

**ASPEKTE DER SCHAM IN DER
THERAPEUTISCHEN ARBEIT MIT
SUCHTKRANKEN MENSCHEN**

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (Psychotherapie)

im Universitätslehrgang

Psychotherapie

Fachspezifikum Integrative Gestalttherapie

von

Mag.^a Kathrin Grechenig

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit

an der Donau-Universität Krems

Wien, am 18. 01. 2012

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Kathrin Grechenig, geboren am 22. 04. 1979 in Wien erkläre,

1. dass ich meine Master Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Arbeit mein Unternehmen betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

Wien, am 18.01.2012

Ort, Datum

Unterschrift

BESONDERER DANK AN

Beni

Liv

Tanja

Babsi

Christina Gollner

Heinz Lederer

WIDMEN

möchte ich diese Arbeit allen
Klientinnen und Klienten
sowie Kolleginnen und Kollegen,
von denen ich den letzten Jahren
sehr viel gelernt habe und die meine
therapeutische Haltung geprägt haben.

Abstract

Menschen mit einer Suchterkrankung erleben in Folge von Stigmatisierung, Kontrollverlust sowie Rückfällen, oftmals erhebliche Schamgefühle. Der vorliegende praxisverschränkte Theoriebericht soll mittels Verknüpfung von theoretischen Grundlagen zu Sucht und Scham einerseits und praktischen Erfahrungen aus der therapeutischen Arbeit andererseits, eine Verbindung dieser beiden Phänomene herstellen. Weiters werden wichtige Faktoren im Hinblick auf den Umgang mit Scham, insbesondere die Bedeutung der Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn, erläutert. Als Grundlage dafür dienen jeweils Menschenbild und Konzepte zur therapeutischen Beziehung in der Integrativen Gestalttherapie.

In order to stigmatisation, loss of control and relapses, people with an addictive disease, often experience substantial feelings of shame. The aim of the following theory and experience based report is the correlation of theoretical foundation of addiction and shame on the one hand and practical experience on the other hand to connect these two phenomena. Furthermore important issues in dealing with shame, especially the significance of relationship between therapist and client will be illustrated. Anthropology as well as concepts of therapeutic relationships in Integrative Gestalt Therapy serve as background for that.

Stichworte für die Bibliothek:

[Sucht, Scham, Therapeutische Beziehung, Integrative Gestalttherapie]

Den nächsten Planeten bewohnte ein Säufer.

Dieser Besuch war sehr kurz, aber er tauchte den kleinen Prinzen in eine tiefe Schwermut.

„Was machst du da?“ fragte er den Säufer, den er stumm vor einer Reihe leerer und einer Reihe voller Flaschen sitzend, antraf.

„Ich trinke“, antwortete der Säufer mit düsterer Miene.

„Warum trinkst du?“ fragte ihn der kleine Prinz.

„Um zu vergessen“, antwortete der Säufer.

„Um was zu vergessen?“ erkundigte sich der kleine Prinz, der ihn schon bedauerte.

„Um zu vergessen, dass ich mich schäme“, gestand der Säufer und senkte den Kopf.

„Weshalb schämst du dich?“ fragte der kleine Prinz, der den Wunsch hatte, ihm zu helfen.

„Weil ich saufe!“ endete der Säufer und verschloss sich endgültig in sein Schweigen.

Und der kleine Prinz verschwand bestürzt.

(Antoine de Saint-Exupéry)

Inhaltsverzeichnis

I Einleitung	9
II Suchterkrankungen	11
2.1 Sucht und Gesellschaft.....	11
2.1.1 Epidemiologie	11
2.1.2 Kontrolle durch die Gesellschaft.....	12
2.1.3 Sucht als Krankheitskonzept	13
2.1.2 Zur gesellschaftlichen Stigmatisierung von Menschen mit einer Abhängigkeit.....	15
2.2 Diagnostik von Suchterkrankungen	18
2.2.1 Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD)	18
2.2.2 Psychodynamische Diagnostik.....	20
2.3 Psychodynamik der Sucht	22
2.4 Gestalttherapeutische Überlegungen zum Verständnis von Sucht.....	26
III Scham.....	28
3.1 Grundformen der Scham	30
3.1.1 Existenzielle Scham	30
3.1.2 Intimitätsscham.....	30
3.1.3 Anpassungsscham	31
3.1.4 Moralische- oder Gewissensscham.....	31
3.1.5 Gruppenscham	31

3.1.6 Empathische Scham.....	31
3.1.7 Drei Formen der Scham nach Wurmser	32
3.2 Entwicklung von Scham.....	32
3.2.1 Entwicklungspsychologische Aspekte	32
3.2.2 Die Bedeutung von Normen und Idealen.....	34
3.3 Scham und Beschämung.....	36
3.4 Unterscheidung von Scham und Schuld.....	37
3.5 Abwehr von Scham	40
3.6 Scham in der therapeutischen Beziehung	41
3.6.1 Schamauslösende bzw. beschämende Aspekte in der Therapie	41
3.6.2 Die Scham der TherapeutInnen	43
3.6.3 Umgang mit Scham in der therapeutischen Beziehung.....	43
IV Grundlagen der Integrativen Gestalttherapie.....	47
4.1. Das Menschenbild in der Gestalttherapie.....	47
4.1.1 Prinzip der Ganzheitlichkeit	48
4.1.2 Organismische Selbstregulation und schöpferische Anpassung	49
4.1.3 Hier und Jetzt	50
4.1.4 Phänomenologie.....	52
4.2 Die therapeutische Beziehung.....	53
4.2.1 Kontakt	55
4.2.2. Dialogische Beziehung	57
4.3 Gestalttherapeutische Konzepte zur Diagnostik	60

4.3.1 Dialogisch-prozessuale Diagnostik.....	63
4.3.2 Kontaktmodell als diagnostische Orientierung.....	64
4.3.3 Theorie des Selbst.....	65
V Die Bedeutung der Scham in der Arbeit mit Suchtkranken	67
5.1 Zusammenhang von Sucht und Scham.....	68
5.1.1 Primäre Scham als Vorläufer einer Suchtentwicklung.....	69
5.1.2 Sekundäre Scham in Zusammenhang mit einer Suchterkrankung.....	72
5.1.2.1 Stigmatisierung von Sucht als Auslöser von Scham.....	72
5.1.2.2 Kontrollverlust als Ursache von Scham	76
5.2 Scham und Rückfall.....	78
5.3 Kontrolle und Eigenverantwortung.....	84
5.3.1 Kontrolle durch Angehörige	84
5.3.2 Kontrolle und Eigenverantwortung im therapeutischen Kontext	86
5.4 Therapeutische Beziehung.....	93
5.5 Identifikation mit dem süchtigen Anteil	98
VI Resümee	103
VII Literaturverzeichnis.....	105

I Einleitung

„Ich trinke, um zu vergessen, ich möchte vergessen, dass ich mich schäme, und ich schäme mich, weil ich saufe“, ist, in wenigen Worten, die Kernaussage des eingangs zitierten Ausschnitts aus dem kleinen Prinzen, als er den Planeten des Säufers besuchte. Sie zeigt auf, dass Sucht und Scham eng miteinander verbunden sind. Schamgefühle können in Zusammenhang mit der Sucht sowohl als Vorläufer für die Entwicklung eines Suchtprozesses fungieren, aber auch als Folge dieser entstehen.

Im Laufe meiner Erfahrung in der ambulanten Beratung und Therapie von Menschen mit einer Suchterkrankung ist das Erleben von Scham sowie der Umgang damit, sei es in Erstgesprächen, nach einem Rückfall oder einem vorübergehenden Therapieabbruch, aber auch in längeren Einzel- und Gruppentherapien, eines jener Themen, das mich besonders beschäftigt, aber auch immer wieder besonders berührt hat.

Wodurch können Schamgefühle bei Klientinnen und Klienten mit einer Suchtproblematik ausgelöst werden, welche Zuschreibungen, Interventionen und Haltungen können Scham verstärken oder gar beschämen und welche können Scham lindern? Welchen Auftrag haben Gesellschaft und Politik dabei und welchen Beitrag können wir als Therapeutinnen und Therapeuten zu einer Ent-Stigmatisierung und in Folge möglicherweise zu einer Ent-Schämung leisten?

In der deutschsprachigen Literatur lassen sich so gut wie keine, in der englischsprachigen einige wenige Artikel, die direkt auf den Zusammenhang zwischen Scham und Sucht eingehen, finden.

Der vorliegende praxisverschränkte Theoriebericht soll daher versuchen, mittels Verknüpfung von theoretischen Grundlagen zu Sucht und Scham einerseits und praktischen Erfahrungen aus der therapeutischen Arbeit andererseits, eine Verbindung dieser beiden Phänomene herzustellen.

Im folgenden Abschnitt wird zunächst ein Überblick über verschiedene Aspekte der Suchterkrankung gegeben. Neben allgemeinen epidemiologischen sowie diagnostischen Informationen möchte ich besonders auf gesellschaftlich relevante

Perspektiven hinweisen. Welche Rolle haben zum Beispiel unterschiedliche Konzepte zur Entstehung von Suchterkrankung sowie Zuschreibung von Eigenverantwortlichkeit im Hinblick auf Stigmatisierung und den Umgang mit suchtkranken Menschen in unserer Gesellschaft? Abschließend sollen noch psychodynamische Sichtweisen sowie gestalttherapeutische Überlegungen zur Sucht näher dargestellt werden.

Im dritten Kapitel werden unterschiedliche Gesichtspunkte in Zusammenhang mit dem Thema Scham erläutert. Neben den Grundformen der Scham wird auch auf spezielle Zusammenhänge wie Schuld oder Beschämung eingegangen.

Ein besonders wichtiger Teil, der auch als Grundlage für den späteren praxisorientierten Abschnitt dienen soll, ist hier der Umgang mit Scham in der therapeutischen Beziehung.

Im vierten Abschnitt werden in einem kurzen Überblick einige anthropologische Grundlagen sowie Konzepte zur therapeutischen Beziehung in der Integrativen Gestalttherapie dargestellt. Diese scheinen mir insofern relevant, als sie auch den Hintergrund für meine persönliche therapeutische Haltung bilden und somit ebenfalls Grundlage für den darauf folgenden Praxisteil sind.

Im letzten Abschnitt möchte ich anhand meiner eigenen Überlegungen zu diesem Thema sowie anhand von Fallbeispielen auf die Bedeutung von Scham und Beschämung in der Arbeit mit suchtkranken KlientInnen näher eingehen. Während ich zunächst versuchen werde, mögliche Zusammenhänge zwischen einer Suchterkrankung und dem Phänomen Scham herzustellen, möchte ich in einem weiteren Schritt noch spezielle Aspekte wie Scham in Zusammenhang mit Rückfällen oder mit Kontrolle und Eigenverantwortung darstellen. Anschließend soll wiederum die Bedeutung der therapeutischen Beziehung als wichtiger Faktor in der möglichen Linderung von Scham hervorgehoben werden.

In einem abschließenden Resümee sollen noch einmal die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst werden.

Zuletzt möchte ich noch vorwegnehmen, dass sich meine Darstellungen auf stoffgebundene Süchte beziehen, also vorwiegend auf Alkoholabhängigkeit sowie

Abhängigkeit von illegalen Substanzen, ich jedoch nicht immer zwischen den verschiedenen Abhängigkeiten unterscheide. Das bedeutet natürlich nicht, dass es keine Unterschiede in der Behandlung von Alkohol- und Drogenabhängigen oder in der therapeutischen Beziehung gibt.

Dennoch soll der hier verwendete allgemeine Begriff der „Substanzabhängigkeit“ oder „Suchterkrankung“ einerseits dem besseren Verständnis dienen, andererseits werde ich versuchen, vor allem auf jene Aspekte in Zusammenhang mit Scham und Sucht einzugehen, die sich unabhängig von der konsumierten Substanz ergeben und die ich sowohl in der Erfahrung mit Alkohol- als auch mit drogenabhängigen KlientInnen erlebt habe. Sofern Differenzierungen zwischen den unterschiedlichen Substanzabhängigkeiten wichtig und relevant sind, werde ich diese natürlich treffen.

II Suchterkrankungen

2.1 Sucht und Gesellschaft

2.1.1 Epidemiologie

In Österreich ist Alkohol die am weitesten verbreitete psychotrope Substanz, er zählt gemeinsam mit Nikotin und oftmals auch mit Medikamenten zu jenen Suchtmitteln, deren Erwerb, Besitz und Konsum legal sind. Alkohol wird ab einem Alter von 15-16 Jahren in jeder Altersgruppe getrunken, wobei sich eine konstante Steigerung der Konsummenge und der Trinkfrequenz mit zunehmendem Alter feststellen lässt. Statistiken belegen, dass ÖsterreicherInnen umso mehr trinken, je älter sie werden. Im Jahr 2004 gab es in Österreich etwa 340.000 chronische Alkoholikerinnen und Alkoholiker, das ergibt eine Prävalenzrate von etwa 5% der 16-99jährigen ÖsterreicherInnen. Der Frauenanteil unter den AlkoholikerInnen hat in den letzten Jahren zugenommen und beträgt rund 25% (vgl. Uhl et al., 2009).

Die häufigste Form der Medikamentenabhängigkeit ist in den deutschsprachigen Ländern jene von Benzodiazepinen (ca. 70% aller Fälle). Bei der

Medikamentenabhängigkeit überwiegt, im Vergleich zur Alkoholabhängigkeit, der Anteil der Frauen, das Erkrankungsalter liegt zudem meist erst in der zweiten Lebenshälfte. Ein wichtiger Risikofaktor, vor allem für eine Hochdosisabhängigkeit (im Gegensatz zur so genannten „low-dose-dependency“), ist eine bereits bestehende Sucht, wie zum Beispiel eine Alkohol- oder Drogensucht (Poser, 2000).

Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen gibt es in Österreich am häufigsten mit Cannabis, hier zeigen sich Lebenszeitprävalenzraten von etwa 30 bis 40 Prozent bei jungen Erwachsenen. In Repräsentativstudien ergeben sich weiters Prävalenzraten von rund zwei bis vier Prozent für Ecstasy, Kokain sowie Amphetamine und ein bis maximal zwei Prozent für Opiate. Beim Probier- und Experimentierkonsum wurde eine zunehmende Verbreiterung des Substanzenspektrums festgestellt, generell ist der Konsum von illegalen Substanzen jedoch auf eine kurze Lebensphase beschränkt.

Betrachtet man noch Zahlen, den problematischen Drogenkonsum betreffend (das bedeutet in Österreich in erster Linie polytoxikomaner Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten), ergeben aktuelle Schätzungen für das Jahr 2009 einen problematischen Drogenkonsum bei etwa 25.000 bis 37.000 Personen. Vergleicht man diese Zahlen mit den bestehenden Daten, lässt sich daraus schließen, dass die Prävalenz in den letzten Jahren relativ stabil geblieben ist. Eine weitere Schätzung hinsichtlich intravenösen Konsums hat ergeben, dass etwa 12.500-18.500 Personen einen vorwiegend injizierenden problematischen Konsum aufweisen (vgl. GÖG/ÖBIG, Bericht zur Drogensituation 2010).

2.1.2 Kontrolle durch die Gesellschaft

Als zentrale Kontrollmechanismen gelten gesetzliche Regelungen, die zunächst einmal unterschiedliche Substanzen in legale und illegale Drogen unterscheiden. Während bei illegalen Drogen sowohl Produktion, Erwerb und Vertrieb als auch der Konsum verboten und entsprechend streng geregelt ist, gibt es für legale Drogen, zum Beispiel den Alkohol einzelne Bestimmungen, die Verbreitung, Verkaufspreis und Verkaufsbeschränkungen regulieren und Altersgrenzen für Konsum und Erwerb

festlegen sollen. Ebenso zu den gesellschaftlichen Kontrollmechanismen gehören Regelungen bei der Werbung für Suchtmittel. Die geltende gesetzliche Regelung für den illegalen Bereich mag vielleicht Einfluss auf den Einstieg in den Drogenmissbrauch nehmen, eine manifeste Drogenabhängigkeit lässt sich dadurch aber nicht mehr steuern und drängt Menschen in die Illegalität, und oftmals auch Kriminalität (vgl. Schmidt, Alte-Teigeler & Hurrelmann, 1999).

2.1.3 Sucht als Krankheitskonzept

Das Spannungsfeld Sucht als Krankheit versus Sucht als Laster oder Willensschwäche hat bereits eine lange und kontroverse Geschichte.

Kaum ein Handlungsfeld in der medizinischen Praxis befindet sich nach Springer (2007) in einem derartigen Spannungsfeld zwischen Interpretationen und gesellschaftspolitischen Aufträgen und Einflüssen, wie die Behandlung der Suchtkrankheit. Dementsprechend unterliegen Betroffene stets der Gefahr unterschiedlich beurteilt bzw. gleichzeitig als krank und lasterhaft oder willensschwach bewertet zu werden.

Die Etablierung des Krankheitskonzepts hat sich, nachdem es von Jellinek (1960) in den 60er Jahren, speziell für den Alkoholismus, wieder aufgegriffen wurde, inzwischen weitgehend durchgesetzt und zu einem besseren Verständnis für Suchtkranke wie auch zu mehr Aufmerksamkeit durch öffentliche Gesundheitsträger geführt. Verglichen mit früheren Modellen, die Sucht als Abweichung, schlechte Angewohnheit, Charakterschwäche oder Willenlosigkeit verstanden, bis hin zu Alkoholkranken als Sünder, soll der Krankheitsbegriff wertneutraler sein und helfen, der Tabuisierung der Suchterkrankungen entgegen zu wirken und den therapeutischen Zugang zu erleichtern (vgl. Soyka & Kufner, 2008).

Springer (2007) meint dazu kritisch, dass die Interpretation nach dem medizinischen Modell noch lange nicht allgemein akzeptiert ist und als Grundlage für den menschlichen und verstehenden Umgang mit Alkohol- und Drogenabhängigen immer wieder neu erkämpft werden muss.

Gleichzeitig war das Krankheitskonzept von Anfang an umstritten und die so oft erwähnte größere Wertneutralität des Begriffs *Krankheit* immer wieder in Frage gestellt. Das von Jellinek verwendete englische Wort „disease“ bedeutet im Gegensatz zu „illness“ „körperliche Krankheit“, wobei das Wort Krankheit im Deutschen nicht diese ausgesprochen somatische Bedeutung hat. Krankheit kann als Störung von Grundfunktionen des Körpers und des Verhaltens verstanden werden (vgl. Soyka & Kufner, 2008) und die Diagnosen der Suchterkrankungen finden sich unter *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* in der Klassifikation psychischer Störungen wieder.

Bernet et al. (zit. nach Meyer, 2008, S. 5) beschreiben das Krankheitsmodell insoweit als problematisch, als dass es eine Grenzziehung von noch gesundem und bereits kranken psychischen Erleben voraussetzt und befürchten einen Missbrauch des psychiatrischen Krankheitsbegriffs.

Ebenso kritisch wird auf die ungünstigen Auswirkungen der „Krankenrolle“ hingewiesen, die den Suchtkranken aus seinen Rollenverpflichtungen und aus seiner Verantwortung entlasse, und dies zu einer eher passiven Haltung in der Therapie führen würde. Andere wiederum sehen in der Krankenrolle zwar eine Entlastung der Verantwortung, gleichzeitig aber impliziert sie die Verpflichtung, diese als solche zu akzeptieren und sich kompetente Unterstützung zu suchen (vgl. Soyka & Kufner, 2008).

Dem gegenüber steht nach wie vor, wenn auch vordergründig nicht immer offensichtlich, die Ansicht, dass Abhängigkeit mit einem Mangel an freiem Willen zu tun hat, und dass Therapie demnach eine Erziehung an der Willenskraft sein müsse und die Abhängigkeit überwunden werden könne, wenn der Wille nur stark genug wäre. Auch im therapeutischen Alltag finden sich immer wieder Gespräche über rückfällige PatientInnen, die vielleicht noch gar nicht abstinent leben wollen oder sich noch nicht richtig für eine Therapie entschieden haben. Auch diese Formulierungen implizieren ja die Annahme, dass Abstinenz grundsätzlich der individuellen Willensintention unterliegt (Meyer, 2008).

2.1.2 Zur gesellschaftlichen Stigmatisierung von Menschen mit einer Abhängigkeit

Alles von der jeweiligen Norm einer Gesellschaft abweichende unterliegt der Gefahr, abgelehnt oder zumindest stigmatisiert zu werden. Die Ablehnung kann sich auf körperliche oder psychische Erkrankungen, auf Armut, die sexuelle Orientierung oder auch die Zugehörigkeit zu einer Religion beziehen. Die für eine Stigmatisierung geeigneten Sachverhalte sind nach Gölz (2004) prinzipiell beliebig, stellen jedoch ein Abbild dessen dar, was in einer Gesellschaft aktuell als abweichend, als nicht der Norm entsprechend, gilt. Er bemerkt provokant, dass erst das Andersartige der Stigmatisierten ein Gefühl der eigenen Unversehrtheit vermittelt und erst durch Stigmatisierungsprozesse innerhalb einer Gesellschaft sich diese ihrer Normalität vergewissert.

Er beschreibt die Kontrolle von Affekten und das Erreichen beruflicher Erfolge im westlichen Kulturraum derzeit als höchstes Persönlichkeitsziel. Diese Kontrollfunktionen des Ichs werden im Rauschzustand aufgelöst und damit verstößt der oder die Süchtige gegen ein Grundprinzip des gesellschaftlichen Konsenses. Bei Suchtkranken überlagern sich häufig gleich mehrere Stigmata, wodurch die soziale Akzeptanz zunehmend schwieriger wird. Während beinahe alle Suchtkranken das Stigma der fehlenden Selbstkontrolle tragen, tragen Menschen mit einer Drogenabhängigkeit auch das Stigma der Illegalität und oft auch Kriminalität. Dies führt bei KonsumentInnen zwangsläufig zu weiteren Merkmalen wie Arbeits- oder Obdachlosigkeit, Prostitution, ansteckende Erkrankungen etc., die das Stigma verbreitern (Gölz, 2004).

Ob und inwieweit eine Stigmatisierung bzw. Etikettierung vorgenommen wird, hängt wie gesagt, von den Normen und der Bewertung einer Gesellschaft ab. So ist zum Beispiel der Konsum von natürlichen Halluzinogenen in einigen Teilen Mittelamerikas üblich und weit verbreitet, während er in den westlichen Ländern verboten ist. Die Bewertung eines Verhaltens kann sich auch über die Zeit verändern (Schmidt et al., 1999).

Ein bekannter Ansatz sozialer Etikettierung aus den 70er Jahren ist der so genannte „Labeling approach“ von Becker (1973). Der Schwerpunkt dieses Ansatzes liegt nicht auf der Ätiologie des abweichenden Verhaltens, sondern auf den sozialen Reaktionen, die abweichendes Verhalten hervorrufen und das Verhalten sowie die Person selbst als deviant definieren. In Bezug auf die Suchtforschung bedeutet dieses Denkmodell, dass Substanzmissbrauch bzw. –abhängigkeit eine Reaktion auf gesellschaftliche Zuschreibungen sind. Becker geht davon aus, dass nicht das Verhalten an sich abweichend ist, sondern es erst die darauf folgenden Bewertungsvorgänge zu einem devianten, stigmatisierten Verhalten werden lassen (Becker, 1973).

Dabei spielen auch kulturelle Verwurzelungen unterschiedlicher Drogen eine Rolle. Während in unserer Gesellschaft Nikotin und Alkoholkonsum zum Beispiel durchaus anerkannt und zu einem großen Teil auch positiv bewertet ist, gilt der Konsum von illegalen Drogen als deviantes Verhalten.

Lehmer (zit. nach Schmidt et al., 1999, S. 57) unterscheidet in seinem Ansatz noch zwischen primärer und sekundärer Devianz und berücksichtigt damit, dass Menschen, die mit ihrem Verhalten als deviant eingestuft werden, auch in Zukunft in ihren Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt werden. Als primäre Devianz bezeichnet er jenen Zeitraum zwischen dem Auftreten eines Verhaltens und dessen Stigmatisierung. Während sich die Person zunächst noch als konformes Mitglied der Gesellschaft fühlt, wird sie mit der Etikettierung als abweichend stigmatisiert. Als Konsequenz darauf folgt eine sekundäre Devianz. Aufgrund negativer Zuschreibungen werden Entwicklungs- und Handlungsmöglichkeiten deutlich eingeschränkt, die individuelle Identität ändert sich und die vorgenommene Kategorisierung wird ins Selbstbild aufgenommen. Das erneute Auftreten des abweichenden Verhaltens wird erwartet und zugleich abgelehnt. Bei Auftreten einer sekundären Devianz ist es nur noch schwer möglich, die vorherige gesellschaftliche Position wieder einzunehmen.

Weiner (zit. nach Lewis, 1998, S. 127) betont darüber hinaus den Grad der zugeschriebenen Eigenverantwortung als wesentlich im Zusammenhang mit der Stigmatisierung. So wird zum Beispiel übergewichtigen Menschen eine deutlich

höhere Eigenverantwortung zugeschrieben, als Menschen mit anderen Erkrankungen, da sie ihr Essen ja durchaus kontrollieren können.

Er beschreibt eine Studie, in der er den Zusammenhang zwischen Stigma, vermeintlicher Eigenverantwortung und Emotionen untersucht. Erwachsene sollten zehn verschiedene Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen nach ihrem Grad an Eigenverantwortung beurteilen sowie damit einhergehende Gefühle, die entsprechende Erkrankung auslösen würde. Während Herzerkrankungen, Krebs, Alzheimer, Blindheit etc. mit besonders wenig eigener Verantwortung gekoppelt waren und hauptsächlich ein Gefühl von Mitleid auslösten, wurde Aids, Drogenabhängigkeit, Übergewicht und der Missbrauch von Kindern als besonders hoch mit Eigenverantwortlichkeit verbunden und löste weniger Mitgefühl, als vor allem Ärger aus.

Neben den Zuschreibungen durch andere spielt natürlich auch die sich selbst zugeschriebene Verantwortung bzw. Schuld eine Rolle hinsichtlich Stigmatisierung und daraus folgender Entwicklung von Scham, auf die an anderer Stelle noch näher eingegangen wird. „The degree to which stigmatized persons can blame themselves or are blamed by others for their condition reflects their degree of shame“ (Lewis, 1998, S.127).

Die beschriebenen Ansätze betrachten natürlich vor allem einen gesellschaftlichen Aspekt und bieten weniger eine Erklärung für die individuelle Entstehung einer Sucht, als möglicherweise für das Fortbestehen von süchtigen Verhalten.

Sie scheinen aber durchaus geeignet, um Sucht und Stigma in einen Erklärungszusammenhang zu bringen. Das schließt aber noch nicht aus, die Suchterkrankungen, auch im Rahmen eines medizinischen Krankheitskonzepts zu betrachten.

Beide Modelle sind nach Ansicht der Verfasserin wichtig, um eine Sichtweise davon zu bekommen, wie eine Gesellschaft mit dem Phänomen Sucht und suchtkranken Menschen als Betroffenen umgeht, und welche Erklärungsmuster bzw. Bewertungen damit einher gehen.

2.2 Diagnostik von Suchterkrankungen

2.2.1 Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD)

Das bekannteste Diagnostik-Manual in Österreich, das auch für die Abrechnung mit der Krankenkasse von zentraler Bedeutung ist, ist die ICD – die Internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die ICD fasst ein breites Spektrum von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen zusammen, deren Schweregrad von einer Intoxikation und schädlichem Gebrauch bis hin zu psychotischen Zustandsbildern und zur Demenz reicht. Das wesentlichste Störungsbild in diesem Zusammenhang ist das „Abhängigkeitssyndrom“, dessen entscheidendes Charakteristikum der starke, zum Teil übermächtige Wunsch ist, psychotrope Substanzen oder Medikamente, Alkohol oder Tabak zu konsumieren. Dieser innere Zwang, eine bestimmte Substanz zu konsumieren, wird dem oder der Betroffenen meist erst dann bewusst, wenn er/sie versucht, die Substanz abzusetzen oder zu kontrollieren (Dilling, Mombour & Schmidt, 2000).

Die WHO unterscheidet außerdem zwischen körperlicher und psychischer Abhängigkeit. Die körperliche Abhängigkeit ist vor allem gekennzeichnet durch Entzugerscheinungen und Toleranzentwicklung, während bei der psychischen Abhängigkeit das unwiderstehliche Verlangen der Substanz, um Lust, Erregung oder Entspannung zu erzeugen oder Unbehagen zu vermeiden (Feuerlein, 2002).

Um nach ICD eine Diagnose *Abhängigkeitssyndrom* stellen zu können, müssen drei oder mehr der folgenden Kriterien innerhalb des letzten Jahres vorhanden gewesen sein:

1. Es besteht ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Es besteht eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Das Auftreten eines körperlichen Entzugssyndroms bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.

4. Es kann eine Toleranz nachgewiesen werden, d.h. es sind zunehmend höhere Dosen erforderlich, um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen hervorzurufen.
5. Andere Vergnügungen oder Interessen werden zugunsten des Substanzkonsums zunehmend vernachlässigt.
6. Der Alkoholkonsum wird trotz nachweisbarer eindeutiger schädlicher Folgen körperlicher, sozialer oder psychischer Art fortgesetzt.

Diese Kriterien können derzeit unabhängig von der Substanz für die Erstellung einer ICD 10-Diagnose herangezogen werden, das Abhängigkeitssyndrom kann sich dabei auf einen einzelnen Stoff beziehen oder auch eine Gruppe von Substanzen (Dilling et al., 2000). In der Diskussion zur Neufassung der diagnostischen Kriterien für ICD 11 und DSM V stellt sich jedoch die Frage, ob in Zukunft generelle oder nicht eher substanzspezifische Kriterien aufgeführt werden sollen. Das würde bedeuten, dass sich zum Beispiel alkoholspezifische Kriterien für die Diagnose Abhängigkeit unterscheiden würden von jenen, die für eine Abhängigkeit von Cannabis oder halluzinogenen Substanzen relevant wären. Ein weiterer offener Punkt, über den noch kein Konsens herrscht, ist die Frage der Komorbidität, besonders im Hinblick auf substanzbezogene und psychische Störungen. Hier stellt sich die Frage, wie es im Rahmen einer derzeit kategorialen Diagnostik, die eher auf einer traditionellen Sichtweise der Medizin beruht, möglich ist, substanzinduzierte (so genannte primäre) von substanzunabhängigen (sekundären) Störungen zu unterscheiden (Schmidt zit. nach Soyka & Kufner, 2008, S. 16).

Zum einen konnte erst durch die Einführung des Krankheitsbegriffs und die Entwicklung einheitlicher Kriterien, wie sie in ICD oder DSM zu finden sind, eine entsprechende Kostenübernahme bzw. –zuschüsse durch die Krankenkassen erzielt werden, die den therapeutischen Zugang für Betroffene erleichtern soll.

