

SUCHT



Grüner Kreis magazin No 101 | Österreichische Post AG Sponsoringpost 04Z035724 S | DVR: 0743542

Wir danken unseren SpenderInnen

Dkfm. Günter Baumgartner, Wien
Apollonia Berger, Gutenstein
Gabriella Billisics, Großpetersdorf
Beate Cerny, Wien
Wolfgang Exler, Ulrichskirchen
Mag. (FH) Kerstin Formanek, Lustenau
Doris Grossi, Wien
Elfriede Jilg, Bad Vöslau
Mag. Brigitta Kandl, Wien
Karla Kapper, Möllersdorf
Gabriele Karner, Wien
Robert Kopera, Reisenberg
Kriston, Langenzersdorf
Andrea Mader
Dr. Günter Mittendorfer, Linz
Christiane Popp-Westphal, Neulengbach
Dr. Engelbert Posteiner, Ilz
Dieter Regenfelder, Pyhra
August Rosenkranz, Wiesmath
Günter Stacher, Waidhofen
Theodor Toumbalev
Eva Wiedermann, Wien
Dr. Alfons Willam, Wien



Partner des *Grünen Kreises*

Die Niederösterreichische Versicherung unterstützt die Arbeit des *Grünen Kreises*.

»Menschen, die wieder ein selbstbestimmtes Leben ohne Abhängigkeit führen wollen, brauchen vielfältige Unterstützung, um ihre Krankheit zu besiegen. Als Partner des *Grünen Kreises* nehmen wir unsere soziale Verantwortung in der Gesellschaft wahr und leisten damit unseren Beitrag, den Betroffenen auf dem Weg aus der Sucht zu helfen.«

Niederösterreichische Versicherung AG

www.noever.at

Herzlichen Dank im Namen aller KlientInnen des *Grünen Kreises*!

Unterstützen & Spenden

Helfen Sie uns helfen!

Mit Ihrer Unterstützung können wir gemeinsam dazu beitragen, suchtkranken Menschen einen Weg aus der Sucht zu ermöglichen. Ihre Spende wird zur Weiterentwicklung von Projekten & Programmen im *Grünen Kreis* verwendet.

Bitte verwenden Sie für Ihre Spende die NÖ Landesbank-Hypothekenbank AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222
BIC HYPNATWW
oder fordern Sie bei spenden@gruenerkreis.at einen Zahlschein an.

Weitere Informationen finden Sie auch auf

www.gruenerkreis.at

im Bereich »Spenden & Sponsoring«.

Impressum

Erklärung über die grundlegende Richtung gem. § 25 Mediengesetz vom 12.6.1981:

Das Aufgabengebiet des *Grüner Kreis*-Magazins bildet die Berichterstattung zur Prävention suchtspezifischer Probleme im Allgemeinen, die wissenschaftliche Aufarbeitung der Abhängigkeitsthematik sowie Informationen über die Tätigkeit des Vereins *Grüner Kreis*.

Das *Grüner Kreis*-Magazin erscheint viermal jährlich in einer Auflage von je 30.000 Exemplaren

Medieninhaber: *Grüner Kreis*, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

Herausgeber: Verein *Grüner Kreis*

Geschäftsführer: Dir. Alfred Rohrhofer

Redaktion: Dir. Alfred Rohrhofer, Peter Lamatsch,

Eigenverlag: *Grüner Kreis*, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

Alle: 1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103

Tel.: +43 (0)1 5269489 | **Fax:** +43 (0)1 5269489-40

redaktion@gruenerkreis.at | www.gruenerkreis.at

Layout: Peter Lamatsch

Anzeigen: Sirius Werbeagentur GmbH

Druck: AV+Astoria Druckzentrum GmbH

Diese Ausgabe entstand unter Mitarbeit von:

Alfred Rohrhofer, Jens Tiedemann, Human-Friedrich Unterrainer, Hans-Peter Kapfhammer, Julia Döring, Kathrin Grechenig, Martin Schenk, Elisabeth Aberer, Gabriela Hütter, Dominik Batthyány, Anita Rinner, Kurt Neuhold und KlientInnen im *Grünen Kreis*

Bildquellennachweis:

Cover: Mara360 / istockphoto.com

Autorenportraits: privat (soweit nicht anders erwähnt)

Gender-Hinweis: Die Redaktion greift grundsätzlich nicht in die Texte der GastautorInnen ein. Sofern sich ein Autor oder eine Autorin für die Verwendung des generischen Maskulinums entscheidet, soll damit keine Bevorzugung des Männlichen und insbesondere keine Diskriminierung des Weiblichen zum Ausdruck kommen. Die gewählte Form dient allein der besseren Lesbarkeit des Textes resp. einer leichteren Verständlichkeit seines Inhalts.

Der *Grüne Kreis* dankt seinen Förderern



editorial



Liebe Leserin, lieber Leser!

Wie Jens Tiedemann in seinem einleitenden Beitrag ausführte, gilt die Scham auch als jener Affekt, der die Wurzel für Gefühle der Minderwertigkeit darstellt. Wenn das Selbstwertgefühl sinkt und sich Scham, Minderwertigkeitsgefühle und Selbsthass einstellen, können Alkohol oder Drogen ins Spiel kommen.

Süchtiges Verhalten ist hochgradig schambesetzt. Die Bedeutung von Schamkonflikten bei Suchterkrankungen sowie die Rolle der Scham im therapeutischen und sozialen Kontext bilden daher den Themenschwerpunkt dieser Ausgabe unseres Magazins. Darüber hinaus wird die wechselseitige Beziehung von Scham und Würde – auch in Bezug auf suchtkranke Menschen – philosophisch untersucht. Allen AutorInnen ein herzliches Dankschön für ihre profunden wie erhellenden Beiträge.

In eigener Sache sei auf die Vortragsreihe »Wissenschaft im Pool 7« hingewiesen. Dabei referieren ExpertInnen zu wissenschaftlichen Fragestellungen mit Bezug auf Sucht und Therapie.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre

Alfred Rohrhofer



Helpen Sie uns helfen!

»Wir heißen Sebastian und Felix. Wir wissen wie es ist, mit Eltern aufzuwachsen, die zu Alkohol und Drogen greifen. Selten denken die Erwachsenen daran, wie sehr wir Kinder darunter leiden. Ein Glück, dass wir Hilfe vom »Grünen Kreis« bekommen. Hier arbeiten Menschen, die sich auskennen und sich um uns kümmern.«

Sucht ist eine Krankheit, unter der alle Familienmitglieder leiden. Die Suchtgefährdung der Kinder, die in ihrer eigenen Familie schon mit diesem Problem konfrontiert sind, ist um ein Vielfaches erhöht. Rechtzeitige Hilfe verhindert langfristige Probleme. Unsere Präventionsarbeit verhindert, dass die Kinder von heute nicht die Suchtkranken von morgen werden.

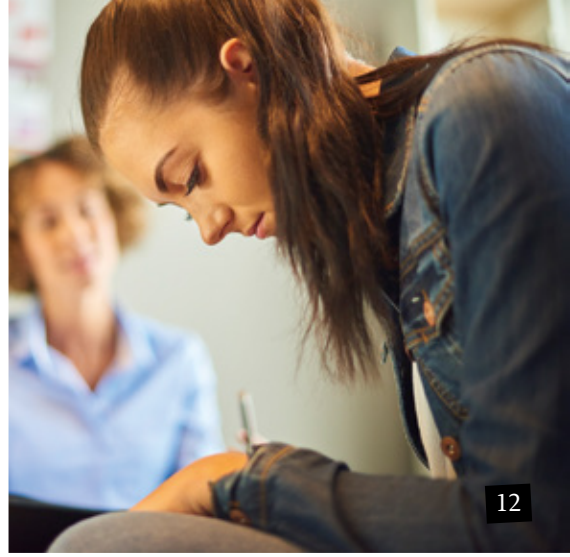
Geben Sie Sucht keine Chance - unterstützen Sie unsere Ziele durch Ihre Spende!

Verein Grüner Kreis | NÖ Landesbank-Hypothekenbank AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222 | BIC HYPNATWW





30



12



20



24



26

Inhalt

- 3** Editorial
Alfred Rohrhofer

- 6** Sucht und Scham
Jens Tiedemann

- 8** "Ausgschamt is ..." zur Psychopathologie des Schamgefühls
Human-Friedrich Unterrainer, Hans-Peter Kapfhammer

- 10** Was ist Peinlichkeit?
Julia Döring

- 12** Aspekte der Scham in der therapeutischen Beziehung
Kathrin Grechenig

- 16** Unser Betreuungsangebot

- 18** Soziale Stigmatisierung, Achtungsverlust, Scham
Martin Schenk

- 20** Die Haut als Betrachtungsprojekt
Elisabeth Aberer

- 22** Spurensuche
Betroffene berichten über ihr Leben mit der Sucht

- 24** Die Rolle von Scham und Schuldgefühlen bei Sucht und Abhängigkeit
Gabriela Hütter

- 26** Scham und Würde
Dominik Batthyány

- 28** Anita Rinner
Ent-Schuldigung der Sucht?

- 30** Kunst im Grünen Kreis
Kunstworkshop »Phönix aus der Asche«

Sucht und Scham



von Jens Tiedemann

Die Beziehung zwischen Scham und Sucht ist äußerst komplex und mannigfaltig..

Primäre und sekundäre Scham in der Sucht

Zunächst können wir Scham in eine primäre und eine sekundäre Scham unterteilen. Scham kann ein äußerst unangenehmes, sogar unerträgliches, unmittelbares, nicht zu bezwingendes Gefühl sein, das dazu führt, dass Drogen- oder Alkoholkonsum überhaupt als »pharmakologischer Abwehrmechanismus« zum Tragen kommt. Auf der anderen Seite entsteht auch viel Scham – die sogenannte »sekundäre« Scham – durch den immer wieder mittels der Droge ausgelösten affektiven Kontrollverlust im privaten oder öffentlichen Raum. Der Alkoholiker, der im alkoholisierten Zustand schamlos unzensuriert aggressiv erscheint, der Ecstasy-Berauschte, der distanzgemindert im Club oder der Disco sich anderen gegenüber sexuell ausschweifend verhält und damit die konventionellen Intimitätsgrenzen überschreitet. Vorstellbar ist auch der Kokser, der ungebremst seine narzisstischen Größenphantasien zu leben versucht und dabei schamlos egozentrisch erscheint, um hier nur einige Beispiele zu nennen.

Die erste Form der Scham kann man als »primäre« Scham bezeichnen und sie bezieht sich auf eine Reihe von negativen Selbstdefinitionen und Selbstabwertungen, die in extremer Form einen grundsätzlichen Selbsthass ausdrücken, der mittels der Droge oder des Alkohols verdrängt oder verleugnet werden muss. Im Zuge einer Abhängigkeitsentwicklung entsteht dann eine *sekundäre Scham*, die daraus erwächst, dass der Betroffene sich mit dem Wissen konfrontiert sieht, von einem Suchtmittel abhängig zu sein. Diese Abhängigkeit soll jedoch verleugnet werden, da sie oft als ein extremer Makel, eine Schande und Niederlage empfunden wird.

Häufig besteht auch eine unerträgliche Scham im Nachhinein darüber, dass andere Menschen Zeugen der Abhängigkeit und der damit verbundenen sozialen Entgleisungen geworden sind.

Um diese Scham für die eigene Schwäche und Abhängigkeit nicht in ihrer ganzen Deutlichkeit spüren zu müssen, greifen Süchtige oft zum Hilfsmittel der Verleugnung als typische Abwehr solcher unerträglicher Affekte, das sich schon vorher für sie »bewährt« hat: zur Droge. Dadurch entstehen Teufelskreise, bei denen das Trinken oder der Drogenkonsum zu vernichtender Scham führt, die nur mit erneutem Drogenkonsum zu bewältigen ist.

Moderne psychoanalytische Suchtttheorie

Während Sigmund Freud noch von triebhafter Maßlosigkeit als einer oralen Fixierung und einem Verständnis der Sucht als Ersatz des mangelnden Sexualgenusses ausging, gründet sich die gegenwärtige psychoanalytische Suchtttheorie (Voigtel 2015) auf der Vorstellung, dass der Ausgangspunkt des Strebens nach Rausch eine »Initialverstimmung« sei. Damit ist eine äußerst unerträgliche Mischung von unterschiedlichen Affekten gemeint, wie diffuse Wut, Scham, Trennungssängste, die zu schmerzhaft wären, wenn sie bewusst würden, wenn nicht gar unerträglich. Mit anderen Worten, in der psychoanalytischen Suchtttheorie wird das psychische Abwehrgeschehen gegen ein bewusstes oder unbewusstes subjektives Leidensempfinden ins Zentrum gestellt. Die Droge wird in der Folge als Selbstmedikation benutzt, mit deren Hilfe der Süchtige seine negativen Affekte »selbstregulierend« zum Positiven verändern will. Als allgemeiner Ausdruck des Selbsthasses ist ebenfalls das Fehlen der Selbstfürsorge zu werten: Süchtige sind der Überzeugung, dass sie sich nicht um sich zu kümmern bräuchten, weil sie eh nichts wert seien.

Im Zentrum dieser »Initialverstimmung« des zukünftig Süchtigen stehen u.a. Gefühle der demütigenden Schwäche bzw. Wertlosigkeit, etwas, das unterschiedliche Autoren als »Urscham« (Wurmser 1990) oder »Daseinsscham« (Tiedemann

2008) beschrieben haben. Das heißt, eine innere empfundene Grundüberzeugung, dass man im Ganzen genommen nicht liebenswert sei, so wie man ist. Im Rausch komme es dagegen zu einem Anstieg der Selbstliebe, indem die Anforderungen der Realität ausgeblendet werden und die Allmachts- und Verschmelzungsgefühle, sich geborgen und warm zu fühlen, Oberhand bekommen. Mit anderen Worten: Das Grundgefühl undifferenzierte Selbstablehnung, das besonders der schwer Süchtige empfindet, ist die Überzeugung, grundlegend schlecht zu sein, und löst den starken Wunsch aus, diese Überzeugung zu betäuben. Hier kommt besonders ein Aspekt der Psychologie der Scham zu tragen: Das Schamgefühl ist, zusammen mit dem Angstgefühl, insgesamt der sich am leichtesten generalisierende, der am schnellsten sich ausbreitende und überflutende von allen Affekten. Es ist auch jener Affekt, der die Wurzel für Gefühle der Minderwertigkeit darstellt.

Scham als Diskrepanz zwischen Ist- und Sollzustand

Schamgefühle werden andererseits in der psychoanalytischen Literatur als Diskrepanz zwischen dem Ich-Ideal und dem Ich verstanden. Das Ich-Ideal ist jener Aspekt des Gewissens, der sich auf Ideale und Ziele richtet und zu psychischen Konflikten führen kann, in denen es um Scham

Schamgefühle werden in der psychoanalytischen Literatur als Diskrepanz zwischen dem Ich-Ideal und dem Ich verstanden.

geht. Diese Zuordnung von Scham als Konflikt zwischen Ich und Ich-Ideal – d.h., wie ich mich gerne *sehen möchte* und wie ich mich *tatsächlich erlebe* – lässt sich mit anderen Worten so beschreiben, dass Scham auch eine Folge des subjektiven Erlebens, dem eigenen Ich-Ideal nicht genügt zu haben, entsteht (Tiedemann 2013). Der affektive »Gegenspieler« der Scham wäre der Affekt des Stolzes, der mir intrapsychisch anzeigt, dass sich mein Real-Ich meinem Ideal-Ich angenähert hat und mein Selbstwertgefühl ansteigt. Wenn das Selbstwertgefühl sinkt, unerträgliche Schamgefühle auftreten, Minderwertigkeitsgefühle das Denken überschwemmen, der Selbsthass und die Selbstverunglimpfung im Inneren toben (der »innere Richter«), kommt der Alkohol oder die Droge ins Spiel, weil die gefühlsverändernde Wirkung des Mittels quasi »per Knopfdruck« die unangenehmen Gefühle verschwinden lässt und stattdessen angenehme Gefühle hervorruft.

Süchtige Psychostruktur

Die zentralen Aspekte der süchtigen Psychostruktur sind zusammengefasst

folgende: Die »Initialverstimmung« enthält tiefe Gefühle von Selbstwertlosigkeit, Scham und abwechselnd Angst und Selbsthass und zeichnet sich durch eine gewisse Diffusität aus. Die Sucht dient dann, psychoanalytisch betrachtet, der Bekämpfung dieser Initialverstimmung durch den Gebrauch affektverändernder Mittel. Mit anderen Worten: Der Süchtige versucht, den haltgebenden, wärmenden, euphorisierenden Zustand, den sonst ein lebendiger Mensch in ihnen erzeugt hätte, durch ein unbelebtes Mittel zu stimulieren und den Menschen dabei auszuschalten. Das Eingeständnis, als Mensch auf andere angewiesen zu sein, würde im Süchtigen große Scham hervorrufen.

Literatur

Tiedemann, J. (2008): Die Scham, das Selbst und der Andere. Göttingen: Psychosozial-Verlag.

Tiedemann, J. (2013): Scham. Göttingen: Psychosozial-Verlag.

Voigtel, R. (2015): Sucht. Göttingen: Psychosozial-Verlag.

Wurmser, L. (1990): Die Maske der Scham. Berlin: Springer.

Dr.phil., Dipl.-Psych. Jens Tiedemann

Psychoanalytiker, Körperpsychotherapeut, Dozent und Lehrtherapeut an unterschiedlichen Ausbildungsinstituten, lange in Suchtkliniken tätig gewesen, heute in niedergelassener Praxis in Berlin-Kreuzberg



Buchtipps

Lorenz Gallmetzer

Süchtig

Von Alkohol bis Glücksspiel

Lorenz Gallmetzer war jahrelang ORF-Korrespondent in Washington und Paris, und er war Alkoholiker. In Kalksburg, der größten Suchtklinik Europas, gelang ihm der Entzug. Dort traf er auf Menschen, die wie er den Kampf gegen die Sucht nicht aufgegeben haben.

Etwa B.S., gutbürgerliche Ehefrau eines Anästhesisten, die zu trinken begann, nachdem ihr Mann Selbstmord begangen hatte.

Oder C.K., leitender Angestellter, der ins Trinken »hineingerutscht« ist: vom Genuss trinken über das Frust- und Kompensationstrinken zum Trinkzwang.

Aber auch C.P.: Als Kind missbraucht, hatte sie zwei gewalttätige Lebensgefährten und wurde zur Prostitution gezwungen. Amphetamine und Alkohol gehörten zum Alltag. Sie hat sieben Kinder und keine Arbeit. Es sind dramatische Geschichten, die Lorenz Gallmetzer in diesem Buch erzählt, nicht zuletzt seine eigene: Der erfolgreiche Journalist hält seine Depressionen über viele Jahre mit Alkohol im Zaum, bezwingt damit Stress und Versagensängste, bis er sich eines Tages eingestehen muss, dass ihn die Sucht im Griff hat.

Die Gefahr, süchtig zu werden, lauert an vielen Orten. Wer dieses Buch gelesen hat, versteht, warum.

Kremayr & Scheriau | Hardcover-ISBN: 978-3-218-01039-9 | E-Book-ISBN: 978-3-218-01051-1

»Ausg'schamt is ...«

Zur Psychopathologie des Schamgefühls



von Human-Friedrich Unterrainer



und Hans-Peter Kapfhammer

»Und ist der Ruf erst ruiniert,
lebt es sich ganz ungeniert«

Das Zitat wird neben Wilhelm Busch auch Berthold Brecht zugeschrieben, und demnach können ein schlechtes Ansehen bzw. ein »gewisser Ruf« mitunter durchaus hilfreich sein. Denn erstens: schlimmer kann es eigentlich nicht mehr werden, und zweitens: können Mann und Frau dann ohne Hemmungen tun und lassen, was sie wollen bzw. ist auch keinerlei Rücksicht mehr auf Sitte und Anstand vonnöten. Es hat sich sozusagen »ausgeschämt«: Bei diesem ursprünglich aus Niederbayern stammenden Begriff darf unter einer »ausg'schamten« Person ein besonders durchtriebener, nur auf den eigenen Vorteil bedachter Mensch verstanden werden. Dementsprechend polterte auch die Süddeutsche Zeitung im Sportteil der Ausgabe vom 13. Mai 2013: »Beim Spieltransfer-Zinnober zwischen Borussia Dortmund und Bayern München sind offensichtlich viele Ausgschamte am Werk, nur werden sie für egoistisches Geschachere auch noch bewundert«^[1].

Soviel zur Einleitung. Der genaue etymologische Ursprung des Wortes Scham ist allerdings nicht endgültig geklärt. So finden sich dessen Wurzeln laut Einschätzung etlicher AutorInnen im althochdeutschen »scama«, das seinerseits auf die indogermanischen Wurzeln – kām bzw. kēm = verbergen, verhüllen, verdecken – zurückzuführen ist. Das vorangestellte »s« dient dabei als verkürztes Reflexivpronomen, somit kommt die Scham auch »sich verbergen« gleich. Bemerkenswerterweise lässt sich das englische Wort »skin« (zu Deutsch: Haut) auf die gleiche Wurzel zurückführen. Dementsprechend weist die Haut, welche ja auch als Schutzhülle für den dazu gehörenden Körper gesehen werden kann, durch »Schamesröte« auf ein momentanes Schamempfinden des darunterliegenden Organismus hin^[1-4].

Schamgefühle haben einen großen Einfluss auf das Verhalten und treten immer dann auf, sobald das tatsächliche Sosein hinter dem Selbstbild zurückbleibt. Dies ist natürlich in jenem Fall besonders schmerzhaft, wenn andere Personen Zeugen des Vorgangs wurden, da es ja beim Selbstbild vor allem darum geht, dieses vor anderen Personen zu wahren. Durch eine Beeinträchtigung des Selbstbildes kommt es immer auch zu einer Gefährdung des

eigenen Status bzw. der subjektiv wahrgenommenen Stellung in der Gemeinschaft, was dann in weiterer Folge Sorge bzw. Angstgefühle hinsichtlich der eigenen Existenz auslösen kann. Demzufolge ist die Regulation des Selbstwertgefühls ein fortwährender Anpassungsprozess der eigenen inneren Vorgaben an die Gegebenheiten der Umwelt und unterliegt damit entwicklungspsychologischen Gesetzen einerseits bzw. kulturellen Normen andererseits. Je höher der Druck ist, der von diesen Normen und Wertvorstellungen der Gesellschaft ausgeht, desto höher muss auch die Anpassungsleistung sein, um diesen Normen zu entsprechen. Hier kann es zu einer Verzerrung der spontanen Entwicklungsdynamik der heranreifenden Person kommen^[4].

»Der Verlust von Scham ist das erste Zeichen von Schwachsinn«, urteilte schon Sigmund Freud laut einer wenig vertrauenerweckenden Internetressource^[5] – dieser hat dann aber in besser abgesicherter Weise auch Substanzielleres zur Thematik beizutragen: So kann nach Freud unter Scham ein Motiv für Abwehr, demnach eine affektive Erfahrung, verstanden werden, welche geprägt ist durch die Furcht, seine innersten Geheimnisse an BeobachterInnen weiterzugeben. Des Weiteren wird Scham auch mit Moralität und Ekel in Verbindung gebracht und als Grund für die Verdrängung der Sexualität gesehen. Im Originalton liest sich das dann folgendermaßen: »..., daß Scham und Moralität die verdrängenden Kräfte sind und daß die natürliche Nachbarschaft der Sexualorgane unfehlbar beim Sexualerlebnis auch Ekel wecken muß.« (Sigmund Freud, Briefe an Wilhelm Fließ, 1896 zitiert nach^[6])

Damit wären wir endgültig bei der Psychopathologie des Schamgefühls angelangt, wobei betont werden muss, dass die spontane Regulation des Schamerlebens nur dann psychischen Schaden verursacht, wenn diese Abläufe durch die Gemeinschaft bzw. gesellschaftlich und kulturell verhindert werden. Scham bzw. die Angst, »das Gesicht zu verlieren«, treibt den Beschämten im Allgemeinen dazu, sich verbergen zu wollen – er zieht sich zurück, macht sich klein und kann so auch zur Durchsetzung gesellschaftlicher Machtverhältnisse missbraucht werden.

Zu Recht fühlt man sich deshalb in der Kultur mitunter unbehaglich, da diese nicht als positiver Wert an sich gelten darf, sondern sich erst dann als wertvoll erweist, wenn sie ihre Mitglieder nicht mehr einschüchtert. Der beschämte Mensch fühlt sich minderwertig und lässt all seinen Anspruch fahren, als gleichrangiges Mitglied der Gesellschaft zu gelten^[3-4;7].

An dieser Stelle darf abermals die Süddeutsche Zeitung – aus einer rezenten Ausgabe vom 10. Dezember 2016 – zitiert werden: »Schämen Sie sich!«, so der Titel des Beitrags, welcher über die Ausstellung »100 Gründe, um rot zu werden« im Deutschen Hygiene-Museum berichtet. Hier erfährt man dann einiges Kurioses, nämlich dass der Museumsgründer Karl August Lingner auch als Erfinder des Odol-Mundwassers gelten darf und dieses eigentlich nur deshalb erfunden hat, um seinen üblen Mundgeruch, bedingt durch eine warzenartige Verhornung auf seiner Zunge, diese wiederum bedingt durch starkes Zigarettenrauchen, zu übertünchen. Als sein Leiden öffentlich bekannt wurde, hütete die Konkurrenz dann auch nicht die eigenen Zungen, sondern erging sich wenig originell im Spott über den »kranken Mund des Mundwasserkönigs«. Insgesamt wagt die ganze Ausstellung einen Streifzug bzw. einen Leidensweg durch die Geschichte der Scham und beschreibt diese als eine zutiefst menschliche Eigenschaft, die ja, will man der Bibel Glauben schenken, schon im Garten Eden einiges an Ungemach verursacht hat^[8].

Dementsprechend lässt sich der Scham dann auch durchaus Positives abgewinnen. So wird der beschämten Person oftmals Mitleid bzw. Mitgefühl zuteil, was dann eine heilsame Wirkung haben kann. Beachtenswerterweise wird damit das »achtsame Selbstmitgefühl« auch in der Arbeit mit psychiatrischen PatientInnen zum aufstrebenden Forschungsgebiet und zur bedeutsamen Interventionsstrategie für die klinische Praxis. Auf konzeptueller Ebene setzt sich dieses aus 1) Freundlichkeit als emotionale Antwort auf unser eigenes Leiden, 2) dem Gefühl der gemeinsamen Menschlichkeit und 3) der Achtsamkeit gegenüber schmerzvollen Emotionen zusammen. Insgesamt weist mittlerweile eine Reihe von Studien das achtsame Selbstmitgefühl als positiv verknüpft mit einer Vielzahl von Parametern des psychischen Wohlbefindens (zum Beispiel einer höheren Lebensqualität und einer verbesserten Stressverarbeitung) aus^[9]. Kürzlich brachte eine erste eigene empirische Arbeit bei stationär untergebrachten

Der beschämte Mensch fühlt sich minderwertig und lässt all seinen Anspruch fahren, als gleichrangiges Mitglied der Gesellschaft zu gelten.

»Burn-out«-PatientInnen ebenfalls recht vielversprechende Ergebnisse. So zeigte sich in der Versuchsgruppe, welche ihr achtsames Selbstmitgefühl trainierte, ein deutlich verbessertes ängstlich-depressives Zustandsbild nach der Behandlungsphase von sechs Wochen. Allerdings ist einschränkend zu vermerken, dass in der Vergleichsgruppe, welche progressive Muskelrelaxation trainierte, keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden konnten^[10].

Fokussiert man nun auf den Bereich der Suchterkrankungen, so lässt sich mit Tiedemann^[6] von einer eigenen Form der Abhängigkeitsscham berichten. Diese tritt dann auf, »wenn die eigene Abhängigkeit von anderen oder auch das Herausfallen aus Beziehungen, die eigentlich gewünscht sind, schmerzhaft deutlich wird« (S. 83). Des Weiteren lässt sich die Scham anhand der verschiedenen Phasen des Ablaufs einer Suchterkrankung diskutieren. So geht es in der Sucht oftmals um das Verbergen des eigenen abhängigen Verhaltens und die damit verbundene Scham bzw. betrifft diese dann auch in weiterer Folge die Angehörigen der/des Suchtkranken^[11]. In einer empirischen Arbeit zum »Selbst-Vergeben«, »Schamerleben« bzw. zum »Schulderleben« zeigte sich zudem ein interessanter Effekt: Im Einklang mit bisherigen Forschungsarbeiten zeigte sich Schulderleben als positiv mit dem Sich-Vergeben korreliert, während ein erhöhtes Ausmaß an Schamgefühlen eine negative Korrelation mit dem Sich-Vergeben aufwies. Eine wichtige Rolle kommt in dieser Studie der »Akzeptanz« im therapeutischen Geschehen zu. Jene stand im signifikanten Zusammenhang mit allen untersuchten Parametern und wies auch eine mediiierende Funktion für das Schuld- und Schamerleben auf^[12].

Der Abbau von Schamerleben im therapeutischen Prozess ist also durchaus als heilsam für die menschliche Psyche zu werten. Unseren Beitrag beschließend wären wir damit also wieder bei der titelgebenden Schamlosigkeit angelangt. Sind also die »Ausg'schamten« die psychisch robusteren Menschen? Wahrscheinlich nicht. Hier findet sich die möglicherweise etwas spitzfindige Differenzierung zwischen Schamfreiheit und Schamlosigkeit.

Dabei ist Folgendes zu notieren: »Schamfreiheit ist eine seltene Tugend – Schamlosigkeit ein seltenes Laster«^[4]. Eine genauere Abgrenzung erscheint dann etwas aussichtslos und in Rückbesinnung auf das ereignisreiche Präsidentschaftswahljahr 2016 vielleicht auch nicht wirklich angebracht. Hier wären wir dann aber beim großen Kapitel der Fremdscham gelandet, welches in seinem Ausmaß die Grenzen dieses Beitrags klar sprengen würde.

Literatur

1. **Internetressource:** <http://www.sueddeutsche.de/bayern/kratzers-wortschatz-wenn-die-sau-tartuffo-frisst-1.1569333-6> [aufgerufen am 03.01.2017].
2. **Kobler, G.** (1993). Althochdeutsches Wörterbuch. 3. Aufl. Elektronische Version unter <http://homepage.uibk.ac.at/~c30310/ahdwbhin.html> [aufgerufen am 3.1.2017].
3. **Baer, U. & Frick-Baer, G.** (2008). Vom Schämen und Beschämtwerden. Weinheim: Beltz.
4. **Internetressource:** <http://www.seele-und-gesundheit.de/psycho/scham.html> [aufgerufen am 3.1.2017].
5. **Internetressource:** <http://gutezitate.com/zitat/262703> [aufgerufen am 3.1.2017].
6. **Tiedemann, J. L.** (2016). Scham. 2. Aufl. Gießen: Psychosozial-Verlag.
7. **Freud, S.** (1953). Das Unbehagen in der Kultur. Frankfurt: Fischer.
8. **Internetressource:** <http://www.sueddeutsche.de/wissen/ausstellung-schaemen-sie-sich-1.3285817> [aufgerufen am 3.1.2017].
9. **Neff, K. D. & Germer, C. K.** (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69 (1), 28-44.
10. **Gaiswinkler, L., Kaufmann, P., Pollheimer, E., Ackermann, A., Holasek, S., Kapfhammer, H. P. & Unterrainer, H. F.** (2017). Mindfulness and Self Compassion in Clinical Psychiatric Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial. In Vorbereitung.
11. **Wiechelt, S. A.** (2007). The specter of shame in substance misuse. *Substance use & misuse*, 42 (2-3), 399-409.
12. **McGaffin, B. J., Lyons, G. C., & Deane, F. P.** (2013). Self-forgiveness, shame, and guilt in recovery from drug and alcohol problems. *Substance abuse*, 34 (4), 396-404.

PD Dr. Human-Friedrich Unterrainer

Privatdozent an der Karl-Franzens-Universität bzw. Medizinischen Universität Graz; Lektor an der Universität Wien; Leitung des Center for Integrative Addiction Research (CIAR) im Verein Grüner Kreis

Univ.-Prof. Dr. Hans-Peter Kapfhammer

Vorstand der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie an der Medizinischen Universität Graz

Was ist Peinlichkeit?



von Julia Döring

Was genau darf man unter Peinlichkeit verstehen?

Peinlichkeit betrifft klassischerweise eigene negative Verhaltensabweichungen von Norm und Normalität in der Öffentlichkeit. Um es etwas verständlicher auszudrücken: Fallen der Eindruck, den wir vor anderen machen wollen, und die Figur, die wir tatsächlich abgeben, im negativen Sinne auseinander, ist uns das peinlich. In peinlichen Situationen fallen wir plötzlich »aus der Rolle«, haben kurzfristig die Kontrolle über unser Verhalten verloren: Wir können nicht mehr so, wie wir eigentlich wollen – wir sind plötzlich sprachlos, stehen wie angewurzelt oder erstarrt da, fangen an zu stottern oder haben intellektuelle Blackouts, obwohl doch gerade jetzt blitzschnelles und souveränes Handeln von uns gefordert wäre, um die Situation zu »retten« bzw. wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Leider fallen uns die schlagfertigen Antworten und lockeren Reaktionen immer erst im Nachhinein ein. Und wir fragen uns dann: Warum habe ich nicht einfach XY gesagt oder getan? Ganz einfach: Weil wir nur dann witzig, locker oder schlagfertig agieren können, wenn wir uns in unserem natürlichen Handlungsfluss bewegen, indem wir unserem sozialen Umfeld zugewandt sind und dieses beobachten und bewerten. Das Peinlichkeitsgefühl durchbricht diesen Fluss und kehrt ihn um: Wir werden urplötzlich auf uns selbst zurückgeworfen. Diese unwillkürliche und unangenehme Selbstbeobachtung – wir schauen von außen mit einer Lupe auf uns – ist das Charakteristische am Peinlichkeitsgefühl und macht strategisches Handeln kurzfristig unmöglich.

Welche Unterschiede ergeben sich zum Scham- bzw. zum Schuldgefühl?

- Wann ist mir etwas peinlich, wann schäme ich mich bzw. wann fühle ich mich schuldig?
- Wie verhält sich die Peinlichkeit zum »Fremdschämen«?

Peinlichkeit bezieht sich auf Teilaspekte unserer Persönlichkeit – auf bestimmte Rollen, die wir in der Öffentlichkeit einnehmen. Scham hingegen bezieht sich

auf unsere ganze Person und betrifft eine Verletzung unseres innersten Selbstbildes – z. B. Moralvorstellungen oder Ideale, mit denen wir uns bis ins Letzte identifizieren. Es gibt noch einen Unterschied: Schämen können wir uns auch vor uns selbst, allein zu Hause, unter der Bettdecke: z. B. für verbotene Gedanken oder Begierden, ein früheres »Verbrechen«, von dem niemand weiß, oder das Nichterreichen eines selbst gesetzten Zieles. Wer sich schämt, fühlt sich als schlechter oder minderwertiger Mensch, er ist niedergeschlagen und deprimiert. Es ist der »internalisierte Andere«, das »Über-Ich«, vor dem wir uns schämen. Peinlichkeit betrifft das Bild, das wir vor anderen abgeben wollen, den Eindruck, den wir erzeugen möchten. Es geht um eine Facette unseres Verhaltens – z. B. als zuverlässiger Arbeitskollege, freundlicher Nachbar, kompetenter Fachspezialist –, nicht um unseren Wert als ganze Person. Daher sind Peinlichkeitskonflikte in der Regel viel harmloser als Schamkonflikte, sie können besser verarbeitet oder »weggelacht« werden und werden auch nicht so stark von anderen Gefühlen überlagert. Schamgefühle hingegen sind für uns so schwer auszuhalten, dass sie oft von Aggressionen oder Depressionen »übermantelt« werden.

Schuldgefühle teilen mit Peinlichkeits- und Schamgefühlen den Bezug zu negativen Selbstaspekten, beziehen sich aber stets darauf, dass unser Verhalten negative Konsequenzen für andere hat. So kann es mir peinlich sein, eine Verabredung vergessen zu haben, da ich doch als zuverlässig gelten möchte. Schuldig fühlen kann ich mich bei dem Gedanken, dass mein Bekannter eine volle Stunde verzweifelt in der Kälte auf mich warten musste und sich dabei eine dicke Erkältung eingefangen hat. Schämen könnte ich mich, wenn ich das Vergessen auf einen manifesten »Makel« von mir, für den ich mich schäme (z. B. eine chronische Krankheit wie Altersdemenz), zurückführe.

