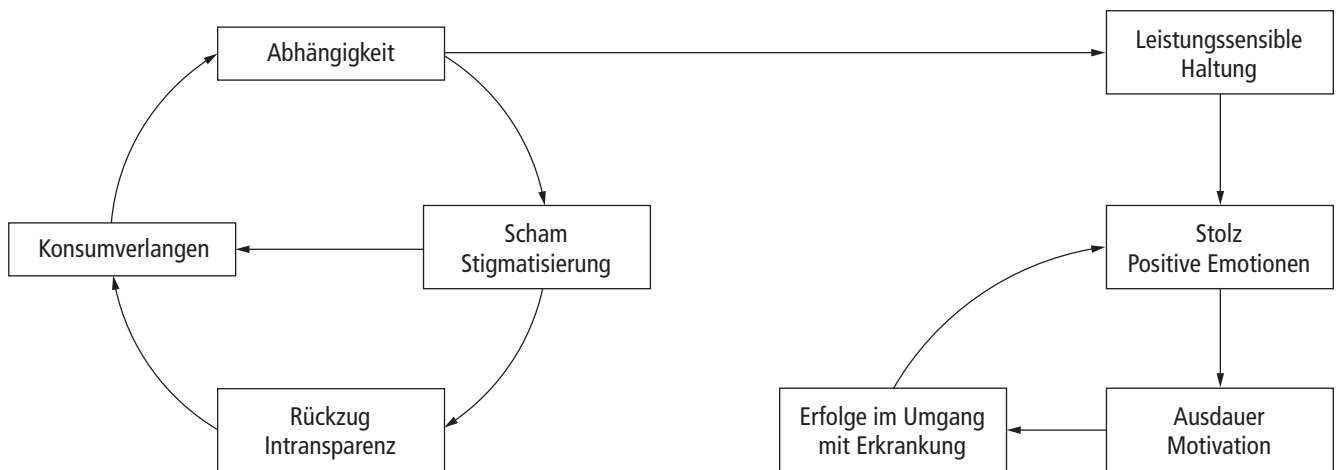


Abbildung 10: Die Leistungssensible Therapie durchbricht den Teufelskreis von Stigmatisierung, Scham und Substanzkonsum

Die LST bezieht die Angehörigen und nahestehenden Personen mit ein, damit ...

- ... Betroffene die Leistungen der nahestehenden Personen verstehen und würdigen können;
- ... Angehörige für die selbst zu erbringenden Leistungen und die der Betroffenen sensibilisiert werden und entsprechend Anerkennung äußern können;
- ... sich das Verständnis und die Verständigung zwischen Angehörigen und Betroffenen verbessert, indem alle Beteiligten eine »gemeinsame/leistungssensible« Sprache sprechen lernen.

Merke:

Die Leistungssensible Therapie setzt bewusst einen Kontrapunkt zu Beschämung und Selbstbeschämung. Sie fokussiert auf die erbrachten Bemühungen und Leistungen der Betroffenen und ihrer Angehörigen mit dem Ziel, dass diese Stolz und Freude empfinden und sich gegenseitig würdigen. Im besten Fall wirkt sich das positiv auf die Bereitschaft aus, die jeweiligen Leistungen zu wiederholen (► Abbildung 10). Wie zwei Studien belegen, reduziert die Leistungssensible Therapie die Rückfallhäufigkeit während der Behandlung signifikant (► Kapitel 5).

2.2.3 Zur Emotion Stolz

Die Emotion Stolz hat laut Tangney (1999) mehrere Funktionen. Sie wirbt um einen hohen Status und sozialen Wert. Außerdem stärkt sie das Zusammengehörigkeitsgefühl und die Gruppenzugehörigkeit. Tracy & Robins (2007) weisen darauf hin, dass die Unterscheidung von »authentischem« und »überheblichem« Stolz von Bedeutung ist. Authentischer Stolz wird als die Form von Stolz bezeichnet, welche auf spezifischen Verhaltensweisen, z. B. sich anstrengen, sich entschuldigen, bzw. selbst erarbeiteten Erfolgen ba-

siert. Er wird mit Selbstwert und Produktivität in Zusammenhang gebracht (Tangney & Dearing, 2002). Überheblicher Stolz hingegen ist nicht an konkrete Handlungen gebunden, sondern betrifft die gesamte Person. Er hat seine Wurzeln oft in verzerrten und überschätzenden Selbstbildern und dient häufig der Schamabwehr.