Andererseits soll an dieser Stelle aber auch kritisch festgehalten werden, dass eine kategoriale Diagnostik wie diese, unterschiedliche strukturelle Gegebenheiten der Personen sowie unterschiedliche Konsumverhalten als wichtige diagnostische

Hinweise ebenso wenig berücksichtigt, wie beziehungsorientierte Aspekte in der Beziehung zum Therapeuten.

Daher soll im Folgenden noch ergänzend eine psychodynamische Herangehensweise dargestellt werden. Konzepte zur gestalttherapeutischen Diagnostik finden sich zum besseren Verständnis im Kapitel *Grundlagen der Gestalttherapie*.

2.2.2 Psychodynamische Diagnostik

Die psychodynamische Diagnostik betont vor allem den Aspekt der persönlichen Begegnung zwischen KlientIn und PsychotherapeutIn, wodurch bereits eine zunehmende Annäherung von psychotherapeutischer Diagnostik und psychotherapeutischer Behandlung sichtbar wird (Rudolf, 2010).

Während analytische Befunde bis dato aufgrund der historisch vielfältigen Bedeutung der Begriffe sowie der subjektiven Handhabung einzelner TherapeutInnen als wissenschaftlich kaum reliabel galten, erfolgte schließlich die Entwicklung einer operationalisierten Diagnostik (OPD) in dem Bemühen, bewährte analytische Konzepte so zu fassen, dass sie auch in wissenschaftlichen Fragestellungen erfasst und untersucht werden können. Das Ergebnis ist ein diagnostisches Instrument, das auf vier verschiedenen Ebenen psychische Störungen anhand ihrer Psychodynamik abbildet und schließlich auf einer fünften deskriptiven Achse mit der ICD-10-Klassifikation verknüpft. Die vier Ebenen betreffen das Krankheitserleben und die Motivation der PatientInnen (Achse I), die Beziehungsdynamik (Achse II), unbewusste Konflikte (Achse III) sowie strukturelle Fähigkeiten (Achse IV) und sollen im Folgenden näher erläutert werden (vgl. Rudolf, 2010; Arbeitskreis OPD, 2000).

- **Achse I – Krankheitserleben und Motivation:** Am Beginn steht meist eine Abklärung der aktuellen krankheitswertigen Symptomatik, der aktuellen sozialen Situation und der Behandlungsbedürftigkeit der Patientin oder des Patienten. Dabei werden sowohl Aspekte des objektiv gegebenen und subjektiven Krankheitserlebens beschrieben als auch subjektive Erklärungsmodelle für die Störung und Erwartungen an die Therapie.

- **Achse II – Beziehung:** Die Beziehungsachse beschreibt die Art, wie die Person sich selbst und andere erlebt, wie sie ihre Beziehungen gestaltet und was dadurch wiederum in anderen ausgelöst wird. Mit Hilfe der Aspekte Selbsterleben, Objekterleben und Fremderleben des Patienten sowie Selbsterleben der anderen soll erfasst werden, welche Beziehungsangebote der/die PatientIn anderen macht bzw. wie er oder sie auf Angebote anderer reagiert.
- **Achse III – Konflikte:** Auf dieser Achse steht das Wahrnehmen bzw. mögliche Erkennen unbewusster Konflikte im Vordergrund. Welche spürbaren inneren Widersprüche, unbewusste Motive, Wünsche, Bedürfnisse, Objekt- und Selbstvorstellungen sind vorherrschend? Dabei können den aktuellen, äußerlich bedingten konflikthaften Situationen, verinnerlichte, lebensbestimmende Konflikte gegenüber gestellt werden.
- **Achse IV – Struktur:** Hier gilt es, strukturelle Einschränkungen, zum Beispiel in der Selbstwahrnehmung und –reflexion, der Selbststeuerung und Selbstwertregulierung, der Abwehr und Affektdifferenzierung zu erkennen und daraus ableitend ein generelles Strukturniveau zu formulieren. Strukturelle Störung kann bedeuten, dass bestimmte strukturelle Differenzierungen und Integrationsschritte im Sinne eines Entwicklungsdefizits nicht erfolgt sind und sich das Selbst nicht ausreichend zu organisieren oder reflektieren vermag bzw. eine verlässliche Bindung zu anderen entwickelt werden kann. Wichtig ist dabei die Unterscheidung zwischen habitueller Struktur und jenen strukturellen Auffälligkeiten, wie sie auch in akuten Krisensituationen, in Verbindung mit Schlafmangel, Substanzkonsum etc. auftreten können. Unabhängig von aktuellen Krisen sollte die zeitlich überdauernde, typische Struktur des Betroffenen erfasst werden. Ebenso wichtig ist dann die Frage, welche Bewältigungsstrategien zum Ausgleich struktureller Einschränkungen eingesetzt werden. Um das Ausmaß und die Qualität der strukturellen Störung zu erfassen, werden insgesamt vier Integrationsniveaus der Struktur unterschieden: gut integriert, mäßig integriert, gering integriert und desintegriert.

- **Achse V – Psychische und Psychosomatische Störungen:** Ziel ist es schließlich, anhand der oben beschriebenen Ebenen eine diagnostische Zuordnung in Anlehnung an die ICD-Diagnostik vorzunehmen.

Jakobsen et al. (2010) haben ergänzend zur OPD ein eigenes Modul *Abhängigkeiten* zur Einschätzung substanzbezogenen Missbrauchs oder Abhängigkeiten entwickelt. Es dient als Erweiterung der OPD 2 und soll die Entwicklung der Abhängigkeit vor dem Hintergrund der psychischen Funktionsbereiche Beziehung, Konflikt und Struktur beschreiben. Die bestehenden Achsen wurden dabei jeweils durch substanzspezifische Items sowie Kriterien wie Häufigkeit, Konsummuster, Schwere und Chronifizierung ergänzt.

Zudem soll die Eigendynamik der Suchtentwicklung mittels Suchtspirale erfasst werden. Diese bezeichnet die Eigendynamik des Konsums, die anhand der Merkmale *Kompensierung*, *Habituierung*, *Dosissteigerung* und *Schädigung* beschrieben werden soll.

Kompensation meint jene Funktion, die das Suchtmittel anstelle des zuvor verfügbaren Bewältigungsmechanismus einnimmt. *Habituierung* beschreibt das Ausmaß der Gewöhnung an ein Suchtmittel, diese geht jedoch oft mit einem Abbau der Bewältigungsmechanismen einher. *Konsum bzw. Dosissteigerung* beschreibt die Eigendynamik in Bezug auf Frequenz, Tageszeiten, Tageskonsummengen sowie Ausweitung des Konsums auf weitere Stoffe. Die *Schädigung* beschreibt schließlich dauerhafte, aber reversible Schäden in körperlicher, psychodynamischer und psychosozialer Hinsicht.

2.3 Psychodynamik der Sucht

Die Psychoanalyse hat in ihren Anfängen die Entstehung eines süchtigen Verhaltens zunächst mit der **klassischen Triebtheorie** erklärt und die Sucht als einen Triebbefriedigungsersatz verstanden. Die süchtige Person strebt nach einem Lustgewinn, ihr schwaches Ich und wenig entwickeltes Über-Ich unterliegen dem Lustprinzip und versagen am Realitätsprinzip, das bedeutet, die Anforderungen der

Realität können nicht erfüllt werden und es kommt zur Regression auf die Fixierungsstellen der Libidoentwicklung (Bilitza, 2008).

Bei einer Blockierung oder Verdrängung der normalen Triebbefriedigung durch innere oder äußere Umstände kommt es zu einer Ersatzbefriedigung durch das Suchtmittel. Der drogenbedingte Rausch dient demnach als ein Ersatz für den nicht möglichen Orgasmus (Mentzos, 2009).

Da diese Auffassung jedoch nur den triebpsychologischen Aspekt berücksichtigt und daher nur beschränkt brauchbar ist, wurde in einer weiteren Entwicklung der Ich-psychologische Aspekt mehr in den Vordergrund gestellt.

Der **Ich-psychologische** Ansatz betrachtet die Sucht als einen Schutz gegen die unerträgliche innerpsychische Spannung. Durch das jeweilige Suchtmittel wird versucht, diese Spannung zu verdrängen oder von ihr abzulenken (Mentzos, 2009).

Das Ich der suchtmittelabhängigen Person ist nicht in der Lage, Unlust zu vermeiden oder unangenehme Spannung von Innen (Triebwünsche) oder von außen (Anforderung der Realität) zu ertragen. Diese fehlende oder defizitäre Struktur der Ich-Funktionen (zum Beispiel unzureichende Affektdifferenzierung, geringe Frustrationstoleranz oder mangelnde Realitätsprüfung) wird schließlich in einer Art pathologischem Selbstheilungsversuch mittels künstlicher und nur kurzfristig wirksamer Ich-Funktion ersetzt (Freud zit. nach Bilitza, 2008, S. 18).

Wurmser (2000) schreibt dazu: „Drogen dienen vor allem einer „künstlichen“ Affektabwehr, als pharmakologisch massiv verstärkte Verleugnung von Gefühlen, die das Ich sonst zu überwältigen drohen.[...] Mithin stellt die Toxikomanie vordringlich den Versuch dar, einer lästigen inneren Wirklichkeit ledig zu werden und so auch mittelbar die Wahrnehmung und das Erleben der Außenwelt radikal zu verändern“ (Wurmser, 2000, S. 41). Die Drogenwahl weist seiner Ansicht nach typische Korrelationen mit solch unkontrollierbaren Gefühlen auf. Beruhigende Drogen wie Sedativa richten sich vor allem gegen Wut, Scham, Eifersucht und Angst, während Stimulantien wie Kokain und Amphetamine hauptsächlich gegen Depressionen und Gefühle der Schwäche wirksam sind. Psychedelische Drogen sollen Gefühle von Langeweile und Leere sowie der Enttäuschung über Ideale und Werte entgegen

wirken, Alkohol richtet sich vorwiegend gegen Schuld, Angst und Einsamkeit (vgl. Wurmser, 2000).

Die **selbstpsychologische** Auffassung betrachtet die Sucht, ähnlich wie die triebpsychologische, als eine Ersatzbefriedigung, allerdings nicht von Triebwünschen oder –impulsen, sondern von narzisstischen Bedürfnissen. Das Suchtmittel dient nach diesem Ansatz zur Regulation narzisstischer Defizite bzw. eines gestörten Selbstwertgefühls. Dies kann entweder regressiv oder pseudoprogressiv geschehen. Regression entspricht dabei einem durch das Suchtmittel ausgelösten Ich-Zustand, der von einer wunschlosen, diffusen Zurückgezogenheit und einer Auflösung der Ich-Grenzen charakterisiert ist, wodurch narzisstische Kränkungen, Minderwertigkeitsgefühle oder Selbstverachtung nicht mehr als so unerträglich empfunden werden. Eine derartige Entlastung innerpsychischer Spannung kann aber auch auf pseudoprogressivem Weg mittels erregender und berauschender Wirkung erreicht werden. Dabei kann es zu einer berauschenden Selbstüberhöhung bzw. Mobilisierung des Größenselbst kommen. In einer ähnlichen, entsprechend milderer Form, kann es auch zur Erhöhung des Selbstwerts durch bestimmte Tätigkeiten oder Erfolge bei nicht stoffgebundenem Suchtverhalten, wie zum Beispiel Arbeitssucht oder Glücksspielsucht kommen (Mentzos, 2009).

Ein letzter wichtiger Aspekt hinsichtlich der Psychodynamik der Sucht ist der **objektbeziehungstheoretische**. Nach diesem Ansatz erlebt der oder die Suchtkranke das Suchtmittel als ein Art Beziehungsobjekt, das jedoch sehr ambivalent besetzt ist. Einerseits wirkt es tröstend, beruhigend, entängstigend oder berauschend, andererseits bringt es auch Leid und Schuldgefühle sowie körperliche und seelische Zerstörung mit sich (Mentzos, 2009).

Die Betrachtung dieser vier Aspekte erklärt die Psychodynamik der Sucht nach Mentzos (2009) jedoch nicht hinreichend und er weist darauf hin, weitere klinische und therapeutische Erfahrungen zu berücksichtigen. Auch wenn es sich meist um Konflikte, Traumata oder strukturelle Defizite aus der frühen Entwicklung handelt, ist der Suchtmodus hinsichtlich des abzuwehrenden Konfliktes oder der zu kompensierenden narzisstischen Kränkung, relativ unspezifisch.

Die Entstehung, Erscheinungsformen und Verbreitung der Sucht können als Zusammenhang von pathogenen Verhältnissen und Einflüssen der Umwelt, einer Schwäche der seelischen Struktur und der mangelnden Verarbeitung und Integration der daraus resultierenden Erfahrungen, auch ein Abbild der Gesellschaft darstellen. Die Psychodynamik versucht dabei jeweils Zusammenhänge zu verstehen, das bedeutet, wie eine pathogene Außenwelt sich in der Innenwelt wieder findet bzw. wie diese sich mit vorhandenen psychischen Strukturen verbindet und sich in Folge zu einer psychischen Störung entwickeln kann.

Ist diesem Zusammenhang ist die Differenzierung von Symptom und Struktur besonders wichtig. Während ein neurotisches Symptom eine Kompromissbildung zwischen Triebimpuls und Über-Ich-Forderung ist bzw. der Abwehr neurotischer Konfliktregelung dient, dienen Symptombildungen bei strukturellen Störungen der Regulierung von Strukturdefiziten.

Die Erfassung des Strukturniveaus ist aus psychodynamischer Sicht demnach wesentlich um zwischen unterschiedlichen Suchtphänomenen unterscheiden zu können. Bilitza unterscheidet den Suchtmechanismus als

- „neurotische Konfliktregelung von Triebspannungen zur Angstbewältigung,
- die artifizielle Ich-Funktion als Ausgleich in einer nicht genügend entwickelten Ich-Organisation und die
- Ersatzbildung zur Regulierung struktureller Defekte im Selbst“ (Bilitza, 2008, S. 22).

Ausgehend von dieser Grundlage bestimmt nicht das Suchtmittel das Strukturniveau der Betroffenen (zum Beispiel führt Alkoholmissbrauch nicht zum „typischen“ Alkoholkranken), sondern das erreichte Struktur- bzw. Entwicklungsniveau selbst, trägt maßgeblich dazu bei, ob jemand als Jugendlicher oder erst in hohem Alter zur Bewältigung der jeweiligen Lebenssituation bestimmte Substanzen missbräuchlich konsumiert.

Röser und Votsmeier (1999) schreiben, dass die Erfahrungen in Zusammenhang mit den Drogen oder anderen Suchtmitteln Lösungs-, Bewältigungs-, und schließlich

auch Lebensversuche sind, um Traumatisierungen und strukturelle Entwicklungsdefizite auszugleichen. Sie beziehen sich auf nicht ausreichend integrierte Beziehungs- und Bindungserfahrungen des Angenommenseins und Akzeptiertwerdens sowie auf das Vertrauen in eigene Fähigkeiten und Potentiale.

2.4 Gestalttherapeutische Überlegungen zum Verständnis von Sucht

Gestalttherapeutische Konzepte im Zusammenhang mit der Entwicklung von Suchterkrankungen bzw. einer Abhängigkeit sind bei Durchsicht der Literatur sehr rar, und beziehen sich meist auf die Entwicklung struktureller Störungen, die ja häufig Grundlage für einen Suchtmechanismus darstellen.

In den bestehenden Beiträgen werden Abhängigkeitserkrankungen vor allem als Störung des Selbst und der Selbst-Stützung, als Störung des Kontaktprozesses zwischen Organismus und Umwelt sowie als Störungen der kreativen Anpassung und in möglicher Folge eines Autonomieverlusts verstanden (vgl. Röser & Votsmeier, 1999; Bake, 2008; Sosna, 1995).

Das Selbst, dessen Struktur und Bedeutung an anderer Stelle noch näher erläutert wird, ist das Bewusstsein des Kontakts zwischen Organismus und Umwelt, es entsteht durch Kontakt und existiert in ihm (Blankertz & Doubrawa, 2000). Die Tätigkeit des Selbst besteht in der fortlaufenden Aktualisierung der im Kontakt erfahrenen Wirklichkeit, sei es durch Assimilation und Identifikation oder Entfremdung, mit dem Ziel einer angemessenen kreativen Anpassung der Person im Spannungsfeld Organismus und Umwelt (Röser & Votsmeier, 1999). Durch die kreative Anpassung entsteht Identität, Perls (1979) spricht daher vom „integrierenden Selbst“.

Für den Ablauf eines guten Kontaktprozesses und das Gelingen von Assimilation und Integration, betont Lore Perls (1989) die Bedeutung von ausreichender Selbst-Stützung, dem von ihr sogenannten Support. Integrierte Erfahrungen bzw. Strukturen werden Teil dieser Selbst-Stützung, das bedeutet aber, dass auch dysfunktionale

Anpassungsleistungen, die ursprünglich sinnvolle Stützfunktionen waren, integriert werden. Die Bedingungen einer suchtfördernden Umgebung können die Entwicklung von Support als Grundlage eines offenen, dem anderen zugewandten und verantwortungsvollen Kontaktes oftmals verhindern.

Das nach Autonomie strebende Selbst wird durch die Substanzabhängigkeit gestört, es wird zunehmend einseitig auf eine Substanz sowie deren Konsum und Beschaffung eingeschränkt. Daraus entwickelt sich nach Bake (2008) prozesshaft eine „Substanzkonsum-Identität“, die vor allem am Anfang einer Behandlung bedroht scheint, was oftmals zu einer zunächst geringen Motivation der Betroffenen führt. Motivation ist dann vorwiegend auf externe Beweggründe, wie drohende Trennung, Arbeitsplatzverlust, gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Gerichtsverhandlungen sowie Kriminalität, zurückzuführen und zu Beginn nur selten auf den persönlichen Wunsch nach einem Ausstieg und Veränderung der aktuellen Lebenssituation.

Rösner und Votsmeier (1999) beschreiben die Substanzabhängigkeit unter anderem als eine Störung der kreativen Anpassung der Person als Ganzes. Durch die Unfähigkeit, elementare Bedürfnisse nach Orientierung, Lustgewinn, Bindung und Selbstwert (Epstein zit. nach Rösner & Votsmeier, 1999, S. 59) zu befriedigen und sich mit Schwierigkeiten angemessen auseinander zu setzen, flüchten Menschen in einen anderen Gefühls-, Erlebnis- und Bewusstseinszustand. Diese dysfunktionale Anpassung an die entsprechende Situation stellt ursprünglich einen Lösungsversuch dar, der jedoch leicht in eine Eigendynamik geraten kann und in eine Fixierung mündet.

Die Autoren betonen dabei vor allem das Bedürfnis der Selbsterhaltung, statt einer Selbstaktualisierung im Sinne einer Fixierung auf die bestehende Identität, sowie eine Fixierung auf den Kreislauf von Suchtmitteln und Beschaffung und damit verbundene Werte und Bedeutungsstrukturen. Daraus resultiert wiederum eine Stagnation bzw. Einschränkung der Auseinandersetzung mit der Umwelt. Identität beschreiben sie als „lebenslang geforderte Entwicklungsleistung der Person, Selbst- und Fremdbilder in die verschiedenen Bereiche der Realität und in das Lebenskontinuum zu integrieren“ (S. 68). Eine Fixierung der Identität durch süchtige

Verhaltensweisen und Einstellungen verdeckt schließlich den strukturellen Mangel einer nicht ausreichend ausgebildeten Selbststützung. Die Suchtidentität wird meist, so lange es möglich ist, versucht, aufrecht zu erhalten und erst im Zusammenbruch dieser Identität ist eine Neuorientierung möglich. Rösner und Votsmeier (1999) sehen als Voraussetzung, für eine effiziente Behandlung einer Suchterkrankung, die Unterbrechung der Eigendynamik der süchtigen dysfunktionalen Anpassung in Form von Abstinenz.

Als weiteren wichtigen Aspekt in Zusammenhang mit einer Abhängigkeit sehen sie den Autonomieverlust. Begegnung zwischen Menschen bedeutet zum einen Bezogenheit und Hinwendung, zum anderen Beibehaltung der Autonomie und Identität. Abhängig zu sein bedeutet nun, die Autonomie im Sinne eines freien und verantwortungsbewussten Handelns nach außen an die Droge, den Alkohol, den Glücksspielautomaten, abzugeben. Dieser Autonomieverlust wird oft nicht eingestanden und auf die Umwelt projiziert, folglich sind nicht nur die Drogen an der Krankheit schuld, sondern die Eltern, Freunde, Dealer oder der Staat.

Die besondere Herausforderung in der therapeutischen Arbeit besteht einerseits darin, dysfunktionale Anpassungsmuster aufzudecken und auf zuzeigen, sowie auf erfahrene Grenzverletzungen und Grenzüberschreitungen zu reagieren, andererseits jeden einzelnen Klienten, jede Klientin bei der Suche und beim Erleben neuer korrigierender Erfahrung zu begleiten und unterstützen.

III Scham

Das Wort Scham stammt von der alten germanischen Wurzel skam/skem und bedeutet „sich zudecken, verschleiern, verbergen“. Der Wunsch sich zu bedecken, sich zu verbergen ist dabei spezifisch und untrennbar mit dem Schamkonzept verbunden (Wurmser, 2007).

Obwohl die Scham ein universeller menschlicher Affekt ist, und jeder von uns Situationen kennt, in denen wir uns geschämt haben, errötet sind oder am liebsten im Erdboden versunken wären, ist sie dennoch wenig in unserem Bewusstsein. Über

die Scham redet man nicht, man zeigt sie besser auch nicht, sondern verbirgt sie. Marks (2007) beschreibt sie als so etwas wie das „Aschenputtel“ unter den Gefühlen. Die Scham wird auch häufig mit anderen Gefühlen verwechselt, vorwiegend mit der Schuld. Und oft verbirgt sie sich hinter anderen Affekten, wie zum Beispiel Angst oder Wut, sie zeigt sich also meist in einer verhüllten Form.

Scham zählt nach Caroline Bohn (2008), ebenso wie die Einsamkeit, zu den existenziellen Emotionen des Menschen und stellt trotzdem eine der am meisten verborgenen Emotionen dar, da kein anderes Gefühl derart tabuisiert ist wie das Schamgefühl.

Baer und Frick-Baer (2011) schreiben über die Scham: „Beliebt bin ich leider nicht, man schämt sich sogar meiner. Dabei bin ich, die Scham, so normal wie die meisten anderen Gefühle und viel nützlicher als gewisse Nichtsnutze. Ich passe nämlich auf die Menschen auf, vor allem auf das Intime, das Innere, Vertraute, Verborgene, ganz Persönliche und Kostbare, auf ihren intimen Raum. [...] Am meisten schuld an meinem schlechten Ruf ist meine Doppelgängerin: die Beschämung. Während ich als natürliche Scham auf die Menschen aufpasse, macht die Beschämung die Menschen fertig“ (Baer & Frick-Baer, 2011, 73-74).

So häufig Scham auch auftritt, so unterschiedlich können ihre Auslöser sein. Man schämt sich für eine wahrgenommene Schwäche, einen Fehler oder Makel, vor dem realen oder verinnerlichten Anderen. Häufig zeigt sich Scham als Folge einer Diskrepanz zwischen dem Ich und dem Ideal, aber auch, wenn zum Beispiel intime Bereiche plötzlich und ohne eigene Kontrolle sichtbar werden. Verlegenheits- oder Schamreaktionen können aber auch auftreten, wenn Ich und Ideal gerade wenig diskrepanz sind, aber eine möglicherweise gewünschte Nähe wegen ihrer Intensität das Ich mit den damit verknüpften Affekten überschwemmt (zum Beispiel bei besonders großem Lob oder erster Annäherung bei Verliebten). Die entstehende Freude kann dann eine unangenehme Verlegenheit auslösen und bis zur Flucht führen (vgl. Hilgers, 1996).

Anlässe für Scham kann es überall geben, die Häufigkeit und Intensität des Auftretens kann von den moralischen Bewertungen jedes einzelnen abhängen, aber auch von der individuellen Schamdisposition bzw. –empfänglichkeit (Bohne, 2008).

Im Folgenden werden einige unterschiedliche Grundformen sowie Funktionen der Scham, wie sie vor allem von Wurmser (2007), Hilgers (1996) und Marks (2010, 2007) beschrieben wurden, näher erläutert.

3.1 Grundformen der Scham

3.1.1 Existenzielle Scham

Existenzielle Schamgefühle beziehen sich auf die bloße Existenz eines Menschen, auf ein Gefühl, als Person grundsätzlich unerwünscht zu sein, sowie ein grundsätzliches Gefühl, nicht wahrgenommen zu werden (Hilgers, 1996). Nicht, wie man ist, sondern dass man ist, ist Auslöser für die existenzielle Scham (Baer & Frick-Baer, 2008). Mathias Hirsch (1997) nennt im Vergleich dazu den Begriff *Basisschuldgefühl*, als eine häufig anzutreffende Form des Schuldgefühls, das die bloße Existenz des betreffenden Menschen als schuldhaft erleben lässt.

3.1.2 Intimitätsscham

Die Intimitätsscham hat vor allem eine schützende Funktion. Leon Wurmser (2007) bezeichnet sie als eine „unentbehrliche Wächterin der Privatheit und der Innerlichkeit, eine Wächterin, die den Kern unserer Persönlichkeit schützt – unsere intensivsten Gefühle,...(Wurmser, 2007, S. 74).

Die Intimitätsscham achtet darauf, was und wie viel wir von dem, was uns wichtig ist, anderen Menschen zeigen oder lieber verbergen möchten und welche Fähigkeiten oder Fragen wir in eine Gruppe oder Gesellschaft einbringen. Schamgefühle entstehen dabei, wenn unsere seelischen oder körperlichen Grenzen verletzt werden. Wenn wir uns in einer bestimmten Situation zu weit geöffnet und zu wenig bedeckt gehalten haben oder intime Gedanken oder Gefühle offenbart haben. Oder aber, wenn andere etwas von uns enthüllt oder offensichtlich gemacht haben, was wir lieber verborgen hätten (Marks, 2010; Hilgers, 1996).

3.1.3 Anpassungsscham

Die Zugehörigkeit ist ein menschliches Grundbedürfnis und die Anpassungsscham eine Hüterin dieser Zugehörigkeit, die unser Verhalten im Zusammenleben mit anderen Menschen reguliert. Diese Form von Schamgefühlen kann dadurch ausgelöst werden, dass man den bestehenden Normen, Erwartungen und Werten anderer Menschen oder einer Gesellschaft nicht entspricht und ausgegrenzt wird. Das kann sich sowohl auf den eigenen Körper beziehen, wenn man sich für sein Aussehen oder bestimmte Merkmale schämt, als auch für persönliche Eigenschaften und Fähigkeiten (Marks, 2010, 34f; 2007, 13).

3.1.4 Moralische- oder Gewissensscham

Die Gewissensscham versucht unsere moralische Integrität zu hüten und dafür zu sorgen, dass wir uns selbst treu bleiben und in Übereinstimmung mit unseren ethischen Grundwerten handeln. Bezugspunkt sind hier nicht Normen oder Erwartungen der anderen, sondern eigene Werte. Diese Scham kann auftreten, wenn man jemanden anderen geschädigt oder verletzt und somit Schuld auf sich geladen hat, sie wird daher oft als die Scham des Täters bezeichnet (Marks, 2010, 2007).

3.1.5 Gruppenscham

Die Gruppenscham bezieht sich im Gegensatz zu den anderen Formen nicht auf die eigene Person, sondern auf andere Menschen, etwa Angehörige der Familie, wenn diese bestimmte Erwartungen oder Normen nicht erfüllen (Marks, 2010).

3.1.6 Empathische Scham

Schamgefühle können auch ansteckend sein und die Grenze zwischen dem Selbst und dem Anderen durchlässig machen. Die empathische Scham bezeichnet jene Gefühle eines Menschen, die er hat, wenn jemand anderer entwürdigt wird oder sich selbst entwürdigt, wenn wir miterleben müssen, wie jemand anderer Opfer von Beschämung wird (Marks, 2010; Hilgers, 1996). „Wer Zeuge von etwas Schändlichem wird, schämt sich selbst, auch wenn er versucht, dies durch Verleugnung oder Projektion abzuwenden (Tisseron, zit. nach Fuchs, Sellmann & Bell-D’Avis, 2006, S. 177).

3.1.7 Drei Formen der Scham nach Wurmser

Wurmser (2007) beschreibt als die drei wesentlichen Aspekte der Scham, die *Schamangst*, den *Schamaffekt* und das *Schamgefühl*. Zunächst gibt es vorausblickend die *Schamangst* als eine Art Furcht vor der Schande, die eintreffen könnte, vor einer Bloßstellung, Demütigung oder Zurückweisung. „Ich fürchte mich, dass Bloßstellung bevorsteht und damit Erniedrigung“ (S.73). Sie kann als ein Signal auftreten, zum Beispiel nach einer milderen Form der Zurückweisung und vor einer intensiveren, traumatischen Ablehnung warnen. Sie kann aber auch als überwältigende Panik auftreten, als eine Reaktion auf ein Trauma bereits erfahrener Hilflosigkeit oder Demütigung. Ebenso beschreibt er sie als eine Art Ehrgefühl, eine Form des Respekts gegenüber Idealen und Werten der Gesellschaft. Dann ist es rückblickend der *Schamaffekt* als Scham für etwas, das geschehen ist. „Ich habe mich bloßgestellt und fühle mich erniedrigt; ich möchte verschwinden; als solch ein Wesen, das sich so bloßgestellt hat, will ich nicht mehr existieren“ (S.73). Das *Schamgefühl* ist schließlich eine Art sozialer und persönlicher Schutz, ein Charakterzug, der sich im „sich verbergen“ gegen die Bloßstellung wendet. Es ist jene Form der Scham, die - vergleichbar mit der bereits oben beschriebenen Intimitätsscham – versucht, etwas Kostbares und Verletzliches zu beschützen. „Ich muss mich hinter einer Maske verstecken, damit mein Inneres vor den zudringlichen Blicken der anderen geschützt bleibt; ...“ (Wurmser, 2007, S. 74).

3.2 Entwicklung von Scham

3.2.1 Entwicklungspsychologische Aspekte

Die Vorläufer von Schamgefühlen können sich bereits in den ersten Monaten eines Neugeborenen entwickeln. Das ist jene Zeit, in der ein Kind mit seinen Eltern fast ausschließlich über Körperkontakt und Blickkontakt kommuniziert und sich nach sehen und gesehen werden sehnt. Heinz Kohut beschreibt es als die Suche nach dem liebevoll spiegelnden Glanz im Auge der Eltern (Kohut zit. nach Hilgers, 1996, S. 16-17). Für diese frühe Eltern-Kind-Kommunikation ist es – nicht nur für die Entwicklung einer gesunden Scham – besonders wichtig, dass das Kind Vertrauen

darin entwickeln kann, dass die Bezugsperson verlässlich präsent ist und es existenziell versorgt. Dass das Kind zudem liebevoll angeschaut wird und darauf vertrauen lernt, dass es liebenswert ist und geliebt wird, wenn es sich so zeigt, wie es ist, auch mit Gefühlen von Trauer oder Ärger und dass außerdem die Grenzen des Kindes stets gewahrt werden (vgl. Marks 2010; 2007).