Mit der sog. »Fremdscham« wird in meinen Augen gemeinhin nichts anderes als ein starkes Peinlichkeitsempfinden bezeichnet, das sich allerdings nicht auf unser eigenes, sondern auf das Verhalten anderer bezieht – z. B. wenn wir beobachten, wie sich andere deutsche Touristen im Ausland daneben benehmen oder wie sich

ein Casting-Show-Kandidat im Fernsehen »zum Affen« macht. Unwillkürlich werden wir davon peinlich berührt, da unsere Erwartungen an das Verhalten anderer empfindlich verletzt werden. Hier kann allein die Beobachtung von Fehlverhalten genügen, um unsere Gefühlsmechanismen zu tangieren.

Woher kommt das Gefühl der Peinlichkeit: angeboren oder erworben?

Beobachten Sie einmal kleine Kinder und Sie werden feststellen: Denen ist noch nichts peinlich. Unbekümmert rennen sie nackt durch die Öffentlichkeit oder erzählen hochnotpeinliche Geschichten der eigenen Familie freudestrahlend im Kindergarten. Zwar ist uns die Fähigkeit angeboren, ein Selbstbild zu entwickeln, das empfindlich verletzt werden kann. Das entsprechende Gefühl entfaltet sich allerdings erst nach und nach gemeinsam mit der Entwicklung unseres Selbstbewusstseins und den Standards und Normen, die wir von anderen lernen. Kleine Kinder kennen noch kein »angemessen« oder »unangemessen«, sie können sich selbst noch nicht mit den Augen anderer betrachten und bewerten – diese Selbstobjektivierung lernen sie erst mit den Jahren. Mitunter (leider) auch durch explizite und ermahnende Schamappelle, z. B. ein »Schäm dich!«, wenn das Kind an der Kaffeetafel genüsslich in seiner Nase bohrt oder neugierig die eigenen Geschlechtsorgane erkundet.

Welche positiven und negativen Aspekte von Peinlichkeit gibt es?

Unser Peinlichkeitsempfinden ist der soziale Kitt, der unsere Gesellschaft in der Öffentlichkeit zusammenhält und dafür sorgt, dass wir einander begegnen können, ohne uns »zu nahe zu treten«. Es bewahrt uns davor, uns selbst oder andere unangenehm zu exponieren. Insofern hat es eine höchst wertvolle schützende Funktion, die uns hilft, uns unbeschwert in der öffentlichen Sphäre zu bewegen.

Genau hier zeigt Peinlichkeit allerdings auch ihren Stachel. Zuweilen wäre es sehr förderlich, über den eigenen Schatten zu springen und uns bewusst Situationen auszusetzen, die uns peinlich sind: »Falsche Scham« kann uns davor zurückhalten, richtige oder wichtige Dinge zu tun – z. B. ein heikles Thema im Freundeskreis endlich zur Sprache zu bringen, einen unangenehmen Arztbesuch wahrzunehmen, den an Krebs erkrankten Arbeitskollegen zu Hause zu besuchen usw.

Unser Peinlichkeitsempfinden ist der soziale Kitt, der unsere Gesellschaft in der Öffentlichkeit zusammenhält und dafür sorgt, dass wir einander begegnen können, ohne uns »zu nahe zu treten«.

Kann Peinlichkeitsempfinden mit Geschlecht, Alter oder einer bestimmten Berufsgruppe in Zusammenhang gebracht werden?

Wenn Sie sich zurückerinnern, werden Sie vielleicht feststellen, dass Ihnen in der eigenen Jugend bzw. der Zeit der Pubertät besonders viel peinlich war. In dieser Zeit ist unser Selbstbild einfach besonders fragil, da es sich in beständiger Weiterentwicklung befindet und neue Rollen im wahrsten Sinne des Wortes erst erprobt werden müssen – Neuanfänge und Übergänge machen uns besonders anfällig für Peinlichkeit, so wie alles, was unsicher und ungewohnt vor anderen ausgeführt wird.

In dieser Zeit unserer Adoleszenz passieren viele wichtige Dinge zum ersten Mal und werden entsprechend unsicher von uns ausgeführt. Die gleichzeitige hohe öffentliche Selbstaufmerksamkeit (»Was denken die anderen von mir? Wie cool wirke ich? Kann ich meinen Schwarm damit beeindrucken?«) führt quasi automatisch dazu, dass wir sehr unsicher hinsichtlich unserer Selbstdarstellung sind. Hier kann dann fast alles peinlich sein – vom veralteten Smartphone über die eigenen Eltern bis hin zum gemeinsamen Umziehen vor dem Sportunterricht.

Mit zunehmendem Alter und Erfahrung nimmt diese Peinlichkeitssensibilität gemeinhin wieder ab und wir können gelassener mit Fauxpas umgehen. Unser Selbstbild ist gefestigter, unser Erfahrungshorizont und damit unser Handlungsrepertoire in heiklen Situationen größer. Außerdem wissen wir, dass es nie »so schlimm« ist, wie man dachte, und zuweilen geben wir auch nicht mehr so schrecklich viel darauf, was andere wohl von uns denken mögen.

Gibt es bestimmte Themen, die besonders peinlich sind?

Generell sind unsere (nackten) Körper und seine (Fehl-)Funktionen kulturübergreifende klassische Peinlichkeitsgegenstände – der laute Furz in der Öffentlichkeit oder das Verrutschen der Badehose (wahlweise Burka) wären Beispiele dafür.

In unserer heutigen Zeit scheint interessanterweise zudem die Peinlichkeit selbst zum Objekt des Peinlichen geworden zu sein: Die eigene Nichtbeschämbarkeit gilt uns als Ideal. Wir trachten nach Souveränität und Erhabenheit über das Nichtige des Peinlichen – stets gilt es, die Contenance (modern gesprochen: »Coolness«) zu bewahren.

Galt einst das Erröten der Dame als Zeichen ihrer moralischen Integrität und Unschuld, springen wir heute nicht selten in die nächste Exponierung oder Unverschämtheit, nur um jedem Peinlichkeitsverdacht zu entkommen. Getreu dem Motto: »Peinlich? Mir doch nicht. Das kann mir gar nix.« Das ist eine spannende Entwicklung, die viel über die Werte unserer Gesellschaft aussagt. Nicht das Befolgen von Etikette und sozialem Regelwerk, sondern die Inszenierung eines souveränen Selbst wird zum Verhaltensziel.

Kann Peinlichkeit in Zusammenhang mit psychischer Erkrankung bzw. Gesundheit gesehen werden?

Da scheint es tatsächlich einen Zusammenhang zu geben, wenn man sich vor Augen führt, wie viele psychische Erkrankungen mit einer hohen Peinlichkeits- und Schamsensibilität der Betroffenen einhergehen. Voraussetzung ist, dass die Betroffenen (insgeheim) über ein so fragiles Selbstbild verfügen, dass dieses bereits durch »harmlose« Peinlichkeitserfahrungen ins Wanken gerät und sich das Peinliche bei ihnen bis hin zur Beschämung steigert. So können etwa fremde Frotzeleien über harmlose Missgeschicke bei ihnen einen so tiefen Stachel hinterlassen, dass dieser langsam zur eitrigen Wunde gedeiht.

■ Gibt es so etwas wie eine übertriebene Peinlichkeit oder gar eine »Peinlichkeitsstörung«?

Es existiert tatsächlich ein Krankheitsbild in diesem Zusammenhang: die sog. »Erytrophobie« – die Angst vorm Erröten (siehe auch www.erytrophobie.de/). Davon Betroffene haben einen extremen Leidensdruck und ziehen sich vor der Öffentlichkeit oder zumindest vielen sozialen Situationen immer mehr zurück. Da sie bereits von der Angst oder Vorstellung, vor anderen rot zu werden, erröten, befinden sie sich in einem Teufelskreis, aus dem es scheinbar kein Entrinnen gibt.

■ Was zeichnet Menschen aus, denen »nichts peinlich« ist (gut oder schlecht)?

Sowohl ein zu stark ausgeprägtes als

→ Seite 15

Aspekte der Scham in der therapeutischen Beziehung



von Kathrin Grechenig

Die Bedeutung von Scham und Beschämung hat in der Psychotherapie zunehmend an Aufmerksamkeit gewonnen. Immer mehr AutorInnen und TherapeutInnen weisen diesbezüglich auf die notwendige Sensibilisierung und Auseinandersetzung hin, vor allem in der therapeutischen Beziehung.

Schon die Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen oder psychiatrischen Hilfe kann Auslöser für eine Art Abhängigkeits- oder Inkompetenzscham sein, wenn wesentliche Lebensbereiche oder Probleme nicht mehr selbst bewältigt werden können und professionelle Unterstützung benötigt wird (Hilgers, 2013). Viele entscheiden sich auch für eine Therapie aus dem Gefühl heraus, in ihrem Kern nicht in Ordnung zu sein. Gleichzeitig stellt Scham als solche selten eine Motivation für Psychotherapie dar, es gibt keine Schamkrankheit im engeren Sinn. Im weiteren Sinn kann sie aber verschiedenen Symptomen oder Leidenszuständen (z. B. der Angst bei einer Sozialphobie), mit denen KlientInnen in Psychotherapie kommen, zugrunde liegen und muss erst als Phänomen im Hintergrund von der Therapeutin oder dem Therapeuten bewusst und sichtbar gemacht werden. Tiedemann (2013) beschreibt Scham als einen schwierig zu bemerkenden oder zu diagnostizierenden Gefühlszustand, »der meist nicht im Vordergrund der therapeutischen Begegnung steht und dort auch selten direkt angesprochen wird« (S. 63).

Sucht und Scham

Auch in der therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken sind wir mit Scham in unterschiedlicher Weise konfrontiert und es scheint naheliegend, die Verbindung zwischen Sucht und Scham als eine Art Zyklus zu betrachten. In der Literatur findet man dazu die Begriffe primäre und sekundäre Scham (vgl. Kaufman, 1996; Wiechelt, 2007).

Scham kann als Vorläufer eines Substanzmissbrauchs fungieren, wenn zum Beispiel jemand aufgrund schwieriger familiärer Verhältnisse oder traumatischer Erfahrungen viel Scham und Beschämung erlebt hat (primäre Scham) und mittels Konsum schließlich die Erfahrung macht, dass unangenehme Gefühle dadurch leichter erträglich werden. Dabei unterliegen Betroffene bekanntlich der Gefahr, die entsprechende Substanz immer häufiger zu konsumieren und schließlich eine Abhängigkeit zu entwickeln. Die sogenannte

sekundäre Scham wird am Suchtmittel selbst bzw. an der Abhängigkeit festgemacht. Sie kann infolge gesellschaftlicher Ablehnung und Stigmatisierung auftreten, aber auch die Erfahrung, den Konsum nicht mehr kontrollieren zu können, oder das Gewähr-Werden, dass andere Zeugen der Sucht werden, kann als sehr beschämend erlebt werden. Gleichzeitig sind dies oft jene Momente, die schließlich dazu führen, dass sich Betroffene für eine Veränderung entscheiden und sich zum Beispiel in Behandlung begeben. Stellt sich die Frage, ob beschämende Erfahrungen unter diesem Aspekt auch als sinnvoll erachtet werden müssen?

Ähnliches zeigt sich auch bei Rückfällen, nur dass es, sofern sich Betroffene bereits in Behandlung befinden, oft noch mehr Zeugen gibt. Entsprechend schwer wiegen auch hier die Kränkung, trotz allen Wissens um die Krankheit und trotz aller Bemühung um die Abstinenz erneut die Selbstkontrolle verloren zu haben, und die Beschämung vor TherapeutInnen, Angehörigen oder anderen GruppenteilnehmerInnen. Der Umgang mit einem Rückfall gestaltet sich dabei sehr unterschiedlich. Während einige KlientInnen, sofern sie wieder in die Therapie kommen, sofort damit herausplatzen, dass sie etwas »beichten« müssen, sprechen andere erst einige Stunden später sehr zögerlich darüber, andere erwähnen einen Rückfall in einem Nebensatz, als wäre er es gar nicht wert, darüber zu sprechen. Eine gute Beziehung sowohl zur Therapeutin bzw. zum Therapeuten als auch zu anderen GruppenteilnehmerInnen kann hier sehr förderlich sein, in einzelnen Fällen aber auch dahingehend hinderlich, dass die Scham umso größer ist und sich manche für eine andere Ambulanz oder andere Einrichtung entscheiden.

Schamindikatoren in der Therapie

Wie aber zeigt sich nun die Scham und woran können wir erkennen, ob wir es in der Therapie mit besonders schamvollen Menschen zu tun haben?

Meist ist Scham durch den Impuls markiert, sich verstecken und nicht gesehen werden zu wollen. Dieser Impuls kann sich

in unterschiedlicher Weise ausdrücken, er kann sich körperlich sichtbar zeigen, durch Erröten oder eine gedrückte, zusammengeschrumpfte Körperhaltung oder in der Unterbrechung bzw. Vermeidung des Blickkontakts. Tiedemann (2013) sieht im Unterbrechen des Blickkontakts eine zentrale Ausdrucksform von Scham. In Erstgesprächen zum Beispiel wird dies oft besonders sichtbar, wenn Betroffene den Blick zunächst auf den Boden richten oder an der Therapeutin oder dem Therapeuten vorbeischaun. Oder sie erzählen, dass sie sich schon länger nicht mehr in den Spiegel schauen können, aus Scham vor dem eigenen Blick. Auch die Art des Sprechens kann verändert sein. Während manche dazu tendieren, sehr leise zu sprechen oder ins Stottern zu geraten, kompensieren andere ihre Scham durch eine auffällig beschleunigte Sprache. Meist werden Schamgefühle zunächst nicht von den KlientInnen selbst als solche wahrgenommen, sondern von deren TherapeutInnen, welche die verdrängten Gefühle anhand von Berichten oder anderen Anhaltspunkten intuitiv errahnen und gegebenenfalls auch achtsam benennen können.

Ein Patient, Ende 40, meldet sich in der Suchtberatungsstelle als Angehöriger für ein Erstgespräch an. Er erscheint zum Termin, trägt eine Kappe und Sonnenbrille und bittet mich gleich, die Rollos im Zimmer zu schließen, damit man von außen nicht hereinsehen könne. Er habe sich den Termin ausgemacht, da er gerne Informationen über Alkoholabhängigkeit hätte, weil er glaube, seine Lebensgefährtin habe ein Alkoholproblem. Nachdem ich ihn nach Hinweisen zu seiner Vermutung gefragt und ihm entsprechende Informationen gegeben habe, habe ich immer mehr den Eindruck, dass er selbst betroffen sein könnte. Ich spreche ihn darauf an und frage, ob es sein könne, dass er hier sei, 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 sei schließlich entlassen worden. In dieser Zeit habe er langsam begonnen, vermehrt zu trinken, in den letzten Monaten bis zu zehn Bier täglich. Er habe in dieser Zeit noch nie mit irgendjemandem darüber gesprochen und werde das auch sicher nicht tun, auch nicht mit dem Hausarzt. Das Alkoholproblem sei für ihn extrem schambesetzt, er habe auch hier einen falschen Namen angegeben und möchte

Hohe Schamanfälligkeit ist meist gekoppelt mit niedriger Selbsteinschätzung und mangelndem Selbstwertgefühl.

auf jeden Fall anonym bleiben. Als ich ihn schließlich frage, wie es ihm denn jetzt gehe, wenn er hier mit mir darüber spreche, wird sein Blick erstmals ein wenig weicher und er meint, er sei sehr erleichtert. In einer späteren Stunde frage ich den Patienten, wie es gekommen sei, dass er sich trotz derart großer Scham gerade an eine Suchtberatungsstelle – mit entsprechendem Schild am Eingang sichtbar gekennzeichnet – gewandt habe und nicht zum Beispiel an eine niedergelassene Psychologin oder Psychotherapeutin oder einen Arzt. Er meint darauf, dass er befürchtet habe, dass er es an einer anderen – nicht speziell für Suchtkranke deklarierten – Stelle aus Scham gar nicht erzählt hätte und dies aufgrund des bestehenden Leidensdrucks verhindern wollte.

Eine mögliche Intervention ist es, bedeutsame Beobachtungen im Gespräch aufzugreifen, auf den unterbrochenen Blickkontakt oder eine vermeintlich veränderte Sprache aufmerksam zu machen, nachzufragen, ob es für den Betroffenen schwierig sei, darüber zu erzählen. Oftmals können KlientInnen dann Erwartungen oder Befürchtungen hinsichtlich der Bewertung des Suchtverhaltens oder der eigenen Person (zum Beispiel durch den Therapeuten oder die Therapeutin) ansprechen und ein guter Kontakt kann hergestellt werden. Ebenso kann es hilfreich sein, die Aufmerksamkeit auf den kognitiven Stil der KlientInnen zu richten sowie ihr Selbstkonzept ins Gewahrsein zu bringen und zu explorieren, wie jemand Ereignisse interpretiert oder zu sich selbst spricht. Hohe Schamanfälligkeit ist meist 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 Selbstbewertungstendenzen aufzuzeigen und zu verändern (Jacoby, 1997).

Therapeutische Beziehung und Scham

Die Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn wird als wesentliche Voraussetzung für den therapeutischen Prozess und für eine mögliche Veränderung belastender Verhaltensweisen bzw. Symptome

angenommen. Nach den Grundannahmen der dialogischen Beziehung von Martin Buber entwickelt sich der Mensch erst in der Beziehung zum anderen, er wird erst am »Du zum Ich« (Buber, 1995, S. 28). Buber geht davon aus, dass Krankheiten der Seele meist Krankheiten der Beziehungen sind und dass erst durch die Erfahrung einer heilsamen Beziehung Veränderung und Entwicklung möglich werden. Yontef (1999) nennt, angelehnt an Bubers Annahmen, den Begriff der Umfassung als ein respektvolles Eintreten in die Welt der KlientInnen, ohne zu urteilen oder zu interpretieren, sowie die Bestätigung jener Anteile, die von den PatientInnen verleugnet oder abgespalten werden.

Chu und De las Heras nennen 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 ...« (Chu / De las Heras, 1994, S. 210). Der Beistehende braucht einfach nur da zu sein und sein Gegenüber spüren zu lassen, dass er nicht allein ist. Als ersten Schritt in der Heilung von Scham sehen sie die Aufhebung der Einsamkeit.

KlientInnen wägen anhand unserer Haltung und Interventionen ab, ob sie die Erlaubnis für ihre Gefühle und Bedürfnisse bekommen, nach Arnold Beisser (zit. nach Jacobs, 2008, S. 312) die sogenannte »patient permission« oder die Erlaubnis, sie selbst zu sein. Haben KlientInnen nicht das Gefühl, diese Erlaubnis zu bekommen, fühlen sie sich nicht zugehörig zu dieser Welt. Darin sieht Beisser die fundamentale Grundlage für Scham.

Eine weitere potenzielle Schamquelle in der therapeutischen Beziehung sieht Jacobs (2008) in der ungleichen Enthüllung bzw. Preisgabe von KlientIn und TherapeutIn. KlientInnen zeigen wesentlich mehr von sich als TherapeutInnen und brechen damit eine Art Gesetz der Gegenseitigkeit. Gleichzeitig sind TherapeutInnen für ihre KlientInnen meist wichtiger als umgekehrt, das versetzt TherapeutInnen automatisch in eine mächtigere Position, da sie ihre KlientInnen durch eine Achtlosigkeit oder Abwehrhaltung leichter verletzen können. Als ebenso auslösend für eine mögliche Beschämung beschreibt Jacobs die Art des »Gesehen-Werdens«. Während diese Art »Röntgenblick«, der TherapeutInnen immer wieder zugeschrieben wird, bei manchen Menschen die Befürchtung auslöst, sie könnten von ihrem Gegenüber durchschaut werden, sieht Staemmler dahinter den zentralen menschlichen

→ Seite 14



Das Vermeiden des Blickkontakts ist eine zentrale Ausdrucksform von Scham

→ Seite 13 Wunsch, »vom Anderen liebevoll als die Person gesehen und wahrgenommen zu werden, die man seinem Wesen nach ist« (Stammler, 2009, S. 11). Es vermischen sich hier gleichermaßen Angst und Sehnsucht, »erkannt« zu werden. Die Erfahrung, von seinem Gegenüber so verstanden und angenommen zu werden, wie man ist, wird daher bereits als ein heilsamer Faktor in der Linderung von Scham beschrieben. Nicht Techniken und Interventionen würden hierbei an erster Stelle stehen, sondern eine wertschätzende Beziehung und eine nicht urteilende Haltung. In Anbetracht der bereits erläuterten Faktoren, die in Zusammenhang mit einer Suchterkrankung Scham auslösen können, sind Betroffene meist mit zahlreichen negativen Urteilen von anderen, aber auch mit den eigenen Selbstentwertungen konfrontiert. Das führt zu Beginn einer Therapie oftmals zu Angst und Unsicherheit hinsichtlich der Bewertung des Suchtverhaltens oder der eigenen Person durch die Therapeutin oder den Therapeuten. Das Ernstnehmen dieser Gefühle sowie ein nicht urteilendes Beziehungsangebot scheinen hier unerlässlich, um einen guten Kontakt herzustellen und eine erneute Beschämung zu vermeiden.

Ein junger, opiatabhängiger Mann, in Substitutionsbehandlung mit einem

Beikonsum von Benzodiazepinen, ist seit einigen Wochen in ambulanter Therapie. Er berichtet am Ende einer Stunde unruhig, dass es da etwas gäbe, das er nächste Stunde erzählen müsse. Zu Beginn der nächsten Stunde spreche ich ihn daraufan, er errötet und zögert, er wisse nicht, 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 zu lassen und es hier einmal nur 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. Ich frage, wie es ihm nun gehe, da er es mir erzählt habe.

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

Therapeutin: Was könnte ich mir denn über Sie denken?

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

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

Pat.: Ja.

Th.: Ich denke, dass dieses Thema offensichtlich sehr unangenehm für Sie ist und mit Scham ver-

bunden und dass es Ihnen schwer gefallen ist, mit mir darüber zu sprechen.

Der Patient kämpft wieder mit den Tränen und nickt. Schließlich fragt er, ob er trotzdem weiter herkommen könne. Ich bin sichtlich überrascht, wie er auf die Idee komme, dass er nicht mehr 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 zu »safer use« und bespreche Ziele hinsichtlich möglicher Veränderung.

In der Arbeit mit suchtkranken Menschen ist eine stets wertschätzende und neutrale Haltung nicht immer einfach, da z. B. die Verleugnung oder Bagatellisierung des Konsums oder eines Rückfalls mitunter zentrale Aspekte der Erkrankung darstellen. Wurmser nennt als häufige Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle in der Arbeit mit Suchtkranken vor allem Gefühle der Hilflosigkeit bei TherapeutInnen, angesichts der Unveränderlichkeit des selbstdestruktiven Verhaltens der KlientInnen, sowie den Ärger und die Scham darüber, dass sie sich immer wieder in ihrem Vertrauen genarrt und getäuscht fühlen. »Einmal getäuscht, deine Scham; zweimal getäuscht, meine Scham« (Wurmser,

2009, S. 146). Ebenso herausfordernd für die therapeutische Beziehung sind in diesem Zusammenhang Situationen, in denen unterschiedliche Wahrnehmungen, z. B. hinsichtlich der Beeinträchtigung durch Substanzen, aufeinandertreffen, nämlich die Wahrnehmung der TherapeutInnen und jene der KlientInnen. Das kann so weit führen, dass KlientInnen mit einem eindeutig positiven Alkohol-Test felsenfest behaupten, nichts getrunken zu haben, sondern dass das Gerät fehlerhaft sein müsse. Dennoch scheint es in Anlehnung an die Ausführungen von Wurmser (2013), der die Verleugnung vor allem als eine Abwehr von großer Scham beschreibt, wichtig, die Wahrnehmung der KlientInnen zunächst als solche zu respektieren und diese vielleicht zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufzugreifen. Dies ist im Einzelsetting meist leichter als im Gruppensetting.

Resümee

Scham ist kein besonders beliebtes Gefühl und viele möchten sie am liebsten gar nicht wahrnehmen oder einfach nur loswerden. Ziel der Therapie ist es jedoch nicht, die Scham zur Gänze loszuwerden, da sie, wie alle anderen Gefühle auch, wichtige Funktionen für unsere Persönlichkeit erfüllt, z. B. die Wahrung von körperlichen

und psychischen Grenzen. Im therapeutischen Prozess geht es vor allem darum, die Scham als solche sichtbar zu machen und die unterschiedlichen Auslöser und Schamqualitäten zu differenzieren, um einerseits ihre schützenden Funktionen zu würdigen und andererseits das Leiden an der Scham zu verringern. Eine heilsame Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn ist dabei von zentraler Bedeutung. »Ein Patient, der zu Schamgefühlen neigt, kann nur im Kontext eines Kontaktes von Mensch zu Mensch gesund werden« (Yontef, 1999, S. 371).

Literatur

- Buber, Martin** (1995). *Ich und Du* (11. Aufl.). Stuttgart: Reclam.
- Chu, Víctor / De las Heras, Brigitte** (1994). *Scham und Leidenschaft*. Zürich: Kreuz.
- Grechenig, Kathrin** (2012). *Aspekte der Scham in der therapeutischen Beziehung mit suchtkranken Menschen*. Master of Science, Donau-Universität Krems, Krems.
- Hilgers, Micha** (2013). *Scham. Gesichter eines Affekts* (4. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Jacobs, Lynne** (2008). *Shame in the Therapeutic Dialogue*. In Robert Lee / Gordon Wheeler (Eds.), *The Voice of Shame. Silence and Connection in Psychotherapy* (p. 297-314). New York: GestaltPress.
- Jacoby, Mario** (1997). *Scham-Angst und Selbst-*

- wertgefühl*. In Rolf Kühn / Michael Raub / Michael Titze (Hrsg.), *Scham – ein menschliches Gefühl* (S. 159-168). Göttingen: Westdeutscher Verlag.
- Kaufman, Gershen** (1996). *The psychology of Shame* (2nd ed.). New York: Springer.
- Stammler, Frank-Matthias** (2009). *Das Geheimnis des Anderen – Empathie in der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Tiedemann, Jens L.** (2013). *Scham*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Wiechelt, Shelly** (2007). *The Specter of Shame in Substance Misuse*. *Substance Use & Misuse*, 42, 399-409.
- Wurmser, Léon** (2009). *Übertragung und Gegenübertragung bei Patienten mit Suchtproblemen*. In Klaus W. Bilitza (Hrsg.), *Psychotherapie der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Praxis* (2. Aufl.) (S. 145-159). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wurmser, Léon** (2013). *Die Maske der Scham. Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten* (5., unveränd. Aufl.). Frankfurt: Dietmar Klotz.
- Yontef, Gary** (1999). *Awareness, Dialog, Prozess. Wege zu einer relationalen Gestalttherapie*. Köln: EHP.

Mag.a Kathrin Grechenig, MSc

Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Integrative Gestalttherapie) im Anton-Proksch-Institut und in freier Praxis

auch ein mangelndes Peinlichkeitsempfinden sind in sozialen Situationen hinderlich bzw. kontraproduktiv. Niemand hat Lust darauf, sich mit Menschen zu umgeben, die wegen jeder Kleinigkeit gekränkt und »peinlich beleidigt« reagieren. Ebenso wenig können wir auf Dauer Menschen ertragen, die permanent unser Peinlichkeitsempfinden durch ihr scham- oder taktloses Verhalten verletzen. So ein Mensch würde auf Dauer zum Außenseiter und irgendwann in völliger sozialer Isolation leben – es sei denn, die Gesellschaft ordnet sein Verhalten in Kategorien ein, für die andere Verhaltensansprüche gelten, dann ist er sozial integrierbar (z. B., weil er noch ein kleines Kind ist oder eine geistige Behinderung hat).

Wenn man davon ausgeht, dass es ein »normales« Ausmaß an Peinlichkeitsempfinden gibt – ist verringertes bzw. erhöhtes Peinlichkeitsempfinden therapierbar?

Dr. Mück hat ein sog. Anti-Scham-

Training entwickelt, das dabei helfen soll, stückweise souveräner mit unangenehmen Situationen umzugehen, wenn man unter einem zu hohen Peinlichkeitsempfinden leidet (vgl. http://www.dr-mueck.de/HM_Scham/HM_Anti-Schamtraining.htm). Dieses soziale Training beinhaltet z. B., fremde Leute auf der Straße anzusprechen oder an der Supermarktkasse zu fragen, wo die Kondome stehen und welche Marke hier empfehlenswert sei. Indem sie sich solchen Situationen bewusst aussetzen, können Betroffene mit der Zeit lernen, besser mit ihnen umzugehen.

Schwieriger wird es hingegen bei mangelndem Peinlichkeitsbewusstsein – fehlt den Betroffenen hier schlichtweg die entsprechende Empathie, kann diese nur sehr mühselig und durch beständige Selbstentwicklung erlernt werden. Vielleicht können sie intellektuell nachvollziehen, warum etwas in einer bestimmten Situation »nicht angebracht« ist, dies aber in neuen und unbekanntenen Situationen flexibel anzuwenden, wird ihnen schwer fallen – sie haben einfach nicht das entsprechende Feingefühl und treten daher

immer wieder ins Fettnäpfchen. Trotz bester Absichten lösen sie aus mangelndem Taktgefühl immer wieder peinliche Situationen aus und bemerken ihren Fauxpas noch nicht einmal. Da sie selbst nicht unmittelbar unter ihrem verringerten Peinlichkeitsempfinden leiden, besteht für sie leider meist auch wenig Anlass dazu, sich »therapieren« zu lassen.

Dr. Julia Döring

ist Kommunikationswissenschaftlerin und forscht zu den Themen Gesprächsführung, Führung und Kommunikation, Konfliktkommunikation sowie Kommunikation und Emotion. Sie hat an der Universität Duisburg-Essen Kommunikationswissenschaft, Philosophie und Germanistik studiert und am dortigen Institut für Kommunikationswissenschaft ihre Doktorarbeit über das Thema Peinlichkeit verfasst (»Peinlichkeit – Formen und Funktionen eines kommunikativ konstruierten Phänomens«, erschienen 2015 im transcript Verlag). Neben ihrer wissenschaftlichen Forschung ist sie in den Bereichen Personal- und Organisationsentwicklung, Hochschulkommunikation und Projektmanagement tätig.

Unser Betreu

Prävention

Suchtprävention ist dem Grünen Kreis ein besonderes Anliegen. Die Abteilung für Suchtprävention entwickelt individuell zugeschnittene, präventive Konzepte für öffentliche und private Unternehmen sowie Schulen, um dort zu helfen, wo im Vorfeld der Weg in die Sucht verhindert werden kann. Wir bieten: Vorträge, geleitete Diskussionen, Seminare, Outdoor-Workshops/-Veranstaltungen, sowie spezielle Angebote im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung, im Umgang mit Stress, Kommunikation und Konfliktstrategien.

In Betrieben

Unsere betriebliche Suchtprävention hilft, Lernprozesse in Gang zu bringen. Sie will den Blick schärfen, um Krankheitsrisiken frühzeitig zu erkennen, und mithelfen, sinnvolle innerbetriebliche Lösungsansätze zu erarbeiten. Der Erwerb von Wissen und Handlungskompetenz, die Schulung von Lehrlingen, MitarbeiterInnen und Führungskräften sind vor diesem Hintergrund entscheidende Maßnahmen.

In Schulen

Während der Schulzeit durchlaufen Kinder und Jugendliche häufig krisenhafte Entwicklungsphasen. Schulische Suchtprävention kann dazu beitragen, Jugendliche zu stützen, Entlastung zu schaffen, sie in die Lage zu versetzen, auf Krisensituationen kompetent zu reagieren und ein suchtförderndes Verhalten zu vermeiden.

Stationäre Kurzzeittherapie

Die stationäre Kurzzeittherapie (Dauer bis zu 6 Monaten) ist gedacht für erwachsene Suchtkranke, die einer kurzfristigen stationären Intervention bedürfen, die rasch stabilisiert werden können und in einer weiterführenden ambulanten Therapie behandelt werden können. Idealerweise sind diese KlientInnen in ihrem persönlichen Umfeld noch sozial integriert. Eine abgeschlossene Ausbildung oder eine Arbeitsstelle ist vorhanden bzw. es kann wieder rasch ein Arbeitsplatz gefunden werden.

Aufnahme finden auch KlientInnen mit einer Weisung zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (»Therapie statt Strafe« nach § 35 und § 39 SMG, § 50 STGB, § 173 STPO). Kostenübernahme durch den Bund maximal 6 Monate.

Im Rahmen der stationären Kurzzeittherapie findet auch die Alkoholentwöhnung/-rehabilitation für Wiener KlientInnen (Dauer 1 bis 2 Monate) statt.

Die Betroffenen nehmen, wie alle anderen KlientInnen der Therapeutischen Gemeinschaft, am gesamten Therapieprogramm teil und werden vom jeweiligen multiprofessionellen Team begleitet. Ziele sind ein abstinentes oder ein substituiertes Leben ohne Beikonsum zu ermöglichen sowie die Stabilisierung und rasche Reintegration in ein soziales Umfeld.

Beratung

Im Rahmen der ambulanten Abklärung erhalten Betroffene je nach Bedarf individuelle Unterstützung und Begleitung. Sie erfolgt durch die MitarbeiterInnen des Beratungsteams (Vorbetreuung) bzw. die MitarbeiterInnen in den ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren. Das Beratungsteam ist in ganz Österreich für Betroffene unterwegs. Gespräche finden in Krankenhäusern, Justizanstalten, Einrichtungen der Sozialen Arbeit, in den Beratungszentren des Vereins Grüner Kreis und überall dort statt, wo sich Hilfesuchende aufhalten.

Unser Angebot richtet sich an

- Menschen mit substanzgebundenen Suchterkrankungen (legale und illegale Substanzen)
- Menschen mit nicht substanzgebundenen Suchterkrankungen (z.B. pathologisches Glücksspiel)
- suchtkranke Erwachsene und Jugendliche
- ältere Suchtkranke
- suchtkranke Eltern und Mütter mit ihren Kindern
- Menschen mit komorbiden Erkrankungen
- KlientInnen aus Wien, die einen körperlichen Teil- oder Vollentzug absolvieren möchten
- KlientInnen aus Wien, die eine Alkoholrehabilitation absolvieren
- Menschen mit einer richterlichen Weisung (§ 35 und § 39 SMG, § 50 StGB, § 173 StPO)
- Angehörige

Stationäre Langzeittherapie

Die stationäre Langzeittherapie (Dauer 6 bis 18 Monate) ist gedacht für jugendliche, erwachsene Suchtkranke, Paare oder Mütter mit Kindern, MultimorbiditätsklientInnen, ältere Suchtkranke und Menschen, die ihr Leben und sich selbst neu organisieren und neu orientieren müssen. Sie ist für Menschen geeignet, die über einen sehr langen Zeitraum eine Vielzahl von Suchtmitteln missbrauchen (Polytoxikomanie), bei Abhängigen mit psychiatrischen Diagnosen, Persönlichkeits- und/oder Sozialisationsstörungen, psychischen oder physischen Folgeerkrankungen sowie psychosozialen Auffälligkeiten.

Therapieziel ist das Erleben von stützenden, zwischenmenschlichen Beziehungen und das Erkennen und Verstehen von Zusammenhängen zwischen Suchterkrankung und eigener Lebensgeschichte. Die nachhaltige Rehabilitation und Integration der KlientInnen, ein geregeltes Arbeitsleben, gesicherte Wohnsituation, finanzielle Absicherung, Finden und Förderung von Ressourcen, Berufsfindung und -ausbildung stehen im Vordergrund.



Leistungsangebot

Ambulante Behandlung/Rehabilitation

Ambulante Betreuung und Behandlung/Rehabilitation bedeutet die Begleitung von Betroffenen unter Beibehaltung ihrer aktuellen Lebensumstände. Das heißt, die Behandlung wird in den persönlichen Alltag der/des Betroffenen integriert. In unseren fünf ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren in Wien, Graz, Linz, Klagenfurt und Wr. Neustadt, bieten wir ein breites Beratungs- und Behandlungsspektrum an.

Für Wiener KlientInnen wird die Ambulante Therapie/Rehabilitation in vier Intensitätsmodulen zwischen 3 und 24 Monaten angeboten. Sie ist sowohl für nicht substituierte KlientInnen als auch für substituierte KlientInnen, für KlientInnen mit einer substanzgebundenen sowie mit einer nicht substanzgebundenen Suchterkrankung, sowohl für Jugendliche als auch Erwachsene geeignet.

Für KlientInnen aller übrigen Bundesländer beträgt die ambulante Behandlung/Rehabilitation 6 bis 18 Monate.

Am Ende dieser Behandlung/Rehabilitation sollten KlientInnen in der Lage sein, ihr Leben selbstbestimmt führen zu können, die nötigen Hilfskontakte und -ressourcen zur Hand zu haben, sozial integriert und finanziell abgesichert zu sein, sich in einer zufriedenstellenden Wohnsituation und im Idealfall in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis zu befinden.

Stationäre Dauerbetreuung

Die stationäre Dauerbetreuung mit und ohne dislozierter Wohnform bietet Betroffenen nach Abschluss der stationären Behandlungsphase ein Folgebetreuungs- und Behandlungsmodell, um den Betroffenen beistehen und die gewonnene psychische und physische Stabilität aufrechterhalten zu können. Auf diese Weise können Schritte zur größtmöglichen Selbständigkeit erprobt und umgesetzt werden. Zudem können die Strukturen der Therapeutischen Gemeinschaft weiterhin genutzt werden. Die langjährigen Erfahrungen des Vereins Grüner Kreis mit Menschen mit vorliegender Komorbidität zeigen die dringende Notwendigkeit einer möglichen Weiterbetreuung und -behandlung/Rehabilitation nach abgeschlossener stationärer Therapie (über 18 Monate hinaus).

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, entweder in einer integrierten Wohneinheit der Therapeutischen Gemeinschaft oder in einer nahe gelegenen, vom Grünen Kreis angemieteten, Wohnung autonom zu leben. Die entsprechende dazugehörige Betreuung erfolgt nach einem gemeinsam und individuell entwickelten Behandlungs/Rehabilitations- und Betreuungsplan.

Stationärer Vollentzug & Teilentzug

KlientInnen mit Hauptwohnsitz in Wien haben die Möglichkeit eines stationären körperlichen Teil- oder Vollentzugs im Sonderkrankenhaus Marienhof.

Die Dauer der Behandlung hängt von der jeweiligen Substanz ab: Teil- oder Vollentzug Alkohol - Zeitraum ca. 14 Tage; Teil- oder Vollentzug illegale Substanzen - bis zu 8 Wochen.

Beim Vollentzug ist das Ziel naturgemäß der vollständige körperliche Entzug von legalen und/oder illegalen Substanzen.

Eine weitere notwendige Behandlung/Rehabilitation kann im Anschluss an den Voll- bzw. Teilentzug vor Ort geplant werden, da an den Entzug immer zumindest ein kurzes stationäres Modul oder ein längeres stationäres bzw. ambulantes Modul anschließt.

Beim Teilentzug werden alle legalen/illegalen Substanzen unter Beibehaltung eines Substitutionsmittels entzogen. Der Teil- oder Vollentzug wird immer mit besonderem Augenmerk auf die Bedürfnisse der einzelnen KlientInnen durchgeführt. Basis dafür ist eine allgemeinmedizinische und psychiatrische Anamnese, aus der sich die Behandlungsnotwendigkeiten ergeben.

AMS-NÖ Beschäftigungsprojekt

Im Rahmen des Gemeinnützigen Beschäftigungsprojektes wird KlientInnen, die das stationäre Langzeittherapieprogramm erfolgreich abgeschlossen haben, die Möglichkeit geboten, einen vom AMS Niederösterreich geförderten Arbeitsplatz auf Zeit zu erhalten. Die TransitmitarbeiterInnen sind in den verschiedensten Arbeitsbereichen (Landwirtschaft, Bau und Renovierung, Tischlerei, Fuhrpark, Seminarhotel, Kreativwerkstätten, Schlosserei, Büro, Catering, Lager etc.) eingesetzt und werden von qualifiziertem Fachpersonal angeleitet. Zusätzlich zu den geförderten Arbeitsplätzen auf Zeit werden KlientInnen und ExklientInnen bei Umschulungen, Lehrlingsausbildungen und spezifischen FacharbeiterInnenausbildungen entsprechend ihrer individuellen Interessen unterstützt. Durch dieses Programm konnte die Therapieerfolgsquote deutlich gesteigert und die anschließende Reintegration in den freien Arbeitsmarkt entscheidend verbessert werden. Bei entsprechender Weiterentwicklung und Berufsausbildung der KlientInnen ist nach Beendigung der TransitmitarbeiterInnenphase auch eine Übernahme in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis beim Verein Grüner Kreis möglich.

Achtung!

Soziale Stigmatisierung, Achtungsverlust, Scham



von Martin Schenk

Lebensmittel sind etwas zum Essen.
Es gibt aber auch Lebensmittel, die
wir nicht essen können und trotzdem
zum Leben brauchen.

Besonders Menschen, die es schwer haben, sind darauf angewiesen. Die Resilienzforschung, die sich damit beschäftigt, was Menschen »widerstandsfähig« macht, gerade in schwierigen und belastenden Situationen, hat eine Reihe von solch stärkenden Faktoren gefunden.

Es sind vor allem drei »Lebens-Mittel«, die stärken: Erstens ist da Freundschaft. Soziale Netze, tragfähige Beziehungen stärken. Das Gegenteil schwächt: Einsamkeit und Isolation.

Das zweite Lebensmittel ist Selbstwirksamkeit. Das meint, dass ich das Steuererrad für mein eigenes Leben in Händen halte. Das Gegenteil davon ist Ohnmacht: Das schwächt. Kann man selber noch irgendetwas bewirken, ergibt Handeln überhaupt einen Sinn? Die Erfahrung schwindender Selbstwirksamkeit des eigenen Tuns macht krank. Das sind angesammelte Entmutigungserfahrungen. Wenn wir von Prekarisierung sprechen, dann heißt »prekär« ja wörtlich nicht nur »unsicher«, sondern, aus dem Lateinischen übersetzt, eigentlich »auf Widerruf gewährt«, »auf Bitten erlangt«. Da steckt der geringe Umfang an Kontrolle und Handlungsspielräumen bereits im Begriff.

Das dritte Lebensmittel ist Anerkennung. Anerkennung und Respekt stärken. Das Gegenteil ist Beschämung. Das wirkt wie Gift. Sie strengen sich voll an und kriegen nichts heraus. Ein belastender Alltag am finanziellen Limit bringt keine »Belohnungen« wie besseres Einkommen, Anerkennung, Unterstützung oder sozialen Aufstieg. Eher im Gegenteil, der aktuelle Status droht stets verlustig zu gehen. Dieser schlechte Stress, der in einer solchen »Gratifikationskrise« entsteht, wirkt besonders bei Menschen in unteren Rängen, die nichts verdienen und nichts zu reden haben. Dauern diese Ohnmachtserfahrungen an, lernen wir Hilflosigkeit: Lass mich erleben, dass ich nichts bewirken kann. Wer feststellt, dass er trotz aller Anstrengungen nichts erreichen kann, der wird früher oder später resignieren und

aufgeben. Der Giftcocktail besteht aus drei Zutaten: aus hoher Anforderung, niedriger Kontrolle und niedriger Anerkennung. Das ist wie mit Vollgas bei angezogener Handbremse zu fahren.

Diese »Lebens-Mittel« sind nicht nur individuell zu deuten, sondern sie sind auch Anfragen an unsere Institutionen: Schule, Sozialamt, AMS, Gesundheitseinrichtung etc. Sind dort die stärkenden Lebensmittel erfahrbar – oder werden Menschen an diesen Orten weiter geschwächt?

Stereotype Threat – Bedrohung durch Beschämung

Auf einem Dorfplatz, spät nachmittags. Eine Kinderschar sitzt auf dem Boden über Papier gebeugt, rechnet, zeichnet und schreibt. Zwei Frauen haben den Kindern, die sowohl aus einer höheren wie aus einer niederen indischen Kaste kommen, Aufgaben vorgelegt. Das Kastensystem ist trotz gesetzlicher Verbote noch immer kulturell stark wirksam. Später werden die beiden Weltbank-Ökonominen Karla Hoff und Priyanka Pandey die Ergebnisse dieses ungewöhnlichen Feldversuches veröffentlichten. In einem ersten Durchgang schnitten die Kinder aus den niederen Kasten leicht besser ab als die aus den höheren. Niemand wusste, wer welcher Kaste angehörte. Dann wiederholte man das Experiment. Zuerst mussten die Kinder vortreten, sich mit Namen, Dorf und Kastenzugehörigkeit vorstellen, dann durften sie die Aufgaben lösen. Das Ergebnis: Die Leistungen der Kinder aus den unteren Kasten waren deutlich schlechter. Dieser Effekt wurde in den USA und in Europa bestätigt. Wenn man eine Gruppe verletzlich macht mit dem Blick der Verachtung, dann bleibt das nicht ohne Wirkung. Wer damit rechnet, als unterlegen zu gelten, bringt schlechtere Leistungen. »Stereotype Threat« wird dieser Effekt genannt, Bedrohung durch Beschämung. Umgedreht heißt das, dass die besten Entwicklungsvooraussetzungen in einem anerkennenden

Umfeld zu finden sind, dort, wo wir an unseren Erfolg glauben dürfen. Wo ich meinem Können traue, dort gibt es auch welche, die mir etwas zu-trauen. Statusangst und mangelnde Achtung sind auch Lern- und Leistungshemmer.

Soziale Scham ist nicht bloß ein harmloses persönliches Gefühl. Beschämung ist eine soziale Waffe. Ich werde zum Objekt des Blickes anderer. Andere bestimmen, wie ich mich zu sehen habe. Ich fürchte mein Gesicht zu verlieren. Beschämung hält Menschen klein und rechtfertigt die Bloßstellung als von den Beschämten selbst verschuldet. Das ist das Tückische daran: Soziale Scham fordert dazu auf, eine Erklärung für den Sinn der Verletzung zu finden, die man zuvor erfahren hat. »Damit der Akt der Beschämung seinen Zweck erreicht, muss für den beschämenden Mangel die Verantwortlichkeit auf die beschämte Person selbst übertragen werden«, erläutert dazu Soziologe Sighard Neckel. Vieles an Wut ist nach außen gerichtete Scham.

Spielaufstellung

Gestalten können, Anerkennung und sozialer Ausgleich wirken. Das wissen auch die Entwickler von Brettspielen. »Wenn der erste Spieler sich sofort alle großen Straßen unter den Nagel reißt und die anderen nur noch abzockt, dann können die das kaum mehr aufholen.« Der Münchner Marcel-André Merkle entwickelt Brettspiele. Der Startvorteil der ersten Spieler gehört zu den größten Herausforderungen für Spiele-Entwickler. Die Dynamik des Spiels führt oft dazu, dass sich ein Vorsprung über die Spieldauer verstärkt und ab einem bestimmten Punkt kaum mehr umkehrbar ist. Es werde als frustrierend und ungerecht erlebt, erklärt Merkle, wenn der Verlauf davon abhängt, wer als Erstes beginnt. Die Spielegestalter haben darauf mit unterschiedlichen Strategien reagiert. Wenn zum Beispiel in jeder Runde neue Ressourcen ausgegeben werden, dann sinkt die Gefahr massiv, dass einzelne Spieler den Anschluss verlieren. »Zentral ist das Gefühl von Selbstwirksamkeit. Menschen müssen das Gefühl haben, dass ihr Handeln Einfluss auf den Verlauf des Spiels hat.« Der Spielegestalter testet seine Regeln mit mehreren Gruppen, bevor ein Spiel produziert wird. Dabei beobachtet er,

Soziale Scham ist nicht bloß ein harmloses persönliches Gefühl. Beschämung ist eine soziale Waffe.

welche Wirkung die Regeln haben und ob sich die Spieler an die Spielanleitung halten. Ein Spiel, das als gerecht empfunden wird und dessen Regeln anerkannt werden, verbindet laut Merkle auf ideale Weise Elemente des Zufalls, der Geschicklichkeit und des »sozialen Ausgleichs«. Abgeschlagene Spieler, die die Regeln als ungerecht empfinden, können sich Brettspielmacher einfach nicht leisten.

»Parlament der Unsichtbaren«

Der Psychologe Abraham Maslow beschrieb in seiner »Theorie der menschlichen Motivation« fünf Mängel, die uns bei Nichtbefriedigung empfänglich für Hetze aller Art machen: Hunger und Durst, Gewalt und Arbeitslosigkeit, Isolation und Einsamkeit, fehlende Achtung und Wertschätzung, Brachliegen der eigenen Potenziale. »Wer dauernd hungert, wird jenen folgen, die Brot versprechen. Jene, die Sicherheit garantieren, werden bei Verängstigten und Traumatisierten einen Zuhörer finden«, analysiert der Netzwerkforscher Harald Katzmaier. »Jene, die Teilhabe anbieten, werden beim Einsamen Resonanz erzeugen. Jene, die sagen: So wie Du bist, bist du ein wertvoller Mensch, werden bei denen, die nie im Licht der Anerkennung stehen, Anklang finden. Die in Hierarchien Eingepferchten werden jene, die neue Spielräume ermöglichen, als Befreier sehen.« Wer diese Grundbedürfnisse nicht mehr auf dem Radar hat, wird auch nichts ausrichten gegen Ideologien der sozialen Ausgrenzung. »Vor allem das Bedürfnis nach Wertschätzung, Würde und Integrität von all jenen, die sich nicht täglich im Lichte des Erfolgs sonnen können, ist aus dem Blick geraten.«

Der Demokratietheoretiker Pierre Rosanvallon argumentiert, dass »nicht wahrgenommen werden ausgeschlossen sein bedeutet«. Deshalb sei heute die Sehnsucht nach einer gerechten Gesellschaft verbunden mit dem Wunsch nach Anerkennung. Und genau hier müsse eine Erneuerung der Demokratie ansetzen: bei jenen, deren Leben im Dunkeln bleibt, die nicht repräsentiert werden, die nicht sichtbar sind.

Die Angst sitzt im Spalt zwischen »Was habe ich?« und »Wer bin ich?«.

In Paris gründete Rosanvallon ein »Parlament der Unsichtbaren«, das dazu dient, all die Geschichten und Lebensbiografien von Menschen zu erzählen, die sonst im Dunkeln geblieben wären: von Jugendlichen, die es schwer haben, von Arbeiterinnen im Niedriglohnssektor, vom alten Mann auf dem Land. Die Unsichtbarkeit weist auf zwei Phänomene: einerseits auf das Vergessen, die Zurückweisung und die Vernachlässigung, andererseits auf die Unlesbarkeit der Verhältnisse. Für viele ist es schwierig geworden, die Gesellschaft noch zu lesen und sich selbst mittendrin zu sehen. Das Projekt will dem Bedürfnis nach Erzählung der »gewöhnlichen« Lebensgeschichten, dem Anhören der ungehörten Stimmen und der Beachtung der alltäglichen Sehnsüchte nachgehen. »Es untergräbt die Demokratie, wenn die vielen leisen Stimmen ungehört bleiben, die ganz gewöhnlichen Existenzen vernachlässigt und die scheinbar banalen Lebensläufe missachtet werden«, so Rosanvallon. Wer das Wort ergreift, hat etwas zu erzählen. Wer jemand ist oder war, können wir nur erfahren, wenn wir die Geschichte hören, deren Held er oder sie ist. Das Wort zu ergreifen, heißt nicht fürsprechen, sondern selbst sprechen. Wenn Ausgeschlossene die eigene Lebenswelt sichtbar machen, schaffen sie einen Ort, von dem aus sie sprechen können. Der Vorhang öffnet sich zu einer Bühne, auf der die eigene Geschichte eine eigene Deutung – und zugleich Bedeutung – erfährt. Das Unspektakuläre des eigenen Lebens bekommt eine Bühne und wird besonders. Die, die das Wort ergreifen, können zur Sprache bringen, wer sie sind – und wer sie sein können.

Martin Schenk

ist Sozialexperte der Diakonie und Mitinitiator der Armutskonferenz. Seine Schwerpunkte sind soziale Sicherung, Gesundheit und Kinder/Jugend. Lange Jahre Arbeit mit Wohnungslosen, der Begleitung von sozial benachteiligten Jugendlichen und schwer Traumatisierten, Lehrbeauftragter an der FH Campus Wien. Aktuelle Publikationen: erschienen: »Neu! Besser! Billiger! Soziale Innovation als leeres Versprechen?« (2016), »Wert und Würde. Ein Zwischenruf« (2014) und »Handbuch Armut in Österreich« (2014)

Die Haut als Betrachtungsobjekt zeigt Schönheit, Unvollkommenheit und Stigmatisierung



von Elisabeth Aberer

Stigma bedeutet ein auffälliges, mitunter negativ bewertetes Merkmal eines Menschen, welches an der Haut zu sehen ist, sich als ein abnormes körperliches Erscheinungsbild, ein bestimmtes Bewegungsmuster oder als eine auffällige Gewohnheit zeigt, und das beim Betrachter Aufmerksamkeit erregt.

Menschen mit sichtbaren Hautveränderungen lösen in ihrer Umgebung starke Emotionen und meist negative Gefühle aus (Hawro et al. 2017). Die Betroffenen sind an ihrem Leiden meist völlig unschuldig und gleichzeitig diesem ausgeliefert und sind somit schicksalhaft stigmatisiert.

Schicksalshafte Stigmatisierung bei Hautkrankheiten

Es konnte gezeigt werden, dass Patienten/-innen mit chronischen Hautkrankheiten psychische und psychiatrische Komorbiditäten haben können (Gupta & Gupta 2003). Angeborene Geburtsfehler wie Riesenmuttermale, Feuermale oder Lippen-Kiefer-Gaumenspalte können dank neuer medizinischer Methoden behandelt werden. Trotzdem leiden derart Stigmatisierte, weil ihr Stigma oft eine starke Belastung sowie soziale Verletzlichkeit bedeutet. Bei Vergleichsuntersuchungen digital rekonstruierter Fotografien von Patienten/-innen mit und ohne Gesichtsdeformitäten konnte festgestellt werden, dass Personen mit Gesichtsveränderungen als signifikant weniger ehrlich, vertrauenswürdig, fähig und intelligent beurteilt wurden (Rankin & Borah 2003). Stigmatisiert zu sein bedeutet bei vielen afrikanischen Urvölkern eine Bedrohung für Leib und Leben. Als Albino zur Welt zu kommen, heißt in der schwarzen Bevölkerung für den Betroffenen auch Identitätsverlust. Afrikanische Menschen mit der Weißfleckenkrankheit (Vitiligo) und Albinismus stechen aus anderen heraus und bedeuten ein Stigma für die Betroffenen und eine wesentliche Einschränkung ihrer Lebensqualität. Es wurde mit dem »Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)«, ein Messinstrument für Angst und Depressionen, nachgewiesen, dass vor allem Vitiligopatienten/-innen in 59% psychiatrische Probleme aufweisen im Vergleich zu 26% der Albinos (Ajose et al. 2014). Weiße Flecken zu haben kann auch bedeuten, dass die Menschen an Lepra leiden, was zugleich Angst vor Ansteckung auslöst.

Stigmatisierungen durch bereits im jugendlichen Alter auftretende langwierige Hauterkrankungen, wie die schwere Akne,

Neurodermitis oder die Psoriasis, welche Veränderungen an sichtbaren Körperstellen aufweisen, beeinträchtigen nicht nur das heutige Schönheitsideal, sondern auch die Lebensqualität und die soziale Akzeptanz (Richards et al. 2001; Schmid-Ott et al. 2003). Der Einfluss der Neurodermitis auf Kinder in den ersten 3 Lebensjahren hängt davon ab, wie sehr die Eltern belastet oder emotional erschöpft sind und die Mutter-Kind Beziehung gestört ist, was eine Verschlechterung der Krankheit bedingt und psychologische Auswirkungen haben kann. Im 3. bis 10. Lebensjahr sind diese Kinder ihren Mitschülern /-innen ausgesetzt, von denen sie gehänselt, schikaniert oder auch ausgeschlossen werden. Im jungen Erwachsenenalter kann sich eine verminderte Selbstachtung und ein gestörtes Selbstwertgefühl einstellen (Chernyshov 2016). Stigmatisierungen sind unbeeinflussbare Dinge, die dem Betroffenen Leid auferlegen und etwa bei Akne nicht selten zu Depression und letztlich auch zu Suizid führen können (Tomas-Aragones & Marron 2016).

Die Hautkrankheit kann durch aktives Coping, wie forcierte Therapiewünsche an den behandelnden Arzt oder die Ärztin, durch eine Änderung der Verhaltensmuster wie Ignoranz, Erregung von Aufmerksamkeit, aber auch durch Ausleben in Phantasien bewältigt werden. Eine Erkrankung kann andererseits auch als Bestrafung, als Feind oder eine Herausforderung gesehen werden oder zu einem intensiveren spirituellen Leben führen (Lipowski 1970). Auch in anderen Bereichen versucht man, einer Stigmatisierung entgegen zu wirken. Wenn ein Kind seine Hand verliert, kann dies ein Handicap, eine Belastung, Behinderung oder Limitierung des täglichen Lebens bedeuten. Um sich nicht mehr isoliert und ausgeschlossen zu fühlen, könnte eine bunte auffallende Handprothese dies beheben (Hilhorst 2002).

Selbstzugefügte Stigmatisierungen

Es gibt Menschen, die gesund sind und sich bewusst Leid zufügen, um ihre Umwelt auf sich aufmerksam zu machen und sich selbst stigmatisieren, indem sie sich mit verschiedensten Methoden Hautveränderungen zufügen, die nicht versteckt, sondern ganz offen gezeigt werden. Denn



Abb. 1: Schlecht heilende Wunden nach Entfernung einer Tätowierung.



Abb. 2: Selbstgesetzte Artefakte bei einem 70-jährigen.

durch das Stigma lassen sich starke nicht-verbale Nachrichten vermitteln (Koblenzer 2000). Piercings und Tattoos sind keine Modeerscheinung des 21. Jahrhunderts, denn Menschen haben sich in allen Kulturen und Zeiten bemüht, ihren Körper zu schmücken und durch verschiedene Eingriffe zu verändern. Im Drang nach Individualität bedeutet eine Tätowierung bei Jugendlichen das Erwachsensein-Wollen und einen bestimmten Lebensabschnitt. Die soziale Identität wird über den Körper definiert und unter Schmerzen erlangt. Dem Schmerz wird eine essentielle Bedeutung im Akt des Tätowierens beigemessen. Laut Befragung durch das IMAS-Institut April/Mai 2016 sind fast ein Viertel der Österreicher über 16 Jahre tätowiert, 29 Prozent der 16- bis 29-Jährigen und auch noch 26 Prozent der 30- bis 49-Jährigen (<http://oesterreich.orf.at/stories/2599621/>). Waren Tätowierte in früheren Zeiten Personen im kriminellen Bereich oder Randgruppen der Gesellschaft, die sich damit sozial isoliert haben, sind jetzt alle Bevölkerungsschichten davon erfasst. Erhielten seinerzeit Tätowierte keine Anstellung, weil sie als nicht seriös und kompetent eingestuft wurden, gehört die Tätowierung heutzutage meist zum Alltag und gilt als Modeaccessoire, obwohl immer noch gewisse Vorbehalte bestehen können. Zahlreiche Prominente, die sich öffentlich mit Tätowierungen zeigten, trugen zu einer zunehmenden Akzeptanz bei. In der heutigen Zeit dienen Tätowierungen auch als Ausdrucksmöglichkeit für Exklusivität, Selbstdarstellung,

Geltungssucht und Abgrenzung und weiterhin auch als Mittel zur Verstärkung sexueller Reize, Schmuck, Protest (Punk) und nicht zuletzt die einer Zugehörigkeit.

Piercings und Tätowierungen haben in gewissem Grade mit mutwilliger Körperverletzung, um der Schönheit oder des Aussehens willens, zu tun, die irreparable Veränderungen des Körpers mit sich ziehen. Der Versuch, gesetzte Tätowierungen zu entfernen, ist meist unbefriedigend und der Heilungsprozess kann manchmal langwierig sein (Abb. 1). Die durch Piercings erzeugten Wunden und Mutilationen symbolisieren soziale Stigmatisierung als Zeichen der Machtlosigkeit gegenüber der kompetitiven Gesellschaft und Provokation. Piercing im Sexualbereich kann auch helfen, zu einer Selbst-Identität zu kommen, insbesondere wenn traumatische Erfahrungen, wie Vergewaltigung vorliegen. Die Erzeugung eines neuen heftigen, aber kontrollierbaren Schmerzes, kann zu einer Verarbeitung der Erlebnisse führen (Stirn 2003).

Noch problematischer sind Artefakte, also Selbstverstümmelungen, die der Betroffene mit ausgeklügelten Methoden sich selbst zufügt, dies aber vehement abstreitet (Chatterjee & Mitra 2016). Dieses Krankheitsbild wird als Dermatitis artefacta bezeichnet und als psychosomatische Störung angesehen. Es werden dabei Wunden aus innerstem psychologischem Verlangen erzeugt (Abb. 2). Oft besteht eine Borderline-Persönlichkeit, die in ihrer Jugend eine Erschütterung emotionaler Bindungen erfahren hat und ein vermindertes

Selbstwertgefühl aufweist. In der inneren Leere, Langeweile, Ärger, Ängstlichkeit oder Depression versucht der Patient/die Patientin, seine/ ihre Umgebung zu manipulieren. Die Ursachen einer Dermatitis artefacta liegen auch in Kindheitstraumen, gewalttätigen Beziehungen und nachfolgenden Persönlichkeitsstörungen. Oft stecken auch unbewusste Schuldgefühle dahinter. Die Läsionen werden manchmal durch unbewusste symbolische Handlungen gesetzt. Auch religiöse Hintergründe können in den nicht heilenden Wunden ursächlich beteiligt sein (Whitlock & Hynes 1978). Meist sind Frauen davon betroffen. Eine direkte Konfrontation des Patienten/der Patientin mit der Genese dieser Wunden ist kontraproduktiv (Koblenzer 2000). Die Behandlung sollte beim Psychologen oder beim Psychiater liegen, obwohl eine solche Betreuung von den Patienten/-innen meist abgelehnt wird.

Schönheitskult

Das persönliche Erscheinungsbild und Schönheit werden in der heutigen Gesellschaft immer wichtiger. Um nicht stigmatisiert zu sein, wünschen sich viele Menschen, etwas an ihrem Körper und Aussehen zu ändern, was für manche zu einer Besessenheit führt. Eine gesunde Haut spielt eine wichtige Rolle für das psychische und körperliche Wohlbefinden, während ein nicht perfektes Aussehen zu einer Beeinträchtigung der Körperwahrnehmung führt. Das körperliche Aussehen und das

→ Seite 27

Spurensuche

Scham und Schuld

Sucht ist ein großer Begriff, in dem sich speziell die Wörter Scham und Schuld einfügen lassen. Manch eine Sucht ist auch nicht negativ wie z.B die Sucht nach Wissen.

Täglich begleitet uns dieses spezielle Thema. Ich selbst habe eine Sucht nach Drogen und Alkohol. Zu Beginn meines Konsums konnte ich mir nicht einmal ansatzweise vorstellen, wie stark sich die Sucht auf mein Leben auswirken würde. Mein Alltag bestand nur mehr daraus, wie ich pünktlich und am schnellsten Wege zu meinem "Gift« komme. Mir war es egal, ob ich dafür kriminell werden musste, weil alles, was zählte, waren die Drogen und diese auch zu konsumieren. Ich schämte mich extrem für meine Sucht und alles, was ich für diese tat. Ich versteckte mich vor Freunden und Eltern, weil sie mich so nicht sehen sollten. Ich war immer ein sehr ordentlicher Mensch und achtete stark darauf, wie mich die Öffentlichkeit wahrnimmt. Dies war mir nicht mehr möglich, weil ich mich schämte, überhaupt noch vor die Türe zu gehen - weil Freunde oder Bekannte doch vielleicht erkennen würden, dass ich ein Problem habe und ich mich so für mich selbst schämte. Ich sprach mir selbst immer alles gut, aber heute kann ich mit Sicherheit sagen, dass ich mich Tag für Tag selbst belog. Ich lebte immer mehr in meiner eigenen Welt und verlor die Realität nach und nach immer mehr. Ich fühlte mich schuldig gegenüber meiner Familie und vermied auch jedes Gespräch zum Thema Sucht . Zudem fühlte ich mich schuldig gegenüber dem Staat, weil Drogen ja illegal sind. Mir war es egal, ob ich ins Gefängnis komme, weil ich selbst dort nur das Konsumieren im Kopf hatte. Mir blieb nichts mehr. In meiner eigenen Welt habe ich mir mein ganzes aufbautes Leben vor der Sucht zerstört .

Marcel W.

Sucht und Schamgefühl

Ich bin ein Mensch, dem Ordnung und Aussehen sehr wichtig sind. Ich lege sehr großen Wert darauf, wie ich aussehe und wie ich gekleidet bin. Ich bin auch diesbezüglich sehr schamhaftet und ein oberflächlicher, stolzer Mensch, dem es wichtig ist, was andere von ihm denken. Ich habe seit 16 Jahren ein Suchtproblem und bin auch schon seit 12 Jahren im Substitutionsprogramm.

Ich kenne sehr viele Leute aus der Szene, die früher gleich viel Wert auf ihr Aussehen legten wie ich. Seit sie jedoch ein Suchtproblem haben, empfinden sie dies nicht mehr als wichtig. Es gibt meiner Meinung nach zwei Arten von Süchtigen.

Zwei Dritteln ist es egal, wie sie sich in der Öffentlichkeit zeigen und das eine Drittel besteht aus Personen, die sehr schamhaftet sind und die zwar eine Wohnung haben, aber sich einreden, dass sie kein Problem haben. Ich zähle mich zur zweiten Art. Ich habe immer geschaut, wenn ich in der Stadt oder in der Straßenbahn unterwegs war, dass ich den Leuten aus dieser Szene aus dem Weg gehe, weil es mir unangenehm war, wenn mich wer ansprach. In solchen Momenten hatte ich noch mehr Angst, dass man mir meine Sucht ansah und mein Schamgefühl verstärkte sich. Ich glaubte zu wissen, dass meine Verwandten und Bekannten und die Leute wissen, was los ist. Ich habe, was mein Suchtproblem betrifft, nach außen alles schön geredet und es besser verkauft, als es in Wahrheit ist. Ich habe es immer vermieden, über mein Suchtproblem zu sprechen, weil ich mich schämte und schuldig fühlte.

Ronny S.

Die Rolle von Scham und Schuldgefühlen bei Sucht und Abhängigkeit

Ein kurzer Einblick in ein komplexes Geschehen



von Hütter Gabriela

Das Bedürfnis, sich zu berauschen, gibt es wohl, seit es Menschen gibt. Die meisten Menschen erleben die Rauscherfahrung als einen sehr positiven Zustand, die Probleme entstehen für die Konsumierenden meist erst, wenn es zu Sucht und Abhängigkeit kommt.

Der durch Drogen induzierte Rausch hat je nach Substanz und individueller psychischer Konstitution viele Aspekte, er kann u. a. lustvoll, enthemmend, entspannend sein, er kann eine Flucht vor der Realität sein oder zu bewusstseinsweiternden Erfahrungen führen. Wenn eine Abhängigkeitserkrankung entsteht, kann man davon ausgehen, dass sie immer multifaktorielle Ursachen hat (Persönlichkeit, Substanz, Kultur, Freundeskreis, Lebensbedingungen, Lebenserfahrungen usw.).

In den Medien und in der Gesellschaft wird der Konsum von legalen und vor allem illegalen Drogen als moralisch verwerflich gesehen, sehr negativ dargestellt und auf Grund des Suchtmittelgesetzes als kriminelles Verhalten eingestuft. Meistens wird nur über die Auswirkungen im Endstadium einer Abhängigkeitserkrankung berichtet; selten darüber, wie lange – oft über Jahre – diese unauffällig entsteht. Wenn es dann zu Sucht und Abhängigkeit gekommen ist, wird dies fast immer als persönliches Versagen dargestellt. Süchtigen Menschen wird unterstellt, sie seien zu schwach, zu lustbetont und emotional zu labil, um sich den Problemen und Anforderungen des Lebens zu stellen, und würden sich daher lieber der Berauschung hingeben. Viele Auswirkungen, die durch Ungerechtigkeit und/oder Ungleichheit Leid verursachen, werden oft nicht dargestellt oder wahrgenommen bzw. verleugnet. Angehörigen^[1] wird oft direkt oder unterschwellig unterstellt, dass sie entweder zu wenig (z. B. Karriere Mutter/Vater oder Frau/Mann) oder zu viel (z. B. Helikopter-Eltern) getan haben bzw. nicht das Richtige gemacht haben. Bei kaum einer anderen Krankheit wird so häufig nach Schuld oder wenigstens Mitschuld gesucht wie bei den Abhängigkeitserkrankungen. Dadurch wird ein Klima von Schuld und Scham erzeugt. Fast alle Betroffenen und deren Angehörige leiden früher oder später an Scham- und Schuldgefühlen. Hier kann der psychotherapeutische Prozess, in dem es um die konstruktive Konfrontation und Bearbeitung der eigenen Anteile sowie

der neurotischen Schuld- und Schamgefühle geht, die zur Sucht und Abhängigkeit geführt haben, helfen, Lebensmuster wieder zu verändern.

Scham- und Schuldgefühle sind unangenehme, manchmal auch sehr schmerzhafte Affekte, die aus Gedanken über uns selbst und unser Verhalten entstehen. Scham- und Schuldgefühle sind aber auch Grundphänomene des menschlichen Lebens und unentbehrlich für die Regulation menschlichen Zusammenlebens. Die Ausprägung der Fähigkeit, Scham- und Schuldgefühle empfinden zu können, ist individuell unterschiedlich, z. B. SoziopathInnen zeigen diese Gefühle nicht. Es ist wichtig, zwischen unrealistischem Schuldbewusstsein, Schuldgefühlen und realer Schuld im juristischen Sinn zu unterscheiden. Schuldvorstellungen und Schamgefühle entwickeln sich einerseits durch äußere Einflüsse (Erziehung, religiöse und kulturelle Prägungen und Überzeugungen, Anpassung an gesellschaftliche Moralvorstellungen, Leistungsdruck usw.) und andererseits durch intrapsychische Konflikte. Die Wahrnehmung, dass ein anderer Mensch leidet oder einen Schaden aufgrund meines Fehlverhaltens erlebt, ist die häufigste Ursache für Schuldgefühle. Schuldgefühle entstehen schneller und stärker, wenn sie aus einer Bindung und Beziehung zu einer anderen Person resultieren. Bei Schuldgefühlen erwartet und fürchtet man negative Konsequenzen (Liebesverlust, Entwertung) bis hin zur Bestrafung, weil man etwas Unrechtes getan hat, den eigenen und/oder den Ansprüchen anderer oder der gesellschaftlichen Norm nicht entspricht. Schuldgefühle lösen meistens auch das Bedürfnis, etwas »wiedergutzumachen«, aus, z. B. indem man gesteht, um Verzeihung bittet oder sich um Wiedergutmachung bemüht. Für viele Betroffene ist die Last der Schuld, sind Schuldgefühle und Scham über die oft jahrelangen Auswirkungen der Sucht und Abhängigkeit so groß, dass sie alles verleugnen und verdrängen, weil

^[1] Als Angehörige/Mitbetroffene verstehe ich nicht nur Eltern, Großeltern, Kinder, Geschwister, Verwandte, PartnerInnen, sondern es sind damit auch Personen gemeint, die sich in einem Beziehungsverhältnis zur/zum Betroffenen befinden, wie z. B. ArbeitskollegInnen, ArbeitgeberInnen, LehrerInnen usw.

sie keinen Ausweg oder keine Perspektive mehr für Wiedergutmachung sehen. Die Entdeckung der Sucht und Abhängigkeit beim eigenen Angehörigen trifft Angehörige Menschen meistens völlig unvorbereitet, es bricht oft eine Welt zusammen. Angehörige schämen sich auch dafür, die Sucht/Abhängigkeit nicht früher erkannt oder gesehen zu haben. Bei Angehörigen führen Schuldgefühle häufig dazu, dass zu lange keine Grenzen gesetzt wurden, man immer wieder Ja sagt, obwohl man sich schon so oft ein Nein vorgenommen hat. Es droht ständig das oft neurotische Gefühl, dass man Mitschuld am Suchtverhalten, am sozialen Abstieg, an der Kriminalisierung usw. hat. Suchttherapieangebote werden oft aus Angst, behördlich registriert, entwertet und bestraft zu werden, nicht oder aus Scham erst sehr spät in Anspruch genommen. Schamgefühle tauchen auf, sobald sich zeigt, dass das tatsächliche Sosein hinter dem Selbstbild zurückbleibt, wobei das Selbstbild weitgehend dem entsprechen soll, wie man in den Augen anderer erscheinen möchte. Menschen, die unter Schamgefühlen leiden, leiden unter dem Gefühl, versagt zu haben, unbedeutend und wertlos zu sein. Sie erleben ein inneres Szenario des Phantasierens über ihre eigenen moralischen und menschlichen Unzulänglichkeiten und neigen zu starker Selbstentwertung. In weiterer Folge entsteht die Angst, dass diese Unzulänglichkeiten von anderen bemerkt werden, man deswegen abgewertet wird und moralisierende Ratschläge bekommt. Die Angst vor Schuld und Vorwürfen, die aus dem Gefühl entstehen, nicht alles, was hilfreich und notwendig wäre, getan zu haben sowie durch ein zu viel oder zu wenig an Hilfe mitschuldig an der Sucht zu sein, belastet schwer. Man lebt ständig mit dem Gefühl, als Mutter/Vater, Ehefrau/Ehemann, Oma/Opa, Schwester/Bruder, ArbeitskollegIn usw. versagt zu haben. Das Bedürfnis zu helfen und zu retten führt in diesen Beziehungsdynamiken zu seelischen Verletzungen und Enttäuschungen, dadurch entwickelt sich auch das Selbstwertgefühl nur mangelhaft, entwickelt sich auch ein mangelndes Selbstwertgefühl. In diesen Situationen werden nicht nur vom Betroffenen, sondern auch von Angehörigen unbewusst Probleme verheimlicht, was dazu führt, dass deren Lösung verhindert bzw. hinausgezögert wird. Bei vielen Betroffenen und Angehörigen entsteht früher oder später ein starker Wunsch,

In der psychotherapeutischen Situation geht es nicht um die moralische Beurteilung von Handlungen, sondern um die Betrachtung und Beschäftigung mit den bewussten und unbewussten Anteilen, die unser Handeln beeinflussen.

sich zurückzuziehen und soziale Kontakte zu meiden, was zu zunehmender Isolation und Verlust der Lebensfreude führt.

Zu bedenken ist auch, dass Angehörige wie Betroffene mit dem gesamten psychosozialen Hilfsnetz (ÄrztInnen, Krankenhäuser, Drogenberatungsstellen, Gericht, Exekutive, LehrerInnen usw.) konfrontiert sind, was nicht nur Erleichterung, sondern auch zusätzliche Belastung mit sich bringen kann. Eine Atmosphäre des vorurteilsfreien, wertschätzenden Zuhörens anzubieten und – bei Bedarf – neue, wertschätzende Hilfestellungen ohne moralisierende Ratschläge zu erarbeiten, spielt gerade bei von Schuld und Schamgefühlen Betroffenen eine wichtige Rolle.

In der psychotherapeutischen Situation geht es nicht um die moralische Beurteilung von Handlungen, sondern um die Betrachtung und Beschäftigung mit den bewussten und unbewussten Anteilen, die unser Handeln beeinflussen. Durch Psychotherapie soll ein Reflektieren und Erkennen der eigenen Lebensgeschichte und unserer Handlungen ermöglicht werden. Je wertfreier die psychotherapeutische Situation erlebt wird, umso besser kann ein Mensch sich öffnen und sich mit seinen Schwächen, seinem Scheitern und seinen Stärken zeigen. Die Sorgen und Nöte ernst zu nehmen, ihnen nicht mit pädagogischen oder moralischen

Haltungen und Hilfestellungen zu begegnen, sondern auf die psychodynamische Beziehung zwischen den Betroffenen einzugehen, ist besonders wichtig, damit Menschen Vertrauen finden, sich öffnen können und den Mut fassen, in diesen schwierigen, belastenden Konstellationen Hilfe und Unterstützung zu holen.

Literatur

Bilitza, K. W. (Hrsg.) (2007): Psychodynamik der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Theorie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Bilitza, K. W. (Hrsg.) (2008): Psychotherapie der Sucht. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Bonelli, R. M. (2013): Selber schuld! Ein Wegweiser aus seelischen Sackgassen. München: Pattloch.
Hirsch, M. (1997): Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Rost, W.-D. (2001): Psychoanalyse des Alkoholismus: Theorie, Diagnostik, Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta.
Tiedemann, J. L. (2013): Scham. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Gabriela Hütter DSA

Psychotherapeutin (Individualpsychologin ÖVIP), Transference-Focused-Psychotherapy (TFP), spezifische Weiterbildungen in psychodynamischen Psychotherapie- und Diagnoseverfahren, Forensik, als Mitarbeiterin im Verein b.a.s. in Graz (ambulante Suchtberatung/Suchttherapie) und in freier Praxis tätig.
 E.: gabriela@therapie-huetter.at
 H.: www.therapie-huetter.at
 H.: www.b.a.s.at



Scham und Würde

Die Würde des Suchtkranken ist unantastbar



von Dominik Batthyány

»Die Würde des Menschen ist unantastbar«, heißt es. Dies ist eine Feststellung und Aufforderung zugleich.

Die Würde des Menschen ist tatsächlich etwas, das ihm nicht genommen werden kann. Gleichzeitig wird sie jederzeit in vielfältiger Weise verletzt oder bedroht – das heißt eigentlich, es wird ihr nicht entsprochen. Und das betrifft nicht nur die Würde der anderen Menschen, sondern auch den Umgang des Menschen mit sich selbst. Ich kann auch mit mir selbst unwürdig umgehen.

Der Philosoph Immanuel Kant hat die »Würde des Menschen« versucht zu definieren. Er geht davon aus, dass der Mensch ein Zweck an sich sei und demnach nicht bloß einem ihm fremden Zweck unterworfen werden darf. Das heißt: Die Menschenwürde wird verletzt, wenn ein Mensch einen anderen bloß als Mittel für seine eigenen Zwecke benutzt. Der Mensch ist, so Kant, »Zweck an sich« und darf nie nur »Mittel zum Zweck« sein. Handle also so, dass »du die Menschheit, sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchest. [...] Was einen Preis hat, an dessen Stelle kann auch etwas anderes, als Äquivalent, gesetzt werden; was dagegen über allen Preis erhaben ist, mithin kein Äquivalent verstattet, das hat eine Würde.«

Vor diesem Hintergrund ist auch die schöne Feststellung des deutschen Philosophen Robert Spaemann zu verstehen: »Wer auf die Frage, warum er diesen Menschen liebt, eine Antwort geben kann, der liebt noch nicht wirklich. Man liebt eben einen Menschen, kein Bündel von Eigenschaften. Und doch können wir Merkmale nennen, die wir an der geliebten Person besonders mögen: ihre Herzengüte, ihr Lachen, ihre Impulsivität zum Beispiel. Die Frage ist: Lieben wir sie wirklich deswegen? Oder würden wir sie auch lieben, wenn sie sich verändern und diese Eigenschaften verlieren würde?« Ein einfaches Gedankenexperiment zeigt, dass wir, wenn wir lieben, mehr an der Person – der Trägerin von Würde – interessiert sind als an ihren Eigenschaften: Stellen Sie sich vor, ein Zauberer könnte eine exakte Kopie,

einen Menschen erschaffen, der alle Eigenschaften trägt, die Sie an Ihrem geliebten Menschen schätzen (und womöglich anreichert mit zusätzlichen positiven Eigenschaften). Würden Sie tauschen wollen? Wohl kaum. Denn was wir letztlich wollen und mit der Zeit lieben lernen, ist etwas eigentlich »Unsichtbares«, Einzigartiges, eine bestimmte Person.

Der Begriff »Scham« ist mehrdeutig und in seinen Bedeutungen widersprüchlich. Er steht als solcher in einem Spannungsfeld mit dem Begriff der »Würde«, da »Scham« im Zusammenhang mit Erniedrigung, Degradierung, Demütigung und Entwürdigung auftreten kann.

Dennoch: Scham im Sinne von »ich schäme mich, dass ich ...« beschreibt auch etwas anderes: Sie beschreibt das Gefühl des Makels, das Gefühl einer Schuld oder das Gefühl, den eigenen Ansprüchen nicht entsprochen zu haben. Scham in diesem Kontext ist umfassender als »Schuld«. Sie beschreibt das Gefühl eines schuldbewussten, schmerzlichen Blickes auf sich selbst, eines Blickes, dem sich ein Mensch manchmal am liebsten entziehen möchte. Scham kann einen Lernprozess anstoßen, sich zu sehen und anzunehmen, wie man ist, aber auch Impulse für eine Weiterentwicklung geben, eine Aufforderung sein, Dinge anders oder besser zu machen. – Scham kann als solche aber auch das Gegenteil hervorrufen, kann eine Quelle von Verdrängung, Abspaltung und Nicht-sehen-Wollen sein. Und wo das Sichschämen den Selbstwert herabsetzt, kann es auch destruktiv werden. In allen Fällen aber gilt: Ein »ich schäme mich, dass ich ...« ist nur für ein Wesen möglich, das sich selbst als »frei« und »verantwortlich«, als nicht mehr nur reagierendes oder abreagierendes, sondern auch agierendes, gestaltendes Wesen versteht. Diese Begriffe aber sind untrennbar mit dem Begriff der »Menschenwürde« verbunden.

Die Scham hat aber auch eine andere Bedeutung. Sie beschreibt das »Schamgefühl«, das Adam und Eva nach dem Essen der verbotenen Frucht überkam (»Da

gingen beiden die Augen auf und sie erkannten, dass sie nackt waren. Sie hefteten Feigenblätter zusammen und machten sich einen Schurz.« Gen 3,7). In diesem Kontext beschreibt sie eine für die menschliche Person charakteristische Tendenz, sich zu verbergen, als Selbstschutz davor, von anderen Menschen auf bestimmte Eigenschaften reduziert oder als Objekt gebraucht zu werden. Wenn sich Menschen hingegen in Liebe und Vertrauen begegnen, einander sozusagen »Objekt der Liebe« werden, schwindet diese Scham. – Scham in dieser Bedeutung bewacht unsere menschliche Würde. Sie möchte den Menschen vor entwürdigendem Verhalten, Situationen und Blicken schützen, besonders während seiner fragilen Entwicklung. Sie dient besonders dem Schutz vor Bloßstellungen, vor Ein- und Übergriffen, welche die Integrität der Person bedrohen können.

Wenn wir den Begriff »Würde« im Kontext von Sucht und Abhängigkeit betrachten, ist festzustellen, dass viele Betroffene



Was einen Preis hat, an dessen Stelle kann auch etwas anderes, als Äquivalent, gesetzt werden; was dagegen über allen Preis erhaben ist, mithin kein Äquivalent verstattet, das hat eine Würde.

Immanuel Kant
Grundlegung zur Metaphysik der Sitten (1785)

→ Seite 21 Erscheinungsbild beeinflussen unsere Emotionen, Gedanken und Verhalten im täglichen Leben und unsere Beziehungen und letztlich unsere Lebensqualität.

Dermatologen spielen eine Schlüsselrolle, solche Störungen der Körperwahrnehmung wahrzunehmen und durch entsprechende Behandlung und auch kosmetische Eingriffe zu verbessern (Tomas-Aragones & Marron 2016). Die Anpassung des Körperbildes an ästhetische Normen und die Erzeugung eines »Wunschbildes«, was das Aussehen betrifft, ist in den letzten Jahren in einem breiten gesellschaftlichen Spektrum populär geworden, stellt aber auch zunehmend eine Belastung für das medizinische System dar. Der Trend der Körpermodifikationen stellt eine Herausforderung für den behandelnden Therapeuten dar und sollte zur weiteren Exploration von biografischen und psychischen Bedingungen, Motivation und Risikoverhalten bewegen, ob es sich bei den Eingriffen um einen Schmuckaspekt handelt oder einen Hinweis auf Identitätsunsicherheiten, Sucht, vermehrtes Risikoverhalten oder Autoaggression handelt (Stirn et al 2006).

Literatur

Ajose FO, Parker RA, Merrall EL, Adewuya AO, Zachariah MP. Quantification and comparison of psychiatric distress in African patients with albinism and vitiligo: a 5-year prospective study

(2014) *J Eur Acad Dermatol Venereol* 28(7):925-32.
Chatterjee SS, Mitra S. *Dermatitis Artefacta Mimicking Borderline Personality Disorder: Sometimes, Skin Could Be Misleading.* *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2016;14(3):311-313.
Chernyshov PV (2016) Stigmatization and self-perception in children with atopic dermatitis. *Clin Cosmet Invest Dermatol* 9:159-66.
Gupta MA, Gupta AK (2003) Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol* 4:833-842.
Hawro M, Maurer M, Weller K, Maleszka R, Zalewska-Janowska A, Kaszuba A, Gerlicz-Kowalczyk Z, Hawro T (2017) Lesions on the back of hands and female gender predispose to stigmatization in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol* Jan 6. pii: S0190-9622(16)31016-7. doi: 10.1016/j.jaad.2016.10.040. [Epub ahead of print]
Hilhorst MT (2002) Physical beauty: only skin deep? *Med Health Care Philos* 5(1):11-21.
Koblenzer CS (2000) Dermatitis artefacta. Clinical features and approaches to treatment. *Am J Clin Dermatol* 1:47-55.
Lipowski ZJ (1970) Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiat Med* 1:92-203
Rankin M, Borah GL (2003) Perceived functional impact of abnormal facial appearance. *Plast Reconstr Surg* 111:2140-2146.
Richards HL, Fortune DG, Griffiths EM, Main CJ (2001) The contribution of perceptions of stigmatization to disability in patients with psoriasis. *J Psychosom Res* 50:11-15.

sich vor der eigenen Entwürdigung »zumachen«. Menschen fallen in ein Suchtverhalten, um diese oder jene »Entwürdigung« ertragen zu können. Die Würde eines Menschen ist aber niemals von der eigenen Selbstachtung oder der Achtung anderer Menschen abhängig. Die Würde eines Suchtkranken ist unantastbar und kann nicht verloren gehen. Darüber hinaus würdigt sich ein Mensch (d. h. eigentlich: entspricht seiner Würde), wenn er nicht denkt, etwas leisten zu müssen, um liebenswürdig zu sein.

In Augenhöhe dem Suchtkranken Achtung und Würde entgegenzubringen, dem Suchtkranken zum Erkennen der eigenen Würde und Einzigartigkeit und zu Selbstachtung zu verhelfen – das ist Heilung!

Dr. Dominik Batthyány

Psychotherapeut, Leitung Prävention im Verein *Grüner Kreis* – Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen
 Leitung Institut für Verhaltenssuchte an der Sigmund Freud Privatuniversität Wien

Schmid-Ott G, Burchard R, Niederauer HH, Lamprecht F, Kuensebeck HW (2003) Stigmatisierungsgefühl und Lebensqualität bei Patienten mit Psoriasis und Neurodermitis. *Hautarzt* 54:852-857.

Stirn A (2003) Body piercing: medical consequences and psychological motivations. *Lancet* 361:1205-1215.

Stirn A, Brähler E, Hinz A (2006). Prävalenz, Soziodemografie, mentale Gesundheit und Geschlechtsunterschiede bei Piercing und Tattoo *Psychother Psych Med* 2006; 56:445-449.

Tomas-Aragones L, Marron SE (2016) Body Image and Body Dysmorphic Concerns. *Acta Derm Venereol* 96(217):47-50.

Whitlock FA, Hynes JV (1978) Religious stigmatization: an historical and psychophysiological enquiry. *Psychol Med* 8:185-202.

Univ.-Doz. Dr. Elisabeth Aberer

Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten, im Ruhestand; Abschluss des theologischen Fernkurses; Hobbymusikerin. Derzeit wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Medizinischen Universität in Graz; Schwerpunkte: Spiritualität im Krankenhaus, Lyme Borreliose, Autoimmunerkrankungen, Mastozytose; Qualitätsmanagerin, Auditorin und Mentorin; Associate Editor für die Zeitschrift *Spiritual Care*, Organisation des Sondermoduls »Spiritualität im Krankenhaus« im Rahmen des Medizinstudiums, Mitglied der interuniversitären Arbeitsgemeinschaft am Landeskrankenhaus in Graz »Spiritualität im Krankenhaus« <http://olaf.uni-graz.at/spiritualita-etlkhgraz/index.html>.

Ent-Schuldigung der Sucht?

Über den Umgang mit Scham und Schuld in der »Therapeutischen Gemeinschaft«



von Anita Rinner

»Nichts macht einen Menschen ungeeigneter, mit Vernunft zu handeln, als ein Unglück, das von Scham und Schuld begleitet ist.«
(Jonathan Swift)

Suchtsysteme werden meist von Beginn an von Alles-oder-Nichts-Fragen oder sogar Bestrebungen nach einem »Schuldspruch«, denen man in der Form nicht nachkommen kann, begleitet. Die Suche nach Antworten beschäftigt PatientInnen und deren Angehörige schon lange Zeit, bevor der Entschluss zu einer stationären Therapie fällt. Schuldvorwürfe und Scham gegenüber der Gesellschaft gehören zum Alltag betroffener Familien und lassen eine große Last entstehen, die oftmals nur schwer zu bewältigen ist.

Schuldig zu sein, bedeutet, gegen Normen der Gesellschaft zu verstoßen – etwas falsch gemacht zu haben. Für diesen Fehler schämt sich der Mensch und versucht, zukünftig möglichst »richtig« zu handeln, um negativen sozialen Konsequenzen zu entgehen. So die Theorie – doch für die Sucht nur teilweise anwendbar. Die Scham, nicht »stark« genug zu sein, um die Krankheit aus eigener Kraft zu bewältigen, bestärkt PatientInnen, Mechanismen zu finden, um das Weiterbestehen der Suchterkrankung zu verdecken. In diesem Zusammenhang erweisen sich Verleugnen, Verdrängen und Beschönigen erfahrungsgemäß als gute Abwehrmechanismen, um nicht den Konsequenzen der Gesellschaft oder der Scham des eigenen Versagens zu erliegen – ein Teufelskreis entsteht.

Mit diesen in der Sucht erworbenen Strategien kommen suchtkranke Menschen nun in die *Therapeutische Gemeinschaft*. Die Hoffnung bzw. auch Erwartung von Angehörigen und Betroffenen – »Jetzt wird endlich alles gut« – ist präsent und die Angst der Betroffenen, (wieder) zu versagen, spürbar. An diesem Punkt wird die *Therapeutische Gemeinschaft* wirksam – sie fängt ihr neues Mitglied in seinen Ängsten und seiner Scham auf, reguliert es in seiner Ungeduld und seinen Erwartungen, nimmt es mit seiner Erkrankung an und lässt es in der Gemeinschaft ankommen. Dies stellt die Basis der ersten Schritte in der Auseinandersetzung mit der eigenen

Suchterkrankung und damit unausweichlich mit dem Thema Scham und Schuld dar. Je stabiler und klarer die PatientInnen in ihrem Therapieverlauf werden, desto spürbarer wird für die Betroffenen auch die Scham, die nicht mehr länger von Substanzen überdeckt wird. Scham für begangene Fehler, Schwächen, Lügen, Taten – für alles, was man geworden und auch nicht geworden ist. Die PatientInnen beschreiben sich in dieser Therapiephase als »nackt«, ausgeliefert und ertappt und versuchen, oftmals mit großem Widerstand, andere nicht in den Abgrund ihrer Sucht blicken zu lassen. Ohne die stärkende und Rückhalt gebende Gemeinschaft, in der die PatientInnen ihren gleichwertigen Platz gefunden haben, und ohne Sicherheit schaffende Bindungen in der Gruppe scheint die Realität der Sucht nicht aushaltbar und somit die Scham oft unüberwindbar.

Diese Dynamiken stellen für die gesamte *Therapeutische Gemeinschaft* eine Herausforderung dar – es gilt für PatientInnen wie auch für MitarbeiterInnen, sich zu trauen, den Abgründen der Sucht zu begegnen, hinzuschauen und sich vom eigenen Widerstand und dem des Gegenübers nicht abschrecken zu lassen, sondern den Prozess auf einer wertschätzenden, vertrauensvollen und stützenden Ebene zu begleiten. Erst wenn PatientInnen spüren, dass es zu keinen »Schuldsprüchen«, dass es nicht zu urteilenden Vorwürfen oder schadenfrohem »Ertappen« kommt, sondern dass das Finden eines Weges in ein stabiles Leben im Zentrum des Interesses aller Mitglieder der *Therapeutischen Gemeinschaft* steht, ist es möglich, scham- und schuldbehaftete Themen konstruktiv zu bearbeiten.

Ist eine Ent-Schuldigung der Sucht nun möglich bzw. wünschenswert? Im Sinne eines schwarz-weiß gedachten Freispruchs eigener Anteile für die Erkrankung wäre eine solche »Entschuldigung« für die Behandlung natürlich kontraproduktiv. Die Beschäftigung mit der Schuldfrage würde

→ Seite 29

POOL7-Catering beim NÖ FOTOMarathon

Abschlusspräsentation des dritten NÖ FOTOMarathons Anfang Februar in Wiener Neustadt. Das POOL7-Catering Team sorgte für das leibliche Wohl der zahlreichen Besucher der Preisverleihung, bei der junge Fotokünstlerinnen und Künstler für ihre Arbeiten zum Thema »ADVENT im FOKUS« ausgezeichnet wurden. Den Hauptpreis überreichte LH-Stellvertreterin Johanna Mikl-Leitner, die bei dieser Gelegenheit auch dem Catering-Team für die kulinarische Betreuung dankte. Die Niederösterreichische Kreativakademie, die den Fotomarathon organisierte, ist ein außerschulisches Bildungsangebot, das sich der künstlerischen Förderung junger Menschen in den unterschiedlichen Kunstsparten verschrieben hat.



Foto: NLK J. Burchhart

Johanna Mikl-Leitner, LH-Stellvertreterin von Niederösterreich, das POOL7-Catering-Team und Kurt Neuhold, Leiter von »Kunst im Grünen Kreis«

damit die Betrachtung und das Verstehen der komplexen Suchterkrankung, die sich auf allen Ebenen des menschlichen Seins zeigt, behindern. Wenn es jedoch gelingt, Schuld als einseitigen, negativ behafteten Begriff mit dem Begriff »Verantwortung« in Verbindung zu bringen, scheinen sich PatientInnen nicht mehr vor dem

Richterstuhl zu fühlen und zeigen sich freier im Reflektieren der eigenen Erkrankung. Die Sucht kann damit zu etwas werden, für das die PatientInnen nicht einfach nur passiv die Schuld zu tragen haben. Durch das Verstehen der Multikausalität der Suchterkrankung, das Kennenlernen der eigenen Persönlichkeit und das Erarbeiten von

konstruktiven Strategien können sie aktiv Einfluss auf ihren Krankheitsverlauf nehmen und somit auch wieder Verantwortung für ihr Leben übernehmen.

Mag.^a Anita Rinner

Klinische und Gesundheitspsychologin
Therapeutische Leitung Johnsdorf

Kunst im Grünen Kreis

Yes we can!



von Kurt Neuhold

»Kann ich nicht«oder
»Was soll das?«

- diese Haltung steht oft am
Beginn der Workshops von Kunst
im Grünen Kreis. Abwehr und
Neugierde halten sich jedoch
glücklicherweise die Waage.

Sich auf Unbekanntes einzulassen, wagen nicht alle. Neben jenen, die Freude und Erfahrung mit künstlerischer Arbeit haben, gelingt es, dank der Bemühungen der TherapeutInnen und Hausleitungen, auch die zweifelnden, skeptischen KlientInnen von einer Teilnahme und Mitarbeit zu überzeugen. Diese, manchmal mühsame Einstiegsphase wird meist schnell überwunden. Der künstlerische Arbeitsprozess danach wird von fast allen als produktiv und bereichernd erlebt. Neben dem, auf den Rückmeldefragebögen oft geäußerten Wunsch »nach mehr Kunstprojekten«, werden das »Kennenlernen neuer Techniken und künstlerischer Ausdrucksweisen«, der »Freiraum zur Realisierung eigener Ideen« und »das gemeinsame Arbeiten, das den Zusammenhalt der Gruppe stärkt«, besonders positiv bewertet.

Die Workshops von »Kunst im Grünen Kreis« sind prozess- und erfahrungsorientiert. Gearbeitet wird mit den einfachsten Mitteln und Ausdruckstechniken. Ziel ist es, in einem ganzheitlichen Prozess die passende künstlerische Form für eine Idee zu finden. Dass dies nicht immer gelingt, ist logisch, denn die äußeren Gegebenheiten, die knappen Ressourcen und die oft fehlende kunsthandwerkliche Erfahrung erschweren die Arbeit, befördern jedoch auch die Suche nach kreativen Lösungen. Das Scheitern ist ein Teil des Suchprozesses! Es bedarf der Spiel- und Möglichkeitsräume, in denen das Scheitern als konstruktive Lernerfahrung wahrgenommen werden kann. Die prozessorientierte Arbeitsweise der Kunstprojekte bietet diesen Freiraum; ein misslungener Versuch wird weder schlecht benotet, noch verächtlich abgewertet.

Vor allem in der Anfangsphase der Workshops haben viele TeilnehmerInnen Angst, ihren hohen, teilweise unrealistischen Erwartungen an die eigenen Fähigkeiten nicht genügen zu können. Diesen Leistungsdruck zu vermindern und sie zu motivieren, sich auf ein kreativ künstlerisches Abenteuer einzulassen, ist Aufgabe der WorkshopleiterInnen. Äußere Vorgaben und Auftragsarbeiten sind in der knapp bemessenen Zeit kaum zu realisieren und wirken oft kontraproduktiv.

Natürlich haben alle den Wunsch, ein Projekt positiv abzuschließen. Immer ist es beflügelnd und motivierend, eine Abschlussausstellung, Lesung, Filmvorführung oder Performance vorzubereiten und zu gestalten. Die Arbeiten sind jedoch als »work in progress« zu verstehen, die Rezeption muss achtsam und wertschätzend erfolgen. Um die künstlerische Qualität und Originalität zu entdecken, bedarf es derselben Aufmerksamkeit, wie bei der Auseinandersetzung mit zeitgenössischer Kunst in Galerien und Museen.

Die experimentelle, offene Arbeitsweise, der spielerisch-kreative Umgang mit unterschiedlichen Materialien, das handwerkliche Arbeiten, die Wahrnehmung des Körpers und das haptische Erleben verhelfen zu Erfahrungen, die im Alltag in dieser konzentrierten Form sonst nicht möglich sind. Meist entwickelt sich bei der gemeinsamen Arbeit eine angenehme Atmosphäre, in der es leichtfällt, Geschichten oder G'schichterl zu erzählen, oder über Wünsche, Hoffnungen, aber auch Ängste zu sprechen. Es nicht zu schaffen, zu versagen, ist eine vielfach geäußerte Befürchtung. Diese Versagensängste und das Gefühl, in einem auf Leistung, Funktionieren und Perfektion getrimmten System nicht bestehen zu können und damit nicht dazu zu gehören, werden als beschämend erlebt. Aus Angst, bloß gestellt zu werden und um zu verbergen, dass man Erwartungen oder Anforderungen nicht erfüllen kann oder will, wählen manche den Rückzug.

Bei der Kunstaktion »Phönix aus der Asche« (siehe Beitrag von Astrid Steinbrecher) brachten die TeilnehmerInnen diese Problematik eindrucksvoll zum Ausdruck: Neben einigen anderen Objekten, schufen sie einen bizarren Sorgenbaum, dessen Blätter Schuld, Angst, Zweifel, Trauer, Wut, Scham, Sucht und Sorgen symbolisierten. Manche dieser »Gewächse« sind giftig, sie zu entsorgen, ist mühsam und schwierig. Das, was im Alltag und in der Therapie viel Zeit, Geduld, gute Vorbereitung und Betreuung benötigt, war bei der Kunstaktion wirkungsvoll, schnell und spektakulär möglich!

Kurt Neuhold

Leiter Kunst im Grünen Kreis



»Der Sorgenbaum« (Arbeit im Rahmen des Kunst-Workshops »Phönix aus der Asche«)

Astrid Steinbrecher Phönix aus der Asche

Kunstworkshop zur Wintersonnenwende in Johnsdorf

Zufällig und spontan hatte sich im Dezember letzten Jahres die Möglichkeit ergeben, genau um den 21. Dezember, den Tag der Wintersonnenwende, einen Kunstworkshop mit KlientInnen des Grünen Kreises in Johnsdorf abzuhalten. Nichts lag damit näher, als ein Feuerritual in den künstlerischen Arbeitsprozess zu integrieren und kein Symbol hätte besser zum nahenden Jahreswechsel gepasst, als den Phönix aus der Asche aufsteigen zu lassen.

Ich verwende in meinen Workshops gern natürliche Materialien: Fundhölzer, Papier, Draht, Stoff, Farben auf Wasserbasis, Holzleim, ... vor allem dann, wenn die Werke dem Feuer übergeben werden.

Was aber braucht es, neben Material, Werkzeug und Werkraum, um Kunst zu schaffen? Es braucht einen geistigen, einen zeitlichen und einen wertfreien Raum. Es braucht die Möglichkeit, sich auf sich selbst einzulassen und bewusst oder unbewusst

mit der eigenen Seele bzw. dem innersten Kern seines Selbst in Berührung zu kommen. Wie groß sind oft die Hemmungen, vor allem bei Erwachsenen, künstlerisch kreativ zu sein, weil die Ansprüche an sich selbst zu hoch und der Blick auf »echte« professionelle Kunst zu ehrfürchtig ist.

Es ist für mich deshalb jedes Mal wieder tief berührend, wenn ich mit KlientInnen arbeite, wenn ich erleben darf, wie durch die offene Begegnung miteinander Vertrauen und Mut entsteht. Denn das braucht es, um in die eigenen Tiefen der Psyche und Seele einzutauchen und seinen Schatten zu begegnen. Transformation ist daher in all meinen Workshops ein wichtiger Aspekt: Altes bewusst fühlen, ihm Gestalt und Ausdruck geben und es dann dem Feuer übergeben, um neue Visionen zu manifestieren. Erstmals konzipierte ich den 3-tägigen Workshop so, dass wir die Kunstwerke, die in den ersten zwei Tagen entstanden waren, am Abend des 2. Tages

während des Feuerrituals verbrannten und am 3. Tag aus der Asche eben dieser Kunstwerke Farben herstellten und neue Bilder auf Leinwand daraus erschufen. Es wurden Bilder voller Klarheit, Weisheit und auch Zartheit, beflügelt vom Geist des Phönix aus der Asche.

Rückblickend ist es immer wieder erstaunlich, welche oft ungeahnten Potentiale in einem so kurzen Zeitraum zur Entfaltung kommen und wie bereichernd und heilsam diese Art des kreativen Arbeitens ist, in dem sowohl der/die Einzelne als auch die Gemeinschaft Teil von etwas Größerem wird bzw. dieses Größere selbst erschafft!

Mag.^a art. Astrid Steinbrecher

Diplombildhauerin und Steinbildhauermeisterin
arbeitet als freischaffende Künstlerin in Wien
Atelier KUNST&RAUM
enjoy@astridsteinbrecher.com

Gastvortrag

Kathrin Grechenig

»Aspekte der Scham in der Suchttherapie«



Suchterkrankungen gehen oftmals bedingt durch Kontrollverlust, Rückfälle aber auch durch Stigmatisierung mit einem hohen Ausmaß an Schamgefühlen einher. Diese können in der Beziehung von Klient/In und Therapeut/In thematisiert und aufgearbeitet werden. Davon wird in diesem Vortrag anhand von Fallbeispielen berichtet.

Mag.^a Kathrin Grechenig, MSc ist Psychologin und Psychotherapeutin im Anton-Proksch-Institut und in freier Praxis. Sie lebt in Wien und verfügt über eine jahrelange klinische Erfahrung im Suchtbereich.

WISSENSCHAFT IM POOL7
WIIP7

30. März 2017, 19.30 Uhr
POOL7 1010 Wien, Rudolfsplatz 9

Eintritt frei | Um Anmeldung wird gebeten ☎ **+43 1 523 86 54**

Um Fortbildungspunkte wird beim BÖP angesucht.

Beratungs- & Betreuungsteam Leiterin Beratungsteam

Veronika Kuran
Tel.: +43 (0)664 9100005
mail: veronika.kuran@gruenerkreis.at

Wien

Walter Clementi (W, WU, NÖ, B)
Tel.: +43 (0)664 3840827
mail: walter.clementi@gruenerkreis.at
Mag.^a (FH) Birgit Freischlager
Tel.: +43 (0)664 8111029
mail: birgit.freischlager@gruenerkreis.at
Franziska Greimeister BA
Tel.: +43 (0)664 8111004
mail: franziska.greimeister@gruenerkreis.at
Mag. (FH) Wolfgang Krikula
Tel.: +43 (0)664 1809709
mail: wolfgang.krikula@gruenerkreis.at
Mag.^a (FH) Veronika Reissert
Tel.: +43 664 8111010
mail: veronika.reissert@gruenerkreis.at

Niederösterreich, Burgenland

Harald Berger (NÖ)
Tel.: +43 (0)664 8111671
mail: harald.berger@gruenerkreis.at
Ronald Paur MSc (NÖ)
Tel.: +43 (0)664 2305312
mail: ronald.paur@gruenerkreis.at
Gabriele Wurstbauer (NÖ, B)
Tel.: +43 (0)664 8111676
gabriele.wurstbauer@gruenerkreis.at

Oberösterreich

Claudia Neuhold
Tel.: +43 (0)664 8111024
mail: claudia.neuhold@gruenerkreis.at

Steiermark

Alexandra Baier, BA MA
Tel.: +43 (0)664 8111041
alexandra.baier@gruenerkreis.at

Beratung & Hilfe

Günther Gleichweit
Tel.: +43 (0)664 5247991
guenther.gleichweit@gruenerkreis.at
Jasmin Kupfer, BA MA
Tel.: +43 (0)664 8111023
jasmin.kupfer@gruenerkreis.at

Kärnten, Osttirol

Thomas Liegl, BA
Tel.: +43 (0)664 384 0280
thomas.liegl@gruenerkreis.at

Salzburg

Jürgen Pils, DSA
Tel.: +43 (0)664 8111665
mail: juergen.pils@gruenerkreis.at

Tirol

Susanne Fessler-Rojkowski, DSA
Tel.: +43 (0)664 8111675
susanne.fessler@gruenerkreis.at

Vorarlberg

Christian Rath
Tel.: +43 (0)664 3109437
christian.rath@gruenerkreis.at

Ambulante Beratungs- & Betreuungszentren Wien

1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103
Tel.: +43 (0)1 5269489
Fax: +43 (0)1 5269489-40
mail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

Wiener Neustadt

2700 Wiener Neustadt, Grazer Straße 53/14
Tel.: +43 (0)664 8111676
Fax: +43 (0)2622 61721
ambulanz.wienerneustadt@gruenerkreis.at

Graz

8020 Graz, Sterngasse 12
Tel.: +43 (0)316 760196
Fax: +43 (0)316 760196-40
mail: ambulanz.graz@gruenerkreis.at

Klagenfurt

9020 Klagenfurt, Feldmarschall Konrad-Platz 3
Tel.: +43 (0)463 590126
Fax: +43 (0)463 590127
mail: ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at

Linz

4020 Linz, Sandgasse 11
Tel.: +43 (0)664 8111024
Fax: +43 (0)732 650275-40
mail: ambulanz.linz@gruenerkreis.at

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

Grüner Kreis, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen | www.gruenerkreis.at