- *Authentischer Stolz* korreliert positiv mit den sogenannten Big-Five-Persönlichkeitsmerkmalen Extraversion, Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit, Offenheit für Erfahrungen und emotionale Stabilität.
- *Überheblicher Stolz* korreliert hingegen negativ mit den sozialen Big-Five-Eigenschaften Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit. Zudem wird eine negative Beziehung zwischen überheblichem Stolz und der Fähigkeit zur Selbstwertschätzung berichtet (Tracy et al., 2009).

Im Gegensatz zu überheblichem Stolz unterstützt authentischer Stolz nach Weiner (1985) und Williams & DeSteno (2008) die Leistungsbereitschaft. Er leistet einen Beitrag zu prosozialem Engagement und zur Entwicklung eines tief verwurzelten Sinns für Selbstwertschätzung (Herrald & Tomaka, 2002; Lazarus, 1991; Verbeke et al. 2004). Personen mit Zugang zu authentischem Stolz zeigen niedrigere Werte bei Depression, Angst, Aggression, Feindseligkeit und Ablehnungssensitivität. Sie sind zufriedener in Beziehungen, haben eine bessere Selbstkontrolle, sind zielstrebig, können sich an andere besser anpassen und unterstützen andere mehr.

Es ist also entscheidend, dass die Emotion Stolz auf nachvollziehbaren vorausgehenden Handlungen basiert und sich auch für Außenstehende schlüssig im entsprechenden Kontext (z. B. eine zu würdigende Leistung) einstellt. Dann kann von authentischem Stolz gesprochen werden, der sich klar vom »überheblichen« Stolz abgrenzt, der nicht auf erbrachten Leistungen beruht und im Kontext nicht nachvollziehbar ist.

2.2.4 Vermittlung einer leistungssensiblen Haltung bei Betroffenen und ihren Angehörigen

Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung, die den Mut haben, sich selbst einzugestehen, dass sie ein Problem entwickelt und die Kontrolle über ihren Konsum verloren haben, müssen eine große Schamhürde überwinden. Allein das ist schon eine großartige Leistung. Die Kommunikation mit ihrem Umfeld, die Offenheit gegenüber den wichtigen Personen bedeutet nochmals eine große Anstrengung für die betroffenen Personen. Die dann erst beginnenden Herausforderungen (z. B. Entzug, Umgang mit Konsumverlangen, Rückfällen, emotionalen Krisen, Aushalten des Belohnungsdefizits) müssen gar nicht mehr im Detail geschildert werden, um zu verstehen, dass Menschen in dieser Situation sehr viele Leistungen erbringen, auf die sie zu Recht und ganz authentisch stolz sein dürfen. Gelingt es auch, die nahestehenden Personen für ihre eigenen und für die Leistungen der Betroffenen zu sensibilisieren, kann ein sich gegenseitig positiv verstärkendes Milieu entstehen, in dem erstmals seit vermutlich längerer Zeit wieder Stolz, Würde und Achtung eine tragende Rolle spielen. Dies kann, wie oben beschrieben, die psychische und soziale Konstellation von Betroffenen und ihren Angehörigen sehr positiv beeinflussen und somit die Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Suchtausstiegsprozesses deutlich erhöhen. Was wiederum Anlass wäre zu weiterem authentischem Stolz (► Abbildung 10)!

Merke:

Die in der Leistungssensiblen Therapie vermittelte leistungssensible Haltung bei Betroffenen und nahestehenden Personen schafft einen authentischen Zugang zur Emotion Stolz. Somit befördert sie alle oben beschriebenen positiven Auswirkungen auf die menschliche Psyche und beeinflusst den Suchtausstiegsprozess positiv. Dies deckt sich auch mit den Ergebnissen der bisherigen Untersuchungen zur Wirksamkeit der LST (► Kapitel 5).