Nach der bekannten Bindungstheorie von Bowlby (1984) erfahren Säuglinge durch die Bindung an die Eltern Schutz, Zuwendung und Sicherheit. Während sicher gebundene Kinder Vertrauen in die Zuverlässigkeit der Eltern und ein Bild von sich selbst als liebenswert und kompetent entwickeln können, haben unsicher gebundene Kinder meist Erfahrungen von Zurückweisungen erlebt, wenn sie sich mit negativen Gefühlen gezeigt haben und entwickeln so das Gefühl, nicht liebenswert zu sein, so wie sie sind und abgelehnt zu werden. Das führt schließlich dazu, dass sie sich, um die notwendige Zuwendung zu erhalten, an die Erwartungen der Umwelt anpassen.

Wenn die frühe Eltern-Kind-Kommunikation gut gelingt und Eltern auch die Grenzen ihres Kindes ausreichend wahren können, kann das Kind ein gutes Bewusstsein für den eigenen Selbstwert sowie die eigenen körperlichen und psychischen Grenzen (gesunde Intimitätsscham) entwickeln. In der Säuglingsforschung wurde beobachtet, dass Kinder bereits mit zwei bis drei Monaten ein Gefühl für ihre Grenzen und Bedürfnisse haben und ihren Blick oder Kopf abwenden, wenn jemand zudringlich ist oder auch wenn Bezugspersonen unberechenbar, einmal nahe, einmal fern sind. Diese Signale des Kindes feinfühlig wahrzunehmen und respektvoll darauf zu reagieren, ist eine wesentliche Grundlage für die Entwicklung gesunder Scham (Hilgers, 2007).

Ist dieser frühe Austausch zwischen Eltern und Kind jedoch gestört, so kann das Selbstwertgefühl bzw. Bewusstsein eigener Grenzen stark beeinträchtigt, und Vorläufer von pathologischer, bis hin zu traumatischer Scham sein. Wenn ein Kind abgelehnt wird oder nicht den Wünschen der Eltern entspricht, wenn es nicht liebevoll gespiegelt, sondern abwertend und verächtlich gemustert wird, kann es mit tiefer Scham erfüllt werden. Wurmser (2007) nennt dieses Urgefühl, nichtig oder wertlos zu sein, den „Abgrund“ bzw. die „Urscham des Ungeliebtseins“. Gründe für eine gestörte Eltern-Kind-Kommunikation und in Folge die Entstehung von

pathologischer Scham können sein: Zudringlichkeit oder Übergriffigkeit der Eltern (wenn sie die Grenzen der Kindern nicht wahren), psychische Erkrankungen der Eltern wie Depressionen oder Suchterkrankungen, die es ihnen nicht möglich machen, die Bedürfnisse des Kindes nach Zuwendung, Nähe, Anerkennung und Liebe, zuverlässig zu erfüllen oder Unberechenbarkeit der Eltern, wenn sie einmal nahe, einmal fern sind, sodass die Entwicklung des Urvertrauens, jemanden verlässlich präsent zu haben, schwierig ist – um nur einige wenige zu nennen.

Traumatische Scham kann sich in der Folge entwickeln, wenn im Verlauf des Lebens weitere Erfahrungen von Ohnmacht, Zurückweisungen, Erniedrigungen oder Grenzüberschreitungen, gemacht werden.

Die erfahrene Beschämung wird schließlich in sich aufgenommen und zur Selbstbeschämung und der abwertende Blick der anderen wird der abwertende Blick auf sich selbst (vgl. Marks, 2010; 2007).

3.2.2 Die Bedeutung von Normen und Idealen

Nach der Auffassung von Lewis gelten Normen und Ideale für viele als Voraussetzung, um überhaupt Scham entwickeln bzw. empfinden zu können. Menschen können sich nicht schämen, ohne ihr eigenes Handeln mit den eigenen Normen oder Überzeugungen zu vergleichen. Und erst der Verstoß gegen eine Norm oder ein Ideal würde Scham auslösen. Die jeweilige Norm bzw. das Ideal muss jedoch nicht vollständig verinnerlicht sein, Normen können auch von Beziehungen oder einer Gesellschaft getragen werden (Lewis zit. nach Bohn, 2008, S. 208).

Das Schamgefühl wird bei der Normverletzung durch einen plötzlichen Wechsel der Perspektive auf das eigene Handeln oder Unterlassen ausgelöst, also durch die tatsächliche oder vorgestellte Anwesenheit von anderen bzw. die Vorstellung einer möglichen Entdeckung. Nicht der Normbruch selbst führt demnach zum Erröten, sondern die Vorstellung, dass andere von ihm wissen (vgl. Neckel, 1993).

Bereits Jean Paul Sartre beschreibt bei der Entstehung der Scham die Wichtigkeit des Gesehen-werden, den Blick des Anderen, wenn dieser etwas sieht, was er nicht

hätte sehen sollen: „Ich schäme mich meiner, wie ich dem Anderen erscheine. Und eben durch das Erscheinen Anderer werde ich in die Lage versetzt, über mich selbst ein Urteil wie über ein Objekt zu fällen, denn als Objekt erscheine ich dem Anderen“ (Sartre zit. nach Raub, 1997, S.30).

Die Scham tritt jedoch nicht nur als Angst vor dem Blick des Anderen auf, sie wirkt nach Schultheiss (1997) auch im Verborgenen. Wir können uns schließlich auch vor uns selbst schutzlos und nackt vorkommen. Wenn Menschen sich selbst Regeln aufstellen (zum Beispiel in Bezug auf ihren Alkohol- oder Zigarettenkonsum) und diese nicht einhalten können, kann auch die Verletzung privater Normen zur Entstehung mehr oder weniger starken Schamgefühlen führen. Scham und Versagen hängen eng zusammen, unabhängig davon, ob es sich um die Normen und Erwartungen der anderen an die eigene Person handelt oder die Erwartungen und Ideale, die man an sich selbst stellt (vgl. Schultheiss, 1997).

In Bezug auf gesellschaftlich relevante Normen ist zu beachten, dass sich durch den Wandel der Gesellschaft auch ein Wandel der dazugehörigen Normen und Werte ergibt. Somit können sich auch potenzielle Schaminhalte verändern. Raub meint dazu: „Anlässe von Scham gibt es weiterhin, nur haben sie sich mit dem Wandel von Werten teilweise verschoben“ (Raub, 1997, S.36).

Während sich zum Beispiel Frauen in früheren Zeiten über intime oder sexuelle Kontakte vor der Ehe oftmals schämten, tun sie es heute vielleicht eher, wenn sie keine hatten. Auch der Körper ist für beide Geschlechter heute häufiger Anlass für Scham. Zwar konnte jemand aufgrund seiner Figur immer schon Opfer von Spott werden, der Kult um den Körper, sowie ein von der Gesellschaft und den entsprechenden Medien vorgegebenes Schönheitsideal, hat aber sicher zugenommen. Ebenso die hohen Ansprüche an unterschiedliche Rollen, die Frau sowie Mann gleichzeitig und möglichst perfekt erfüllen soll.

Unabhängig jedoch von den aktuell vorherrschenden Normen und Idealen einer Gesellschaft, gilt es, dass das nicht gerecht-Werden dieser Ideale, das Nicht-Erfüllen der geforderten Rollenbilder von Männern wie Frauen, bei den Betroffenen jeweils

ein Gefühl von Scham und Bloßstellung auslösen kann (vgl. Raub, 1997; Bohn, 2008).

3.3 Scham und Beschämung

Im Unterschied zur natürlichen Scham, kommt das Beschämtwerden von außen. Wenn Menschen andere verletzen, erniedrigen oder ihre Grenzen des intimen Raums missachten, kann dies oftmals zur Beschämung der betroffenen Person führen. Bei Kindern und Jugendlichen zum Beispiel ist eine häufige Form des Beschämtwerdens das Auslachen. Auch wenn es für manche Kinder die Möglichkeit darstellt, sich von anderen Kindern abzugrenzen, um eine eigene Position zu finden bzw. eine eigene Identität zu entwickeln, kann es bei den Ausgelachten zu schweren Kränkungen führen. Besonders schlimm ist das Ausgelachtwerden, wenn die Beschämung von Menschen ausgeht, die stärker und mächtiger sind als das Opfer, wie zum Beispiel große Geschwister, Eltern, LehrerInnen, in der Arbeit Vorgesetzte (Baer & Frick-Baer, 2008).

In der Arbeitswelt finden sich zahlreiche Beschämungen, zum Beispiel bei Mobbing. Dabei kann Beschämung in Form von verbalen Drohungen, Kritik oder Gerüchte verbreiten stattfinden, in sozialer Isolierung oder öffentlicher Demütigung von KollegInnen, aber auch im Entziehen von bestimmten Aufgaben und Entscheidungskompetenzen (Marks, 2007).

Marks (2007) beschreibt mögliche Gründe, die zu Beschämung und Erniedrigung führen können. Eine mögliche Ursache für die Beschämung anderer ist die Abwehr von eigener unerträglicher Scham. Andere zu beschämen ist noch immer leichter als selbst Scham zu ertragen. Die Beschämung habe nach Marks zudem eine gesellschaftliche Funktion – durch sie entstehen erst Macht, Status und Hierarchien. Bereits unter Jugendlichen in der Schule oder Clique, aber auch in der Arbeitswelt gibt es Rituale, sich gemeinsam über die Schwächen anderer lustig zu machen, um eine Art Pseudo-Gemeinschaft zu bilden. Der Verhöhrende gewinnt dadurch Macht über den Verhöhnerten. „Ein Individuum zur Scham zu veranlassen, heißt, Macht auf es auszuüben: Beschämungen erlauben Machtgewinn“ (Neckel zit. nach Marks,

2007, S. 128). Eine weitere Ursache sei ökonomischer Art, denn Scham sei auch ein wichtiger Wirtschaftsfaktor. Medien und Werbung für diverse Produkte, die entsprechende Ideale vermitteln, setzen häufig am Schamgefühl an, das wir empfinden, wenn wir nicht so sind, wie wir vielleicht sein sollten oder gern wären. Schließlich sieht Marks noch eine Ursache pädagogischer Art. In der Pädagogik sei die Vorstellung verbreitet, dass Menschen verbessert bzw. angespornt werden können, indem sie sich selbst und andere erniedrigen. Neben der familiären Erziehung sind es vor allem Ausbildungssituationen, in denen Scham von der einen in die nächste Generation weiter gegeben wird. Dadurch entsteht ein Art Teufelskreis: Beschämungen, die in der frühen Kindheit, in der Schule oder Ausbildungszeit oder beim Militär erfahren und schließlich verinnerlicht wurden, werden oftmals, sofern nicht entsprechend aufgearbeitet, nicht selten in der eigenen Funktion als Erziehender oder Ausbilder weiter gegeben.

Das wichtigste im Zusammenhang mit Beschämung – besonders auch in der therapeutischen Arbeit – ist es, diese als solche zu identifizieren. Nur wenn Beschämung als solche erkannt wird, als etwas, das von außen kommt und abwertend und bloßstellend ist, kann die Beschämung von der natürlichen Scham unterschieden werden. Es geht nicht darum, unsere natürlichen Schamgefühle, die auch der Verteidigung unseres intimen Raumes dienen, abzulegen, sondern diese Scham von jenen Gefühlen, die eine Reaktion auf beschämende Äußerungen anderer Menschen darstellen, zu unterscheiden. Diese Differenzierung ist oftmals ein langer, aber sehr lohnenswerter Prozess (Baer & Frick-Baer, 2008).

3.4 Unterscheidung von Scham und Schuld

Überlegungen zum Schamaffekt haben immer wieder auf den Zusammenhang bzw. die Verwechselbarkeit mit dem Schuldgefühl hingewiesen. Yontef meint, die Scham besser verstehen zu können, wenn man Scham- und Schuldgefühle miteinander vergleicht und voneinander abgrenzt. Beide Gefühle sind jedoch negative Reaktionen auf das Selbst. Während sich Scham meist als ein Gefühl des „nicht-in-Ordnung-sein“ oder „nicht-genug-sein“ auf das ganze Selbst bezieht, geht das

Schuldgefühl meist mit dem Erleben einher, etwas Schlechtes getan oder jemanden anderen oder bestimmte Normen verletzt zu haben (Yontef, 1999).

Seidler (2001) schreibt, dass sich beim Versuch einer genaueren Affektdifferenzierung Schuldgefühle oder Schuld oftmals als basales Schamerleben herausstellen.

Marks (2007) sieht in der Scham ein Gefühl, während er Schuld als eine Tatsache bezeichnet, die jedoch mit Gefühlen, wie Reue oder Gewissensscham einhergehen kann. Der Scham muss aber nicht unbedingt eine Schuld zugrunde liegen, da sich Menschen auch schämen, wenn sie gar nicht schuldig sind, zum Beispiel für Arbeitslosigkeit oder Armut, oder wenn Menschen verletzt oder erniedrigt werden. Er beschreibt außerdem die Kontrollinstanz bei der Scham eher außen, als den Blick der anderen, während bei der Schuldverarbeitung die Kontrollinstanz eher innen, im Gewissen, scheint. Die Folgen der Scham wären demnach Schamgefühle, die von Mitmenschen durch weitere Beschämung verstärkt werden können, bei der Schuld Gewissensbisse, die wiederum durch Bestrafung verstärkt werden.

Die Schuld sei nach Marks immer auf einen spezifischen Fehler, auf eine bestimmte Tat bezogen, während bei der Scham die ganze Person als Fehler empfunden wird („Ich bin ein Fehler“). Demgegenüber steht jedoch - ähnlich der existenziellen Scham – das von Hirsch (1997) beschriebene Basisschuldgefühl, das allein die Existenz des Menschen als schuldhaft erleben lässt und nicht auf einen bestimmten Fehler bezogen ist.

Raub beschreibt Scham und Schuld wiederum im Kontext sozialer Normen und sagt, dass man Schuld auf sich lädt, wenn man gegen eine Norm verstoßen hat, die eigene Person sich jedoch nicht in ihrem Innersten entwertet fühlen muss. Scham hingegen ein Gefühl ist, aus einer Normverletzung heraus, seine Integrität beschädigt zu haben, und dadurch eine „Kluft zwischen dem realen und idealen Selbstbild“ (Neckel zit. nach Raub, 1997, S. 31) entsteht.

Ähnlich zeigt sich nach Hilgers (1996), wie bereits weiter oben beschrieben, die Scham meist in einer Spannung zwischen dem Ich und dem Ich-Ideal, während die Schuld eine Spannung zwischen Ich und Über-Ich bezeichnet. Schuldgefühle

beziehen sich demnach auf die Verletzung des anderen, Schamgefühle auf die Verletzung des Selbst.

Marks (2007) verwendet für die Scham den Begriff *monologisch*, für die Schuld bzw. das Gewissen *dialogisch*. Wer sich schämt, ist zunächst meist auf sich selbst bezogen. Das kann sowohl sprachlich durch „ich schäme *mich*“ zum Ausdruck gebracht werden, als auch körpersprachlich durch Senkung des Blickes oder Kontaktunterbrechung zum Du. Wurmser (2007) sieht in der Scham in verschiedener Hinsicht einen narzisstischen Affekt und nennt sie die „verhüllte Begleiterin des Narzissmus“.

Darin liegt vielleicht auch der größte und für die therapeutische Beziehung sehr wichtige Unterschied zur Schuld. Die Schuld ist im Gegensatz zur Scham meist dialogisch auf einen Geschädigten gerichtet und kann in Folge leichter aufgearbeitet bzw. ent-schuldigt werden. Die Verarbeitung beginnt bestenfalls mit der Schuldeinsicht, gepaart mit Reue und Gewissensscham, das bedeutet, jemand schämt sich für das, was er getan hat. Es bleibt jedoch nicht bei der Gewissensscham, sofern es dem Betroffenen gelingt, seine Schuld, dem geschädigten gegenüber zu bekennen, und ihn um Ent-schuldigung bzw. Wiedergutmachung bittet. Eine Klärung des Konflikts bei der Scham ist da deutlich schwieriger, zumal es keine Ent-schämung in dem Sinne gibt (Marks, 2007, 2010).

Die Scham bezieht sich auf die Existenz des Menschen und die bloße Bestrafung oder Vergebung führt noch nicht dazu, sich „gut genug“ zu fühlen oder liebenswert. Die Entlastung bei Scham ist daher sehr viel langwieriger und schwieriger als bei der Schuld (Yontef, 1999).

Seidler (2001) schreibt dazu, dass die Schuld sühnbar ist und man durch Sühne wieder Achtung und einen Platz in der Gemeinschaft erlangen kann, während Scham den Verlust jeglichen Halts bedeutet. Menschen ziehen daher die Schuldgefühle der Scham oft vor.

„Es ist peinlich, ehrliches Bedauern oder Scham über etwas zu empfinden, und noch peinlicher, dieses Gefühl einem anderen gegenüber auszudrücken. In der Tat wird sich ein Neurotiker sogar noch mehr als jeder andere Mensch davor hüten, weil er

eine solche Furcht vor Missbilligung hat. Jedoch äußert er das, was wir Schuldgefühle nennen, sehr bereitwillig“ (Horney zit. nach Hirsch, 1997, S. 304-305).

3.5 Abwehr von Scham

Wird Scham als besonders schmerzhaft oder traumatisch erlebt, wird sie häufig abgewehrt. Abwehr von Scham bedeutet, dass sich das Ich versucht, vor erdrückenden oder überschwemmenden Schamgefühlen zu schützen, indem es unbewusst die Scham durch ein anderes, erträglicheres Gefühl oder Verhalten ersetzt. Einige wichtige Formen der Scham-Abwehr können sein (vgl. Marks, 2010):

- **Anpassung:** Durch Disziplin, Unterwürfigkeit bis hin zur Selbstaufgabe wird versucht, Schamgefühle zu vermeiden.
- **Emotionale Erstarrung:** Indem man sich innerlich in einen Eisblock verwandelt und sozusagen emotional erstarrt, kann man sich aus einer emotional gefährlichen Situation retten. Man zeigt keine Gefühle wie Trauer, Schmerz, Angst oder Liebe, um nur ja nicht in die Gefahr einer Beschämung zu kommen.
- **Projektion:** Dabei werden bestimmte Eigenschaften, für die man sich selbst schämt (z.B. Trauer, Schmerz oder auch homosexuelle Phantasien), auf andere projiziert.
- **Beschämung und Verachtung:** Um die eigene Scham nicht fühlen oder aushalten zu müssen, ist es oft leichter, andere zu verachten oder zu beschämen, indem man jemand anderen verhöhnt, bloßstellt, beschuldigt oder lächerlich macht oder auch jemanden ignoriert. Auch wenn es zunächst paradox erscheint, da man annehmen würde, dass Menschen, die Beschämung oder Entwürdigung erfahren haben, besonders respektvoll mit anderen Menschen umgehen, hat sich in verschiedenen Zusammenhängen gezeigt, dass Opfer von Beschämung und Entwürdigung nicht selten später selbst zu Tätern werden.

- **Negativismus und Zynismus:** Damit ist eine negative und ablehnende Grundhaltung gemeint, die sich in Form von Verachtung gegen die eigenen Werte und schließlich auch gegen andere Menschen richtet.
- **Süchtiges Verhalten:** Die tief verwurzelte Angst bei der Scham ungeliebt zu sein, kann auch zu einer Art chronischem Hunger, zu einem gierigen, süchtigen Verhalten führen in Bezug auf ein Suchtmittel, Essen, Arbeit oder andere Verhaltensweisen führen.

3.6 Scham in der therapeutischen Beziehung

3.6.1 Schamauslösende bzw. beschämende Aspekte in der Therapie

Häufig kann die Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen oder psychiatrischen Hilfe an sich schon eine Quelle für Schamgefühle sein. Eine Art Abhängigkeits- oder Inkompetenzscham kann nach Hilgers (1996) ausgelöst werden, wenn wesentliche Lebensbereiche vielleicht nicht mehr alleine bewältigt werden können und professionelle Unterstützung benötigt wird. Bei der Einnahme von Psychopharmaka oder einer stationären Aufnahme können die ausgelösten Schamgefühle oder Gedanken, wie „jetzt brauch ich auch noch Medikamente“ oder „nicht einmal ambulant schaff ich es“ noch, verstärkt werden.

Auch Yontef (1999) sieht viele Menschen schon allein dadurch anfällig für Scham, dass sie überhaupt zur Therapie kommen, mit dem Gefühl, ihre Probleme nicht selbst lösen oder eigene Bedürfnisse angemessen befriedigen zu können. Viele entscheiden sich auch für eine Therapie aus dem Gefühl heraus, in ihrem Kern nicht in Ordnung zu sein.

Jacobs (2008) sieht eine potentielle Schamquelle in der therapeutischen Beziehung, in der ungleichen Enthüllung bzw. Preisgabe von PatientIn und TherapeutIn. Der oder die PatientIn zeigt wesentlich mehr von sich als der oder die TherapeutIn und bricht damit das „Gesetz der Gegenseitigkeit“, gleichzeitig sind TherapeutInnen für den oder die PatientIn meist wichtiger als umgekehrt. Das versetzt den TherapeutInnen automatisch in eine relativ mächtigere Position, sie können die

Patientin oder den Patienten durch eine Achtlosigkeit oder Abwehrhaltung leichter verletzen. Dieses Bewusstsein kann bereits beschämend wirken. Ebenso auslösend für eine mögliche Beschämung beschreibt sie die Art des „Gesehen werden“ durch die Therapeutin oder den Therapeuten, „...the patient is sometimes shamed by the therapist seeing too much. In my experience, a patient first needs an experience of my affective participation with him before he can appreciate my observations as being made from a position an ally rather than a cop“ (Jacobs, 2008, S. 300).

Zudem gibt es eine Reihe therapeutischer Variablen, die bei den KlientInnen Scham auslösen kann. Während einige Verhaltensweisen, wie sarkastischer, zynischer Humor oder Angriff sowie herablassende oder bloßstellende Bemerkungen offensichtlich sind, können zum Beispiel Interpretationen von Seiten der TherapeutInnen oder gewisse therapeutische Haltungen auf eine weniger offensichtliche, subtilere Art, schamauslösend oder gar beschämend wirken. Ein bekanntes Phänomen ist zum Beispiel die Idealisierung der Therapeutin oder des Therapeuten durch die KlientInnen. Wenn TherapeutInnen die Idealisierung unreflektiert zulassen oder unterstützen und dabei das Bewusstsein für ihre eigene Begrenztheit oder Defizite nicht mehr wahrnehmen, können KlientInnen in ihrem Selbstgefühl, weniger wert, weniger wissend oder inkompetent zu sein, bestätigt werden (Yontef, 2004).

Ebenso wichtig ist die Beachtung nonverbaler und paraverbaler Ausdrucksformen, die sich etwa im Tonfall, in der Körpersprache oder Gestik, aber auch in einer zugrunde liegenden Metatheorie bzw. unserem Wertsystem niederschlagen können. Eine Aussage, die in ihrem formalen Inhalt durchaus neutral oder unschuldig klingt, kann dennoch eine kritische, beschämende Seite haben (vgl. Yontef, 2004, 1999). Man sollte auch der Versuchung nicht nachgeben, den KlientInnen ihre Schamgefühle ausreden zu wollen. Zwar ist es wichtig, dass TherapeutInnen nicht die Meinung der Klientin oder des Klienten teilen, sie oder er müsse sich schlecht fühlen oder gar schämen, dennoch sollten entsprechende Gefühle ernst genommen werden.

3.6.2 Die Scham der TherapeutInnen

Ein wichtiges Element, wenn nicht sogar das wichtigste, ist nach Jacobs (2008) die Bewusstheit eigener Schamgefühle der TherapeutInnen sowie ihr Umgang mit diesen. Wir alle haben unterschiedliche Muster entwickelt, um das Aufkommen potentieller Schamgefühle möglichst gering zu halten. Wenn TherapeutInnen jedoch versuchen, eigene Scham in der Therapie gänzlich zu vermeiden oder abzuwehren, besteht die Gefahr einer eher eingegengten therapeutischen Haltung im Sinne von „korrekt“ oder „angemessen“, eine Art Autorität oder Expertenrolle, die wenig Selbstoffenbarung zulässt.

Ebenso schamabwehrend kann eine Haltung sein, die auf einer theoretischen Grundlage beruht, die die Perspektive der Therapeutin oder des Therapeuten als richtiger oder wahrer betrachtet als jene der KlientInnen. Jacobs (2008) schreibt dazu provokant, dass bei TherapeutInnen, die ihren KlientInnen überwiegend Verzerrungen oder Projektionen zuschreiben, der Eindruck entsteht, als hätten sie als einzige die Wahrheit gepachtet.

Generell wären TherapeutInnen, die Scham vermeiden, eher abgeneigt, ihre Arbeit zu zeigen und sie für KollegInnen und KlientInnen transparent zu machen. Sie tendieren eher dazu, KlientInnen mit einer konfrontierenden Haltung, unter dem Deckmantel der „Konfrontation mit einer anderen Perspektive“ oder auch „Konfrontation mit der Realität“, zu begegnen, die manchmal jedoch auch beschämend sein kann.

Nur wenn TherapeutInnen sich ihrer eigenen Scham gewahr sind und tolerieren, so wie auch die der KlientInnen, können so genannte Impasse-Situationen vermieden und die Gefahr für Beschämung in der Beziehung möglichst gering gehalten werden (Retzinger, 1998).

3.6.3 Umgang mit Scham in der therapeutischen Beziehung

Yontef (2004) betont die Wichtigkeit einer wachsenden Sensibilisierung und Auseinandersetzung mit der Scham in der therapeutischen Beziehung, da

Schamgefühle in der Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn oftmals Auslöser für eine Kontaktunterbrechung sein können.

Ebenso oder daran anknüpfend betont er eine wertschätzende und akzeptierende Beziehung, sowie die Art und Weise des Kontakts zwischen TherapeutIn und KlientIn, als wesentliche Grundlage für eine erfolgreiche Erkennung und Behandlung von Schamgefühlen. „Ein Patient, der zu Schamgefühlen neigt, kann nur im Kontext eines Kontaktes von Mensch zu Mensch gesund werden“ (Yontef, 2004, S. 371).

Meist werden Schamgefühle zunächst nicht von den KlientInnen selbst als solche wahrgenommen, sondern vom Therapeuten, der sie anhand von Berichten oder anderen Anhaltspunkten intuitiv erahnt und gegebenenfalls auch benennt. Es können auch Vermeidungsmechanismen so stark sein, dass KlientInnen ihre Scham nicht direkt empfinden oder bewusst wahrnehmen und erst im Laufe der Therapie Stützen erfahren, um sich mit diesen Gefühlen konfrontieren zu können.

Jacoby (1997) beschreibt einen engen Zusammenhang zwischen dem Schamgefühl, der Entwicklung des Selbstwertgefühls und der Beziehung zu wichtigen nahestehenden Personen und weist demzufolge auf die Bedeutung des Schamaffekts in der Psychotherapie hin. Hohe Scham anfälligkeit sieht er gekoppelt mit niedriger Selbsteinschätzung und mangelndem Selbstwertgefühl.

Die Therapie sollte daher immer bei der Störung des Selbstwertes ansetzen und versuchen, die bewussten sowie zunächst oft unbewussten destruktiven Selbstentwertungstendenzen aufzuzeigen und zu verändern. Das kann sich jedoch insofern als schwierig herausstellen, als dass die Scham, sich jemandem zu öffnen und der Therapeutin oder dem Therapeuten seine innere Bedürftigkeit zu zeigen, fast unmöglich scheint. Es dauert demnach oft sehr lange, bis eine tragfähige Vertrauensbasis gegeben ist, auf der sich die Klientin oder der Klient vor der Therapeutin oder dem Therapeuten nicht schämen muss, und auf der die Nachreifung eines realistischen Selbstwertgefühls möglich werden kann. Für TherapeutInnen ist es dabei wichtig, „...dass der Analytiker das ganze Arsenal an damit verbundener Ablehnung, Verdächtigungen und Widerstände „überlebt“ und als therapeutisch Verbündeter stets „da“ ist“ (Jacoby, 1997, S. 168). Nur so können KlientInnen wieder

Vertrauen in die eigenen Kräfte und in ihren inneren Wert, ihr Selbstvertrauen gewinnen und sich dadurch vielleicht auch der Angst vor Beschämung weniger ausgeliefert fühlen.

Das Erkennen bzw. die Identifizierung von verdeckten Schaminhalten oder möglichen Schamquellen in der therapeutischen Situation ist nach Retzinger (1998) von besonderer Bedeutung. „If one is alert to shame and embarrassment cues, they can reveal the state of therapeutic relationship at any given moment“ (Retzinger, 1998, S. 208).

Wir versuchen in all unseren Interaktionen Bindungen aufzubauen, sie zu erhalten, wieder herzustellen oder sie zu zerstören. Scham in der therapeutischen Beziehung bedeutet einen Bruch oder eine Unterbrechung von Bindung. Als mögliche Gründe dafür nennt Retzinger eine zu starke Nähe oder aber Isolation, beides führt zur Entfremdung.

„Shame occurs when persons are not connected – either too close or too distant. Being too close is engulfment, being too distant is isolation; both can involve violation of boundaries. Shame is about alienation. In Buber’s words, there is no „I-thou“ relationship“ (Retzinger, 1998, S. 209).

Lewis unterscheidet die *offene Scham* (engl. *overt shame*) und die *überbrückte Scham* (engl. *bypassed shame*). Die sogenannte offene Scham ist in der Therapie meist sichtbarer, zum Beispiel anhand eines Gefühls von hilflos, gelähmt, unsicher, unfähig oder nicht liebenswert zu sein, manchmal auch gemeinsam mit körperlichen Reaktionen wie Erröten, Weinen oder Blickkontakt vermeiden. Im Gegensatz dazu ist die so genannte überbrückte Scham deutlich schwieriger zu erkennen, da sie weitgehend unbewusst ist und sich eher in Gedankenprozessen und der Beziehung zwischen zwei Menschen zeigt. „It is seen mainly in ideation, which includes varieties of thought such as how one is deficient; the self is focal in awareness, the other may be viewing the self. Thoughts may take the form of what should have been said or might have been...[...] Bypassed shame could be manifest in rapid speech, thought, or behaviour“ (Lewis zit. nach Retzinger, 1998, S. 211).

Für eine beziehungsorientierte Gestalttherapie ist es nach Yontef (2004) unabdingbar, gegenüber jenen Bedingungen, die ein Schamerleben hervorrufen können, besonders sensibel zu sein und ein therapieinduziertes Schamerleben, sowohl in der Psychotherapie, als auch in der Ausbildung so gering wie möglich zu halten.

Yontef (1999) weist darauf hin, dass PatientInnen, die unter Schamgefühlen leiden, wissen müssen, dass auch andere Menschen, die sie schätzen (zum Beispiel auch die Therapeutin oder der Therapeut), Schamgefühle kennen und bereit sind, diese auch zu zeigen. Dafür braucht es wiederum TherapeutInnen, die über genügend Selbststützen verfügen und die sich in einem theoretischen Rahmen bewegen, in dem Ich-Aussagen sowie eine Selbst-Awareness möglich sind.

Jacobs (2008) nennt ebenfalls die Selbstoffenbarung als einen wichtigen schamreduzierenden Faktor, sofern er mit Umsicht und nur im Interesse der KlientInnen geschieht. „Sometimes, the therapist may reveal to the patient a way in which their vulnerabilities are similar. This action seems to be shame-reducing when done judiciously“ (S. 305).

Chu und De las Heras (1994) nennen unter anderem den Begriff *Beistand* als wichtigen Faktor in der therapeutischen Beziehung mit schamvollen Menschen und meinen damit fast im wörtlichen Sinn: „bei dem Schamvollen stehen, ohne viel zu tun,...“ (S. 210). Der Beistehende braucht einfach nur da sein und sein Gegenüber spüren lassen, dass er nicht allein ist, auch wenn er schweigt. Sie sehen als ersten Schritt in der Heilung der Scham, die Aufhebung der Einsamkeit. „Der Schamvolle fühlt, dass jemand da ist, der das Gefühl von Scham ebenfalls kennt und der ihn ohne Worte versteht.“ Gleichzeitig ist der Beistehende jemand, der seine eigene Scham ebenfalls kennt und diese gegebenenfalls auch teilen kann.

Die meisten der genannten AutorInnen nennen einen guten Kontakt und eine wertschätzende und nicht urteilende Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn als den heilsamen Faktor für die Linderung von Schamgefühlen.

Arnold Beisser (zit. nach Jacobs, 2008, S. 312) schreibt in dem Zusammenhang sehr treffend, dass es nicht sehr viel gibt, das Therapeutin oder Therapeut direkt anbieten

kann, außer eine, wie er sie nennt „patient permission“. Die Erlaubnis, man selbst zu sein. PatientInnen wägen anhand unserer Haltung und Interventionen ab, ob sie die Erlaubnis für ihre Gefühle, Bedürfnisse und Ziele bekommen. Haben sie nicht das Gefühl, diese Erlaubnis von uns zu bekommen, fühlen sie sich mit ihren Gefühlen und Bedürfnissen nicht zugehörig zu dieser Welt, und darin sieht Beisser die fundamentale Grundlage für Scham: „This is a fundamental shame self-statement: I am not fit for human belonging“ (Beisser, zit. nach Jacobs, 2008, 312).

Wie zu Beginn dieses Kapitels bereits beschrieben, ist die Scham nicht das beliebteste aller Gefühle und viele möchten sie am liebsten einfach nur los werden. Ziel der Therapie ist es jedoch nicht, die Scham zur Gänze los zu werden, da sie, wie alle anderen Gefühle auch, wichtige Funktionen für unsere Persönlichkeit erfüllt. Neben der ausführlich erläuterten Wahrung von körperlicher und psychischer Grenzen, sind Scham und Verlegenheit auch wichtige Begleiter von Veränderungsprozessen, beim Übergang von etwas Altem zu etwas Neuem. Wenn etwas Neues entsteht, wenn wir uns verändern, wenn wir etwas erstmals präsentieren, das wir bislang noch nicht gezeigt haben, ist das oftmals mit Erregung (in Form von Vorfreude und Stolz) verbunden, aber auch mit Verlegenheit und Scham in der Erwartung, wie andere darüber denken werden, ob wir dafür Lob und Anerkennung oder Kritik erfahren (Baer & Frick-Baer, 2008).

Im therapeutischen Prozess geht es zunächst darum, die Scham als solche zu identifizieren und die unterschiedlichen Auslöser und Schamqualitäten zu differenzieren, um dadurch schützende Funktionen zu würdigen und andererseits auch das Leiden an der Scham zu verringern.

IV Grundlagen der Integrativen Gestalttherapie

4.1. Das Menschenbild in der Gestalttherapie

Das Menschenbild, das einem psychotherapeutischen Verfahren zugrunde liegt, hat einen wesentlichen Einfluss auf die therapeutische Grundhaltung, auf die Art und

Weise, wie man als TherapeutIn den Klienten wahrnimmt und ihm begegnet, auf Ziele und Prozesse in der Therapie, sowie auf das Verständnis von Gesundheit und Krankheit (Nausner, 2004).

Das Menschenbild in der Gestalttherapie beruht auf den Einflüssen zahlreicher unterschiedlicher Strömungen (psychoanalytischer, gestalttheoretischer und gestaltpsychologischer, philosophischer, psychodramatischer etc.), die an dieser Stelle nicht ausführlich behandelt werden können. Im Folgenden werden daher lediglich einige zentrale, für die Grundlage dieser Arbeit relevante Aspekte dargestellt.

4.1.1 Prinzip der Ganzheitlichkeit

Während über sehr lange Zeit eine dualistische Denkweise, die auf einer Trennung von Körper und Geist bzw. Körper und Psyche beruht, vorherrschend war, geht eine Grundannahme der Gestalttherapie davon aus, dass der Mensch als Ganzheit wahrgenommen wird, als eine untrennbare Einheit seiner körperlichen, geistigen und seelischen Aspekte (Nausner, 2004).

Grundlagen dieses ganzheitlichen Verständnisses finden sich vor allem in der Gestaltpsychologie als Gegenströmung zur analysierenden Herangehensweise, im speziellen in der Organismus-Theorie von Kurt Goldstein.

Laura Perls, eine der Begründerinnen der Gestalttherapie, beschreibt den Begriff „Gestalt“ als einen Ganzheitsbegriff, als eine strukturelle Einheit, die verschieden von und mehr ist als die Summe ihrer Teile. Die Gestalt ist die Figur im Vordergrund, die sich vom Hintergrund abhebt (Perls, 1989). Für sie war es vor allem Kurt Goldstein, der die Gestaltpsychologie zu einem ganzheitlichen und organismischen Ansatz gemacht hat, der auch als Grundlage für die Gestalttherapie dienen sollte (Votsmeier zitiert nach Nausner, 2004, S.39).

Der Organismus reagiert nach Goldstein in jeder Situation als eine einheitliche Ganzheit und jedes Erleben und Verhalten ist eine Reaktion auf den gesamten Organismus. Die Bedeutung der einzelnen Komponenten ergibt sich erst aus dem

Kontext des Ganzen, nicht isoliert; zudem gibt es wiederum eine Tendenz der einzelnen Komponenten, z. B. Verhaltensweisen zu einer Ganzheit (Goldstein zitiert nach Sreckovic, 2001, 32). Das Ganze ist demnach etwas qualitativ anderes als die Summe seiner Teile.

4.1.2 Organismische Selbstregulation und schöpferische Anpassung

Das Prinzip der Selbstregulation geht einerseits ebenfalls auf Kurt Goldstein, wie auch auf Wilhelm Reich zurück, andererseits kann es aus der Zeit der Gründerpersönlichkeiten Fritz Perls und Paul Goodman auch als politisch motiviertes Gegenkonzept zu totalitären Regimen und strenger äußerer Kontrolle gesehen werden.

Der Organismus reguliert sich beim Aufkommen von Wünschen und Bedürfnissen selbst, sofern nicht Bedingungen der Umwelt im Wege stehen oder steuernd eingreifen. Für den Fall, dass mehrere Bedürfnisse gleichzeitig auftauchen, ordnet der Organismus diese automatisch nach Prioritäten und stellt eine Hierarchie auf. Er drängt somit ohne Kontrolle durch den planenden Verstand nach einem Ausgleich. Perls bezeichnet das als Prinzip der Homöostase (Perls, Hefferline & Goodman zitiert nach Fuhr und Gremmler-Fuhr, 1995, S. 135f).

Goldstein beschreibt als zentrale Tendenz des Organismus die Überwindung eines „ungeordneten Verhaltens“ hin zur Erreichung eines „geordneten Verhaltens“, im Sinne einer organismischen Selbstverwirklichung bzw. einer „Tendenz zur guten Gestalt“. Das geschieht einerseits durch den Ausgleich von Defiziten, andererseits auch durch Entwicklung und Verwirklichung vorhandener Potentiale. Das Erleben und Verhalten der Person wird dabei durch das Phänomen der Figur-Grund-Bildung reguliert. Die Figur kann ein Erlebnis oder Verhalten sein, das sich je nach aktueller Bedürfnislage des Organismus gegenüber einem Hintergrund abhebt (Goldstein zitiert nach Sreckovic, 2001, S. 33).

Während der ursprüngliche Begriff der Selbstregulation und das Streben nach Homöostase sich vor allem an physiologischen Prozessen orientierte, versucht ein erweiterter Aspekt der Selbstregulation, jener der „schöpferischen Anpassung“, vor allem durch Goodmann geprägt, die Ganzheit des Organismus-Umwelt-Feldes zu

erfassen. Der Mensch passt sich im Prozess der Selbstregulation kreativ an und versucht in den Wechselbeziehungen zwischen Personen und ihrem Umweltfeld, auf Grundlage der jeweiligen Interessen und Bedürfnisse, eine Balance herzustellen (vgl. Amendt-Lyon, Bolen & Höll, 2004; Perls, Hefferline & Goodman zitiert nach Fuhr, Sreckovic & Gremmler-Fuhr, 2006, S. 123).

Nach diesem Grundprinzip entwickeln sich Menschen und Gemeinschaften am besten, wenn sie ein hohes Maß an Autonomie zur Verfügung haben und nicht durch rigide Vorgaben bestimmt und eingeengt werden. Sie könnten kreativer und gesünder sein, wenn sie sich und andere nicht so stark kontrollieren und unterdrücken, sondern mehr Spontaneität zulassen (Perls, Hefferline & Goodman zitiert nach Fuhr, Sreckovic & Gremmler-Fuhr, 2006, S. 122).

Bezogen auf den klinischen Kontext, könnte man auch die Neurose als eine Form der schöpferischen Anpassung an bedrohliche oder belastende Lebensumstände verstehen und in jeweiligen Einstellungen oder Verhaltensweisen Potentiale erforschen, die wiederum nutzbar sind. Eine Gefahr besteht in der Verfestigung oder Erstarrung einer schöpferischen Anpassung, die in der Vergangenheit möglicherweise hilfreich oder sogar notwendig war, in der gegenwärtigen Situation sich jedoch nicht mehr als funktional erweist (Fuhr, Sreckovic & Gremmler-Fuhr, 2006).

Ziel des gestalttherapeutischen Prozesses ist es dann, diese vormals kreativen, nun aber erstarrten Anpassungen bewusst zu machen und in Auseinandersetzung mit seiner Umgebung, auf eine ganzheitliche Weise etwas Neues und Wertvolles zu erfahren. Die schöpferische Anpassung spiegelt im Sinne einer „guten“ Gestalt eine Art Neuorganisation und neue Bedeutungsverleihung wieder, abhängig von den jeweiligen Ressourcen eines Menschen sowie den Gegebenheiten seiner Umwelt zu einem bestimmten Zeitpunkt (Amendt-Lyon, Bolen & Höll, 2004).

4.1.3 Hier und Jetzt

Ausgehend von der Annahme, dass alles, was im Hier und Jetzt dem Bewusstsein zugänglich ist, auch einer Veränderung zugänglich ist, lenkte Fritz Perls (1982) die

therapeutische Aufmerksamkeit vor allem auf die Gegenwart. Die Gegenwart wird in diesem Sinne als einzig reale Zeit verstanden, die unmittelbar erlebt wird und in der Handeln stattfinden kann. Natürlich handeln Menschen heute so, wie sie es tun, weil ihnen in der Vergangenheit Dinge passiert sind, dennoch stehen laut Perls die heutigen Schwierigkeiten in Zusammenhang mit dem heutigen Handeln. „Daher ist die Gestalttherapie eine „Hier und Jetzt-Therapie“, in der wir den Patienten während der Sitzung auffordern, seine ganze ungeteilte Aufmerksamkeit auf das zu lenken, was er jetzt in der Gegenwart, während des Sitzungsverlaufs, genau hier und jetzt tut“ (Perls, 1982, S. 82).

Das bedeutet nicht, dass Vergangenheit und Zukunft keine Bedeutung haben für die Gestalttherapie. Die Vergangenheit ist immer gegenwärtig in der Ganzheit unserer Lebenserfahrung, in unseren Erinnerungen und Gewohnheiten und vor allem in unseren unvollendeten Handlungen, unseren so genannten „offenen Gestalten“ (Perls, 1989).

Besondere Bedeutung kommt hierbei dem Konzept der Bewusstheit, bzw. den beiden Modi der Bewusstheit, der *Achtsamkeit* und dem *Gewahrsein* zu. Achtsamkeit bezieht sich vor allem auf die wahrnehmbaren Unterschiede im Organismus-Umwelt Feld, die Aufmerksamkeit richtet sich auf das Auftreten von Figuren und unterstützt somit die Figurbildung. Gewahrsein hingegen bezieht sich auf das Wahrnehmen und Erkennen von umfassenderen Zusammenhängen, es bezieht sich auf das gesamte Feld, auf den Zusammenhang von Figur und Hintergrund (Gremmler-Fuhr, 2001a). Ein weiterer Modus des Bewusstseins, der noch vor jeder differenzierenden Wahrnehmung und Erkenntnis liegt, ist der so genannte *mittlere Modus*. Damit ist nach Friedländer ein Zustand der Ausgeglichenheit und Ausgewogenheit, der Nicht-Bewertung gemeint, ein Art Nullpunkt, aus dem heraus sich eine Differenzierung der beiden Polaritäten sowie Ambivalenzen und Widersprüche ergeben können (Friedländer zit. nach Gremmler-Fuhr, 2001a, S. 383).

Das Finden dieser Mitte ist nach Perls (1979) der höchste Zustand, den ein Mensch erreichen kann. Er ermöglicht einen Zustand der Wachheit und Offenheit für alles, was jetzt gerade abläuft. Das *Jetzt* lässt uns im Moment erkennen, dass keine

Erfahrung möglich ist, außer dieser, dass wir nur im Moment wahrnehmen können und führt so unmittelbar in die Phänomenologie.

4.1.4 Phänomenologie

Die Phänomenologie ist eine um 1900 von Edmund Husserl begründete Schule der Philosophie und bedeutet „Lehre von den Erscheinungen“ (Blankertz & Doubrawa, 2005).

Sie beschäftigt sich mit dem Erscheinen des Seins im Bewusstsein und bezeichnet dies als Phänomen (Nausner, 2001).

Während wir grundsätzlich annehmen, dass unsere Wirklichkeit, so wie wir sie wahrnehmen, auch tatsächlich existiert, geht die Phänomenologie davon aus, dass es keine Wirklichkeit unabhängig vom Betrachter gibt. Es hängt jeweils vom Erkennenden ab, was als Wirklichkeit angenommen wird. Wahr ist in diesem Fall, was jemand als wahr nimmt. Laut Husserl gilt es, sich dies bewusst zu machen, dass wir abhängig von früheren Erfahrungen und Voreingenommenheit jeweils nur eine bestimmte Seite der Dinge wahrnehmen. Ebenso gilt es, um das Gegenüber möglichst wertfrei und im Moment wahrzunehmen und in seinem ganzen Wesen erfassen zu können, diese Vorannahmen möglichst „einzuklammern“ (vgl. Husserl, 1986, Nausner, 2004).

Für Spiegelberg (zit. nach Staemmler, 1993, 199) stellt der phänomenologische Ansatz eine Art Revolte dar, gegen eine Philosophie, die „von festgelegten Glaubenssätzen und Theorien ausgeht und damit in einer Tradition steht, durch die nur allzu oft Vorannahmen und Vorurteile aufrechterhalten werden“.

Bezogen auf eine phänomenologische Haltung in der therapeutischen Beziehung betont Yontef (2004) die Wichtigkeit, die unmittelbare Erfahrung erkennbar werden zu lassen und zu verstärken, während eine verzerrte Wahrnehmung durch vergangene Erfahrungen möglichst reduziert werden sollte. Phänomene sollen genau beschrieben und sichtbar gemacht werden, während auf Deutungen und Interpretationen sowie Hypothesen über die Ursachen möglichst verzichtet werden

soll. Aus phänomenologischer Sicht gibt es also eine Vielzahl gültiger Realitäten und keine Wahrnehmung kann als unreal abgetan werden.

„Das Selbstgefühl des Klienten ist phänomenologisch ebenso gültig und real wie das Bild, das sich der Therapeut von ihm macht. Eine wirklich phänomenologische Haltung des Therapeuten drückt sich darin aus, dass er von zwei verschiedenen und gleichermaßen gültigen Realitäten ausgeht (Yontef, 2004, S. 3).

Die Phänomenologie ist also nicht nur eine theoretische Grundlage, sie wirkt auch auf die Beziehung und die Technik, und sie ist es, die nach Lore Perls die Gestalttherapie erst zu einer Methode macht, die dem Therapeuten wie dem Klienten ein Maximum an Freiheit, Kreativität und Entfaltungsmöglichkeit bietet (Staemmler, 1993; Zinker, 1990).

Eine wichtige Bedeutung in der Phänomenologie kommt schließlich auch unserem Bewusstsein zu. Erst durch das Bewusstsein kann die Wahrnehmung zur Erkenntnis werden. Das Bewusstsein ist intentional, es hat eine Absicht, eine Richtung und nimmt aus der Masse des Wahrgenommenen all das wahr, was von Interesse ist, es gibt ihm Bedeutung. Husserl nennt das „phänomenologische Reduktion“, als ein Zurückgehen auf das unmittelbar Erleb- und Wahrnehmbare und rückt es somit in den Vordergrund während all das, was wahrgenommen werden kann, in den Hintergrund rückt (Fuhr, 2001).

Fuhr (2001) beschreibt dazu die unstillbare Neugier, die es braucht um sich der Einzigartigkeit der Erscheinungen des Menschen zuzuwenden. Dafür verfügt unser Bewusstsein über unterschiedliche Qualitäten, vor allem die Achtsamkeit für das unmittelbar in den Vordergrund tretende und das Gewahrsein für den Hintergrund.

4.2 Die therapeutische Beziehung

Eine weitere zentrale Grundlage der Integrativen Gestalttherapie ist die Bedeutung der Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn.

Eine vertrauensvolle und tragende Beziehung zum Therapeuten wird als wesentliche Voraussetzung für den therapeutischen Prozess und eine mögliche Veränderung

belastender Verhaltensweisen bzw. Symptome, angenommen. Als wichtige Faktoren für eine gute Beziehung, die nicht nur in der Gestalttherapie, sondern auch in anderen psychotherapeutischen Konzepten grundlegend sind, gelten vor allem die Wertschätzung und das bedingungslose Annehmen, die Echtheit und Präsenz des Therapeuten sowie das empathische Einfühlen in den Anderen (vgl. Staemmler, 2009a, 2009b). Während TherapeutInnen immer wieder ein so genannter "Röntgenblick" zugeschrieben wird, der bei manchen KlientInnen die Befürchtung auslöst, sie könnten von ihrem Gegenüber durchschaut werden, sieht Staemmler dahinter den zentralen menschlichen Wunsch, „vom Anderen als die Person gesehen und erkannt zu werden, die man seinem Wesen nach ist“ (Staemmler, 2009a, S.11). Diese Erfahrung, von seinem Gegenüber verstanden und angenommen zu werden, wie man ist, wird daher bereits als ein heilsamer Faktor beschrieben.

Arnold Beisser beschreibt dazu in seiner „paradoxen Theorie der Veränderung“, dass „Veränderung geschieht, wenn jemand wird, was er ist, nicht, wenn er versucht, etwas zu werden, das er nicht ist. Veränderung ergibt sich nicht, aus einem Versuch des Individuums oder anderer Personen, seine Veränderung zu erzwingen, aber sie findet statt, wenn man sich die Zeit nimmt und die Mühe macht, zu sein was man ist; und das heißt, sich voll und ganz auf sein gegenwärtiges Sein einzulassen“ (zit. nach Staemmler, 2009a, S. 11). Dafür bedarf es laut Beisser wiederum eines grundsätzlich wohlwollenden und präsenten Gegenübers, das nicht nur intellektuell begreift, sondern auch emotional mitschwingt und Anteilnahme empfindet.

Eine ähnliche Grundhaltung beschreibt auch die schon zuvor erwähnte Phänomenologie, die ausdrücklich auf den Respekt und die Achtung von Unterschieden hinweist. Das erfordert ein gewisses Maß an Bescheidenheit oder Demut von Seiten der Therapeuten, da die eigene Wahrnehmung bzw. Sichtweise nicht objektiv wahrer ist als jene der KlientInnen. Diese Haltung ist nach Yontef (2004) jedoch für eine wirklich beziehungsorientierte Therapie entscheidend.

Während sich genannte zentrale Elemente einer therapeutischen Beziehung auch in anderen Konzepten wieder finden, sollen im Folgenden noch zwei Aspekte näher beschrieben werden, die vor allem für gestalttherapeutische Beziehungskonzepte

eine nachhaltige Bedeutung haben – das Kontaktmodell und die dialogische Beziehung.

4.2.1 Kontakt

Laura Perls beschreibt Kontakt als ein Grenzphänomen zwischen Organismus und Umwelt, als die Anerkennung des anderen sowie die Auseinandersetzung mit ihm (Perls, 1989).

Im Verlauf der Gestaltbildung finden im Organismus-Umweltfeld Austauschprozesse statt, die für den Lebenserhalt und ein Wachstum unerlässlich sind. Mit Hilfe des so genannten Kontaktmodells sollen diese Kontaktprozesse an der Grenze zwischen Organismus und Umweltfeld, die für die Qualität der Austauschprozesse entscheidend sind, näher beschrieben werden (Gremmler-Fuhr, 1999).

Eine idealtypische Abfolge an Kontaktphasen entspricht dem allmählichen Herausheben einer Figur vor dem Hintergrund bei gleichzeitiger Ausdifferenzierung von Organismus und Umweltfeld, dem folgt eine Annäherung des Organismus an die Figur sowie der Austausch oder die Vereinigung mit der Figur und schließlich eine Verarbeitungs- und Rückzugsphase, die Ablösung (Gremmler-Fuhr, 1999).

Dreizel (2004) beschreibt, angelehnt an die vier Kontaktphasen von Perls und Goodman (*Vorkontakt*, *Kontaktnehmen*, *Kontaktvollzug* und *Nachkontakt*) folgende Phasen:

1. **Vorkontakt:** Im Verlauf des Vorkontakts wird der Organismus durch ein Bedürfnis oder einen Stimulus erregt, dieser entwickelt sich zur Figur vor dem Hintergrund anderer Wahrnehmung. Der Organismus erlebt sich von seiner Umwelt als verschieden und die Kontaktgrenze beginnt sich zu verfestigen. Der Kontaktprozess beginnt.
2. **Orientierung und Umgestaltung:** In dieser Phase ist die Abgrenzung des Organismus von seiner Umwelt von zentraler Bedeutung. Der Organismus orientiert sich in der Umwelt, ordnet und gestaltet sie so, dass die Figur des Interesses in den Vordergrund rückt. Dieser Vorgang fordert die Aktivierung

unserer Sinne, unseres Verstandes sowie unserer Aggression (im Sinne eines aktiven Zugehens auf die Welt) ebenso wie die Fähigkeit von Aussortieren und Abgrenzung. Während der Energiepegel langsam steigt und die Kontaktgrenze zunächst stärker und undurchlässiger wird, wird klar, wo bin ich mit meiner Erfahrung und meinen Kompetenzen und wo ist das andere, fremde, neue.

3. **Vollkontakt:** In dieser Phase treten Organismus und Umwelt in vollen Kontakt, die Figur füllt die gesamte Bewusstheit des Organismus während der Hintergrund verblasst. Die Kontaktgrenze wird zunehmend durchlässiger, um das Neue aufnehmen zu können. Aus der Auseinandersetzung und Begegnung mit dem Neuen wird eine Berührung und Verschmelzung, die Kontaktgrenze kann sich für einen Augenblick auch vollständig auflösen. Die absichtsvollen und sich abgrenzenden Ich-Funktionen werden schließlich aufgegeben, es geht nur noch um das Los lassen, sich einlassen und sich hingeben. Allmählich stellt sich dann ein Gefühl der Sättigung und des Erfüllt seins ein.
4. **Nachkontakt:** Das Erregungsniveau sinkt wieder und die Kontaktgrenze wird undurchlässiger, die Abgrenzung zwischen Organismus und Umwelt rückt wieder ins Gewahrsein. Der Nachkontakt ist auch eine Phase der Trennung und des Abschiedsnehmens vom Kontakterlebnis (vgl. Dreitzel, 2004, 37f; Perls,

Die Grenze eines menschlichen Wesens, die so genannte Ich-Grenze, bestimmt durch sämtliche Lebenserfahrung sowie die Fähigkeit, neue Erfahrungen zu assimilieren, ist gleichzeitig die Grenze der zulässigen Kontaktmöglichkeiten.

Nach Erving und Miriam Polster ist ein besonderer Aspekt des Kontakts neben dem Austausch und in Kontakt kommen mit dem anderen, die Möglichkeit, mit sich selbst in Kontakt zu stehen. Sie sehen das nicht im Widerspruch zu der Feststellung, dass der Kontakt eine verbindende Funktion zwischen dem „ich“ oder „wir“ und dem „nicht-ich“ bzw. „nicht-wir“ ist. Für die therapeutische Arbeit folgt daraus, dass wir Gedanken und Gefühle des anderen erfassen können, sofern wir mit unseren

eigenen Gefühlen in Kontakt sind und uns von unserer persönlichen Sicht befreit haben. Erst dann können wir uns vorstellen, wie jemand anderer in der gleichen Situation reagieren würde (Polster & Polster, 2009).

Im Rahmen einer guten therapeutischen Beziehung hat der Klient die Möglichkeit, die Art des Kontaktes mit sich selbst und seiner Umgebung wahr zu nehmen und in der Beziehung zum Therapeuten als reales Gegenüber auch zu erleben, zum Beispiel wann er Kontakt aufnimmt, vermeidet, Kontakt abbricht. Im besten Fall können dadurch bestehende beeinträchtigende Kontaktmuster verändert und neue korrigierende Beziehungserfahrungen gemacht werden (Bongers, Schulthess, Strümpfel & Leuenberger, 2005).

4.2.2. Dialogische Beziehung

Mit dem Begriff *Dialog* ist zunächst meist ein simpler Vorgang verbunden, nämlich, dass zwei oder mehr Menschen miteinander reden. Das bedeutet aber noch nicht, dass dabei ein wechselseitiges Verständnis oder eine Begegnung zwischen den beiden stattfindet, was jedoch aus gestalttherapeutischer Sicht ein Kriterium für einen gelingenden Dialog darstellt. Dialog bzw. dialogisch meint eine ganz bestimmte Form, eine Qualität des Redens, die in anderen Formen, wie im Monolog oder auch im Austausch von Monologen, nicht gegeben ist (vgl. Schmidt-Lellek, 2004).

Bereits bei Fritz Perls haben die Begriffe „Ich“ und „Du“, deren Kontakt und Kontaktgrenzen eine zentrale Rolle gespielt, wobei Perls ursprünglich vor allem die Wichtigkeit der Abgrenzung betont. Die Autonomie des Ich, das Streben nach Selbstbestimmung und die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen, waren für ihn oberstes Ziel in der Persönlichkeitsentfaltung. Die Beziehung zu anderen solle in erster Linie dazu dienen, seinen eigenen Lebenszielen näher zu kommen (Perls, 1980).

Diese Haltung wurde immer wieder kritisiert, da sie letztlich eine dialogische Ich-Du Beziehung verhindert. Zinker (1982) zum Beispiel sieht Perls' Ansatz als Widerspruch zu der Vorstellung von sozialer Verantwortlichkeit und der Annahme,

dass Teilnehmer einer Gruppentherapie in einem gemeinschaftlichen Rahmen füreinander sorgen würden.

Erst in seinen späteren Arbeiten hat er dem Aspekt der Begegnung und der Gemeinschaft eine größere Bedeutung zugesprochen. „Erst muss ich mich finden, um dir begegnen zu können. Ich und Du, das sind Grundlagen zum Wir, und nur gemeinsam können wir das Leben in dieser Welt menschlicher machen (Perls, 1980, S. 11). In dieser Aussage richtet Perls bereits das Wir auf ein gemeinsames Handeln, als Bedingung für ein Wir, für Begegnung betont er jedoch stets die Autonomie des Ich.

Martin Buber, dessen anthropologischen Grundlagen die dialogische Beziehung in der Gestalttherapie maßgeblich beeinflusst haben, stellt die Erfahrung eines Du der Wahrnehmung eines Ich voraus, und sieht diese als Bedingung für die Erfahrung des Ich, da alles menschliche Dasein in Beziehung zu anderen stattfindet (Buber zitiert nach Schmidt-Jellek, 2004, S. 57).

Der Mensch lebt bereits von Geburt an in Beziehungen und erlebt seine Entwicklung vor allem in und durch das Erleben von Beziehungen. Der Mensch verwirklicht sich also selbst erst in der Beziehung zum anderen, er wird, nach Bubers bekannter Aussage erst „am Du zum Ich“ (Buber, 1995).

Buber geht weiters davon ausgeht, dass Krankheiten der Seele meist Krankheiten der Beziehungen sind und erst durch die Erfahrung heilsamer Beziehung, Veränderung und Entwicklung möglich wird.

Es gibt kein isoliertes Ich, das Ich existiert lediglich in zwei Grundformen, dem Ich-Du und dem Ich-Es. „Die Welt als Erfahrung gehört dem Grundwort Ich-Es zu. Das Grundwort Ich-Du stiftet die Welt der Beziehung“ (Buber, 1995, S. 6). Die Ich-Es Beziehung ist die Beziehung zwischen Subjekt und Objekt, während eine Ich-Du-Beziehung durch Unmittelbarkeit und durch vollständige Gegenseitigkeit gekennzeichnet ist.

In der Übertragung auf die therapeutische Beziehung erweist sich diese Annahme als insoweit schwierig, als dass es von Seiten der KlientInnen keine volle Gegenseitigkeit gibt, da die Beziehung zwischen Therapeut und Klient immer auch

funktionale Aspekte einer professionellen Beziehung hat. Zudem würde das bedeuten, dass das Ich ausschließlich in der Beziehung entsteht und das Ich ohne Beziehung nicht existieren würde. Das Selbstkonzept der Gestalttherapie nimmt jedoch neben dem relationalen Verständnis des Selbst auch ein originäres Selbstempfinden, unabhängig von Beziehungsdynamik an (vgl. Gremmler-Fuhr, 2001b).

Ausgehend von den Grundannahmen Martin Bubers, wurde diese dialogische Haltung in der Beziehung von zahlreichen Vertretern der Gestalttherapie weiterentwickelt.

Yontef (1999) zum Beispiel unterscheidet folgende Merkmale in der dialogischen Beziehung:

1. **Umfassung:** Der Therapeut tritt respektvoll in die Welt des Patienten ein und versucht sich, soweit wie möglich in das Erleben des anderen hinein zu versetzen, ohne zu urteilen oder analysieren, ist sich aber gleichzeitig der eigenen Gegenwärtigkeit bewusst.
2. **Gegenwärtigkeit/Präsenz:** Der Therapeut zeigt sein wahres Selbst, er kann seine Sicht und unmittelbare Erfahrung mitteilen und hilft dem Patienten dabei, der eigenen Erfahrung zu trauen und diese als Bewusstheit bzw. Phänomene zu nutzen.
3. **Hingabe an den Dialog:** Der Dialog soll wahrhaftig gelebt werden, das bedeutet, den Kontakt geschehen zu lassen ohne das Ergebnis kontrollieren zu wollen, das Zwischen übernimmt dabei die Kontrolle.

Hycner und Jacobs (zitiert nach Gremmler-Fuhr, 2001b, S. 399) beschreiben neben den genannten Faktoren noch die ursprüngliche und vorbehaltlose Kommunikation mit der Absicht, möglichst ehrlich zu sein, wenn auch nicht alles ausgesprochen werden muss. Sie nennen, ebenso wie Yontef, auch den Begriff der *Bestätigung* als Eintreten in die Welt des anderen und das Akzeptieren ohne Urteil sowie das Bestätigen der verleugneten oder abgespaltenen Anteile.

Erst durch einen gegenwartsbezogenen und nicht urteilenden Dialog wird es dem Patienten möglich gemacht, Bewusstheit zu erlangen und wieder in Kontakt mit anderen zu treten. Die Art der Begegnung zwischen Therapeut und Patient kann als Modell für die Wiederherstellung von Kontakt und Bewusstheit dienen, und bietet daher eine wertvolle Möglichkeit für Wachstum und Entwicklung (Hycner & Jacobs zitiert nach Gremmler-Fuhr, 2001b, S. 400).

Die Begegnung zwischen KlientIn und TherapeutIn kann aktuelle psychische Aktivitäten im Klienten hervorrufen, die sich in einem positiven Sinne mit den bei ihm vorhandenen älteren Aktivitätsmustern überlagern. Aufgrund prägender älterer Beziehungserfahrungen ist meist eine einmalige Begegnung nicht ausreichend, sondern mehrere heilsame Interaktionen nötig, um nachhaltige Wirkung entfalten zu können (Staemmler, 2009b, 43).

4.3 Gestalttherapeutische Konzepte zur Diagnostik

Das Verhältnis von Gestalttherapie und Diagnostik scheint bei Durchsicht der Literatur aus den letzten Jahren lange Zeit gespalten, es finden sich daher zahlreiche unterschiedliche Standpunkte zum diesem Thema.

Während manche nach wie vor beinahe jede Form der Diagnostik ablehnen und diese mit der Gestalttherapie und ihrer phänomenologischen und prozessorientierten Grundhaltung als unvereinbar bezeichnen, versuchen andere wiederum neuere Konzepte zu formulieren, die mit den zentralen Kernpunkten der Gestalttherapie durchaus kompatibel sind aber auch an konventionell-klassifikatorische Diagnostik anknüpfen kann.

Orientiert man sich an der etymologischen Bedeutung des Wortes, bezeichnet Diagnostik sinngemäß *genau erkennen, unterscheiden, beurteilen*. Die Funktion der Diagnostik in der Therapie kann demnach als ein Bemühen um die Verbindung von Wirklichkeit (Wahrnehmen und Erkennen, was ist) und Wahrheit (Aktives Vollziehen, was sein soll) definiert werden (Müller, 2001).

Einer der Diagnostik eher kritisch gegenüber stehenden, ist zum Beispiel Frank Staemmler. Er lehnt sich in seinen Überlegungen zu therapeutischer Beziehung und Diagnose gleich zu Beginn an ein Zitat von Clarkson an, die das uniforme Etikettieren von Menschen mit psychopathologischen Diagnosen als eine Fragmentierung menschlicher Ganzheit und Individualität darstellt. „Wegen dieses inhumanen Charakters seien solche Diagnosen in der gestalttherapeutischen Tradition abgelehnt worden“ (Clarkson zit. nach Staemmler, 1993, 192). Staemmler sieht in vorgefertigten diagnostischen Kriterien das gestalttherapeutische Primat der Beziehung und das Angebot eines Ich-Du-Kontakts gefährdet und appelliert an die Anerkennung der Einzigartigkeit jedes Menschen, die niemals in einige wenige Kategorien gefasst werden könne. Die notwendige Beachtung der Einzigartigkeit ergibt sich aus der – für die Gestalttherapie wichtige – phänomenologischen Grundhaltung, die eine möglichst radikale Befreiung vorgängiger Annahmen bzw. Vorurteilen und eine Hinwendung zu den unmittelbaren Phänomenen, fordert (Staemmler, 1993). Weiters sieht er in der Notwendigkeit, Phänomene oder Symptome in Kategorien zu fassen, einen Wunsch nach mehr Orientierung und Sicherheit für den Therapeuten, nicht für den Klienten. KlientInnen können bekannter Weise Angst oder Unsicherheit im Therapeuten auslösen und diagnostische Kategorien sollen diese Unsicherheit reduzieren. Er warnt davor, den Klienten zu pathologisieren, um mehr Sicherheit für den Therapeuten zu gewinnen, im Gegenteil, die Unsicherheit des Therapeuten müsse laut Staemmler „kultiviert“ werden, um offen für das Neue und Unvorhersehbare, das sich zwischen Therapeut und Klient ergibt, zu bleiben (Staemmler, 1993).

Hutterer-Krisch und Amendt-Lyon (2004) beschreiben im Zusammenhang mit dem Stellenwert der Diagnose unter anderem das Problem der *Distanzierung*. Um Krankheiten und Störungen der PatientInnen systematisch zu beschreiben und klassifizieren, beziehen wir als Diagnostiker einen nosologischen Standpunkt, mit dem wir uns jedoch auch emotional distanzieren. Die Gefahr dieser Haltung, vielleicht schon während eines Erstgesprächs, ist die emotionale Unerreichbarkeit des Therapeuten, die es nicht mehr möglich macht, dem Patienten emotionale Wärme, Einfühlungsvermögen und Achtsamkeit entgegen zu bringen. Die Suche nach der „guten Form“, das Prinzip der selektiven Authentizität, die Einmaligkeit

eines Individuums, das nach einem persönlichen, integrierten Stil strebt, als grundlegende Sichtweise der Gestalttherapie, steht dabei im Gegensatz zur Zuordnung des Menschen zu einer Kategorie (vgl. Hutterer-Krisch & Amendt-Lyon, 2004).

Dreitzel (2004) spricht von einer *diagnostischen Orientierung* als wichtigen Hinweis in der Therapie dafür, in welche Richtung es mit welchem Tempo in der Therapie voran gehen soll bzw. welches therapeutische Handeln im jeweiligen Moment des Kontaktprozesses möglicherweise hinderlich oder gar schädlich sein könnte. Das wichtigste diagnostische Instrument ist nach Dreitzel der Psychotherapeut selbst, sein Interesse am Wachstumspotential des Patienten sowie das gemeinsame Erleben an der Kontaktgrenze. Um sich dabei seine eigenen Sehnsüchte und Entbehrungen immer wieder ins Gewahrsein zu rufen und mögliche Projektionen auf sein Gegenüber zu vermeiden, betont er die Wichtigkeit der Selbsterfahrung, die auch nach der Ausbildung nie ein Ende haben sollte.

Er nennt drei wesentliche Gründe, warum die Gestalttherapie (und vermutlich die Psychotherapie generell) eine Diagnostik braucht:

- Erstens braucht es diagnostische Begriffe zur Verständigung mit anderen. Auch wenn in jeder therapeutischen Diade etwas Neues entsteht, das auch unseren „Durchblick“ neu konstruiert, können wir oft erst im Austausch mit anderen, meist KollegInnen, auf mögliche Scheuklappen oder eine Betriebsblindheit aufmerksam werden.
- Zweitens brauchen wir gleich zu Beginn eine diagnostische Orientierung um wichtige Fragen des Settings wie Einzel- oder Gruppe, stationäre oder ambulante Therapie etc. zu klären.
- Und drittens brauchen wir Orientierung um heraus zu finden, wie viel Orientierung bzw. Struktur jemand braucht und welche therapeutische Haltung und Interventionen hilfreich sind (Dreitzel, 2004).

Die zentralen Begriffe einer gestalttherapeutischen Diagnostik beziehen sich einerseits auf eine dialogisch-prozessuale Orientierung, andererseits auf den Kontakt

und die Kontaktgrenze sowie auf das Selbst, das sich beim Kontaktprozess zwischen Individuum und Umwelt gestaltet.

4.3.1 Dialogisch-prozessuale Diagnostik

Frank Staemmler entwickelte gemeinsam mit Werner Bock die dialogisch-prozessuale Diagnostik und bezeichnet diese als konsequent gestalttherapeutisch, jedoch nicht geeignet für die Beschaffung von Geldern bei den Gesundheitsträgern. Grundlage für seinen diagnostischen Ansatz sind folgende Annahmen:

Zunächst einmal kann man nicht nicht diagnostizieren. Wir kommen nicht umhin, uns vom anderen ein Bild zu machen, wahrzunehmen, Eindrücke und Informationen zu sammeln, diese aufeinander beziehen und zu einer Gestalt zu formen. Wir haben aber die Wahl, nachlässig und undurchdacht zu diagnostizieren, oder auf bewusste und sinnvolle Art und Weise.

Weiters setzt er voraus, dass die Erarbeitung einer Diagnose innerhalb einer partnerschaftlichen, dialogischen Beziehung im Rahmen eines Prozesses stattfindet, in dessen Verlauf beide Beteiligten ihre Sicht der Dinge und ihr Erleben einbringen und dabei über gleiche Deutungsmacht verfügen. Die Erarbeitung einer Diagnose ist also eine gemeinsame Handlung von TherapeutIn und KlientIn und gleichzeitig bereits ein therapeutischer Vorgang. Das Verständnis der subjektiven Situation der KlientInnen erfolgt in der Gestalttherapie nicht nur kognitiv, sondern möglichst ganzheitlich. Diese besondere Form des anteilnehmend Verstanden werden hat laut Staemmler schon eine Wirkung auf den Klienten und ist oft gleichbedeutend mit Veränderung.

Diese Annahme wiederum hat natürlich eine Rückwirkung auf die Diagnose selbst, denn diese wird sich dem Prozesscharakter der Therapie entsprechend immer wieder als überholt bzw. veränderungsbedürftig erweisen, indem sie ihre therapeutische Wirkung entfaltet. Die Diagnose verändert sich also kontinuierlich im Laufe der Therapie.

Eine Diagnose ist nach Staemmler schließlich auch feldabhängig sowie jeweils einmalig und kann nur phänomenologisch-deskriptiv erfolgen. Sie kann daher auch keinerlei Anspruch auf Allgemeingültigkeit oder Objektivität erheben, sie könnte in

einem anderen Feld mit anderen Personen und Rahmenbedingungen, inhaltlich anders ausfallen und ist nicht als ein Etikett oder gar eine Eigenschaft des Menschen zu verstehen. Die KlientInnen setzen sich vielmehr im Rahmen eines gestalttherapeutischen Dialogs mit einem Thema auseinander und durchlaufen dabei einen bestimmten Prozess. Er nennt daher den „Veränderungsprozess“ und das „Thema“ als zentrale Grundbegriffe seiner Vorstellung einer dialogisch-prozessualen Diagnostik.

„KlientIn und TherapeutIn sind übereingekommen, sich derzeit mit einer bestimmten, von ihnen gemeinsam erarbeiteten Thematik der Klientin oder des Klienten zu befassen, dabei befindet er bzw. sie sich in bezug auf diese Thematik jeweils in einer bestimmten Phase des Veränderungsprozesses“ (Staemmler & Bock, 2001, 678).

4.3.2 Kontaktmodell als diagnostische Orientierung

Eine weitere Grundlage für gestalttherapeutische Diagnostik bildet das Kontaktmodell in Zusammenhang mit dem Selbst und seinen Funktionen im jeweiligen Kontaktprozess. Wie an anderer Stelle in dieser Arbeit ausführlicher dargestellt, findet Kontakt an der Grenze zwischen Organismus und Umwelt statt. Zwei wichtige Eigenschaften der Kontaktgrenze sind nach Dreitzel (2004) die energetische Aufladung und die relative Durchlässigkeit. Damit es zur Wahrnehmung und Befriedigung eines Bedürfnisses kommen kann, muss einerseits Erregung und Energie entstehen, andererseits muss die Kontaktgrenze im entscheidenden Moment durchlässig sein, um Assimilation möglich zu machen (Dreitzel, 2004).

Während eine gelungene Auseinandersetzung zwischen Mensch und seiner Umwelt, also ein gelungener Kontaktzyklus in mehreren Phasen wesentlich ist für das Wachstum, können Unterbrechungen an der Kontaktgrenze zu unangemessenen Reaktionen im Umweltfeld führen. Diese Kontaktstörungen, von Lore Perls auch wertneutraler Kontaktstile oder Kontaktfunktionen genannt (die bekanntesten sind Introjektion, Projektion, Konfluenz und Retroflexion) waren ursprünglich wichtige Bewältigungsstrategien gegenüber einer Bedrohung und können demnach als kreative Anpassungen betrachtet werden. Gleichzeitig können sie jedoch in der

Gegenwart erfolgreiche Assimilation und Wachstum verhindern oder zumindest beeinträchtigen (vgl. Amendt-Lyon & Hutterer-Krisch, 2004; Müller, 2001).

Lore Perls schreibt dazu: „Wenn dieses Kontinuum von außen unterbrochen wird oder von innen blockiert ist durch die fixierten Gestalten der starren Charakterbildungen oder Zwangsgedanken und –handlungen, dann kann keine neue starke Gestalt in den Vordergrund treten. Das Grenzerlebnis wird verwischt oder sogar ausgelöscht durch die fixierten und unvollkommenen Gestalten“ (Perls, 1989, 110).

Die Kontaktgrenze als Ort der Gestaltbildung bzw. die jeweiligen Kontaktfunktionen sind daher für gestalttherapeutische Diagnostik wesentlich und können wichtige Hinweise für die Indikation spezifischer Interventionen geben.

Eine diagnostische Ableitung für Suchterkrankungen hat sich nach diesem Modell jedoch als schwierig erwiesen. Im Gegensatz zu anderen neurotischen Prozesse, die Kontaktfunktionen meist in bestimmten Stadien des Kontaktprozesses haben, ziehen sich nach Dreitzel (2004) die Suchtprozesse durch den ganzen Kontaktzyklus durch, sie können also an jeder Stelle des Kontaktprozesses beginnen oder den gesamten Prozess beeinträchtigen. Und schließlich kann auch das Suchtmittel selbst oder der Rausch zum Ziel eines Kontaktprozesses werden. Als Kontaktfunktionen beschreibt er die Projektion der Selbstverantwortung („immer sind andere, die Umstände oder das Leben schuld“), die Retroflexion (als eigene Kräfte und Erregungspotentiale) und die Introjektion (als zwanghaftes Introjizieren von erregungsfördernden oder –hemmenden Mitteln und Erlebnissen).

4.3.3 Theorie des Selbst

Müller (2001) sieht als Ausgangspunkt einer gestalttherapeutischen Diagnostik zudem die Theorie des Selbst als System der Kontakte im Feld von Organismus und Umwelt und erläutert im Zusammenhang mit dem Kontaktprozess die Wichtigkeit des Selbst und seiner Ich-Funktionen beim Auftreten möglicher Störungen. Als wesentliche Funktion des Selbst beschreibt Müller die Fähigkeit, mit der Umwelt

Kontakt aufzunehmen, sich abzugrenzen oder gegebenenfalls etwas in den Organismus einverleiben.

Dreitzel (2004) beschreibt das Selbst als die Kontaktgrenze in Bewegung und die Funktionen des Selbst als jene Fähigkeiten, mit denen der Organismus sich Teile der Umwelt aneignet, um überleben und wachsen zu können.

Perls, Hefferline und Goodman (1979) beschreiben drei Strukturen des Selbst – die Ich-Funktionen, die Es-Funktionen und die Persönlichkeitsfunktionen.

Die Es-Funktionen sind unsere Triebe, Bedürfnisse und Interessen, die den Kontaktprozess antreiben (Dreitzel, 2004, 41). Sie geben jene Informationen an das Selbst, was der Organismus als nächstes braucht, wo Kontakt aufgenommen werden soll (Müller, 2001). Bei Menschen mit einer Suchterkrankung können die Es-Funktionen in dem Sinn beeinträchtigt sein, dass wirkliche Bedürfnisse nicht mehr wahrgenommen werden können bzw. übergangen werden oder dass Wünsche ausschließlich auf den Kick fixiert sind. Das würde bedeuten, dass die Entscheidungsfähigkeit deutlich eingeschränkt ist und allein auf die Erlangung de Suchtmittels fokussiert (Dreitzel, 2004).

Die Persönlichkeitsfunktionen sind unsere Identifikationen, unsere Lebenserfahrungen (Dreitzel, 2004), sie sind die Information an das Selbst, wer es ist oder nicht ist bzw. wer es geworden ist (Müller, 2001).

Die Ich-Funktion des Selbst besteht darin, sich mit dem zu identifizieren, was ich als nächstes brauche bzw. zu entfremden von dem, was ich nicht brauche, sie ist als ein absichtsvolles und schöpferisches Tun zu verstehen, das die Es-Funktion (was brauche ich?) und die Persönlichkeitsfunktion (wer bin ich?) verbindet. Die Ich-Funktionen sind vor allem in der Phase der Kontaktnahme wichtig und können bei Verlust (zb durch Abwehr oder Gewohnheit) zu den genannten Kontaktstilen führen. Eine wesentliche Aufgabe in der Therapie kann es sein, mittels gezielter Wahrnehmung und Bewusstheit, die Ich-Funktionen zu stärken bzw. wieder zu erlangen (Müller, 2001).

Im Kontaktprozess selbst beschreibt Dreitzel unterschiedliche Ich-Funktionen in den jeweils unterschiedlichen Phasen. Im Vorkontakt sind vor allem Brauchen, Wünschen

und Wollen vorrangig, in der Phase der Orientierung und Umgestaltung das Wahrnehmen, Zugreifen, Zerlegen und Beseitigen. Im vollen Kontakt geht es schließlich um das Sich-Hingeben, Genießen, Sättigung spüren, während im Nachkontakt das Einsinken lassen, das Nachsinken und Bewerten bzw. sich identifizieren wichtige Funktionen darstellen (vgl. Dreitzel, 2004, 38f).

Die Unterscheidung in unterschiedliche Phasen ist insofern wichtig, als dass jeweils etwas anderes die Figur sowie den Hintergrund bildet. So ist zum Beispiel im Vorkontakt der Körper der Grund und der unbestimmte Reiz bzw. das Verlangen die Figur während in der Phase der Kontaktnahme das Verlangen zum Grund und konkreter werdende Objekte zur Figur werden. Von diagnostischer Relevanz ist es dabei, die jeweilige Form der Kontaktunterbrechung (Konfluenz, Introjektion, Projektion, Retroflexion) in Wirkungszusammenhang mit den einzelnen Phasen des Figur-Grund-Modells (Vorkontakt, Kontaktaufnahme, Kontaktvollzug, Nachkontakt) zu bringen (Perls, 1979).

V Die Bedeutung der Scham in der Arbeit mit Suchtkranken

Bei der Auseinandersetzung mit dem Thema Scham bei Menschen mit einer Suchterkrankung und der Suche nach bereits vorhandenen Verknüpfungen, Theorien sowie dem Umgang in der therapeutischen Arbeit, hat sich gezeigt, dass der Zusammenhang zwischen Scham und Sucht im deutschsprachigen Raum so gut wie gar nicht, im englischsprachigen lediglich von einigen wenigen Autorinnen und Autoren (vgl. z. B. Wiechelt, 2007; Kaufman, 1996) hergestellt bzw. näher beschrieben wurde.

Einige der bereits im vorigen Kapitel genannten AutorInnen erläutern zwar die Bedeutung der Scham in der therapeutischen Beziehung allgemein und weisen auf die notwendige Sensibilisierung hinsichtlich dieses Phänomens hin. Auf die Bedeutung der Scham in der Arbeit mit Suchtkranken im speziellen gehen jedoch nur wenige ein.

Daher möchte ich im folgenden Kapitel, aufbauend auf den bestehenden theoretischen Grundlagen und anhand von eigenen Beobachtungen und

Überlegungen aus meiner Erfahrung in der Arbeit mit Menschen mit einer Suchterkrankung, versuchen, mögliche Verbindungen zwischen den Phänomenen Scham und Sucht darzustellen. Wo können sich meiner Ansicht nach Schamaffekte in der Therapie zeigen, welche Faktoren spielen beim Auftreten von Scham oder Beschämung eine Rolle und welche Möglichkeiten gibt es in der Therapie, Schamgefühle zu lindern?

5.1 Zusammenhang von Sucht und Scham

Die Scham wird in Zusammenhang mit einer Sucht sowohl als wichtiger Vorläufer für die Entwicklung und Aufrechterhaltung eines Suchtprozesses beschrieben als auch als mögliche Folge der Suchterkrankung. Es scheint daher nahe liegend, die Verbindung zwischen Sucht und Scham als einen Art Zyklus zu betrachten. Wenn jemand viel Scham und Beschämung erlebt hat, und mittels Substanzkonsum die Erfahrung macht, dass unangenehme Schamgefühle dadurch leichter erträglich werden, wird er oder sie die entsprechende Substanz vielleicht zunehmend öfter konsumieren und schließlich der Gefahr unterliegen, eine Abhängigkeit zu entwickeln. Im Laufe der schleichenden Entwicklung einer Abhängigkeit steigen die Schamgefühle meist in Folge des zunehmenden Verlusts über die Kontrolle des Substanzmittels weiter an. Diese werden wiederum mit der Substanz gedämpft und erträglicher gemacht und es entsteht, wie bereits am Beginn dieser Arbeit im Zitat vom kleinen Prinz beschrieben, ein Teufelskreis zwischen Scham und Sucht (vgl. Wiechelt, 2007, Kaufman, 1996).

In Anamnesegesprächen und bei der Exploration von Suchtmotiven stellt sich immer wieder heraus, dass unerträgliche innerpsychische Zustände, ebenso wie tiefgreifende Schamgefühle, im Kern nicht in Ordnung zu sein, am Beginn eines Substanzmissbrauchs bzw. einer schleichenden Abhängigkeit stehen. Während zu Beginn der euphorisierende Effekt noch im Vordergrund steht, wird dieser im Laufe der Gewöhnung zunehmend geringer und der Konsum dient schließlich nur noch der Linderung von Symptomen um den Leidenszustand besser auszuhalten (Rost, 1999).

Kaufman (1996) unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen primärer und sekundärer Scham. Die primäre Scham versteht er als möglichen Vorläufer einer Suchtentwicklung, er beschreibt sie als unerträgliche Gesamtheit aller negativen Selbstdefinitionen, sie müsse unterdrückt werden, um auch das Erleben der anderen Affekte zu unterdrücken. Erst die Droge kann diese Schamhemmung lösen und den Zugang zu anderen Affekten wieder frei machen. Die sekundäre Scham wird am Suchtmittel selbst bzw. an der Abhängigkeit festgemacht. Das Gewährwerden, dass andere Zeugen der Sucht werden, kann mit einer vernichtenden Scham einher gehen.

5.1.1 Primäre Scham als Vorläufer einer Suchtentwicklung

Die Ursachen für die Entstehung primärer Scham können sehr vielfältig sein, und werden zum Teil im Unterkapitel *Entwicklung von Scham* näher erläutert.

Als zwei wesentliche Quellen von Scham in Zusammenhang mit späterem Substanzmissbrauch werden jedoch oft die Herkunftsfamilie sowie traumatische Erfahrungen beschrieben (vgl. Wiechelt, 2007, Kunzke, 2008). Ein Großteil der Menschen mit einer Suchterkrankung berichtet – ähnlich wie auch bei anderen psychischen Erkrankungen – von sehr schwierigen Familienverhältnissen, oftmals vom Aufwachsen mit einem suchtkranken Elternteil und oftmals von familiären Beziehungen bzw. Interaktionen, die von Vernachlässigung, Zurückweisungen oder Missbrauch geprägt waren. Solche familiären Muster können schließlich in einem erhöhten Ausmaß an Scham resultieren und somit wiederum in einer größeren Gefahr, einen Substanzmissbrauch zu entwickeln.

Hierzu zwei Fallbeispiele:

Frau A., Mitte 20, kommt aufgrund eines exzessiven Alkoholkonsums und rezidivierenden depressiven Episoden in Therapie. Der Konsum habe sich zunächst auf das Wochenende beschränkt, derzeit würde sie bereits täglich knapp eine Flasche Wein, zunehmend öfter bis zu zwei Liter Wein trinken. Als Trinkmotiv

beschreibt sie wiederkehrende depressive Phasen mit extremer Leere und Antriebslosigkeit sowie innere Spannungszustände. In der Anamnese berichtet Marianne, dass sie ihren Vater nie kennengelernt habe, da er die Vaterschaft verleugnet habe und sie so bei ihrer Mutter, die eine schwere Alkoholikerin war, aufgewachsen sei. Während die Mutter sie in den ersten Jahren noch versorgen konnte und Trinkexzesse noch eher die Ausnahme darstellten, wurden sie im Laufe der Zeit häufiger und die Unberechenbarkeit hinsichtlich ihrer Zustände wurde größer, sodass sie manchmal nicht einmal bemerkte, wenn Frau A. von der Schule heimkam. In nüchternen Zeiten beschreibt sie die Mutter als liebevoll und umsorgend, in alkoholisiertem Zustand als gereizt und auch aggressiv. Als sie in die Mittelschule kam, lernte die Mutter ihren Stiefvater kennen, und sie wohnten einigen Jahren zusammen auf kleinstem Raum ohne Türen zwischen den Zimmern, und ohne jegliche Privatsphäre. Frau A. brachte während dieser Zeit nie Freunde mit nach Hause, da sie sich für die Mutter schämte. Es gab aufgrund des Alkoholkonsums zunehmend öfter Streit und auch Gewalt zwischen den Eltern, die Mutter flüchtete schließlich gemeinsam mit der Tochter in ein Frauenhaus. Frau A., damals 17, nahm sich bald darauf eine eigene Wohnung, und nahm die Mutter wieder zu sich. Sie beschreibt eine starke Ambivalenz zwischen der Enttäuschung und der Scham, die sie immer wieder für ihre Mutter empfand und gleichzeitig der Verantwortung für sie sowie dem Bedürfnis nach Nähe zu ihr.

Herr B., Anfang 40, kam wegen regelmäßigem Alkohol- und Cannabiskonsum, in alkoholisiertem Zustand konsumierte er zunehmend öfter auch Kokain. Aufgrund einer Anzeige durch die Polizei sowie gesundheitlicher Beschwerden in Folge des Konsums habe er sich zu einer Veränderung entschieden und hätte bereits einige Tage nichts mehr konsumiert. Er berichtet von einem extremen Wellental an unterschiedlichen Gefühlen während seiner Kindheit und Jugend, geprägt von Harmonie ebenso wie Unberechenbarkeit und Distanz. Beide Eltern hätten ein Alkoholproblem gehabt, der Vater sei jedoch beruflich bedingt viel unterwegs, und nur am Wochenende zu Hause gewesen. An materieller Versorgung habe es ihnen an nichts gefehlt, seine jüngere Schwester und er bekamen alles, was sie wollten.

Emotional sei seine Mutter jedoch nicht verfügbar gewesen, ebenso wenig als Ansprechpartnerin für schulische Probleme oder Konflikte mit Freunden. Sie waren bereits sehr früh auf sich selbst gestellt. Er beschreibt eine große Sehnsucht nach dem Erleben von Grenzen und nach der Sicherheit, von jemandem geführt zu werden, und ein Modell gelebt zu bekommen, wie was funktioniere im Leben und was wichtig sei. Die Rollen hätten sich schon zu Beginn seiner Pubertät umgedreht, die Mutter war zu dem Zeitpunkt immer öfter alkoholisiert, Herr B. beschreibt sie dann als sehr weinerlich und anlehnsbedürftig. Sie habe ihm ständig ihr Leid geklagt, über die Schwierigkeiten in der Beziehung zum Vater und sich an den Sohn geklammert, mit der Bitte, sie nicht zu verlassen. Er empfand diese Situationen als extrem unangenehm und ekelte sich oftmals vor der Mutter.

In beiden Fällen waren frühe Beziehungen von sehr viel Unsicherheit und vor allem Unberechenbarkeit geprägt, da die Mutter, jeweils abhängig von ihrem Zustand, nicht entsprechend auf die Bedürfnisse des Kindes reagieren konnte. Während Frau A. ihre Mutter nüchtern als liebevoll und emotional zugänglich beschreibt, beschreibt Herr B. seine Mutter als eher kühl und distanziert und erst in alkoholisiertem Zustand als sehr emotional bis übergriffig. Zudem werden beide immer wieder einer Situation ausgesetzt, in der sie sich sowohl für das Verhalten der Mutter bzw. ihren Zustand schämten, als auch einer Situation, in der sie durch aggressives sowie übergriffiges Verhalten selbst beschämt wurden.

Schwierige familiäre Verhältnisse sowie traumatische Erfahrungen und eine daraus folgende erhöhte Tendenz zu einer primären Scham sind jedoch in den meisten Fällen Vorläufer einer psychischen Erkrankung und nicht spezifisch an die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit gebunden.

Daher soll es im Folgenden vorwiegend um die sekundäre Scham gehen, das ist jene Scham, die meist in Folge bzw. im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung zu beobachten ist.

5.1.2 Sekundäre Scham in Zusammenhang mit einer Suchterkrankung

5.1.2.1 Stigmatisierung von Sucht als Auslöser von Scham

Während die Diagnose einer psychischen Erkrankung generell nach wie vor einen sehr etikettierenden bzw. stigmatisierenden Effekt haben kann, habe ich den Eindruck, dass eine Sucht, sei es eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit innerhalb dieses Spektrums nochmal eine besondere Stigmatisierung sowohl in der Gesellschaft als auch beim einzelnen bedeutet. Das mag unter anderem daran liegen, dass die verbreiteten Meinungen über die Entstehung von Suchterkrankungen sehr unterschiedlich sind. Zwar ist das Krankheitskonzept mittlerweile theoretisch weit verbreitet, aber bei dem Versuch, die Sucht als eine chronische Erkrankung, vergleichbar mit chronischen körperlichen Erkrankungen zu betrachten, die den Verzicht auf Alkohol ebenso wie auf bestimmte Lebensmittel oder Aktivitäten bedeuten kann, höre ich oftmals die Kritik, dass das im Alltag eben nicht dasselbe sei, und dass das Vorurteil und Stigma der Sucht ein wesentlich größeres sei als jenes einer Diabetes oder eines Bluthochdrucks.

Aus den Berichten vieler Patientinnen und Patienten zu schließen, ist eine Sucht im Sinne einer Abhängigkeit sowohl unter Betroffenen selbst als auch unter Angehörigen nach wie vor verbunden mit „sich nicht mehr im Griff haben“, „sich gehen lassen“, einem Verlust der Selbstkontrolle, mit nicht stark und kontrolliert genug sein.

Ebenso wird, wie bereits an anderer Stelle dargestellt, in einer Studie von Weiner (zit. nach Lewis, 1998, S. 127) das Ausmaß der zugeschriebenen Eigenverantwortung im Zusammenhang mit einer Sucht betont. Aber nicht nur die eigene Verantwortung, auch die Kontrolle über die Sucht wird deutlich höher eingeschätzt, als bei anderen Krankheiten (vgl. Livingston, Milne, Lan Fang & Amari, 2011).

Im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen zeigt ein Überblick über mehrere Studien, dass die Stigmatisierung hinsichtlich unterschiedlicher Faktoren beim Alkoholismus deutlich höher ist als bei depressiven Menschen oder bei Personen mit einer Schizophrenie. So wurde alkoholabhängigen Personen signifikant

öfter eigene Schuld an der Erkrankung, Willensschwäche oder ein sogenannter „bad character“ zugeschrieben, Stereotypen wie Unvorhersehbarkeit und Gefahr, mehr befragte Personen wünschten sich soziale Distanz zu Alkoholabhängigen als zu anderen und würden strukturellen Diskriminierungen bis hin zu Zwangsmaßnahmen für Alkoholabhängige zustimmen (Schomerus, Lucht, Holzinger, Matschinger, Carta & Angermeyer, 2011).

Diese kausalen Attributionen haben nach Livingston et al. (2011) einen wichtigen Einfluss auf die Resonanz der Gesellschaft in Bezug auf den Umgang mit Suchtkranken, im Sinne von Vermeidung, Zwangsmaßnahmen, Ärger etc. Sie können außerdem einen wesentlichen Einfluss darauf nehmen, wie Betroffene selbst ihre Sucht wahrnehmen und dadurch einen durchaus stigmatisierenden Effekt haben.

An dieser Stelle scheint es mir wichtig, zwischen dem Alkoholmissbrauch bzw. einer –abhängigkeit und einer Abhängigkeit von illegalen Substanzen zu unterscheiden. Meiner Ansicht nach ist die Toleranz für einen Alkoholmissbrauch bis hin zur Abhängigkeit in unserer Gesellschaft eine wesentlich höhere als jene für den Konsum von Cannabis oder anderen Substanzen. Das mag einerseits damit zusammenhängen, dass Cannabis zu den illegalen Substanzen zählt und unabhängig von seiner Wirkung oder seinem möglichen Abhängigkeitspotential als bedrohlich erlebt wird, andererseits konsumieren deutlich mehr Menschen Alkohol, ein knappe Million in Österreich davon missbräuchlich, da erscheint eine größere Toleranz logisch. Dabei muss noch hinzugefügt werden, dass Menschen mit einem Alkoholproblem meist über lange Zeit sehr unauffällig leben bzw. den Missbrauch nicht als solchen wahrnehmen oder beurteilen und sich manchmal erst nach Jahren, wenn überhaupt eine schleichende Abhängigkeit entwickelt. Bei illegalen Drogen ist je nach Substanz das Abhängigkeitspotential oft ein deutlich höheres und Faktoren wie Entzugserscheinungen, körperliche Beschwerden, Beschaffung spielen meist sehr bald eine Rolle.

Inwieweit ein Substanzmissbrauch als schambesetzt erlebt wird, hängt zudem sicher auch vom sozialen Umfeld ab, in dem man sich befindet und inwieweit der Konsum von Alkohol oder anderen Substanzen dort als etwas Positives und Lustvolles

beurteilt wird, bzw. inwieweit man sich mit seinem Konsum innerhalb der dort bestehenden Norm befindet.

Unter vielen Jugendlichen und jungen (vorwiegend männlichen) Erwachsenen zum Beispiel gilt ein hoher Alkoholkonsum, einhergehend mit Kontrollverlust oder auch einem Kater am nächsten Tag als eher heroisch und ist weniger mit Scham besetzt als vielleicht in anderen Kreisen, wo ein Kontrollverlust als verpönt gilt.

Generell habe ich die Erfahrung gemacht, dass sowohl die Bereitschaft, sich ein Suchtproblem einzugestehen als auch die Entscheidung für professionelle Unterstützung meist Jahre bis mitunter Jahrzehnte braucht und die Entscheidung für eine Behandlung meist als allerletzte Konsequenz betrachtet wird und mit äußerst viel Scham verbunden ist.

Dazu drei Beispiele:

Herr C., Ende 40, meldet sich in der Beratungsstelle als Angehöriger für ein Erstgespräch an. Er erscheint zum Termin, trägt eine Sonnenbrille und bittet mich gleich, die Rollos im Zimmer ganz zu schließen, sodass man nichts sehen könne. Er habe sich den Termin ausgemacht, da er gerne Informationen über Alkoholabhängigkeit hätte, weil er glaubt, seine Lebensgefährtin habe ein Alkoholproblem. Nachdem ich ihn nach einigen Hinweisen zu seiner Vermutung frage, und ihm entsprechende Information gebe, habe ich immer mehr den Eindruck, dass er selbst betroffen sei. Ich spreche ihn darauf an und frage, ob es sein könne, dass er hier ist, weil er selbst ein Alkoholproblem habe. Er blickt daraufhin zu Boden und bejaht dies. Er sei schon immer ein Gesellschaftstrinker gewesen, aber vor zwei Jahren habe er, nachdem er jahrelang in einer Führungsposition in einem größeren Unternehmen gearbeitet hatte, ein Burn-Out gehabt und ist seitdem freigestellt. In dieser Zeit hätte er langsam begonnen vermehrt zu trinken, in den letzten Monaten bis zu einer Flasche Wein täglich. Er habe in dieser Zeit noch nie mit irgendjemandem darüber gesprochen, und werde das auch sicher nicht tun, auch nicht mit seinem Hausarzt. Sein Alkoholproblem sei für ihn extrem schambesetzt, er habe auch hier einen falschen Namen angegeben, und möchte auf jeden Fall anonym bleiben. Als ich ihn frage, wie es ihm jetzt ginge, wenn er hier mit mir

darüber spreche, wird sein Blick erstmals ein wenig weicher und er meint, er wäre sehr erleichtert.

In einer späteren Stunde frage ich Herrn C., wie es kam, dass er sich trotz derart großer Scham gerade an eine Suchtberatungsstelle, mit entsprechendem Schild und Eingang gekennzeichnet, gewendet hat, und nicht zum Beispiel an eine niedergelassene Psychologin oder Psychotherapeutin oder einen Arzt. Er meint darauf, dass er befürchtet habe, es an einer anderen - nicht spezielle für Suchtkranke deklarierten - Stelle, aus Scham gar nicht erzählt hätte und wollte dies aufgrund seines bestehenden Leidensdrucks verhindern.

Frau D., Ende 20, kommt während der Ambulanzzeit ohne Termin in die Beratungsstelle. Sie habe heute eigentlich gar keine Zeit und möchte gar nicht lange bleiben, sei aber schon öfter bei unserem Eingang vorbei gegangen und habe immer wieder mit dem Gedanken gespielt, einmal rein zu kommen. Sie wirkt in ihrem Blick und ihrer Mimik ängstlich und verwirrt, schaut sich immer wieder im Raum um und mustert schließlich mich. Bevor sie etwas erzählt, möchte sie wissen, wie das alles hier ablaufe, wer erfahren würde, dass sie hier sei und mit wem ich das besprechen würde. Ich informiere sie über unser Prozedere, Möglichkeiten für Setting, Dokumentation und Schweigepflicht. Sie möchte auf gar keinen Fall mit einer Krankenkasse verrechnen, möchte unbedingt anonym bleiben, und möchte nicht, dass wir im Computer, der für andere zugänglich ist, dokumentieren. Die Angst und Scham, ihre Eltern oder ihr Arbeitgeber könnten erfahren, dass sie hier war, sei sehr groß.

Herr E., der zu Beginn eines Erstgesprächs unsicher und ängstlich wirkt und sehr zaghaft und einsilbig antwortet, taut im Laufe des Gesprächs langsam etwas auf. Er berichtet schließlich, dass er sich erstmals richtig verstanden fühle hinsichtlich seiner Suchtproblematik. Seine Familie habe ihm jahrelang Vorwürfe gemacht, er solle sich doch endlich mal zusammenreißen und halt einfach weniger trinken, das sei eine Charakter- und Willenssache, seine Kollegen und Nachbarn würden dies ja auch schaffen und wissen wann genug sei. Er habe sich zunehmend schlechter gefühlt und wollte sich und den anderen immer wieder beweisen, dass er es auch schaffen könne, bis er feststellen musste, dass er es alleine nicht schaffte. Betreffend die

Klärung des weiteren Settings habe er gehört, dass es auch eine ambulante Gruppentherapie gäbe und dass er sich das gut vorstellen könne, da er sich endlich einen Austausch mit Menschen, die ähnliches erfahren haben, wünsche.

5.1.2.2 Kontrollverlust als Ursache von Scham

Der Kontrollverlust wird meist als ein zentraler Schlüsselbegriff zur Beschreibung eines Suchtverhaltens herangezogen. Die beeinträchtigte Eigenkontrolle, hinsichtlich der Menge und der Frequenz des Konsums, stellt sowohl in den gängigen Diagnosesystemen ein wichtiges Kriterium für eine Abhängigkeit dar, bildet aber auch ein gesellschaftlich relevantes Merkmal von Suchtverhalten, da der Kontrollverlust schlussendlich für das Krankhafte steht (Uchtenhagen, 2004).

Die Kontrolle von Affekten wird nach Gölz (2004) im westlichen Raum sowohl individuell als auch gesellschaftlich als eines der höchsten Persönlichkeitsziele gesehen, wobei diese im Rauschzustand aufgehoben sind, und damit gegen ein Grundprinzip des gesellschaftlichen Konsenses verstoßen wird.

Während eine temporäre Beeinträchtigung der Selbstkontrolle in Form eines Rausches zunächst meist bewusst und willentlich herbeigeführt wird, wird die längerfristig verminderte Kontrolle über eine Substanz, wie sie bei Entstehung einer körperlichen oder psychischen Abhängigkeit auftritt, als bedrohlich und oft sehr schamvoll erlebt.

Uchtenhagen (2004) bringt es folgendermaßen auf den Punkt: „Rausch ja, Abhängigkeit und dessen Folgen nein. Kontrollverlust darf kein permanenter oder auch häufiger Zustand sein“ (S. 17).

Der Zusammenhang zwischen einem Kontrollverlust und der damit einhergehenden Scham lässt sich vielleicht, wie bereits im Kapitel *Scham* näher erläutert, anhand der Verletzung eigener wie auch gesellschaftlicher Normen erklären.

Dabei führt nach Neckel (1993) nicht unbedingt der Normbruch selbst zur Scham, sondern die Vorstellung, dass andere von ihm wissen. Das Gesehen-werden, der

Blick des Anderen, wenn er etwas sieht, was er besser nicht hätte sehen sollen, spielt für die beschämte Person eine wichtige Rolle.

Schultheiss beschreibt aber (1997) neben der Angst vor dem Blick der Anderen auch die Scham im Verborgenen. Die Verletzung privater Normen, zum Beispiel das Nichteinhalten können eigens aufgestellter Regeln in Bezug auf den Alkohol- oder Drogenkonsum können zu erheblichen Scham- und Versagensgefühlen führen. Scham und Versagen hängen hier eng zusammen, unabhängig davon, ob es sich um die Normen und Erwartungen der anderen an die eigene Person handelt oder die Erwartungen und Ideale, die man an sich selbst stellt.

Jene Momente, in denen die Sucht von anderen bemerkt wird bzw. vor anderen und irgendwann auch vor sich selbst nicht mehr zu verbergen ist, werden von vielen Klientinnen und Klienten als sehr unangenehm und beschämend erlebt. Gleichzeitig sind es meiner Erfahrung nach oft auch jene Momente, die, sofern sie häufiger auftreten, irgendwann dazu führen, dass sich Betroffene für eine Veränderung in Form einer Behandlung entscheiden.

Dazu einige Beispiele:

Herr F., Mitte 60, berichtet von seinem jahrlangen Alkoholkonsum ab Beginn seiner Pension. Er habe bereits nach wenigen Monaten sehr regelmäßig getrunken und erlitt auch immer öfter einen Kontrollverlust beim Trinken. Das Trinken selbst empfand er jedoch nicht am schlimmsten, er habe sich immer wieder vorgenommen, weniger zu trinken, und das zeitweise auch geschafft. Der schlimmste und für ihn beschämendste Moment war jener, als er feststellen musste, dass er den Alkohol alleine nicht mehr in den Griff bekam, dass er, um wieder ohne Alkohol leben zu können, unbedingt professionelle Hilfe brauchte. Er wisse nicht, was da mit ihm passiert sei, bis jetzt habe er eigentlich immer alles alleine geschafft, er habe ein Unternehmen geleitet, 4 Kinder groß gezogen, hatte immer die Kontrolle über sein Leben, und könne nicht glauben, dass ihm dieser Teil so entglitten ist.

Frau G., 18 Jahre, kommt in die Beratung, sie wirkt auf den ersten Blick sehr ängstlich. Sie habe bis vor kurzem ausschließlich Cannabis, vor ein paar Monaten mit ihrem Freund gemeinsam einmal Heroin nasal konsumiert. Anschließend habe

sie einige Wochen wieder nichts konsumiert. Dann habe sie es auf Drängen ihres Freundes wieder einmal probiert, seitdem konsumiere sie zunehmend regelmäßiger Heroin, aktuell bereits 2-3x pro Woche. Sie habe bemerkt, dass das Heroin immer mehr Platz einnehmen würde, auch wenn sie sich vornimmt, eine Woche nichts zu nehmen, wären sie nach ein paar Tagen wieder bei einem Dealer. Sie habe große Angst, dass sie immer mehr brauche und die Kontrolle noch weiter verlieren würde. Damit einhergehend beschreibt sie die Angst, vielleicht irgendwann auch die Hemmung vor einem intravenösen Konsum zu verlieren.

Frau H. Anfang 60, berichtet im Erstgespräch über einen zunehmend regelmäßigen Alkoholkonsum in den letzten Jahren, auch tagsüber sei sie mittlerweile manchmal bereits alkoholisiert. Sie habe sich in der letzten Zeit öfter gedacht, dass ihr Konsum langsam problematisch sei, aber den Gedanken immer wieder beiseite geschoben. Bis eines Tages ihre Tochter zu Mittag mit den Enkelkindern kam, und den starken Alkoholgeruch bemerkte. Sie sprach sie sofort darauf an und sagte, dass sie ihr unter diesen Umständen ihre Kinder nicht mehr bei ihr lassen könne und nahm sie wieder mit. Das habe sie sehr gekränkt und beschämt und sie habe den Termin hier vereinbart.

5.2 Scham und Rückfall

Ein besonders wichtiger Aspekt in der Betrachtung der Scham bei Suchtkranken scheint mir der Umgang mit Rückfällen. Im Verlauf einer Abhängigkeit stellen Rückfälle eher die Regel als die Ausnahme dar und somit eine Herausforderung für Betroffene, ihre Angehörigen sowie Ärztinnen und Therapeuten.

Die Rückfallhäufigkeit ist bei den unterschiedlichen Suchtformen wie Nikotin, Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen sehr ähnlich. Studien zu Folge hat etwa ein Drittel der Suchtmittelabhängigen innerhalb der ersten sechs Monate nach dem Ende der Behandlung wieder die bevorzugte Substanz konsumiert, nach eineinhalb bis spätestens zwei Jahre die Hälfte (Körkel, 2000).

Und trotz Anerkennung der Sucht als Krankheit und den damit verbundenen Annahmen, dass körperliche und psychische Faktoren mitunter jenseits der

individuellen Kontrolle liegen, gehen Rückfälle jeweils mit erheblichen Schuld- und Schamgefühlen einher. Während Betroffene im Verlauf der Therapie üblicherweise rasch wieder das Gefühl entwickeln, einem eventuell auftretenden Konsumverlangen widerstehen zu können bzw. Kontrolle über Konsumverhalten und eine selbstbestimmte Lebensführung zu erlangen, ist das Selbstwertgefühl in Folge eines Rückfalls entsprechend verletzt. Büchner (2009) schreibt dazu:

„Dementsprechend schwer wiegt bei Rückfälligkeit die Kränkung, trotz allen Wissens um die Alkoholkrankheit und steter Bemühung um die Abstinenz, erneut die Selbstkontrolle verloren zu haben, die Beschämung, rückfällig vor seinen Therapeuten und Angehörigen zu stehen, und die Beladenheit mit Schuldgefühlen, vielleicht doch Fehler gemacht zu haben“ (S. 179).

Marlatt (1985) beschreibt als psychische Folgen eines Rückfalls das so genannte Abstinenzverletzungssyndrom, bei dem das Selbstbild der Suchtabhängigen, nachdem sie sich der Kontrolle über ihren Konsum wieder sicher waren, abermals zerbricht und der Rückfall als eigene Schwäche, Versagen oder Schuld erlebt wird.

In der therapeutischen Arbeit erlebe ich Rückfälle in vielen Fällen als äußerst schambesetzt. Einerseits gehe ich bei Patientinnen und Patienten, die über längere Zeit sehr regelmäßig in Einzel- oder Gruppentherapie kommen, und dann plötzlich ohne Absage oder Verständigung fern bleiben, davon aus, dass Rückfälle auch derart beschämend sein können, dass Betroffene die ambulante Therapie generell abbrechen oder erst viele Monate oder Jahre später, wieder aufnehmen. Dafür muss natürlich nicht ausschließlich die Scham verantwortlich sein, da Rückfälle ja oftmals nicht bei einem einmaligen Konsum bleiben und wieder in ein früheres Konsummuster führen können, wodurch die Motivation und Bereitschaft für eine Veränderung wieder deutlich eingeschränkt sein kann.

Wenn ich KlientInnen, die eine ambulante Therapie abbrachen, einige Zeit später zum Beispiel wieder auf der Station traf, habe ich bei vielen erlebt, dass sie mir trotz vormals guter Beziehung, oder vielleicht gerade deswegen, aus dem Weg gingen, zu Boden blickten, wenn sie mich sahen oder sich sogar kurz versteckten, nur um mir nicht zu begegnen. Ich deutete dies zumindest bei einigen als eine tiefe Scham,

wieder rückfällig geworden zu sein und das ursprünglich gesetzte Ziel der Abstinenz nicht erreicht zu haben.

Wenn Menschen hingegen erneut konsumiert haben und wieder in die Therapie kommen, erlebe ich den Umgang mit einem Rückfall sehr unterschiedlich. Während einige sofort damit heraus platzen, sprechen andere erst bei Nachfragen und sehr zögerlich davon, wiederum andere erwähnen einen Rückfall ganz selbstverständlich in einem Nebensatz, wohin gegen für manche eine Welt zusammen bricht.

Hierzu wieder einige Fallbeispiele:

Frau I., Anfang 20, ist wegen einem multiplen Substanzkonsum in Behandlung, seit zwei Jahren substituiert, kommt mit einem Zettel in der Hand, den sie mir schon bei der Türschwelle in die Hand drückt. Das sei der Befund ihres letzten Harntests, den sie für das Gericht machen müsse, sie wolle auf gar keinen Fall, dass ich das vielleicht von der Amtsärztin erfahre, aber er war diesmal auf Cannabis positiv. Sie habe auch nur ein einziges Mal geraucht, und das würde sie bereuen.

Herr J., ein älterer Mann mit einer Alkoholabhängigkeit, der bereits seit fast einem Jahr abstinent lebt, berichtet verzweifelt und nahezu erstarrt von einem einmaligen Rückfall letzte Woche. Er wisse nicht, was da passiert sei, er wisse nur, dass er es wieder nicht geschafft habe, er würde es nie schaffen. Er sei ein totaler Versager und könne hier wieder bei Null beginnen, falls er überhaupt noch das Recht auf einen Therapieplatz habe. Er würde ohnehin nur meine Zeit verschwenden.

Dazu ein weiteres Beispiel hinsichtlich des Umgangs mit einem Rückfall in der Gruppe:

Herr L., ein älterer Mann, Anfang 60, der seit etwa sechs Monaten in eine ambulante Psychotherapiegruppe für Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit kommt und seit Beginn abstinent lebt, berichtet in der Gruppe erstmals von einem Rückfall. Er meldet sich, noch bevor ich richtig sitze und in die Runde blicke, um die Teilnehmer einzuladen, aktuelle Themen oder Anliegen in die Gruppe zu bringen, dass er heute

beginnen müsse. Er müsse heute „beichten“, da er letzte Woche erstmals einen Rückfall hatte. Der besagte Tag war eigentlich nicht anders als alle anderen, aber irgendwie sei da alles zusammen gekommen, in der Schule gab es Probleme, er müsse ständig für andere Lehrer einspringen und auch zu Hause hätten sich die Konflikte mit seiner Frau und den pubertierenden Kindern zugespitzt. Er könne es sich selbst nicht erklären, aber an diesem Tag sei er nach der Arbeit einfach bei der Tankstelle stehen geblieben und habe eine Flasche Wodka gekauft. Zu Hause war er zunächst alleine, das erste Glas habe ihm jedoch gar nicht geschmeckt und er habe kurz überlegt, den Rest einfach wegzuschütten. Dann habe er aber gedacht, einmal probiere er noch, und das zweite war schon weniger schlimm. Daraufhin habe er fast die ganze Flasche ausgetrunken und sei dann ins Bett gefallen. Da ihn seine Frau später nicht wecken konnte, rief sie den Notarzt, der ihm schließlich eine Infusion gab.

Auffallend bei seiner Erzählung ist, dass er die Episode auf eine sehr belustigende Art und Weise erzählt, er hat die ganze Zeit über ein Lächeln auf dem Gesicht, als er vom Trinken selbst erzählt, kichert er regelrecht. Seinen Blick hat er vorwiegend auf den Boden oder auf mich gerichtet, den Blick der anderen Teilnehmer meidet er. Er wirkt auf mich beschämt. Zunächst bestärke ich seinen Mut, heute wieder in der Gruppe zu sein und über seinen Rückfall zu sprechen, da das sicher nicht leicht sei. Gleichzeitig melde ich ihm auch meine Wahrnehmung hinsichtlich der Art seiner Schilderung zurück und dass er eine äußerst bedrohliche Situation, die auch schlimmer hätte ausgehen können, sehr belustigt und verharmlosend darstellt. Er wirkt zunächst irritiert, dann rechtfertigt er sich, dass das nun mal passiert sei, er könne da jetzt auch nichts mehr tun, und das sei eben jetzt gerade seine Art, damit um zu gehen. In meiner Resonanz habe ich die Befürchtung, vielleicht zu schnell gewesen zu sein, ihn zu schnell konfrontiert zu haben, sodass er die Scham zunächst abwehren muss. Ich frage ihn, wie er sich jetzt gerade hier in der Gruppe fühlt.

Das wisse er nicht so recht, da er nicht weiß, wie die anderen reagieren würden und was die anderen von ihm denken würden. Ich schlage ihm vor, sich einmal langsam in der Gruppe umzuschauen und mit jedem einzelnen einen kurzen Blickkontakt

aufzunehmen. Dann frage ich ihn, ob er gerne hören möchte, was die anderen jetzt von ihm denken, er blickt wieder zu Boden und zuckt mit den Schultern. Daraufhin melden sich zwei Teilnehmerinnen fast gleichzeitig und sagen ihm, dass sie sehr froh sind, dass er wieder da ist und dass sie seinen Mut bewundern. Sie wüssten nicht, ob sie das könnten. Ein anderer bestätigt auch seinen Respekt und ist gleichzeitig skeptisch, ob er diesen Rückfall auch als solchen ernst nehmen würde. Er kenne diese lustige und auch verharmlosende Art gut von sich selbst, er habe Rückfälle dann aber meist heruntergespielt und wollte sich nicht eingestehen, dass sie ein wichtiges Signal sein können. Ein weiterer bestärkt seinen Respekt für seine Offenheit und sein Vertrauen, während ich bemerke, dass ein anderer Teilnehmer zunehmend angespannter wirkt, auch sein Gesicht ist errötet. Ich spreche ihn darauf an und frage ihn, wie es ihm im Moment gehe und was ihn gerade beschäftige. Er wird plötzlich sehr ärgerlich und sagt zu dem Mann: „Das hätte ich mir nie gedacht von Dir. Nicht von Dir. Jetzt hast du so lange durchgehalten und dann hast du erst wieder einen Rückfall. Ich bin richtig enttäuscht.“ Die anderen wirken erschrocken, auch ich bin im ersten Moment überrascht und irritiert. Nachdem ich versuche, genauer nachzufragen, was diese Enttäuschung denn bei ihm auslöse, was da anklingt, zögert er zunächst und meint dann, so eine Inkonsequenz, ein nicht Durchziehen von etwas, dass man sich vorgenommen hätte, wegen so einer Lappalie. Da fällt mir wieder ein, dass sein eigenes Ziel zu Beginn nicht die totale Abstinenz war, sondern dass er seinen regelmäßigen Konsum reduzieren wolle, aber dass er sich durchaus vorstellen könne, in größeren Abständen ein Bier zu trinken. So frage ich ihn nach seinem eigenen aktuellen Konsum. Er sei im Großen und Ganzen abstinent, aber ab und zu, zu bestimmten Anlässen, würde er, so wie er sich das vorgenommen habe, Alkohol trinken, aber lang nicht mehr so viel und auch nicht exzessiv, so wie dieser Rückfall seines Kollegen war. Ob er mit dieser Entscheidung noch immer zufrieden sei, ob sie noch stimmig sei, auch hier in der Gruppe oder ob es möglich wäre, dass seine Enttäuschung vielleicht in erster Linie sich selbst galt? Er zögert wieder, blickt zu Boden und antwortet, dass dem nicht immer so sei, da er sich manchmal nicht so wohl fühle, weil hier alle nichts trinken würden, also ganz abstinent wären und er das manchmal auch gerne wäre.

Im ersten Fall hatte ich den Eindruck, dass der Klient über seinen Rückfall durchaus beschämt war, er wollte ihn der Gruppe sofort „beichten“, gleichzeitig musste er die Scham aber in Form einer bagatellisierenden, belustigend verlegenen Schilderung seines Rückfalls verbergen. Auf mein Aufmerksammachen reagierte er mit Trotz und Rechtfertigung und mir war, als bräuchte es zunächst wieder einen sicheren Platz in der Gruppe, bevor es vielleicht möglich war, an der verdeckten Scham, möglicherweise auch der Angst vor den Auswirkungen eines derartigen Rückfalls, weiter zu arbeiten.

Im zweiten Fall war ich zunächst selbst überrascht, und spürte auch einen gewissen Ärger über die Heftigkeit der Reaktion des Klienten, der sonst eher zurückhaltend und harmoniebedürftig wirkte. Nachdem er die Enttäuschung näher schilderte, hatte ich sofort das Bild seiner eigenen unklaren Entscheidung bzgl. seines Trinkverhaltens sowie kleineren Rückfällen vor Augen, mit denen er sich immer eine Hintertür offen hielt. Da er bereits längere Zeit in der Gruppe war, und meiner Einschätzung nach eine gute Beziehung zu den anderen sowie zu mir hatte, sprach ich ihn konkret darauf an.

Gleichzeitig kam mir im Nachhinein, dass ich ihn ausschließlich mit seiner eigenen Enttäuschung konfrontierte und aus Zeitmangel nicht mehr näher auf den Konflikt zwischen den beiden eingehen konnte, er aber vielleicht mit der Selbstenttäuschung als einziger in der Gruppe etwas aussprach, was jener Patient, der seinen Rückfall schilderte, zu dem Zeitpunkt noch nicht konnte.

Rechtfertigung, Wut, Trotz sowie Projektion werden neben anderen Mechanismen ebenso als typische Formen beschrieben, mit Scham umzugehen bzw. sie abzuwehren (Marks, 2010; Wurmser, 2007).

Hilgers (1996) beschreibt vor allem die Projektion sowie projektive Identifikation als häufige Phänomene gruppentherapeutischer Behandlung bei psychisch kranken oder abhängigen PatientInnen. Mittels wechselseitiger Projektion eigener abgespaltener Selbstanteile, fungieren andere Gruppenmitglieder als Container für nicht oder noch nicht akzeptierte Selbstanteile, da eigene beschämte Anteile

zunächst oft nur am anderen wahrgenommen und auch nur dort bekämpft werden können.

Er warnt in diesem Zusammenhang vor einer vorzeitigen Rücknahme der Projektion, da man mit einer Wendung der außerordentlichen Aggression gegen das Selbst rechnen müsse, was sowohl die Stabilität und Hartnäckigkeit als auch die Häufigkeit der Projektionen plausibel erscheinen lässt. Er spricht sich, ausgehend von den Annahmen Hahns (zitiert nach Hilgers, 1996, S. 96), für eine vorläufige Zulassung solcher Externalisierungsprozesse aus, wobei dies unbedingt der Steuerung bedarf, um einzelne Gruppenmitglieder vor der Wucht der Affekte zu schützen. Eine Haltung der Neugierde gegenüber abgespaltenen und entwerteten Selbstaspekten sei aber seiner Ansicht auf jeden Fall zu fördern.

5.3 Kontrolle und Eigenverantwortung

Der Aspekt des Kontrollverlusts bei Betroffenen sowie die ständige Gefahr möglicher Rückfälle in Zusammenhang mit einer Suchterkrankung lassen eine Diskussion über das geeignete Maß an externer Kontrolle im therapeutischen Setting sowie die Stärkung der gleichzeitig notwendigen Eigenverantwortung nahe liegen.

Die Frage, inwieweit Kontrolle durch Therapeutinnen und Therapeuten sinnvoll und hilfreich für Betroffene ist und inwieweit sie eine Einschränkung der jeweiligen Eigenverantwortung darstellt und möglicherweise einen beschämenden Aspekt in der Beziehung haben kann, beschäftigt mich schon sehr lange.

5.3.1 Kontrolle durch Angehörige

Angehörige von Suchtkranken zum Beispiel, großteils Partnerinnen oder Partner, aber auch Eltern oder Kinder machen ähnlich wie die Betroffenen selbst, meist viele unterschiedliche Phasen bezüglich Wahrnehmen, Verleugnen, Kontrollieren und Akzeptieren der Erkrankung durch. Eine zentrale Phase ist dabei oft der Wunsch nach Kontrolle des Konsums. Der Versuch, die Verfügbarkeit oder die Menge des Suchtmittels durch Entsorgen oder Verstecken zu kontrollieren, wenn es dem

Betroffenen selbst nicht mehr gelingt, ist vielfach ein Versuch der Hilflosigkeit gepaart mit dem Wunsch, den Suchtkranken in der Reduktion oder Abstinenz zu unterstützen bzw. ihn vor einem Rückfall zu bewahren.

Diese Form der Kontrolle hat meiner Erfahrung nach wenig Einfluss auf eine nachhaltige Veränderung des Konsumverhaltens, da die Verantwortung für eine Veränderung des Suchtmittelkonsums bei den Betroffenen selbst liegt und die Kontrolle durch sehr nahestehende Personen oft ein Gefühl der Bevormundung oder Beschämung auslösen kann, das wiederum in einen erneuten Konsum führen kann.

Umgekehrt erlebe ich in der Angehörigenarbeit natürlich verzweifelte PartnerInnen und Eltern, die nicht mehr wissen, wie sie ihren suchtkranken Angehörigen noch vertrauen können, nachdem sie zu oft angelogen worden sind. Gleichzeitig sei die Angst vor einem Rückfall sehr groß und sie würden alles tun um diesen zu verhindern.

Einige Patientinnen und Patienten berichten über Ärger und Wut auf die erfolglosen Kontrollversuche, anderen wiederum zeigen sich in Folge großer Scham- und Schuldgefühle hinsichtlich des Substanzkonsums verständnisvoll angepasst.

Herr M. berichtet, dass er aufgrund seines körperlichen Entzuges einige Tage im Krankenhaus war. Als er wieder nach Hause kam, fand er seinen Weinkeller völlig leer geräumt vor. Empört und verärgert fragte er seine Frau, was mit dem Wein passiert sei. Sie habe den ganzen Wein an sämtliche Nachbarn und Bekannten verschenkt, da sie in ihrem Haus keinen Alkohol mehr haben wolle. Sie dachte, das würde ihm die Abstinenz vielleicht leichter machen. Herr M. empfand diese Bevormundung derart beschämend und nahezu demütigend, dass er los fuhr und bei diversen Weinbauern neuen Wein nachkaufte um seinen Weinkeller wieder zu füllen. Es sei ihm äußerst wichtig, weiterhin ein guter Gastgeber zu sein, der seinen Gästen einen guten Wein servierte. Er würde nicht mehr oder weniger trinken, wenn der Weinkeller voll oder leer wäre, aber er hätte das Gefühl, selbst die Entscheidung zu treffen und damit wieder ein Stück Würde zu gewinnen.

Frau N. berichtet, dass ihr Mann, nachdem sie einige abendliche Räusche hinter sich hatte, nun zwei Viertel jeden Abend erlaube. Er würde jeden Tag eine Flasche Wein einkaufen, ihr zwei Mal ein Viertel einschenken und anschließend den Rest wegwerfen. So könne er sicher gehen, dass sie nicht mehr trinke. Sie empfinde das äußerst demütigend, fühlt sich aber gleichzeitig so schuldig, dass es überhaupt soweit gekommen ist, dass sie es im Moment über sich ergehen lässt.

Herr O. berichtet in der Gruppe, dass er nun immer eine Bestätigung über seine Anwesenheit hier bräuchte, da ihm seine Frau und seine erwachsenen Söhne sonst nicht glauben würden, dass er hier war. Sie haben sich in der Apotheke extra einen Alkomaten gekauft und jedes Mal, wenn er abends nach Hause kommt, müsse er einen Atemtest machen. Auf die Frage, wie das für ihn sei, meint er, dass es zwar nicht sehr angenehm sei, aber er finde das schon in Ordnung, so wissen die ja, dass er nichts mehr trinkt. Ob es einen Rahmen oder festgelegten Zeitraum für diese Kontrolle gebe? „Nein, das werden sie mir dann sagen, wie lange ich das machen soll.“ Und ob seine Familie vielleicht Interesse an einer Angehörigengruppe oder –beratung habe? „Nein, das haben sie sicher nicht, die haben ja kein Problem, nur ich bin das Problem“.

Herr P., der wegen regelmäßigem Kokainkonsum in Therapie ist, berichtet, dass seine Lebensgefährtin möchte, dass er alle paar Tage einen Harntest vor ihr macht. Sie habe Urintests im Internet bestellt und möchte wissen, ob er wirklich nichts mehr konsumiere. Ihm sei das egal, wenn sie unbedingt glaube, würde er das machen. Wenn er konsumieren wolle, wüsste er ohnehin wie lange man welche Substanz nachweisen könne.

5.3.2 Kontrolle und Eigenverantwortung im therapeutischen Kontext

Wenn Betroffene in eine Beratung oder Therapie kommen, haben sie also schon oft eine Reihe an kontrollierenden Maßnahmen erlebt.

Wie nun als Therapeutinnen und Therapeuten am besten mit Kontrollmaßnahmen umgehen, ohne erneut Beschämung auszulösen?

Uchtenhagen (2004) sieht die externe Verhaltenskontrolle durch das Schaffen von geeigneten Rahmenbedingungen als eine mögliche Hilfe auf dem Weg zu ausreichender Selbstkontrolle. Erfolgreich kann dieser Modus seiner Ansicht nach aber nur unter der Bedingung sein, dass das Therapieangebot eine Option bildet, die vom Betroffenen angenommen oder abgelehnt wird. Er sieht zum Beispiel medikamentöse Strategien zur Rückfallprophylaxe, wie Anti-Craving-Medikamente, als eine Form externer Kontrollhilfen, die ebenfalls nur mit subjektivem Einverständnis Sinn machen. In der Behandlung opiatabhängiger Menschen beschreibt er die Substitutionsbehandlung mit ihrer kontrollierten Einnahme und Dosierung, Urinkontrollen bezüglich Substitutionsmittel und nicht verschriebener Substanzen als eine mögliche Erleichterung der Verhaltenskontrolle.

Während bei stationären Therapieangeboten, sowohl im Alkoholbereich, als auch auf Drogenstationen regelmäßige Atem- bzw. Urinkontrollen und klare Regeln, die bei einem oder mehreren Verstößen meist auch sanktioniert werden, durchaus üblich sind, und sich PatientInnen im Idealfall unter Kenntnis dieser Bedingungen für eine Therapie entscheiden, gibt es im ambulanten Bereich oft unterschiedliche Konzepte.

Die Darstellung unterschiedlicher Behandlungskonzepte, auch hinsichtlich Abstinenz versus kontrollierten Konsum wäre an dieser Stelle zum besseren Verständnis vielleicht hilfreich, würde jedoch den Rahmen sprengen.

Daher möchte ich im Folgenden, angelehnt an die Überlegungen von Uchtenhagen (2004), die meiner Ansicht nach sehr wichtige Eigenverantwortung hinsichtlich der Entscheidung für eine Therapie sowie das Ziel in der Therapie betonen. Nicht für alle Klientinnen und Klienten ist (von Anfang an) die Abstinenz das einzig wahre Ziel.

Für Menschen mit einer Opiatabhängigkeit gibt es, wie schon zuvor erwähnt, mit der Substitution eine Art Drogensersatztherapie unter ärztlich kontrollierten Bedingungen mit dem Ziel, einen legalen und gleichzeitig auch sicheren Zugang zu gewährleisten. Diese ist meist mit regelmäßigen Urinkontrollen verbunden.

Für Menschen mit einer Alkohol- oder auch Cannabisabhängigkeit gibt es diesbezüglich kein Pendant. Einige kommen mit einem klaren Abstinenzziel, einige jedoch, zumindest wenn sie das erste Mal in Beratung kommen, mit dem Wunsch

nach einer Reduktion ihres aktuellen hin zu einem kontrollierten Konsum. Einige können sich auch gut vorstellen, eine Zeit lang nicht zu konsumieren, würden dann aber gerne ab und zu konsumieren.

Meiner Erfahrung nach gelingt ein kontrollierter Konsum nur in den allerseltensten Fällen über einen längeren Zeitraum, meist jedoch führt er früher oder später in das vormalige Konsummuster zurück. Diese Erfahrung, ebenso wie allgemeine Informationen zur Suchterkrankung, stelle ich, bei der Vereinbarung etwaiger Ziele hinsichtlich Konsum, den Klientinnen und Klienten zur Verfügung. Dabei weise ich auf die mögliche Gefahr eines kontrollierten Konsums hin, versuche aber, unterschiedliche Ziele zu respektieren und diese nicht zu werten. In vielen Fällen empfehle ich auch eine Gruppentherapie, um den Austausch mit anderen Betroffenen zu ermöglichen, die bereits Erfahrung mit Rückfällen, kontrolliertem Konsum etc. haben.

Herr Q. ist seit etwa einem halben Jahr wegen einer Alkoholabhängigkeit in Therapie. Er berichtet zu dieser Zeit erstmals, dass er ganz selten, zu besonderen Anlässen, wie Weihnachten oder bei der Taufe seiner Enkeln ein Glas Sekt oder Wein getrunken habe, sieht dies derzeit nicht problematisch. Daraufhin schlage ich ihm vor, in einem Kalender seinen Konsum genau zu dokumentieren, wann er, wo, wie viel trinke und zu welchem Anlass, um einen Überblick zu bewahren und um für sich selbst besser beobachten zu können, ob sich sein Konsum über die Zeit verändern würde. Er nimmt meinen Vorschlag an und werde wieder berichten.

Einige Zeit später zeigt sich, dass sich die Menge und Frequenz bereits deutlich gesteigert haben und sein Konsum, so wie er sich das vorgestellt habe, nicht funktioniert.

Das Ziel ist es, meines Erachtens, den Klientinnen und Klienten, angepasst an institutionelle Gegebenheiten sowie an strukturelle Beeinträchtigungen der Betroffenen, so viel Eigenverantwortung wie möglich zu überlassen. Sofern es das Setting zulässt, scheint mir eine individuelle Handhabung hinsichtlich kontrollierender Maßnahmen im therapeutischen Bereich sinnvoll. Während für manche zum Beispiel ein regelmäßiger Alkoholtest zu Beginn einer Therapie hilfreich sein kann (ich biete

ihn immer wieder als mögliches Angebot an), empfinden andere derartige Kontrollinstrumente als beschämend.

Eine große Herausforderung in der therapeutischen Beziehung stellen in diesem Zusammenhang immer wieder Situationen dar, in denen zum Beispiel unterschiedliche Wahrnehmungen hinsichtlich Beeinträchtigung durch Substanzen aufeinander treffen, jene Wahrnehmung der Therapeutin oder des Therapeuten und jene der KlientInnen.

Hierzu ein Fallbeispiel:

Frau R. kommt am Nachmittag zur Gruppe, bittet mich aber um ein kurzes Gespräch, bevor die Gruppe beginnt. Sie sei heute nur gekommen, um ihre Teilnahme für heute abzusagen, da es ihr nicht gut ginge. An ihrer Sprache merke ich, dass sie alkoholisiert ist und spreche sie darauf an. Sie ist entsetzt, wie ich so etwas glauben könne und verneint jeglichen Konsum, das müssen ihre Müdigkeit und ihre psychische Belastung sein. Ich biete ihr ein kurzes Gespräch bei einer Kollegin, da ich in die Gruppe müsse, oder ein Einzelgespräch bei mir in der nächsten Woche an. Beides lehnt sie ab und wiederholt mehrmals, dass sie nur hier sei, um persönlich für die Gruppe abzusagen. Das sei ihr äußerst wichtig. Als sie einen Kalender aus ihrem Rucksack holt, bemerke ich mehrere Flaschen darin.

Zur Gruppe in der darauf folgenden Woche erscheint sie abermals nicht, meldet sich aber telefonisch und bittet um ein Einzelgespräch. Zu Beginn dieses Gesprächs spreche ich sie auf die Situation vor zwei Wochen an und ihren vermeintlichen Rückfall an diesem Tag. Sie berichtet sogleich von einigen sehr belastenden Ereignissen am selben Tag bzw. in den Tagen davor, und dass sie sich nicht mehr anders ausgesehen habe und aus Mangel an alternativen Möglichkeiten wieder getrunken habe, es jedoch laut ihrer Angabe bei einem einmaligen Rausch geblieben sei. Dass sie den Konsum am selbigen Tag bestritten habe, daran könne sie sich nicht mehr erinnern, natürlich sei sie da rückfällig gewesen, das hätte ich ja bemerkt. Betrunkener sei sie aber nicht gewesen, da sie vorher nur ein kleines Bier getrunken habe. Ich ermutige sie außerdem, in der anschließenden Gruppentherapie über den Rückfall zu sprechen, sie lehnt dies zunächst ab, da das vermutlich niemanden

interessieren würde. Schließlich bittet sie mich aber, den Rückfall nicht von mir aus anzusprechen, sodass sie den Zeitpunkt selbst wählen könne.

Nach einer einleitenden Entspannungsübung, und als sich zunächst niemand mit einem aktuellen Thema meldet, sagt Frau R. schließlich sehr zögerlich und kaum hörbar, dass sie ein Thema hätte. Sie berichtet von ihrem Rückfall und dass es ihr so unangenehm war, dass sie auf keinen Fall in die Gruppe wollte, sie habe sich geschämt und fürchtete, alle würden enttäuscht sein.

Wurmser (2007) sieht in der Verleugnung ein Nein zur Wahrnehmung und gleichzeitig eine wichtige Form der Abwehr von unaushaltbarer Scham. Während Frau K. am Tag ihres Rückfalls jeglichen Alkoholkonsum leugnete und auf meine Wahrnehmung, dass sie alkoholisiert wirke, mit Ärger, ja nahezu Empörung reagierte, konnte sie in dem Gespräch zwei Wochen später den Rückfall sowie mögliche Auslöser etc. thematisieren, wenngleich sie vermutlich die Menge des Konsums verleugnete bzw. bagatellierte. Erst in der Gruppe hatte ich das Gefühl, dass sie – auch mit dem Wunsch, Kontrolle über den Zeitpunkt zu haben – die Verantwortung für den Rückfall übernahm. Sie äußerte sich nicht über die Menge, sprach aber offen über den Rückfall und war spürbar beschämt über ihre fehlenden Alternativen zum Alkohol in psychisch belastenden Situationen. Gleichzeitig war die Angst, sie könnte aufgrund ihres Rückfalls aus der Gruppe, die ihr sehr wichtig sei und viel Halt gebe, vielleicht ausgeschlossen werden, sehr groß, sodass sie sich trotz Alkoholisierung entschied zu kommen, um persönlich abzusagen.

Dabei fällt mir andererseits immer wieder die phänomenologische Grundhaltung der Gestalttherapie ein, die davon ausgeht, dass es keine Wirklichkeit unabhängig vom Betrachter gibt und das Selbstgefühl der KlientInnen phänomenologisch ebenso gültig ist wie das Bild des Therapeuten. Yontef (1999, 2004) betont in diesem Zusammenhang die erforderliche Bescheidenheit der TherapeutInnen, die eigene Sichtweise nicht objektiv wahrer anzunehmen, als jene der KlientInnen. Er sieht hier auch eine zentrale Gefahr für Beschämung.

In der Arbeit mit Suchtkranken ist diese Haltung nicht immer einfach, da zum Beispiel die Verleugnung oder Bagatellisierung eines Rückfalls mitunter einen zentralen Aspekt der Erkrankung darstellt. Dennoch scheint es mir in Anlehnung an die Ausführungen von Wurmser (2007), der die Verleugnung auch als eine Abwehr von großer Scham beschreibt, wichtig, die Wahrnehmung der Klientin oder des Klienten zunächst als solche zu respektieren und diese vielleicht zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufzugreifen. Dies ist im Einzelsetting meist leichter, als in einem Gruppensetting.

Siehe dazu folgendes Beispiel:

Frau S. ist seit einigen Monaten in der Gruppe, sie hat bislang noch nie über einen Rückfall berichtet. Eines Tages habe ich in der Gruppe den Eindruck, dass sie alkoholisiert sei. Sie ist im Gegensatz zu sonst äußerst still und zurückhaltend, antwortet einsilbig, und ihre Sprache wirkt verlangsamt. Da eine von wenigen Gruppenregeln lautet, dass die TeilnehmerInnen, auch wenn es sonst Rückfälle gibt, zumindest in die Gruppe nüchtern kommen müssen, spreche ich sie darauf an, sie wirkt sehr verlegen und errötet, streitet aber auch nach einigem Nachfragen jeglichen Konsum heute ab. Da ich mich nicht weiter auf einen Machtkampf einlassen möchte, respektiere ich ihre Wahrnehmung, bemerke aber in der restlichen Zeit eine gewisse Unruhe und ein wenig Ärger in mir, da ich mit meiner Aufmerksamkeit immer wieder bei besagter Situation bin und überlege ob ich mich in meiner Wahrnehmung getäuscht habe.

Als sich zwei Wochen später ähnliches wiederholt, und ich mir wieder sicher bin, dass Frau S. alkoholisiert ist, spreche ich sie abermals darauf an und melde ihr meine Wahrnehmung zurück. Sie beteuert abermals, dass sie heute noch nichts getrunken habe. Um nicht in eine ähnliche Situation zu geraten wie letztens, stelle ich ihr einen Teil meiner Resonanz zur Verfügung. Dass es schwierig sei für mich, wenn ich ständig den Eindruck hätte, sie sei alkoholisiert, und dass diese Diskussion nicht regelmäßig Mittelpunkt der Gruppe werden sollte. Ich frage sie, ob sie eine Idee hätte, wie wir mit dieser Situation umgehen könnten und beide sicher sein könnten, dass sie in der Gruppe nüchtern sei. Sie schlägt vor, dass sie vor der Gruppe einen Alkotest machen könnte, ich finde das einen sehr guten Vorschlag und wir

vereinbaren einen Zeitraum von zwei Monaten, um dann eventuell wieder eine neue Vereinbarung zu treffen.

Sie kam daraufhin unaufgefordert jede Woche vor der Gruppe um einen Alkoholtest zu machen, der immer negativ war. Ich hatte in der Gruppe nie mehr den Eindruck einer Beeinträchtigung, sie berichtete jedoch bald von einem kontrollierten Konsum zu besonderen Anlässen.

Da ich eine meiner Verantwortungen in dieser abstinenzorientierten Gruppe auch darin sehe, einen sicheren Rahmen für alle TeilnehmerInnen zu schaffen, ist das Nüchternsein in der Gruppe eine Voraussetzung. Da ich dieses jedoch in einer langfristigen Psychotherapiegruppe nicht wöchentlich mittels Alkoholtest überprüfen möchte, kommt es vereinzelt zu Situationen, wie eben beschrieben.

Wenn ich den Eindruck einer Beeinträchtigung in der Gruppe habe, ist es mir zunächst wichtig, meine Wahrnehmung anhand der beobachteten Phänomene zur Verfügung zu stellen. Manchmal berichten KlientInnen dann auch von einem Rückfall, einmal hat sich ein Klient eine Woche später gleich zu Beginn für seinen Rückfall letzte Woche entschuldigt, einmal kam jemand nach der Gruppe zu mir und wollte mir unter vier Augen sagen, dass ich mit meiner Wahrnehmung richtig lag, er sich aber geschämt habe, in der Gruppe darüber zu sprechen. Das Aufmerksam machen allein kann also oftmals schon hilfreich sein.

In diesem Fall hatte ich mehrmals den Eindruck einer Beeinträchtigung und bemerkte als Gegenübertragung auch einen Ärger in mir, dass diese Diskussion zunehmend meine Aufmerksamkeit in Anspruch nahm. Wurmser (2009) hat sich speziell mit Übertragung und Gegenübertragung bei PatientInnen mit Suchtproblemen auseinandergesetzt, diese können aber an dieser Stelle leider nicht näher erläutert werden. Er nennt unter anderem die Hilflosigkeit angesichts der Unveränderlichkeit des selbstdestruktiven Verhaltens und beschreibt in dem Zusammenhang den Ärger darüber, dass wir uns immer wieder in unserem Vertrauen genarrt fühlen und die Scham darüber, dass wir uns getäuscht haben.

Dennoch war es mir sehr wichtig, eine mögliche Beschämung, so gut es eben ging, zu vermeiden oder gering zu halten. Schließlich kann ja auch das Aufmerksam

machen auf eine wahrgenommene Beeinträchtigung bereits etwas Beschämendes haben. Daher habe ich versucht, ihr meine Resonanz zur Verfügung zu stellen und anschließend mit ihr gemeinsam nach einer Lösung zu suchen, die sie selbst schließlich in Form eines Alkoholtests vorschlug.

Der Umgang mit Kontrolle und Eigenverantwortung hat meiner Ansicht nach auch einen wichtigen Einfluss auf die therapeutische Beziehung.

5.4 Therapeutische Beziehung

Im dritten Kapitel habe ich bereits über die Scham in der therapeutischen Beziehung geschrieben und darüber, was es braucht, um ein therapieinduziertes Schamerleben möglichst gering zu halten. Es hat sich dabei gezeigt, dass die meisten der genannten AutorInnen eine wertschätzende und vor allem eine nicht urteilende Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn als den heilsamen Faktor für die Linderung von Schamgefühlen sehen. Beisser (zit. nach Jacobs, 2008, S. 312) nennt in dem Zusammenhang die „patient permission“, die Erlaubnis an den Klienten oder die Klientin, er oder sie selbst zu sein. Chu und De las Heras (1994) nennen den sogenannten Beistand als wichtige Erfahrung, sein Gegenüber spüren zu lassen, dass er oder sie nicht alleine ist. Einen ersten Schritt in der Heilung der Scham sehen sie in der Aufhebung der Einsamkeit.

Auch in der Gestalttherapie ist die Bedeutung der Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn eine zentrale Grundlage. Nach den Grundannahmen der dialogischen Beziehung (Buber, 1995) entwickelt sich der Mensch erst in der Beziehung zum anderen, Yontef (1999) nennt, angelehnt an Bubers Annahmen, den Begriff der *Umfassung* als ein respektvolles Eintreten in die Welt der KlientInnen ohne zu urteilen oder analysieren. Hycner und Jacobs ergänzen noch den Begriff der *Bestätigung* als das Akzeptieren ohne Urteil, aber auch das Bestätigen verleugneter oder abgespaltener Anteile. Erst dadurch wird es für die KlientInnen möglich, Bewusstheit zu erlangen und wieder in Kontakt mit sich selbst und anderen zu treten (Hycner & Jacobs zit. nach Gremmler-Fuhr, 2001b, S. 399-400).

In Anbetracht der schon erläuterten Faktoren, die in Zusammenhang mit einer Suchterkrankung Scham auslösen können, sind Betroffene meist mit zahlreichen negativen Urteilen durch andere konfrontiert, jedoch auch mit den eigenen Selbstbewertungen.

Klientinnen und Klienten berichten in Erstgesprächen immer wieder, dass sie schon mehrmals bei unserer Beratungsstelle vorbei gegangen sind und sich nicht getraut haben, rein zu kommen oder schon einen Termin vereinbart hatten und dann aus Scham oder Angst, was hier passieren könnte, nicht erschienen sind. In einem ersten Schritt, versuche ich sie zu vor allem darin zu bestärken, dass sie es ja heute geschafft hätten, und dass es für diesen Schritt nun mal sehr viel Mut braucht und sicher eine große Überwindung gekostet hat, her zu kommen.

Gleichzeitig erlebe ich auch viel Unsicherheit und manchmal auch Angst vor meiner Reaktion, vor einer Bewertung, wenn sie über ihre Geschichte und ihren Konsum sprechen. Wenn ich zum Beispiel nach den aktuellen Substanzen oder der Menge und Frequenz des Konsums frage und ein starkes Zögern spüre, oder jemand den Blick verlegen abwendet, biete ich immer wieder mehrere Möglichkeiten an, bis hin zu sehr hohen Mengen, in der Hoffnung, es dadurch vielleicht leichter zu machen über das tatsächliche Ausmaß zu sprechen und ihnen das Gefühl zu geben, dass sie nicht die einzigen mit einem hohen Konsum sind. Manche lächeln dann sogar und meinen: „Na so viel war es jetzt aber noch nicht“.

Sofern eine Unsicherheit, Angst oder Scham spürbar ist, frage ich auch nach, wie es denn jetzt hier im Moment sei, darüber zu sprechen, mit jemandem anderen, ich thematisiere also die Beziehung zwischen uns im Hier und Jetzt. Einige fragen dann verunsichert nach, was ich denn nun von ihnen denken würde, nach allem was sie erzählt hätten. Das Ernstnehmen dieser Gefühle sowie ein nicht urteilendes Beziehungsangebot scheinen mir hier unerlässlich um eine erneute Beschämung zu vermeiden.

In diesem Zusammenhang sei neben den Folgenden noch einmal auf die ersten Fallbeispiele in diesem Kapitel (*Herr C.*, *Frau D.* und *Herr E.*) verwiesen.

Ein junger Mann, substituiert, mit einem Beikonsum von Benzodiazepinen ist seit einigen Wochen in ambulanter Therapie. Er berichtet am Ende einer Stunde etwas unruhig, dass es da etwas gibt, das er nächste Stunde erzählen müsse. Zu Beginn der nächsten Stunde spreche ich ihn darauf an, er errötet und zögert, dass er nicht wisse ob er das heute schaffe. Ich frage ihn, was es denn schwierig mache, mit mir darüber zu sprechen. Nun ja, er käme jetzt schon seit einigen Wochen, und er habe es eben noch nie erzählt, obwohl er eigentlich hätte sollen, und das sei ihm jetzt sehr unangenehm. Nach einigem Hin und Her und der Möglichkeit, sich noch Zeit lassen und es hier einmal als Thema zu deponieren, berichtet er schließlich unter Tränen, dass er seine Substitution, nicht wie berichtet, oral, sondern intravenös konsumieren würde, und das drei Mal täglich. In einer ersten Resonanz bemerke ich, dass ich erleichtert bin, da ich nach seinen Ankündigungen etwas Schlimmeres befürchtet habe. Ich frage, wie es ihm nun gehe, da er es mir nun erzählt habe.

Herr T. : Nun ja, ich weiß noch nicht. Ich weiß nicht, was Sie jetzt über mich denken.

Therapeutin: Was könnte ich mir denn über Sie denken?

Herr T. : Hm.., na vielleicht, dass ich Sie die ganze Zeit bis jetzt angelogen habe.

Th.: Möchte Sie denn wissen, was ich denke?

Herr T.: Ja.

Th.: Ich denke, dass diese Thema offensichtlich sehr unangenehm ist für Sie und mit Scham verbunden ist, und dass es Ihnen schwer gefallen ist, mit mir darüber zu sprechen.

Herr T. kämpft wieder mit den Tränen und nickt. Schließlich fragt er, ob er trotzdem weiter kommen könne. Ich bin sichtlich überrascht, wie er auf die Idee komme, dass er nicht mehr weiter kommen könne. Das sei eben so eine Befürchtung gewesen, da er hinsichtlich seines Konsums nicht ganz ehrlich war. Ich versichere ihm auch weiterhin einen Therapieplatz, schlage aber vor, seine Einnahmeform weiterhin zu thematisieren, gebe ihm Infos zum „safer use“ und bespreche Ziele hinsichtlich möglicher Veränderung. Wir vereinbaren weitere Termine.

Frau U. kam wegen schweren depressiven Episoden und zunehmend exzessiven Alkoholkonsum als Folge einer Selbstmedikation an einem absoluten Tiefpunkt in Therapie. Ihr Ziel war es mittels medikamentöser Einstellung und regelmäßiger ambulanter Therapie, wieder ganz abstinent zu leben, einen stationären Aufenthalt schloss sie aus. Der ambulante Entzug funktionierte gut, sie kam wöchentlich in Therapie und versäumte nie eine Stunde. Das aktuelle Verlangen sowie rückfallpräventive Maßnahmen rückten mit der Zeit zunehmend in den Hintergrund. Nach etwa einem Jahr Therapie, als ich sie nach längerem wieder einmal nach ihrem Alkoholverlangen oder möglichen Rückfälle fragte, berichtete sie, dass sie seit einigen Wochen wieder öfter trank, vorwiegend am Wochenende, aber auch öfters unter der Woche am Abend. Als sich der Konsum über die nächsten Stunden nicht veränderte, sondern eher weiter anstieg, sprach ich erneut einen stationären Aufenthalt an, da ich anders nicht wirklich eine Möglichkeit sah, den Konsum wieder zu reduzieren und ganz abstinent zu werden. Sie lehnte dies ab.

Auch in den folgenden beiden Stunden, die sich hauptsächlich um Konsum und erneute Abstinenz drehten, änderte sich kaum etwas. Schließlich sagte sie die nächste Stunde ab, vereinbarte einen neuen Termin und kam dann ohne Absage nicht. Als ich schließlich anrief und wir einen neuen Termin vereinbarten, kam sie wieder.

Ohne zunächst auf den aktuellen Konsum einzugehen, fragte ich sie, wie es ihr jetzt ginge, wieder hier zu sein und auch wie es ihr mit mir ginge und ob ihr Fernbleiben etwas mit den letzten Stunden zu tun habe. Sie blickt zu Boden und wirkt verlegen, sie sagt zunächst nichts. Dann berichtet sie sehr zögerlich und jeweils meine Reaktion abwartend, dass sie sich im Moment keine Abstinenz vorstellen könne, dass es einfach nicht realistisch sei. Sie habe in den vergangenen Stunden immer wieder das Gefühl gehabt, versagt zu haben, sie habe das ursprünglich vereinbarte Ziel, die Abstinenz, nicht erreicht. Durch mein ständiges Nachfragen bzgl. Konsum, dem Aufmerksam machen und dem Drängen Richtung stationärer Therapie habe sich das noch verstärkt, ebenso das Gefühl, mich zu enttäuschen und nicht einmal mehr hier zu genügen. Ein altes Thema, das sie gute kenne.

Ich spüre Betroffenheit als Resonanz und melde ihr das auch zurück, dann frage ich schließlich, wie denn mein Anruf bei ihr angekommen sei, nachdem sie zwei Stunden versäumt hat? Da lächelt sie und meint, eh ganz gut, der Anruf habe ihr gut getan.

Dann besprechen wir, was sie sich denn im Moment von einer Therapie hier erwarte, und welches Ziel im Augenblick für sie realistisch sei. Sie würde gerne weiter kommen, und möchte den derzeitigen Konsum von etwa vier Bier am Abend, am Wochenende manchmal etwas mehr, für den Moment stabil halten und nicht mehr als das trinken, das könne sie einhalten. Gleichzeitig möchte sie irgendwann auch wieder abstinent sein, aber im Moment schaffe sie das nicht. Wir besprechen noch ein verändertes Setting und mögliche Inhalte, dann versichere ich ihr noch einmal, dass sie, unabhängig von ihrem aktuellen Konsum einen sicheren Platz hier habe. Ob sie das wisse und sich für heute mitnehmen könne? Sie lächelt wieder und bejaht.

Sie kommt dann noch einige Stunden, in denen der Konsum unverändert bleibt, dann bricht sie die Therapie irgendwann ab.

In beiden Fällen zeigt sich, dass Beziehung und das Gefühl von nicht beurteilendem Angenommensein etwas Heilsames haben kann zur Linderung von Scham, Beziehung und die Angst, sein Gegenüber zu enttäuschen bzw. nicht zu genügen, umgekehrt aber wiederum Scham auslösen kann.

Wie bereits weiter oben im Zusammenhang mit Rückfällen erwähnt, scheint die Scham bei einem Rückfall meiner Ansicht nach oft größer, bei einer längeren und guten therapeutischen Beziehung.

Am Beispiel von Frau U. habe ich mich öfter gefragt, ob ich mit meinem beharrlichen Bewusstmachen auf den zunehmenden Konsum und die Gefahr eines Rückfalls in ihr altes Trinkmuster vielleicht das Abstinenzziel zu sehr in den Mittelpunkt stellte und dabei ihre sich verschlechternde psychische Situation und ihre Befürchtung, auch hier in der Therapie nicht mehr zu genügen, übersah. Nach unserem klärenden Gespräch jedoch hatte ich den Eindruck, dass wir durchaus einen Schritt weiter waren und schätzte die Beziehung wieder als den Umständen entsprechend stabil ein.

Hier bleibt, wie leider sehr häufig in der Arbeit mit suchtkranken Menschen offen, ob ihr Konsum wieder zunehmend exzessiver wurde, sodass es ihr nicht mehr möglich oder im Moment wichtig war, die Termine wahrzunehmen oder sie die Therapie aus Scham, ein vereinbartes Ziel nicht erreicht zu haben, abermals scheute.

5.5 Identifikation mit dem süchtigen Anteil

Neben den Beurteilungen durch andere sind Betroffene infolge eigener verletzter Normen und dem erfahrenen Verlust über die Kontrolle des Konsums meist mit zahlreichen Selbstvorwürfen, Schuldgefühlen und eigenen Entwertungen konfrontiert. Wenn sie sich schließlich für eine Abstinenz entscheiden, möchten sich viele oftmals mit jenem Anteil, der über Jahre konsumiert hat, aus Angst und Scham gar nicht wirklich auseinandersetzen. Aus Angst, dieser Anteil könnte wieder stärker werden und vielleicht wieder die Kontrolle übernehmen, und aus Scham, dass es ihn überhaupt gibt.

Die Integration verleugneter oder abgespaltener Teile ist auch ein wichtiger Bestandteil der integrativen Gestalttherapie.

Perls und Baumgardner (zit. nach Staemmler, 1995, S. 45) sehen die Arbeit des Therapeuten oder der Therapeutin unter anderem darin, die Integration und Versöhnung der miteinander im Widerstreit liegenden Teile der Persönlichkeit zu erleichtern. Dafür bedarf es eines Dialogs, in dem zwei Seinsweisen des Patienten oder der Patientin, die möglicherweise isoliert voneinander einen Kampf um die Kontrolle über die Persönlichkeit führen, miteinander in Kontakt gebracht werden.

Das in Kontakt treten mit dem konsumierenden und süchtigen Anteil erlebe ich häufig als schwierig und schambesetzt, und ist oft erst nach einem längeren Therapieprozess möglich. Gleichzeitig scheint mir erst durch ein besseres Verständnis, durch eine Akzeptanz des süchtigen Anteils im Sinne der paradoxen Theorie der Veränderung (vgl. Beisser zit. nach Staemmler, 2009a) eine Versöhnung und in Folge eine Linderung der eigenen empfundenen Scham möglich.

Dazu zwei Beispiele:

Frau V. war seit etwa einem Jahr wegen einer Alkoholabhängigkeit und Depressionen infolge eines schweren Schicksalsschlages in Therapie. Zu Beginn der Therapie hatte sie einmal einen mehrtätigen Rückfall, sonst jedoch war sie durchgängig abstinent. Nach einem Jahr, als es darum ging, wieder neue Therapieziele zu formulieren bzw. eventuell über ein Therapieende nachzudenken, bot ich ihr einmal einen Rückblick an. Während wir zunächst über die Veränderungen im letzten Jahr sprachen, nahm ich schließlich einen Sessel und schlug vor, dass sie Frau V. zu Beginn der Therapie vor einem Jahr noch einmal auftauchen lassen solle. Sie erstarrte nahezu und wirkte ängstlich. Sie wisse nicht, ob sie das wolle. Ich bot an, die Entfernung selbst zu bestimmen, wo denn der Sessel stehen solle. Sie schob ihn ins ganz andere Eck des Zimmers. Sie konnte ihn zwar direkt sehen, dazwischen war jedoch auch anderes Mobiliar.

Therapeutin: Wie ist das nun, wenn er da drüben steht?

Frau V.: Das ist besser, aus der Entfernung kann ich hinsehen, vorhin, das war viel zu nahe.

Th: Haben Sie das Gefühl, dass dieser Teil von Ihnen schon so weit weg ist?

Frau V.: Ja, der ist schon sehr weit weg und das ist gut so.

Th: Was sehen Sie denn wenn Sie da hin schauen, wenn Sie sich vor einem Jahr sehen?

Frau V.: Eine sehr depressive und trinkende Frau, die keine Perspektiven mehr hatte, die sich aufgegeben hat. Ich hasse sie.

Th: Versuchen Sie doch einmal, direkt mit ihr in Kontakt zu kommen. Sagen Sie ihr, was Sie empfinden, wenn sie diese Frau anschauen.

Frau V.: Ich hasse dich. Ich will nie wieder so sein. Und ich schäme mich für dich.

Th: Möchten Sie vielleicht einmal Platz wechseln und probieren, wie sich das da drüben anfühlt?

Sie erstarrt wieder und lehnt ab, das möchte sie auf keinen Fall. Ihr Blick ist dabei fast ausschließlich auf mich gerichtet.

Th: Gibt es sonst noch ein Gefühl oder Gedanken?

Frau V.: Nein eigentlich nicht.

Th: Können Sie sich noch erinnern, warum es Ihnen da so schlecht gegangen ist und Sie so viel getrunken haben?

Frau V.: Ja natürlich kann ich das, aber der Alkohol hat es auch nicht besser gemacht.

Th: Ja, da haben Sie ganz recht. Er hat es langfristig sicher nicht besser gemacht, aber vielleicht waren Ihre Gefühle und Ihre Trauer zu der Zeit damals nicht anders aushaltbar? Wir können manchmal in Situationen kommen, besonders nach einem Schicksalsschlag, wie Sie ihn erlebt haben, in denen wir mit unseren Ressourcen und Bewältigungsmechanismen nicht mehr auskommen, wo wir einfach überfordert sind. Manche greifen dann zu einem Art Betäubungsmittel, um den Schmerz überhaupt aushalten zu können. Heute ist das anders, da steht der Alkohol nicht mehr im Vordergrund, Sie haben ja mittlerweile Alternativen gefunden, um mit Ihrer Trauer umzugehen, aber dafür braucht es oft Zeit.

Frau V.: Ja, das stimmt, damals gab es wirklich nichts anderes.

Th: Ich kann mich noch gut erinnern, als Sie zum ersten Mal kamen und wenn ich jetzt noch einmal da hinüber schaue, dann sehe ich auch eine Frau V., die sich in einer sehr schwierigen Situation für eine Veränderung und für eine Therapie entschieden hat, und dafür, braucht es, denke ich, auch sehr viel Mut. Können Sie das auch sehen?

Frau V. kämpft mit den Tränen und zögert: Ja, ein bisschen. Jetzt, wo Sie es sagen. Dafür bin ich ihr sehr dankbar, dass sie hierher gekommen ist.

Th: Möchten Sie ihr das vielleicht direkt sagen?

Frau V. lächelt und zögert wieder, und schüttelt dann den Kopf: Nein, das möchte ich jetzt nicht.

Wir stellen den Sessel wieder weg und vereinbaren, vielleicht ein anderes Mal wieder mit dem trinkenden Anteil in Kontakt zu kommen.

Hier wird die starke Hemmung bzw. Ambivalenz, sich mit diesem Teil noch mal auseinander zu setzen, sichtbar, sie spricht fast ausschließlich in der dritten Person über „sie“, so als würde dieser Teil nicht zu ihr gehören. Wut und Ärger sowie Scham sind als Gefühle deutlich spürbar. Erst als ich ihr eine weitere Perspektive aus meiner Wahrnehmung anbiete, wirkt sie sehr berührt und traurig, und es scheint, als würde sie für einen Moment mit dem Teil in Kontakt kommen, um ihn dann aber sogleich wieder zu verbannen.

Frau W. ist eine sehr gepflegte und attraktive Frau, sichtlich auf ihre äußere Erscheinung bedacht, beruflich erfolgreich, und hat zwei Kinder. Sie ist seit einigen Wochen wegen jahrelangem Alkoholkonsum in Therapie und hadert immer wieder sehr mit der Akzeptanz ihres Alkoholproblems und könne nicht verstehen, wie gerade ihr das passieren habe können. Einmal biete ich ihr dazu eine Übung mit dem leeren Stuhl an. Ich schlage vor, den trinkenden Anteil mal auf den Stuhl zu setzen...

Therapeutin: Wenn Sie nun da hinüber blicken, was sehen Sie da?

Frau W: Ich möchte da gar nicht hinschauen, ich hasse diesen Teil. Das bin nicht ich. (Ihr Gesichtsausdruck, ihre Mimik ist hart, sie wirkt erstarrt).

Th.: Im Moment ist jener Teil, der absolut nichts mehr trinken möchte, sehr präsent und Sie spüren diesen Teil viel stärker, aber diesen Teil hier gibt es auch noch, und ich denke, dass es wichtig wäre, mit diesem Teil in Kontakt zu kommen, um ihn vielleicht besser verstehen zu können. Möchten Sie vielleicht einmal hier auf diesem Stuhl Platz nehmen?

Sie zögert zunächst, wechselt dann den Platz.

Th.: Wie geht's Ihnen denn hier? Und was möchten Sie denn gerne Frau W. da drüben sagen?

Sie zögert wieder, ihre Gesichtszüge werden langsam etwas weicher, ihre Augen glasig.

Frau W.: Ich kann nicht immer nur stark sein, ich kann nicht. Es ist mir alles zu viel. Ich sehne mich danach manchmal einfach loszulassen, und die Kontrolle zu verlieren. Einfach nicht mehr nachzudenken...das ist so angenehm. Sie lächelt. Hier bin ich irgendwie auch weicher.

Ich schlage ihr vor, den Platz wieder zu wechseln und frage, wie es ihr geht und wie das bei ihr ankomme.

Ihr Ausdruck wird wieder etwas härter.

Frau W.: Ja, irgendwie kann ich das schon verstehen. Aber irgendwie auch nicht. Ich bin sonst ein so kontrollierter Mensch, in allen Bereichen. Wenn es um die Arbeit geht, um Sport, ich halte fast alles ein, was ich mir vornehme. Nur mit dem Alkohol gelingt es mir nicht.

Th.: Ich habe Sie hier auf diesem Stuhl sehr weich und auch leichter erlebt. Wäre es möglich, dass Sie diesen Teil von Ihnen nur im alkoholisierten Zustand ausleben? Dass der nur unter Alkoholeinfluss zum Vorschein kommt?

Frau W.: Ja, das ist gut möglich. Früher nicht, aber jetzt eigentlich schon. Im Alltag bin ich immer sehr angespannt, alles ist organisiert und durchgeplant damit ich alles unter einen Hut bringe, das kostet viel Anstrengung.

Th.: Ja, das kann ich gut verstehen. Daher ist es umso verständlicher, dass ein Teil von Ihnen auch mal los lassen möchte, nicht alles perfekt machen möchte.

Frau W.: Ohne Alkohol kann ich mich gar nicht mehr entspannen.

Th.: Nun ja, Sie haben sich an den Alkohol als Entspannung gewöhnt, und dabei sind andere Möglichkeiten in den Hintergrund getreten. Es könnte also nun darum gehen, diesen Teil von Ihnen auch ohne Alkohol wieder auszuleben?

Frau W. (wirkt traurig): Ja, das wäre schön. Aber manchmal habe ich Angst, dass er ganz verloren gegangen ist.

Auch hier ist zunächst eine starke Ablehnung spürbar, während durch den Platzwechsel und die Identifikation mit dem trinkenden Teil verständlicher wird, wofür der Alkohol wichtig war und was er möglich gemacht hat.

VI Resümee

Die Scham ist ein durchaus menschliches Gefühl und jeder von uns kennt Situationen, in denen wir verlegen waren oder in denen wir uns geschämt haben. Menschen schämen sich für eine wahrgenommene Schwäche, einen Makel oder auch als Folge von Verletzung einer Norm oder eines Ideals.

Die Häufigkeit und Intensität des Schamgefühls hängt sowohl von der individuellen Schamdisposition als auch von eigenen Bewertungen ab (Bohne, 2008).

In Zusammenhang mit einer Suchterkrankung hat sich gezeigt, dass das Erleben von Scham und Beschämung als ein Vorläufer für die Entwicklung eines Suchtprozesses fungieren, aber auch als Folge dieser entstehen kann.

Den bestehenden Beiträgen aus der Literatur sowie Berichten von Klientinnen und Klienten zufolge sind wesentliche Faktoren beim Erleben eines Schamgefühls in Folge einer Sucht einerseits die Stigmatisierung durch die Gesellschaft, andererseits der zunehmende Verlust der Kontrolle über das Suchtmittel.

Studien haben gezeigt, dass sowohl eigene Verantwortung als auch die subjektive Kontrolle bei einer Sucht deutlich höher eingeschätzt werden, als bei anderen Krankheiten. Diese kausalen Attributionen haben wiederum einen wichtigen Einfluss auf die Resonanz der Gesellschaft im Hinblick auf die Stigmatisierung und den Umgang mit Suchtkranken, ebenso wie auf die Wahrnehmung der Betroffenen selbst (Livingston et al., 2011).

Der Kontrollverlust wird schließlich oft als Schlüsselbegriff herangezogen und steht neben anderen Kriterien für das Krankhafte an der Suchtentwicklung (Uchtenhagen, 2004). Die Erfahrung, zunehmend die Kontrolle an ein Suchtmittel abzugeben und damit einhergehend eine selbstbestimmte Lebensführung zu verlieren, ebenso wie das Auftreten von Rückfällen im Verlauf einer Behandlung, können immer wieder erhebliche Scham- und Schuldgefühle sowie ein Gefühl von Versagen auslösen.

Im Hinblick auf die therapeutische Arbeit beschreiben die meisten AutorInnen eine wertschätzende und vor allem nicht urteilende Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn als den heilsamen Faktor für die Linderung von Schamgefühlen.

Arnold Beisser (zit. nach Jacobs, 2008, S. 312) nennt in diesem Zusammenhang die so genannte „patient permission“ als besonders wichtig, die Erlaubnis an den Klienten oder die Klientin, er oder sie selbst zu sein. Haben KlientInnen nicht den Eindruck, diese Erlaubnis zu bekommen, fühlen sie sich mit ihren Gefühlen und Bedürfnissen nicht zugehörig zu dieser Welt, und darin sieht Beisser eine fundamentale Grundlage für Scham.

Eine wichtige Rolle beim Umgang mit Schamgefühlen kann möglicherweise auch das Ausmaß an Kontrolle und Eigenverantwortung im therapeutischen Setting haben. Während für manche KlientInnen regelmäßige Kontrollmaßnahmen zu Beginn einer Therapie hilfreich sein können, sind sie für andere erneuter Grund zur Beschämung. Manchmal ist es aber gerade ein Moment der Beschämung – sei es durch Konfrontation mit Angehörigen oder dem eigenen Gewährwerden einer Abhängigkeit –, der als Auslöser für eine Veränderung fungiert.

In der therapeutischen Arbeit gilt es, jeweils abzuwägen und individuelle Lösungen zu finden, um eine zunehmende Eigenverantwortung hinsichtlich Abstinenz bzw. anderer Therapieziele, zu ermöglichen und ein therapieinduziertes Schamerleben zu vermeiden.

Die Integrative Gestalttherapie bietet meiner Ansicht nach, dafür einen sehr guten Hintergrund, da sie neben einem ganzheitlichen Menschenbild und einer phänomenologischen Grundhaltung, die Bedeutung einer gleichwertigen Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn als eine zentrale Grundlage sieht.

Auch die Auseinandersetzung mit verleugneten oder abgespaltenen Teilen, kann in Folge einer gelungenen Integration eine ent-schämende Wirkung haben.

Abschließend sei noch einmal festgehalten, dass eine wachsende Sensibilisierung und Auseinandersetzung mit dem Thema Scham – im Besonderen in der Arbeit mit suchtkranken Menschen – für den therapeutischen Prozess unerlässlich ist.

Ziel ist es, bestehende Schamgefühle als solche zu identifizieren und die unterschiedlichen Auslöser und Schamqualitäten zu differenzieren, um dadurch schützende Funktionen zu würdigen und andererseits das Leiden an der Scham zu verringern.

VII Literaturverzeichnis

Amendt-Lyon, Nancy, Bolen, Inge & Höll, Kathleen. (2004). Konzepte der Gestalttherapie. In Markus Hochgerner, Herta Hoffmann-Widhalm, Liselotte Nauser & Elisabeth Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S.37-53). Wien: Facultas.

Arbeitskreis OPD: (Hrsg.) (2001). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual*. Bern: Hans Huber.

Baer, Udo & Frick-Baer, Gabriele. (2011). *Das ABC der Gefühle*. Weinheim: Beltz

Baer, Udo & Frick-Baer, Gabriele. (2008). *Vom Schämen und Beschämtwerden*. Weinheim: Beltz

Bake, Tobias. (2008). Gestalttherapie in der Arbeit mit Abhängigkeitskranken. In Lotte Hartmann-Kottek (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 303-310). Heidelberg: Springer

Becker, Howard. (1973). *Außenseiter. Zur Soziologie abweichenden Verhaltens*. Frankfurt: Suhrkamp.

Bilitza, Klaus. (2008). Psychodynamik der Sucht – Einführung. In Klaus W. Bilitza (Hrsg.), *Psychodynamik der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Theorie* (S. 11-25). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Blankertz, Stefan & Doubrawa, Erhard. (2005). *Lexikon der Gestalttherapie*. Wuppertal: Peter Hammer.

Bohn, Caroline. (2008). *Die soziale Dimension der Einsamkeit. Unter besonderer Berücksichtigung der Scham*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.

Bongers, Dieter, Schulthess, Peter, Strümpfel, Uwe & Leuenberger, Andreas. (2005). *Gestalttherapie und Integrative Therapie*. Bergisch Gladbach: EHP.

Bowlby, John. (1984). *Bindung*. Frankfurt/Main: Fischer.

Buber, Martin. (1995). *Ich und Du*. Stuttgart: Reclam

- Büchner, Uwe. (2009). Der Rückfall im diagnostischen und therapeutischen Prozess. In Klaus W. Bilitza (Hrsg.), *Psychotherapie der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Praxis* (S. 179-190). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Chu, Victor & De las Heras, Brigitte. (1994). *Scham und Leidenschaft*. Zürich: Kreuz
- Dilling, Horst, Mombour, Werner & Schmidt, Martin. (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Hans Huber.
- Dreitzel, Hans Peter. (2004). *Gestalt und Prozess. Eine psychotherapeutische Diagnose oder: Der gesunde Mensch hat wenig Charakter*. Bergisch Gladbach: EHP.
- Feuerlein, Wilhelm. (2002). *Alkoholismus. Warnsignale, Vorbeugung und Therapie*. München: Beck.
- Fuchs, Reiner, Sellmann, Matthias & Bell-D'Avis, Simone. (2006). *Inmitten von Scham, Gewalt und Angst. Theologische Fundierungen der Suchtkrankenpastoral*. Würzburg: Echter Verlag.
- Fuhr, Reinhard & Gremmler-Fuhr, Martina. (1995). *Gestalt-Ansatz. Grundkonzepte und –modelle aus neuer Perspektive*. Köln: EHP Verlag.
- Fuhr, Reinhard, Sreckovic, Milan & Gremmler-Fuhr, Martina. (2006). Das Menschenbild in der Gestalttherapie von Frederick S. Perls, Laura Perls und Paul Goodman. *Integrative Therapie* 32/1, 117-155.
- GÖG/ÖBIG. (2010). Bericht zur Drogensituation 2010.
- Gölz, Jörg. (2004). Stigmatisierung Drogenabhängiger. *Suchttherapie* 5/04 , 167-171.
- Gremmler-Fuhr, Martina. (2001a). Grundkonzepte und Modelle der Gestalttherapie. In Reinhard Fuhr, Milan Srekovic & Martina Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 345-393). Göttingen:Hogrefe.
- Gremmler-Fuhr, Martina. (2001b). Dialogische Beziehung in der Gestalttherapie. In Reinhard Fuhr, Milan Srekovic & Martina Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 393-417). Göttingen:Hogrefe.

Hilgers, Micha. (1996). *Scham. Gesichter eines Affekts*. Göttingen: Vandenhoeck& Ruprecht.

Hirsch, Mathias. (1997). *Schuld und Schuldgefühl*. Göttingen: Vandenhoeck& Ruprecht.

Husserl, Edmund. (1986). *Phänomenologie der Lebenswelt. Ausgewählte Texte II*. Stuttgart: Reclam.

Jacobs, Lynn (2008). Shame in the Therapeutic Dialogue. In Robert Lee & Gordon Wheeler (Eds.), *The Voice of Shame. Silence and Connection in Psychotherapy* (p. 297-315). New York: GestaltPress.

Jacobsen, Thomas, Albertini, V., Dieckmann, A., Forschner, L., Nitzgen, D., Obendiek, J.-H., Sporn, H., Tabatabai, D. & Von Ploetz, K. (2010). Das OPD-Modul für Abhängigkeitserkrankungen. *Suchttherapie 2010, 11*, S. 183-188.

Jacoby, Mario (1997). Scham-Angst und Selbstwertgefühl. In Rolf Kühn, Michael Raub & Michael Titze (Hrsg.), *Scham – ein menschliches Gefühl* (S. 159-168). Göttingen: Westdeutscher Verlag.

Jellinek, Elvin Morton. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven: College and University Press.

Kaufman, Gershen. (1996). *The psychology of Shame* (2nd ed.). New York: Springer.

Körkel, Joachim. (2000). Rückfall. In Franz Stimmer (Hrsg.), *Suchtlexikon* (S.503-511). München: Oldenburg.

Kunzke, Dieter. (2008). *Sucht und Trauma. Grundlagen und Ansätze einer psychodynamisch-integrativen Behandlung*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Lewis, Michael. (1998). Shame and Stigma. In Gilbert, Paul & Andrews, Bernice (Eds.), *Shame. Interpersonal Behaviour, Psychopathology, and Culture* (126-140). New York: Oxford Press.

- Livingston, James, Milne, Teresa, Lan Fang, Mei & Amari, Erica. (2011). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction* 107 (1), p. 39-50.
- Marks, Stephan. (2010). *Die Würde des Menschen. Der blinde Fleck in unserer Gesellschaft*. München: Gütersloher.
- Marks, Stephan. (2007). *Scham – die tabuisierte Emotion*. Düsseldorf: Patmos.
- Marlatt, Gordon (1985). *Relapse Prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Mentzos, Stavros. (2009). *Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Meyer, Thomas. (2008). Alkoholismus – eine außergewöhnliche Krankheit. *Abhängigkeiten* 2/08, 5-14.
- Müller, Bertram. (2001). Ein kategoriales Modell gestalttherapeutischer Diagnostik. In Reinhard Fuhr, Milan Srekovic & Martina Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 647-673). Göttingen: Hogrefe.
- Nausner, Lieselotte. (2004). Anthropologische Grundlagen der Integrativen Gestalttherapie. In Markus Hochgerner, Herta Hoffmann-Widhalm, Liselotte Nausner & Elisabeth Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S.37-53). Wien: Facultas.
- Neckel, Sighard. (1993). Achtungsverlust und Scham – Die soziale Gestalt eines existenziellen Gefühls. In Fink-Eitel, Hinrich & Lohmann, Georg (Hrsg.), *Zur Philosophie der Gefühle* (S. 244-265). Frankfurt: Suhrkamp.
- Perls, Fritz. (1979). *Gestalt-Therapie in Aktion*. Stuttgart: Klett-Kotta.
- Perls, Fritz, Hefferline, Ralph und Goodman, Paul. (1979). *Gestalttherapie. Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Perls, Fritz. (1980). *Gestalt, Wachstum, Integration. Aufsätze, Vorträge, Therapiesitzungen*. Paderbor: Junfermann.

Perls, Fritz. (1982). *Grundlagen der Gestalt-Therapie. Einführung und Sitzungsprotokolle*. München: Pfeiffer.

Perls, Lore. (1989). *Leben an der Grenze. Essays und Anmerkungen zur Gestalttherapie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.

Poser, Wolfgang. (2000). Medikamentenabhängigkeit. In Rainer Thomasius (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen* (S.10-21). Stuttgart: Thieme

Raub, Michael. (1997). Scham – ein obsoletes Gefühl? In Rolf Kühn, Michael Raub & Michael Titze (Hrsg.), *Scham – ein menschliches Gefühl* (S. 27-45). Göttingen: Westdeutscher Verlag.

Retzinger, Suzanne. (1998). Shame in the Therapeutic Relationship. In Gilbert, Paul & Andrews, Bernice (Eds.), *Shame. Interpersonal Behaviour, Psychopathology, and Culture* (206-222). New York: Oxford Press

Röser, Udo & Votsmeier, Achim. (1999). Gestalttherapie in der Behandlung von Suchtkranken am Beispiel der Drogenabhängigkeit. *Gestalttherapie 1/1999* (S. 57-78).

Rost, Wolf-Detlef. (1999). *Die Psychoanalyse des Alkoholismus. Theorie, Diagnostik, Behandlung*. Stuttgart: Klett-Kotta.

Rudolf, Gerd. (2010). *Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma*. Stuttgart: Schattauer

Rudolf, Gerd. (2006). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer

Schomerus, Georg, Lucht, Michael, Holzinger, Anita, Matschinger, Herbert, Carta, Mauro & Angermeyer, Matthias. (2011). The Stigma of Alcohol Dependence Compared with Other Mental Disorders: A Review of Population Studies. *Alcohol and Alcoholism, Vol. 46* (2), pp. 105-112.

Schmidt, Bettina, Alte-Teigeler, Antje & Hurrelmann, Klaus (1999). Soziale Bedingungsfaktoren von Drogenkonsum und Drogenmissbrauch. In Markus Gastpar,

Karl Mann & Hans Rommelspacher (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (S. 51-79). Stuttgart: Thieme

Schmidt-Lellek, Christoph. (2004). Gestalttherapie als dialogisches Verfahren. In Markus Hochgerner, Herta Hoffmann-Widhalm, Liselotte Nauser & Elisabeth Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S.53-77). Wien: Facultas.

Schultheiss, Carlo. (1997). Scham und Normen. Überlegungen aus sozialwissenschaftlicher und analytisch-philosophischer Sicht. In Rolf Kühn, Michael Raub & Michael Titze (Hrsg.), *Scham – ein menschliches Gefühl* (S. 97-111). Göttingen: Westdeutscher Verlag.

Seidler, Günter. (2001). *Der Blick des Anderen. Eine Analyse der Scham*. Stuttgart:

Sosna, Regina. (1995). Kontakt und Beziehung aus gestalttherapeutischer Sicht. In Franz Erbach (Hrsg.), *Sucht: Beziehungen und Abhängigkeit* (S. 66-83). Freiburg: Lambertus

Soyka, Michael & Kufner, Heinrich. (2008). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung-Folgen-Therapie*. Stuttgart: Thieme

Springer, Alfred. (2007). *Drogen und Drogenmissbrauch. Information zur Gesundheitsförderung*. Wien: Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur

Sreckovic, Milan. (2001). Geschichte und Entwicklung der Gestalttherapie. In Reinhard Fuhr, Milan Sreckovic & Martina Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 15-181). Göttingen: Hogrefe.

Staemmler, Frank-Matthias. (2009a). *Das Geheimnis des Anderen – Empathie in der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta

Staemmler, Frank-Matthias. (2009b). *Was ist eigentlich Gestalttherapie?* Bergisch-Gladbach: EHP-Verlag.

Staemmler, Frank-Matthias & Bock, Werner (2001). Verstehen und Verändern. Dialogisch-prozessuale Diagnostik. In Reinhard Fuhr, Milan Sreckovic & Martina Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 673-689). Göttingen: Hogrefe.

- Staemmler, Frank-Matthias. (1995). *Der „leere Stuhl“. Ein Beitrag zur Technik der Gestalttherapie*. München: Pfeiffer.
- Staemmler, Frank-Matthias. (1993). *Therapeutische Beziehung und Diagnose. Gestalttherapeutischen Antworten*. München: Pfeiffer.
- Uchtenhagen, Ambros. (2004). Kontrollverlust und Verhaltenskontrolle. In Jürgen Rink (Hrsg.), *Die Suche nach der Kontrolle. Von der Abstinenzabhängigkeit zur Kontrollabhängigkeit. Beiträge zum Wandel der Zieldiskussion in der Suchtkrankenhilfe* (S. 14-34). Buchholz/Hamburg: Neuland.
- Uhl, Alfred et al. (2009). *Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen. Daten. Fakten. Trends*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Wiechelt, Shelly. (2007). The Specter of Shame in Substance Misuse. *Substance Use & Misuse*, 42, p. 399-409.
- Wurmser, Leon. (2009). Übertragung und Gegenübertragung bei Patienten mit Suchtproblemen. In Klaus W. Bilitza (Hrsg.), *Psychotherapie der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Praxis* (S. 145-159). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wurmser, Leon. (2007). *Die Maske der Scham. Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten*. Frankfurt: Dietmar Klotz.
- Wurmser, Leon. (2000). Psychodynamische Aspekte der Suchterkrankungen. In Rainer Thomasius (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen* (S.40-54). Stuttgart: Thieme
- Yontef, Gary M. (2004). Zum Aspekt der Beziehung und Praxis der Gestalttherapie. *Gestalt-Kritik* 13/1, 30-59.
- Yontef, Gary M. (1999). *Awareness, Dialog, Prozess. Wege zu einer relationalen Gestalttherapie*. Köln: EHP.
- Zinker, Joseph. (1990). *Gestalttherapie als kreativer Prozess*. Paderborn: Junfermann-Verlag.