2.2.5 Stolz und Motivation – über die Wirkung positiver Emotionen

Um den Ausstieg aus der Abhängigkeit zu schaffen, brauchen unsere Patient_innen einen langen Atem. Abstinenz ist eine täglich zu erbringende Leistung, auf die die Patient_innen stolz sein können. Stolz ist aber nicht nur eine Folge von positiven Ereignissen, er kann auch zu ihnen hinführen. In Modellen, welche versuchen zu erklären, wie menschliches Handeln motiviert ist (Atkinson, 1957; Heckhausen, 1989), gelten die Emotionen Stolz und Scham als die wichtigsten positiven und negativen Anreize.

Auch die »Motivationshypothese des Stolzes« (Williams & DeSteno, 2008) räumt der Emotion Stolz eine wichtige Rolle bei Motivation und Ausdauer ein. Sie postuliert, dass sich die Emotion Stolz evolutionär entwickelte, damit Menschen ausdauernd auf ein Ziel hinwirken, auch wenn sie kurzfristige Kosten zu tragen haben. Stolz erhöht die Ausdauer wahrscheinlich dadurch, dass er erfolgreiche Anstrengungen verstärkt und belohnt und diese Anstrengungen zukünftig wahrscheinlicher macht. Wie oben beschrieben, konnte experimentell nachgewiesen werden, dass Stolz zu mehr Leistungsbereitschaft und Ausdauer führt (Weiner, 1985; Williams & DeSteno, 2008). Menschen, die stolz auf ihre Arbeit waren, waren motivierter hinsichtlich zukünftiger Erfolge und Produktivität und strengten sich bei ihrer Arbeit mehr an (Verbeke et al., 2004). Empfinden Menschen also positive Emotionen, inklusive Stolz, sind sie motivierter, Zeit und Anstrengung für eine Aufgabe aufzuwenden und Hindernisse auf dem Weg zum Ziel zu überwinden (► Abbildung 11).

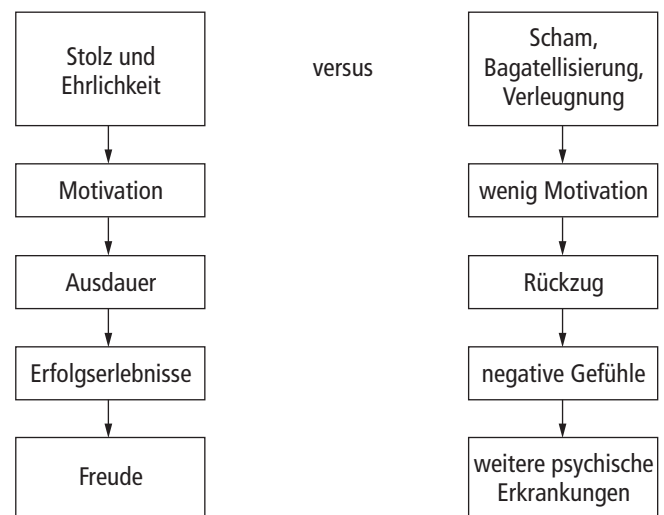


Abbildung 11: Ressourcen (links), welche die LST fördert und dem bisherigen innerpsychischen Geschehen (rechts) entgegenstellt

Die »Broaden-and-Build-Theorie« von Fredrickson (1998) postuliert zusätzlich, dass positive Emotionen das Repertoire an Gedanken und Handlungen, die einem Menschen im Augenblick im Bewusstsein zur Verfügung stehen, vergrößern (»broaden«) und somit zu Motivation und Ressourcen für die Erlangung von weiteren gedanklichen und Handlungsmöglichkeiten führen (»build«). Das heißt, wenn wir Stolz erleben, sind wir geistig freier. Diese geistige Freiheit gibt uns größeren Handlungsspielraum und mehr Motivation, um neues Verhalten auszuprobieren, welches wir, wenn es sich bewährt, unseren bisherigen persönlichen Ressourcen hinzufügen (► Abbildung 12).

Diese Ausführungen zeigen nochmals aus einer anderen Warte, dass die Würdigung der im Dienste der Abstinenz erbrachten Leistungen äußerst wichtig ist. In diesem Zu-



Build: Stellt Motivation und Ressource zur Erlangung weiterer Gedanken- und Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung

Broaden: Erweitert Bewusstsein, Gedanken und Handeln

Authentischer Stolz

LST

Abbildung 12: Positive Emotionen wie Stolz und ihre positiven Auswirkungen auf Motivation, Denken und Handlungsmöglichkeiten

sammenhang kann die explizite Benennung der Adäquatheit der daraus resultierenden Emotion Stolz von großem Wert sein. Der Suchtausstiegsprozess ist beschwerlich und sehr herausfordernd. Stabile Abstinenz ist ein langfristiges Ziel, das es trotz vorläufiger Rückschläge und Einschränkungen (z. B. Konsumereignisse, Verzicht auf den Konsum, möglicherweise Kontaktabbrüche zu noch konsumierenden Freunden, Erleben negativer Gefühle) und kurzfristigen Belohnungsanreizen (Entspannung, Verdrängen negativer Gefühle durch Konsum) zu erhalten gilt. Wird den Patient_innen, aber auch den Angehörigen durch die Leistungssensible Therapie bewusst, dass sie schon bisher große Leistungen vollbracht haben und darauf stolz sein können, wird das ihre Motivation erhöhen »dranzubleiben«, auch wenn Hindernisse auftauchen. Im Sinne der »Broaden-and-Build-Theorie« wird ihnen ermöglicht, ihre persönlichen Ressourcen zu erweitern.

Merke:

Authentischer Stolz führt zu mehr Leistungsbereitschaft und Ausdauer. Zudem vergrößert er das Repertoire an Gedanken und Handlungen und generiert Motivation und Ressourcen für die Erlangung weiterer Gedanken- und Handlungsmöglichkeiten. Somit kann Stolz fundamental für einen erfolgreichen Suchtausstiegsprozess sein.

2.3 Grundlagen der Leistungssensiblen Therapie

2.3.1 Motivierende Gesprächsführung als Fundament

Die motivierende Gesprächsführung nach Miller & Rollnick (1999) hat sich international als grundlegende Methode der Gesprächsführung und als Ansatz zur Veränderung von Verhalten, Denkweisen und Einstellungen etabliert. Sie ist durch eine humanistische Haltung geprägt, bringt den Patient_innen Respekt und Achtung entgegen und will deren Autonomie fördern. Dazu ist es wichtig, das Erleben und Verhalten der Patient_innen zu verstehen und zu akzeptieren. Die motivierende Gesprächsführung ist eine wirksame Kommunikationstechnik zur Förderung von Veränderungsbereitschaft (S3-Leitlinie »Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen«¹).

Die Leistungssensible Therapie ist maßgeblich geprägt von den Grundsätzen der motivierenden Gesprächsführung, da uns diese im Berufsalltag mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung schon lange begleitet und wir sie immer wieder als enorm hilfreich und zielführend erleben. Sie hilft Patient_innen, Ambivalenzen zu erarbeiten und aufzulösen sowie intrinsische Motivation zu erlangen, um sich dem Suchtausstiegsprozess und der Aufrechterhaltung der Abstinenz zu stellen. Für uns ist die Arbeit mit Abhängigkeitserkrankungen ohne motivierende Gesprächsführung undenkbar. Daher liegt sie der Erarbeitung des vorliegenden Therapieansatzes zugrunde und bildet auf verschiedenen Ebenen das Fundament der Leistungssensiblen Therapie. Im Folgenden werden die beiden Elemente der motivierenden Gesprächsführung, welche in die Konzipierung der Leistungssensiblen Therapie eingeflossen sind, kurz dargestellt:

- Ambivalenzen erzeugen
- Umgang mit Widerstand
- Empathie

Ambivalenzen erzeugen

In allen drei Gruppensitzungen der Kurzintervention finden sich Sequenzen, die latent vorhandene Ambivalenzen bewusst machen oder neu erzeugen:

- In der *ersten Gruppensitzung* liegt das Hauptaugenmerk auf der ambivalenten Haltung gegenüber der Abhängigkeitserkrankung. Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung erleben Abstinenz als Anstrengung und haben oft gleichzeitig die Überzeugung, dass Abstinenz eine Selbstverständlichkeit sein sollte – der Normalzustand. Zudem erleben sie meist enorm unangenehme Gefühle,

¹ https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-0011_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf