



# SCHAM UND SUCHT

Wie Scham Abhängigkeitserkrankungen beeinflusst

Vorgelegt im Januar 2026 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Vorgelegt von Michelle Fabienne Bieri

Matrikelnummer: 22-460-349

Eingereicht bei Prof. Dr. Oliver Steiner

Bachelor-Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit

Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten

## Abstract

Die vorliegende Bachelorthesis untersucht den Zusammenhang zwischen Sucht und Scham sowie deren Bedeutung für die ambulante Suchthilfe. Ausgehend von theoretischen Grundlagen zu Suchterkrankungen und Scham wird analysiert, wie Letztere das Abhängigkeitsverhalten, den Selbstwert und die sozialen Beziehungen suchterkrankter Menschen beeinflusst. Historisch hat sich das Verständnis von Sucht von einer moralischen Schwäche hin zu einer bio-psycho-sozial zu betrachtenden Erkrankung gewandelt. Demgegenüber wurde die Rolle von Scham bisher wenig beleuchtet. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, diese Lücke zu schliessen. Sie beschreibt anhand der Ansätze von Lewis, Marks sowie der Suchtperspektive nach Wurmser Scham als komplexe Emotion, und sie stellt ihre Wirkung auf Suchtverläufe dar. Dabei steht die Frage im Zentrum, wie Scham zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Verstärkung von Suchterkrankungen beiträgt. Abschliessend wird untersucht, wie sie in der ambulanten Suchthilfe, insbesondere im Beratungsprozess, mit Hilfe der motivierenden Gesprächsführung professionell aufgegriffen werden kann, um Veränderungen zu fördern und sie als Ressource zu nutzen.

# Inhaltsverzeichnis

---

1. Einleitung.....	1
1.1 Ausgangslage.....	1
1.2 Fragestellung.....	2
1.3 Gliederung der Arbeit.....	2
2. Scham, die tabuisierte Emotion.....	3
2.1 Primäre und sekundäre Emotionen.....	3
2.1.1 Primäre und sekundäre Scham.....	4
2.2 Grundformen der Scham nach Marks (2013).....	4
2.2.1 Anpassungsscham.....	5
2.2.2 Intimitätsscham.....	5
2.2.3 Traumatische Scham.....	6
2.2.4 Moralische Scham oder Gewissensscham.....	6
2.3 Drei Formen der Scham nach Wurmser.....	7
2.4 Entwicklung von Scham.....	7
2.4.1 Entwicklung von Scham aus verschiedenen Perspektiven.....	8
2.4.2 Die Bedeutung von Normen und Idealen.....	9
2.5 Scham und Beschämung.....	10
2.6 Abwehr von Scham.....	11
2.7 Erforschte wertvolle Aspekte der Scham.....	12
2.8 Einfluss von Emotionen auf die Gesundheit.....	13
3. Suchterkrankungen und Betroffene.....	13
3.1 Epidemiologie zu Sucht in der Schweiz.....	13
3.1.1 Prävalenz.....	13
3.1.2 Familiäres Risiko.....	15
3.2 Diagnostik von Suchterkrankungen.....	16
3.2.1 Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10).....	16
3.2.2 Entwicklungspsychologische Perspektive auf Sucht.....	17
3.3 Sucht als Krankheitskonzept.....	18
3.4 Das bio-psycho-soziale Modell.....	20
3.4.1 Das bio-psycho-soziale Modell in Bezug auf Sucht.....	20
3.5 Psychoanalytische Suchtmodelle.....	21
3.5.1 Grundbegriffe zur Psychoanalyse.....	22
3.5.2 Übersicht psychoanalytischer Erklärungsmodelle zu Sucht.....	22
3.5.3 Die Selbstpsychologie als Erklärungsmodell für Sucht.....	23
3.5.4 Ich-psychologische Modelle.....	23

3.5.5 Psychodynamik der Sucht.....	24
3.5.6 Theorie zur Substanzabhängigkeit von Wurmser.....	25
3.6 Stigmatisierung suchtbetroffener Menschen.....	29
3.6.1 Gesellschaftliche Stigmatisierung suchtbetroffener Menschen.....	30
3.7 Rolle der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe.....	31
4. Die Bedeutung von Scham in der Arbeit mit Suchtbetroffenen.....	32
4.1 Zusammenhang zwischen Sucht und Scham.....	33
4.1.1 Primäre Scham als Vorläuferin einer Suchtentwicklung.....	34
4.1.2 Sekundäre Scham im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung.....	34
4.2 Scham und Rückfall.....	37
5. Suchthilfe in der Schweiz.....	38
5.1 Zahlen zu Behandlungen im Rahmen der Suchthilfe.....	39
5.2 Ambulante Suchthilfe in der Schweiz.....	41
5.3 Motivation zur Veränderung.....	41
5.3.1 Motivierende Gesprächsführung.....	42
5.3.2 Definition von Widerstand.....	44
5.4 Wege aus der Scham mit motivierender Gesprächsführung.....	45
6. Beantwortung der Fragestellungen.....	46
7. Relevanz und Reflexion.....	48
7.1 Relevanz für die Soziale Arbeit.....	48
7.2 Kritische Reflexion der Ausführungen.....	51

# 1. Einleitung

---

Das folgende Kapitel verschafft einen kurzen Überblick sowohl über die historische als auch über die theoretische Ausgangslage des Suchtverständnisses, woraus die zentrale Fragestellung sowie Unterfragestellungen abgeleitet werden. Abschliessend wird die Struktur dieser Bachelorarbeit aufgezeigt.

## 1.1 Ausgangslage

Jahrhundertlang wurde Sucht moralisch bewertet und mit Laster, Willensschwäche oder fehlender Selbstkontrolle gleichgesetzt (vgl. Berthe 2019: 11). Erst im 20. Jahrhundert entstanden psychologische und später auch neurobiologische Ansätze, die den Blick auf die komplexen Ursachen von Abhängigkeit weiteten. Heute gilt Sucht als chronische Erkrankung, die trotz negativer Konsequenz durch zwanghaftes Verhalten geprägt ist (vgl. BAG 2025: o.S.). Neben substanzgebundenen Abhängigkeiten werden inzwischen auch Verhaltensüchte wie Glücksspiel oder exzessives Gaming anerkannt.

Entgegen dieses modernen Krankheitsverständnis bleibt ein zentraler Faktor häufig unbeachtet: die Rolle der Scham. Sie ist eine erlernte soziale Emotion, die eng mit gesellschaftlichen Normen, Idealen und Erwartungen verknüpft ist (vgl. Marks 2013: 5). Wurmser (1997, zit. in Rihs 2021: 56) beschreibt, dass Scham wesentlich zur Aufrechterhaltung eines Teufelskreises aus Scham, Konsum und erneuten Normverstössen beiträgt. Des Weiteren schwächt sie das Selbstwertgefühl, fördert die soziale Isolation und erschwert es Betroffenen, ihre Situation offen anzusprechen oder professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Demzufolge stellt Scham einen bedeutenden Wirkfaktor im Verlauf von Suchterkrankungen dar. Nichtsdestotrotz wird sie in Beratung und Therapie häufig nur am Rande thematisiert (vgl. ebd.: 58).

Scham als Wirkfaktor wird nur von wenigen Modellen zur Entstehung von Suchterkrankungen explizit berücksichtigt. Eine der wenigen Ausnahmen bildet nach Auffassung von Berthe (2021) die Substanzabhängigkeitstheorie nach Wurmser (1997), die auf ichpsychologischen und psychoanalytischen Ansätzen basiert (vgl. Berthe 2021: 13). Grundsätzlich beziehen dominante Erklärungsansätze wie das bio-psycho-soziale Modell Emotionen als psychische Einflussfaktoren ein, jedoch benennen sie Scham nicht ausdrücklich (vgl. ebd.: 14). Somit bleibt weitgehend unklar, wie sie das Abhängigkeitsverhalten, das Selbstwertgefühl sowie die professionelle Begleitung in der ambulanten Suchthilfe konkret beeinflusst. Gerade für die Soziale Arbeit ist diese Leerstelle von besonderer Relevanz, da Beratungsprozesse wesentlich

auf Beziehungsgestaltung, Kommunikation und der Fähigkeit zur Selbstreflexion beruhen.

Die vorliegende Bachelorarbeit greift diese Tatsache auf, indem sie die Wirkung untersucht, die Scham auf suchtbezogene Verhaltensmuster sowie auf das Selbstwertgefühl von suchterkrankten Menschen hat. Zudem erörtert sie ihre Bedeutung in der ambulanten Suchthilfe, insbesondere im Beratungsprozess.

## 1.2 Fragestellung

Aus der vorliegenden Ausgangslage ergibt sich die untenstehende Fragestellung:

***Wie beeinflusst Scham das Abhängigkeitsverhalten und den Selbstwert von suchterkrankten Menschen sowie deren Begleitung in der ambulanten Suchthilfe?***

Unterfragestellungen:

- Was ist Scham aus psychologischer und gesellschaftlicher Perspektive?
- Welchen Einfluss hat Scham auf den Selbstwert?
- Wie beeinflusst Scham die Entstehung und die Aufrechterhaltung von Abhängigkeitserkrankungen?
- Wie kann sich Scham in der ambulanten Suchthilfe, spezifisch im Beratungsprozess, äussern?
- Wie wird die Scham im Rahmen des bio-psycho-sozialen Konzeptes ?
- Wie kann die Suchtberatung Scham mithilfe von motivierender Gesprächsführung (MI) nutzen, um positive Veränderungen zu erreichen?

Diese Fragestellungen werden im Verlauf dieser Arbeit analysiert und zum Schluss beantwortet.

## 1.3 Gliederung der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in sieben Kapitel. Während das erste die Ausgangslage und die Fragestellung definiert, beinhaltet das zweite theoretische Grundlagen zu Scham, einschliesslich verschiedener Schamformen, Funktionen und gesundheitlicher Auswirkungen. Des Weiteren widmet sich Kapitel 3 Suchterkrankungen, zentralen Erklärungsmodellen sowie gesellschaftlichen Stigmatisierungsprozessen, und Kapitel 4 analysiert den Zusammenhang zwischen Scham und Sucht, insbesondere im Hinblick auf die Entstehung, auf den Verlauf und auf den Rückfall. Kapitel 5 fokussiert die ambulante Suchthilfe in der Schweiz und thematisiert die motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing, MI) sowie schamsensible

Beratung. Nachdem in Kapitel 6 die Fragestellungen beantwortet werden, werden in Kapitel 7 die Ergebnisse und ihre Relevanz für die Soziale Arbeit reflektiert und weiterführende Fragen formuliert.

## 2. Scham, die tabuisierte Emotion

---

Dieses Kapitel fasst die für die vorliegende Arbeit zentralen theoretischen Grundlagen zu Scham zusammen. Zuerst wird eine allgemeine Differenzierung zwischen den Begriffen Emotion, Affekt und Gefühl vorgenommen, um anschliessend verschiedene Formen von Scham sowie primäre und sekundäre Emotionen zu erläutern. Ergänzend dazu wird vertiefter auf entwicklungspsychologische, bindungstheoretische sowie kulturelle Einflüsse auf das Schamerleben eingegangen, und es werden die Rolle der Beschämung, typische Abwehrmechanismen sowie gesundheitsrelevante Aspekte von Scham beleuchtet.

Emotionen sind laut heutiger Definition komplexe psychologische Zustände (vgl. Mentzos 2017: 25), die von Erfahrungen, Überzeugungen und Erinnerungen beeinflusst werden. Zudem spielen sie eine zentrale Rolle bei Entscheidungen, Beziehungen und dem persönlichen Wohlbefinden. Sie setzen sich aus den Komponenten subjektive Erfahrungen, physiologische Reaktionen sowie Verhaltens- oder Ausdrucksreaktionen zusammen, die miteinander interagieren und Gefühle wie Glück, Wut, Angst, Überraschung, Traurigkeit oder Ekel erzeugen. Während Emotionen komplexe Prozesse mit physiologischen und kognitiven Elementen sind, steht das Gefühl für das subjektive Erleben dieser Emotionen. Die körperlichen Reaktionen, die den Gefühlen zugrunde liegen, lassen sich im biologischen System typischerweise bestimmten Regionen und Prozessen zuordnen. Des Weiteren handelt es sich beim Affekt um eine zeitlich kurze und intensive Gefühlsregung (z.B. Freude oder Wut), die oft mit physiologischen Begleiterscheinungen verbunden ist. Meist tritt er als Antwort auf eine äussere Situation auf (vgl. ebd.).

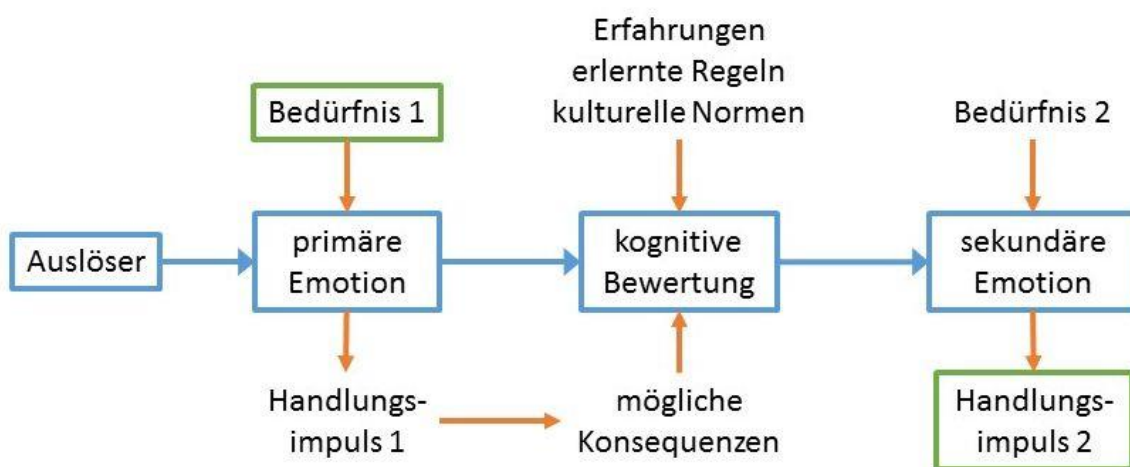
### 2.1 Primäre und sekundäre Emotionen

Lewis teilt die Emotionen in zwei Gruppen ein (vgl. Lewis 1995: 42). In primäre, wie Alltagsemotionen z. B. Trauer, Freude, Ekel, Interesse und Furcht sowie sekundäre, komplexere Emotionen wie Mitgefühl, Empathie, Neid, Scham, Stolz, Bedauern und Schuld. Letztere zeichnen sich durch den Aspekt der Selbstreflexion bzw. der Introspektion aus, die sie erfordern (vgl. ebd.: 40). Diese Einteilung führt Lewis auf die Rolle zurück, die das Selbst bei der Entstehung der Emotionen spielt (vgl. ebd.: 43). Weiter unterscheidet er den Zeitpunkt, zu dem sie

erscheinen. Dies deshalb, weil die komplexeren (sekundären) Emotionen erst dann auftreten, wenn die kognitiven Fähigkeiten einsetzen und sich die Bewertung von Ereignissen verändert. Sie halten deutlich länger an und erfordern oft eine intensivere kognitive Verarbeitung, um sie zu verstehen und zu bewältigen. Da sie sich mit dem Alter und durch soziales Lernen entwickeln, sind sie differenzierter und variieren stark zwischen Individuen oder Situationen (vgl. ebd.).

### 2.1.1 Primäre und sekundäre Scham

Primäre Scham ist ein unmittelbares Gefühl von Peinlichkeit oder Unbehagen, das als direkte Reaktion auf eine Handlung oder eine unangenehme Situation folgt (vgl. Hilgers 2007: 6). Sie bildet die Grundlage für die sekundäre Scham (vgl. ebd.: 8), die entsteht, wenn das ursprüngliche Unwohlsein oder die Peinlichkeit reflektiert und emotional weiterverarbeitet wird. Sie äußert sich in Form von Schande, Selbstabwertung sowie Verlegenheit, und ihre Intensität kann variieren. Zudem wird sie von verschiedenen Faktoren beeinflusst, insbesondere vom Selbstwertgefühl, von der Sozialisation sowie von der Fähigkeit, mit negativen Emotionen umgehen zu können. Mögliche Folgen von sekundärer Scham sind Gefühle der Wertlosigkeit oder die Erwartung, den gesellschaftlichen Normen nicht zu entsprechen, was häufig mit übermässiger Selbstkritik verbunden ist (vgl. ebd.).



(Abb. 1. Von Daniel Walz, o.J.: o.S.)

## 2.2 Grundformen der Scham nach Marks (2013)

Der Begriff „Scham“ leitet sich etymologisch vom indogermanischen Wort „kam/kem“ ab, dass sich mit „zudecken, verschleiern, verbergen“ übersetzen lässt (vgl. Marks 2013: 27). Die Intensität von Schamgefühlen variiert zwischen leichter Verlegenheit und tiefgreifenden Selbstzweifeln (vgl. ebd.: 13). Sie umfassen eine Vielzahl von emotionalen Zuständen, deren Spann-

breite von Gehemmtheit, Schüchternheit und Peinlichkeit bis hin zu quälenden Zweifeln am eigenen Selbstwert reichen. Scham kann sich temporär in spezifischen Situationen oder als chronisches Phänomen manifestieren. Zudem ist sie wie alle Gefühle subjektiv. Marks unterscheidet sie in sechs verschiedene Formen: Anpassungs-, Gruppen-, Intimitäts- und Gewissensscham sowie in empathische und traumatische Scham (vgl. ebd.).

Für die vorliegende Bachelorarbeit sind insbesondere die Anpassungs-, die Intimitäts- und die Gewissensscham sowie die traumatische Scham von Bedeutung, da sie zentrale Aspekte der untersuchten Thematik beleuchten.

### 2.2.1 Anpassungsscham

Anpassungsscham kann durch das Gefühl der Diskrepanz gegenüber den bestehenden Normen, Erwartungen und Werten der Gesellschaft oder anderen Menschen ausgelöst werden (vgl. Marks 2013: 34f.). Dies kann aufgrund der Scham gegenüber dem eigenen Körper (Aussehen, bestimmte Merkmale) oder wegen persönlicher Eigenschaften und Fähigkeiten zu sozialer Ausgrenzung führen. Die heutige Gesellschaft ist von einem grossen Leistungsdruck geprägt (vgl. ebd.: 15f). Demzufolge geht z.B. der Verlust des Arbeitsplatzes, der oft mit Scham behaftet ist, die von aussen verstärkt wird, nicht nur mit finanziellen Einschränkungen einher, sondern führt in vielen Fällen auch zu psychischen oder sozialen Schwierigkeiten, die wiederum zu sozialer Isolation beitragen. Des Weiteren geht aus der genutzten Literatur hervor, dass Beschämung und Scham ebenso durch psychische Probleme ausgelöst werden. Im privaten Umfeld werden Depressionen oder Sucht als Indizien für persönliches Versagen sowie als Makel betrachtet, die die Betroffenen vor anderen verbergen möchten. Erfahren sie zusätzlich Diskriminierung, leidet ihr Selbstwertgefühl, infolgedessen sich viele aus dem gesellschaftlichen Leben zurückziehen. Die Zugehörigkeit zu einer Gruppe ist ein fundamentales menschliches Bedürfnis, dessen Erfüllung durch die sogenannte Anpassungsscham gewährleistet wird. In diesem Sinne reguliert sie das Verhalten in sozialen Interaktionen (vgl. ebd.: 33).

### 2.2.2 Intimitätsscham

Gemäss Marks entspricht die Intimitätsscham am ehesten der ursprünglichen Aufgabe von Scham: dem Schutz der Privatsphäre (vgl. Marks 2013: 28). Auch Wurmser bezeichnet sie als unentbehrliche Wächterin der Privatsphäre, da sie persönliche Grenzen gegenüber anderen bewahrt und als Schutzschild für die eigene Identität, für Gedanken und Würde sowie für körperliche und seelische Integrität dient (vgl. Wurmser 1998: 32). Positive Erfahrungen

verstärken das Gefühl, gesehen und geliebt zu werden (vgl. Marks 2013: 28f). Zudem kann das Empfinden dieser Art von Scham das Bewusstsein für die eigene Würde und die Wahrung individueller Grenzen stärken. Ist sie jedoch übermässig vorhanden, kann sie sich kontraproduktiv auswirken und zu sozialem Rückzug führen. Intimitätsscham tritt typischerweise bei Grenzüberschreitungen, bei einer Verletzung oder wenn persönliche Gedanken öffentlich gemacht werden, auf. Sie kann auch kollektiv erlebt werden (vgl. ebd.: 30). Eine wiederholte oder besonders intensive Missachtung der Intimitätsgrenze kann zu pathologischer oder im Extremfall zu traumatischer Scham führen. Ob es dazu kommt, hängt von den Resilienzfaktoren, der eigenen Einstellung zu Problemen, vom sozialen Umfeld sowie von der Intensität und der Häufigkeit der erlebten Grenzverletzung(en) ab (vgl. ebd.).

### 2.2.3 Traumatische Scham

Wie in Kapitel 2.4.1 ausgeführt wird, kann sich traumatische Scham laut Marks (2013: 39f) aus frühen negativen Beziehungserfahrungen entwickeln, insbesondere bei unsicherer Bindung. Zudem wird dieser Prozess durch weitere Erfahrungen von Ohnmacht, Zurückweisung, Erniedrigung, Missbrauch oder anderen traumatischen Ereignissen im späteren Leben verstärkt (vgl. ebd.: 42f). Traumatische Scham entsteht entweder durch ein einzelnes einschneidendes Trauma oder durch die Kumulation entwertender Erfahrungen, die sich zu einem destruktiven Beziehungsmuster verdichten. Unabhängig vom Alter nimmt die betroffene Person die erfahrene Beschämung in ihr Selbstbild auf und entwickelt eine Art Selbstbeschämung. Spätere Misserfolge können diesen Kreislauf verstärken und den Selbstwert dauerhaft schwächen (vgl. ebd.).

### 2.2.4 Moralische Scham oder Gewissensscham

Bei Gewissensscham handelt eine Person nicht in Übereinstimmung mit ihrem Gewissen (vgl. Marks 2013: 44). Sie manifestiert sich, wenn der Mensch gegen seine eigenen Werte und Ideale handelt oder seine Würde verletzt. Dabei tritt sie in Situationen auf, in denen ein Individuum das Gefühl hat, seinen moralischen Verpflichtungen und Lebensprinzipien nicht gerecht geworden zu sein oder den Mitmenschen, die Unterstützung suchten, die Hilfe verweigert zu haben. Mit anderen Worten, es hat keine Zivilcourage gezeigt. Gewissensscham fungiert als ein Instrument der Selbstreflexion, indem sie auf offene Verpflichtungen aufmerksam macht und zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Verhalten sowie zum Bewusstwerden offener Verpflichtungen anregt (vgl. ebd.).

## 2.3 Drei Formen der Scham nach Wurmser

In den 1990er-Jahren entwickelte Léon Wurmser mit „Maske der Scham“ und „Flucht vor dem Gewissen“ eine international beachtete klinische Schamtheorie, die die psychoanalytische Selbsttheorie um den Aspekt der Scham erweiterte (vgl. Voigtel 2017: 24). Laut Voigtel haben seine Aussagen zum Verhältnis von Scham und Ich-Ideal/Über-Ich, zur Schamphänomenologie, zu ihrer destruktiven Wirkung, zur Maskierung und ihren Abwehrformen wie übertriebenem Stolz, zu künstlichem Gehabe sowie zu Depression und Sucht einer ganzen Generation ein tieferes Verständnis für die narzisstischen Konflikte einer Person ermöglicht. Des Weiteren betonte er als einer der ersten Forscher die schützenden Eigenschaften der Scham (vgl. ebd.).

Wurmser (1998: 73f) unterscheidet zwischen Schamangst, Schamaffekt und Schamgefühl. Erstere beschreibt die vorausgehende Furcht vor der Schande durch eine Blossstellung, Demütigung oder Zurückweisung. Sie kann als eine Indikatorin auftreten, die vor einer potenziell traumatisierenden Zurückweisung oder nach einer mildereren vor einer potenziellen intensiveren Ablehnung warnt. In Extremfällen kann sie als überwältigende Panik auftreten, d.h. als eine Reaktion auf bereits erlebte Hilflosigkeit oder Demütigung. Weiter wird sie als eine Art Ehrgefühl beschrieben, das als Form des Respekts gegenüber den Idealen und Werten der Gesellschaft zu verstehen ist (vgl. ebd.).

Der Schamaffekt bezieht sich laut Wurmser auf vergangene Situationen, in denen Scham empfunden wurde (vgl. ebd.: 73f). Die Konsequenz aus diesem kognitiven Reaktionsmuster ist die Entwicklung eines Gefühls der Selbstverachtung sowie des Versuchs, die Blossstellung ungeschehen zu machen, um weitere Demütigungen zu verhindern. Das Schamgefühl ist ein Schutzmechanismus, eine Reaktionsbildung oder ein Charakterzug. Diese vorliegende Form der Scham ist als eine Art von Intimitätsscham zu verstehen, die darauf abzielt, etwas Kostbares und Verletzliches zu schützen (vgl. ebd.).

Wurmser (1998: 79) zufolge ist die zentrale Erfahrung der Scham, dass sie den gesamten Körper erfasst. Diese Eingezogenheit macht sie zu einem Schlüssel zur Identität, wodurch sie sich von anderen Affekten unterscheidet, indem sie schneller erfasst und überflutet (vgl. ebd.: 82). Ihre zirkuläre Natur verstärkt die Affektüberflutung weiter und erzeugt den „unendlichen Regress der Scham infolge von Scham“ (vgl. ebd.).

## 2.4 Entwicklung von Scham

Dieses Kapitel beleuchtet die Entstehung und die Ausprägung von Scham aus entwicklungspsychologischer, bindungstheoretischer und soziokultureller Perspektive, was die komplexen

Bedingungen ihrer Manifestation über die Lebensspanne hinweg nachvollziehbar machen, soll. Dabei wird aufgezeigt, wie frühe Kindheitserfahrungen die Grundlage für gesunde oder toxische Scham legen. Für die Richtung dieses Entwicklungsprozesses wurden die Bindung und der Selbstwert als einflussreiche Faktoren identifiziert. Weiter wird beleuchtet, inwiefern kulturelle Normen, Werte und Ideale das individuelle Schamerleben prägen.

#### 2.4.1 Entwicklung von Scham aus verschiedenen Perspektiven

Laut Vanderheiden und Mayer (2023: 15) gehen Wurmser, Lewis und Hilgers davon aus, dass frühe Kindheitserfahrungen einen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung gesunder oder toxischer Scham haben. Dieser Prozess beginnt bereits im Säuglingsalter und begleitet den Menschen in unterschiedlicher Ausprägung über alle Lebensphasen hinweg (vgl. ebd.: 17). Während ein Säugling Scham erleben kann, wenn grundlegende Bedürfnisse wie Nahrung oder Zuwendung dauerhaft unerfüllt bleiben, kann ein älterer Mensch durch körperliche Einschränkungen oder den Verlust von Autonomie in beschämende Situationen geraten. Somit handelt es sich bei der Scham um keine statische Emotion, sondern um eine lebenslang präsente, wandelbare Abfolge (vgl. ebd.).

Das Entstehen von Scham ist nach Marks (2013, zit. in Vanderheiden/Mayer 2023: 17) auf die Mitte des ersten Lebensjahres datiert, d.h. auf den Zeitpunkt, an dem sich die Fähigkeit zu objektivem Selbstbewusstsein ausbildet. Diese Entwicklung wird durch frühkindliche Interaktionen mit primären Bezugspersonen massgeblich geprägt. Zudem verweisen die Autoren darauf, dass Wurmser bereits in den ersten Lebensmonaten Vorläufer der Scham annimmt (vgl. ebd.). Laut Marks (2013: 38) entstehen erste Formen von Intimitätsscham sowie traumatischer Scham in dieser Lebensphase. In diesem Kontext verweist er auf den Einfluss der frühen Eltern-Kind-Kommunikation, die vor allem über Blick- und Körperkontakt erfolgt (vgl. ebd.: 18). Verlässlichkeit und ein liebevoller Blick fördern sichere Bindungen und Vertrauen (vgl. ebd.: 39f). Des Weiteren gelten eine gelungene Interaktion in der frühen Kindheit sowie eine angemessene Wahrnehmung kindlicher Grenzen durch die Eltern als zentrale Faktoren für die Entwicklung eines gesunden Selbstwertgefühls. Dadurch bekommt der Nachwuchs ein Bewusstsein für seine körperlichen sowie psychischen Grenzen. Sicher gebundene Kinder entwickeln ein positives Selbstbild und sie erleben sich als kompetent sowie liebenswert. Wird dieser Austausch gestört, kann dies das Selbstwertgefühl beeinträchtigen und pathologische oder traumatische Scham begünstigen (vgl. ebd.).

Wird ein Kind abgelehnt oder entspricht es nicht den elterlichen Erwartungen, bzw. es wird nicht liebevoll behandelt, sondern abwertend gespiegelt, kann es ein tiefes Schamgefühl

entwickeln (vgl. Marks 2013: 39). Zudem führen wiederholte Zurückweisungen häufig zu unsicherer Bindung. Insbesondere Eltern mit psychischen Erkrankungen oder Suchtproblemen sind oft nicht in der Lage, auf emotionale Bedürfnisse verlässlich zu reagieren. Hierzu betont Marks, dass elterliches Verhalten stets im Kontext von sozialen, wirtschaftlichen und historischen Bedingungen betrachtet werden muss. Kinder in unsicherer Bindung entwickeln häufig Strategien, um ihre negativen Gefühle zu verbergen. Dass sie nicht als liebenswert erlebt werden, empfinden sie als eine existentielle Bedrohung. Die daraus resultierende traumatische Scham ist mit dem Gefühl verbunden, nicht gewürdigt und nur als Objekt behandelt zu werden (vgl. ebd.: 42). Wurmser (2007, zit. in Marks 2013: 42) bezeichnet dieses Gefühl als „Ur-Scham“, die häufig und langfristig Beziehungsmuster prägt.

Hilgers (2013, zit. in Vanderheiden/Meyer 2023: 16) betont die Bedeutung von Scham und Stolz für die individuelle Entwicklung. In der Entwicklungspsychologie gibt es keine festen „Schamphasen“ oder spezifischen Selbstzustände als Ursachen. Vielmehr variiert das Erleben von Scham je nach Lebensphase (vgl. ebd.). Was als beschämend gilt, hängt stark vom Zeitgeist, von den kulturellen Normen sowie vom gesellschaftlichen Kontext ab (vgl. Hilgers 2013: 17). Erste Schamerfahrungen entstehen häufig im Kontakt mit primären Bezugspersonen wie den Eltern. Weiter ist die Fähigkeit, mit Herausforderungen umzugehen und Scham in Stolz zu verwandeln, eng mit der Herkunftsfamilie verbunden. Dabei bleiben erlernte Schamreaktionen als eine dauerhafte psychische Komponente zurück (vgl. ebd.).

#### 2.4.2 Die Bedeutung von Normen und Idealen

*„Sag mir, wofür du dich schämst, und ich sage dir, in welcher Kultur du lebst.“*

(Marks 2013: 21)

Die Gründe für die Manifestation von Scham oder für ihr Empfinden werden maßgeblich von vorherrschenden Werten und Normen beeinflusst (vgl. Marks 2013: 22). So erleben sie Männer und Frauen häufig aus unterschiedlichen Gründen, u. a. beeinflusst von Körperidealen und gesellschaftlichen Rollenerwartungen (vgl. ebd.: 27). Durch das Nicht-Erfüllen der geforderten Erwartungen bezüglich Normen, Idealen und Rollenbildern entsteht bei den Betroffenen ein Gefühl von Scham und Blossstellung (vgl. ebd.). Wurmser (1998, zit. in Marks 2013: 24) führt aus, dass insbesondere in germanischen Kulturen und Subkulturen bereits das Ausdrücken von Gefühlen zu Demütigung und Scham führen kann.

Lewis (1995: 37) ist der Meinung, dass Normen und Ideale die Grundlage für das menschliche Empfinden legen, da das eigene Handeln automatisch mit den individuellen, aber auch mit

den gesellschaftlichen Normen und Überzeugungen verglichen wird. Scham entsteht meist dann, wenn ein Verhalten gegen soziale oder persönliche Erwartungen verstößt und dieser Bruch von anderen wahrgenommen wird. Demnach ist nicht der Normverstoss entscheidend, sondern die Vorstellung, dass andere davon wissen (vgl. ebd.).

Wurmser (1998: 150) zufolge geht Scham über die Angst vor dem Urteil anderer hinaus. Denn sie kann auch durch Selbstverurteilung ausgelöst werden. So erleben Menschen, die eigenen Erwartungen nicht genügen oder selbstauferlegte Regeln nicht befolgen können, häufig Schamgefühle. Wurmser nennt diese Funktion des Über-Ichs den „inneren Richter“. Zusammengefasst besteht ein Zusammenhang zwischen Scham und Versagen, unabhängig davon, ob es sich um gesellschaftliche oder persönliche Erwartungen handelt (vgl. ebd.: 153). Laut Marks (2013: 22) verändern sich gesellschaftliche Normen und Werte im Laufe der Zeit und mit ihnen die schambehafteten Faktoren. Demnach unterliegt die Wahrnehmung von Scham einem kulturellen und historischen Wandel (vgl. ebd.).

## 2.5 Scham und Beschämung

Baer und Frick-Baer (2008: 19) unterscheiden zwischen natürlicher Scham und Beschämung. Erstere ist eine schützende Instanz des intimen Raums, die die persönlichen und intimen Grenzen wahrt. Sie signalisiert, ob eine Grenze gewahrt oder überschritten wurde und ermöglicht die autonome Entscheidung darüber, wer diesen Raum betreten darf (vgl. ebd.: 18). In diesem Sinn fungiert sie als innerer Schutzmechanismus für physische und seelische Integrität (vgl. ebd.).

Demgegenüber wird Beschämung durch andere verursacht (vgl. Baer/Frick-Baer 2008: 25). Verletzendes oder grenzüberschreitendes Verhalten beschämt die betroffene Person und kann sie nachhaltig entwerten. Bei Kindern und Jugendlichen ist das Auslachen eine häufige Form des Beschämtwerdens (vgl. ebd.: 28). Obwohl sich ein Kind bzw. Jugendliche durch Abgrenzung eine eigene Position erarbeitet und eine individuelle Identität entwickelt, erleidet es bzw. er/sie schwerwiegende Kränkungen. Besonders problematisch ist Beschämung durch Autoritätspersonen wie Eltern, Lehrpersonen, Vorgesetzte oder ältere Geschwister. Dies kann zu einer Scham führen, die sich verselbstständigt und das Erleben des öffentlichen Raums sowie Handlungen in diesem beeinflusst (vgl. ebd.: 27f.). Die dabei erlebte „verinnerlichte Abwertung“ kann langfristig das Selbstbild beeinträchtigen (vgl. ebd.).

Marks (2013: 65) nennt verschiedene Ursachen für beschämendes Verhalten: Häufig dient es der Abwehr eigener unerträglicher Scham, da es leichter ist, andere zu beschämen, als die eigene Scham zu spüren. Gleichzeitig erfüllt Beschämung gesellschaftliche Funktionen, indem

sie Machtstrukturen und Hierarchien stabilisiert. Aber auch in der Wirtschaft spielt sie eine Rolle, wie in der Werbung, indem sie gezielt zur Förderung von Konsum genutzt wird (vgl. ebd.).

Letztendlich identifiziert Marks (2013: 669) eine weitere Ursache, die pädagogischer Natur ist. In diesem Bereich herrscht die weit verbreitete Vorstellung, dass Menschen durch selbst- und fremderniedrigende Massnahmen verbessert bzw. angeregt werden können. Da Beschämung in Erziehung und Ausbildung häufig weitergegeben wird, etabliert sich ein generationenübergreifender Kreislauf. Frühkindliche schulische oder berufliche Beschämungserfahrungen können internalisiert und später gegenüber eigenen Kindern oder Auszubildenden reproduziert werden (vgl. ebd.).

## 2.6 Abwehr von Scham

Wird Scham als besonders schmerzhaft erlebt, wird sie häufig abgewehrt (vgl. Marks 2013: 71). Dabei versucht sich das Ich unbewusst vor überwältigenden Gefühlen zu schützen, indem es Scham durch andere, erträglichere Gefühle oder Verhaltensweisen ersetzt. Marks beschreibt verschiedene Formen dieser Abwehr.

- Anpassung: Durch Disziplin, Unterwürfigkeit oder Selbstaufgabe wird versucht, Schamgefühle zu vermeiden (vgl. ebd.: 75).
- Emotionale Erstarrung: Indem Betroffene innerlich einfrieren, schützen sie sich vor emotionaler Verletzung. Sie zeigen keine Gefühle wie Trauer, Angst oder Zuneigung, um nicht beschämt zu werden (vgl. ebd.: 76).
- Projektion: Dabei werden eigene, als beschämend empfundene Eigenschaften wie Trauer, Schmerz, aber auch homosexuelle Fantasien, anderen zugeschrieben, d.h. auf diese projiziert (vgl. ebd.: 78).
- Angreifen durch Beschämung und Verachtung: Um die eigene Scham nicht fühlen zu müssen, wird sie in Form von Spott, Blossstellung, Ignoranz oder Anschuldigungen nach aussen verlagert. Obwohl es paradox wirkt, können Beschämte später selbst beschämend handeln (vgl. ebd.: 79–82).
- Negativismus und Zynismus: Damit ist eine ablehnende Haltung gegenüber sich selbst, den eigenen Werten und anderen Menschen gemeint, die der Distanzierung vom schmerzhaften Schamerleben dient (vgl. ebd.: 83–86).
- Fliehen durch Sucht/süchtiges Verhalten: Die tief verwurzelte Angst, ungeliebt zu sein, kann in süchtige Muster wie Alkohol- sowie in Ess- oder Arbeitssucht übergehen.

Dadurch wird versucht, die Leere, die mit Scham einhergeht, zu kompensieren (vgl. ebd.: 99)

Die obige Aufzählung ist nicht abschliessend zu verstehen. Die Wahl fiel auf diese Abwehrmechanismen aufgrund ihrer Relevanz für den weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit sowie für die Beantwortung der Fragestellungen.

## 2.7 Erforschte wertvolle Aspekte der Scham

Lange wurde Scham vor allem im pathologischen Kontext betrachtet (vgl. Vanderhalden/Mayer 2023: 21). Erst in den letzten Jahrzehnten wurde sie im Rahmen der Positiven Psychologie untersucht. Die Autoren verweisen darauf, dass Lewis (seit den 1970er-Jahren) und Wurmser (seit den 1990er-Jahren) bereits auf salutogene, d.h. auf gesundheitsfördernde Aspekte der Scham hinweisen. In der Positiven Psychologie gilt sie als Emotionskomplex, der sowohl Individuen als auch Gemeinschaften stärken kann (vgl. ebd.: 22).

Dieser Ansatz legt den Fokus auf Faktoren wie Autonomie, persönliche Entwicklungen und Bewältigungsfähigkeiten (vgl. Vanderhalden/Mayer 2023: 23), die das Wachstum und das Wohlbefinden der Menschen unterstützen. Zudem kann Scham zur Selbstobjektivierung beitragen, d.h. zur Reflexion des eigenen Verhaltens im sozialen Kontext. Dank ihr können persönliche Barrieren überwunden sowie Grenzen erkannt werden, was eine Weiterentwicklung ermöglicht. Des Weiteren kann Scham eine Ressource für Resilienz sein (vgl. ebd.: 22), da sie dazu motiviert, sich mit Schwächen auseinanderzusetzen und schwierige Emotionen zu bewältigen. Menschen, die sie reflektiert verarbeiten, gehen gestärkt aus Krisen hervor. Daher steht sie in engem Zusammenhang mit Achtsamkeit, Selbstwahrnehmung und der Entwicklung individueller Kompetenzen. Menschen, die in der Lage sind, Scham als Ressource zu nutzen, sind besser darauf vorbereitet, mit zukünftigen Herausforderungen umzugehen (vgl. ebd.).

Wurmser (1998: 28) bezeichnet Scham als „Hüterin der Menschenwürde“, da sie Nähe und Distanz reguliert. Dabei wirkt sie wie eine psychische Schutzbarriere, die emotionale Grenzen wahrt (vgl. ebd.). Hilgers (2013, zit. in Vanderhalden/Mayer 2023: 23) greift das Konzept von Wurmser auf, indem er hervorhebt, dass sie sowohl auf individueller als auch auf sozialer Ebene eine wichtige Rolle spielt. Aus individueller Perspektive kann Scham Lernprozesse anstossen und zu persönlichem Wachstum und Autonomie beitragen (vgl. ebd.: 24). Nach der Darstellung der Autoren ermöglicht ihre Überwindung die Loslösung von entwürdigenden Abhängigkeiten. Somit wirkt sie nicht nur begrenzend, sondern auch motivierend sowie als Anreiz für Entwicklung und persönliche Leistungen (vgl. ebd.).

## 2.8 Einfluss von Emotionen auf die Gesundheit

Emotionen spielen sowohl im individuellen Leben als auch im sozialen Miteinander eine zentrale Rolle (vgl. Vanderhalden/Mayer 2023: 3f). Da sie eng mit Gesundheit und Wohlbefinden verknüpft sind, werden sie nicht nur als physischer, sondern auch als psychischer und sozialer Zustand verstanden, der in einem bestimmten soziokulturellen Kontext Bedeutung erhält. Gesundheit basiert auf der Fähigkeit, die eigene Lebenssituation, einschliesslich emotionaler Prozesse, wahrzunehmen und Herausforderungen zu meistern. Aufgrund dessen haben Emotionen einen direkt Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden sowie auf das gesundheitsbezogene Verhalten, und sie wirken als Schutzfaktor gegenüber Belastungen oder traumatischen Erfahrungen. Dabei ist Scham eine besonders komplexe und kraftvolle Emotion, die aus verschiedenen Blickwinkeln der Gesundheitsforschung betrachtet wurde und sowohl das individuelle Erleben als auch das soziale Eingebundensein beeinflusst. Jedoch kann sie im Kontext von Gesundheit ambivalent wirken. Einerseits kann sie als Belastung wahrgenommen werden, wenn sie unterdrückt oder pathologisiert wird. Andererseits kann sie aber auch potenziell stärkend wirken, wenn sie reflektiert und konstruktiv verarbeitet wird (vgl. ebd.).

## 3. Suchterkrankungen und Betroffene

---

Das folgende Kapitel gibt eine empirisch fundierte Übersicht über die Verbreitung verschiedener Formen von Sucht in der Schweiz. Dabei wird die Rolle der sozialen Arbeit im Suchtbereich beleuchtet, und es werden die Entstehung sowie die Folgen von Suchterkrankungen aufgezeigt. Zudem wird je ein führendes Erklärungsmodell zur Suchthematik aus der Sozialarbeit sowie aus der Psychologie vorgestellt.

### 3.1 Epidemiologie zu Sucht in der Schweiz

Der Begriff Sucht ist laut dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2025: o.S.) vielschichtig und umfasst sowohl substanzgebundene als auch substanzungebundene Abhängigkeiten. Während zu Ersteren der Konsum von Substanzen wie Tabak, Alkohol, psychoaktiven Drogen oder Medikamenten zählt, beinhalten Letztere u.a. exzessive Verhaltensweisen in den Bereichen Geld- und Glücksspiel (Gambling), Videospiele (Gaming), Sport oder soziale Medien (vgl. ebd.). Die Suchtmedizin unterteilt den Konsum von Substanzen typischerweise in die drei Stufen risikoarm, risikoreich und missbräuchlich (vgl. Sucht Schweiz 2023b: 5). Suchtverhalten und risikoreicher Konsum verursachen nicht nur hohe volkswirtschaftliche Kosten, sondern sie sind auch für eine hohe Zahl frühzeitiger Todesfälle verantwortlich (vgl. ebd.).

In der Schweiz ist der Konsum psychoaktiver Substanzen weit verbreitet (vgl. BAG 2025: o. S.). So konsumieren circa 80 % der Bevölkerung regelmässig Alkohol, 25 % rauchen, und über 200'000 Menschen im Erwerbsalter geben an, im letzten Monat mindestens einmal Cannabis konsumiert zu haben. Aus den Statistiken geht hervor, dass die Anzahl der Personen, die angaben, bereits einmal im Leben zu einer illegalen Substanz (exklusive Cannabis) gegriffen zu haben, doppelt so hoch ist wie diejenige jener, die dies nicht getan haben. Rund 2 % der Bevölkerung, was circa 170'000 Personen entspricht, nehmen regelmässig Schmerz-, Schlaf- oder Betäubungsmittel zu sich, was, abhängig von der Dossierung und der Dauer, ebenfalls zu einer Abhängigkeit führen kann (vgl. ebd.).

Laut BAG (2025: o.S.) ist Alkohol die am häufigsten missbräuchlich eingenommene legale Substanz (16,4 % der Bevölkerung im Jahr 2022). Gemäss dem Bundesamt sind schätzungsweise rund 250'000 Menschen in der Schweiz alkoholabhängig. Des Weiteren ist Cannabis mit 1 % (Stand 2016) hierzulande die am häufigsten missbräuchlich konsumierte illegale Substanz. Für substanzungebundene Verhaltenssüchte wie Geld- und Glücksspiel (Gambling), Videospiel (Gaming) oder soziale Medien liegen bisher nur eingeschränkte Daten vor. Repräsentative Zahlen existieren bislang nur für das Glücksspiel, von dem 2022 4 % der Bevölkerung betroffen waren (vgl. ebd.).

Zur Einordnung des Konsumverhaltens liefert die Studie von Sucht Schweiz (2023b: 5) wichtige Erkenntnisse. So konsumierten im Jahr 2022 31% der 15- bis 74-Jährigen mindestens eine Substanz wie Alkohol, Tabak oder illegale Drogen in einem als risikoreich eingestuften Ausmass (vgl. ebd.). Eine differenzierte Analyse des BAG (2025: o. S.) zeigt, dass 5,2 % der untersuchten Personen ein sogenanntes multipliziertes Risikoverhalten aufwiesen. D.h., dass der gleichzeitige Konsum von mindestens zwei Risikosubstanzen vorliegt. Die häufigste Kombination ist der tägliche Tabakkonsum in Verbindung mit risikoreichem Trinken. Sie war 2022 bei 3,4 % der Bevölkerung anzutreffen, was einen Rückgang gegenüber 2017 (4,7 %) bedeutet. Jeder andere Mehrfachkonsum lag bei weniger als 0,5 % (vgl. ebd.). Bei Jugendlichen im Alter von 14 bis 15 Jahren lag der Anteil der risikoreichen Einnahme von mindestens zwei psychoaktiven Substanzen 2022 bei 9,7 % (Sucht Schweiz 2023b: 3). Seit einem Rückgang zwischen 2010 und 2014 ist dieses Verhalten stabil. Da viele Betroffene auf Unterstützung verzichten, liegen keine detaillierten Daten darüber vor, wie viele Personen von einer Sucht betroffen sind (vgl. ebd.: 5).

Daten aus psychiatrischen Einrichtungen bestätigen die Relevanz von Abhängigkeitserkrankungen (vgl. BAG 2025: o. S.). Im Jahr 2022 wurde bei 20 % der Patient\*innen problematischer Substanzkonsum als Hauptproblem identifiziert. Im selben Jahr nahmen schweizweit

schätzungsweise 50'000 Personen eine Beratung oder Behandlung wegen Suchtproblemen in Anspruch (vgl. ebd.). Eine detaillierte Erläuterung und Analyse der Versorgungsstrukturen folgen in Kapitel 5.

### 3.1.2 Familiäres Risiko

Im vorliegenden Kapitel wird das Konzept des familiären Risikos erörtert. Kinder mit suchtkranken Eltern haben im Vergleich zu solchen aus nicht suchtbetroffenen Familien ein bis zu sechsmal höheres Risiko, selbst eine Sucht zu entwickeln (vgl. Sucht Schweiz 2023a: 3f). Dass 30 % der Nachkommen von alkoholabhängigen Eltern im Erwachsenenalter selbst eine Suchterkrankung entwickeln, ist Stand heute eine empirisch belegte Tatsache. Die frühe Konfrontation mit suchtgeprägten Familienstrukturen kann zur Entwicklung von dysfunktionalen Bewältigungsstrategien bei den betroffenen Kindern führen. Wenn emotionale Vernachlässigung oder instabile Bezugspersonen hinzukommen, kann dies eine spätere Abhängigkeit begünstigen. Diese Betroffenen stellen somit die grösste bekannte Risikogruppe in der Suchtprävention dar. Darüber hinaus haben sie ein erhöhtes Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken oder Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln. Zu den möglichen Auffälligkeiten zählen Aufmerksamkeitsdefizitstörungen oder Hyperaktivität, soziale Verhaltensprobleme, Angst, Depressionen, Schulprobleme, geringes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sowie somatische und psychosomatische Probleme (vgl. ebd.).

### 3.1.3 Überdurchschnittliche soziale Isolation und Selbstabwertung

Gemäss dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2022: 2) ist auf der Grundlage der vorliegenden Evidenz festzustellen, dass bei Suchtbetroffenen eine überdurchschnittlich hohe soziale Isolation und Selbstabwertung vorliegen. Aufgrund von Verlusten in den Bereichen Beziehungen, Arbeit, Ausbildung oder Wohnsituation besteht bei den Betroffenen ein Mangel an regelmässigen Kontakten. Die Mehrzahl der sich in Behandlung befindlichen Personen (mit Ausnahme von Tabak und Glücks- oder Geldspielen) geben im Zeitraum von 2007 bis 2017 an, sich sozial zu isolieren.

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weist diese Klientelgruppe eine zwei- bis dreimal so hohe Prävalenz von sozialer Isolation auf. Aber auch der Anteil der Suchtbetroffenen, die unter Selbstabwertung leiden, ist unter den Konsumierenden von Cannabis (38 %), Kokain (49 %) und Opioiden signifikant höher als in der Allgemeinbevölkerung. So berichten Suchtbetroffene eineinhalb- bis zweimal so häufig von einem Gefühl der Wertlosigkeit (vgl. ebd.).

## 3.2 Diagnostik von Suchterkrankungen

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die international gültige Klassifikation psychischer Störungen und zeigt, wie das Abhängigkeitssyndrom in der ICD-10 diagnostisch definiert wird.

### 3.2.1 Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)

Die internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist das in der Schweiz am häufigsten verwendete Diagnostikmanual (vgl. Michal 2025: o. S.). Aktuell wird die „German Modification“ der ICD-10 genutzt. Bis zur vollständigen Einführung der ICD-11, die bis 2027 vorgesehen ist, bleibt die ICD-10 in Gebrauch, die seit dem 1. Januar 2025 als aktuelle Version gilt. An einer deutschsprachigen Übersetzung der ICD-11 sind sowohl das Deutsche Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte als auch das Schweizer Bundesamt für Statistik beteiligt. Die ICD fasst ein breites Spektrum psychischer Störungen und Verhaltensstörungen, die durch psychotrope Substanzen verursacht werden, zusammen. Ihr Schweregrad reicht von Intoxikation und schädlichem Gebrauch bis hin zu psychotischen Zustandsbildern (vgl. ebd.).

Für Suchterkrankungen zentral ist das „Abhängigkeitssyndrom“, das durch ein starkes, teils übermächtiges Verlangen nach dem Konsum psychotroper Substanzen, Medikamente, Alkohol oder Tabak gekennzeichnet ist (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt 2016: 88). Dieser innere Zwang, eine bestimmte Substanz konsumieren zu müssen, wird Betroffenen meist erst dann bewusst, wenn versucht wird, sie abzusetzen oder zu kontrollieren (vgl. ebd.). Die WHO unterscheidet zwischen körperlicher und psychischer Abhängigkeit (vgl. Feuerlein 2008: 72). Während Erstere durch Entzugserscheinungen und Toleranzentwicklung gekennzeichnet ist, umfasst Letztere das starke Verlangen (Cravings) nach der Substanz, um den gewünschten Zustand zu erreichen oder Unbehagen zu vermeiden (vgl. ebd.).

Um nach der ICD das Abhängigkeitssyndrom diagnostizieren zu können, müssen drei oder mehr der folgenden Kriterien einen Monat lang zusammen bestanden haben (vgl. Dilling et al. 2016: 88f). Wenn sie kürzer oder nur einzeln aufgetreten sind, sollten sie innerhalb des letzten Jahres wiederholt vorhanden gewesen sein (vgl. ebd.):

1. Es besteht ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit hinsichtlich Beginn, Beendigung oder Menge des Konsums. Häufig wird mehr konsumiert, als geplant war. Der Versuch, den Konsum zu reduzieren oder zu beenden, scheitert wiederholt.

3. Auftreten körperlicher Entzugssymptome bei Beendigung oder Reduktion des Konsums. Es wird nach der gleichen oder einer ähnlichen Substanz gegriffen, um die spezifischen Entzugssymptome zu mindern/vermeiden.

4. Es kann eine Toleranz nachgewiesen werden, d.h., es werden zunehmend höhere Dosen erforderlich, um die ursprünglich durch eine niedrigere Menge erreichten Wirkungen hervorzurufen.

5. Andere Vergnügungen oder Interessen werden zugunsten des Substanzkonsums zunehmend vernachlässigt. Es wird viel Zeit auf die Beschaffung, auf die Konsumation sowie darauf, sich davon zu erholen, verwendet.

6. Der Konsum wird trotz nachweisbarer eindeutiger schädlicher Folgen körperlicher, sozialer oder psychischer Art fortgesetzt, obwohl sich die Person ihrer bewusst ist oder sein könnte.

Derzeit können diese Kriterien unabhängig von der Substanz für die Erstellung einer ICD-10-Diagnose herangezogen werden, wobei sich das Abhängigkeitssyndrom auf einen einzelnen Stoff oder auf eine Gruppe von Substanzen beziehen kann (vgl. Dilling et al. 2016: 89). Somit bietet die ICD-10 ein standardisiertes Diagnoseinstrument, das die Grundlage für die klinische Beurteilung von Abhängigkeitserkrankungen bildet (vgl. ebd.).

### 3.2.2 Entwicklungspsychologische Perspektive auf Sucht

Der Konsum psychoaktiver Substanzen nimmt meist in der Jugendphase ihren Anfang (vgl. Langing 2018: 27f). Deshalb liegt der Fokus der Forschung verstärkt auf dem jugendlichen Substanzkonsum und den damit verbundenen riskanten sowie den davon abhängigen Entwicklungen als auf jenem in anderen Lebensphasen. Dies ist deshalb der Fall, weil die Entwicklungsaufgaben dieses Lebensabschnittes für die Entwicklungspsychologie eine besondere Bedeutung erlangt haben. Sie werden als aktiven Prozess verstanden, in dessen Rahmen sich Individuen diesbezügliche Ziele setzen und diese aktiv verfolgen. Des Weiteren setzen sie sich aus einem Wechselspiel aus biologischen Entwicklungsprozessen, sozialen Anforderungen und individuellen Absichten zusammen. Heutzutage wird dieser Prozess zusätzlich durch verschiedene Herausforderungen erschwert. So werden die Kriterien für das Erreichen des Erwachsenen-status zunehmend unklar, und Entwicklungsaufgaben, wie von zu Hause ausziehen etc., können gesellschaftlich erschwert werden oder sogar verbaut sein. In dieser Perspektive wird der Substanzmittelkonsum als gesundheitsbezogene Verhaltensweise und somit im Sinne der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben als funktional gesehen. Weiter lassen sich gesundheitsbezogene Risikoverhaltensweisen aus den Schwierigkeiten bei

der Überwindung dieser Anforderungen erklären. Der Substanzkonsum kann verschiedene Funktionen im Rahmen der genannten Entwicklungsaufgaben übernehmen (vgl. ebd.).

### 3.2.2.1 Kinder mit suchtkranken Eltern(-teilen)

Laut Klein und Quinten (2002, zit. in Sucht Schweiz 2023a: 2) leidet die ganze Familie, wenn ein Elternteil suchtkrank ist. Das Elternteil mit einem Substanzproblem wird zum Mittelpunkt der Familie, dessen Stimmung die Atmosphäre zu Hause prägt. Diese Situation führt bei Kindern zu chronischem Stress, Unsicherheit sowie Instabilität, die ihren Alltag dominieren, was auf Kosten der Normalität und der Sicherheit geschieht. Je nach Ausmass des Konsums erlebt das Kind einen gänzlich anderen Vater oder eine gänzlich andere Mutter, wobei es mit verschiedenen Persönlichkeiten und gegensätzlichem Verhalten konfrontiert wird. Da nichts vorhersehbar ist, weiss es nie, was die Folgen seiner Handlungen sein werden, d.h. ob es dafür bestraft oder gelobt wird. Diese Ungewissheit zwingt es in eine Beobachterrolle, um je nach Verfassung des abhängigen Elternteils angepasst reagieren zu können. Gleichzeitig werden seine Bedürfnisse nach Verlässlichkeit und Geborgenheit zurückgestellt. Zudem kann sich die Eltern-Kind-Beziehung verschlechtern, und das Kind erlebt mangelndes Interesse oder sogar Ablehnung seitens des abhängigen Elternteils. Aber auch der andere Elternteil richtet seine ganze Aufmerksamkeit auf das Suchtproblem des/der Partner\*in. So wird das Kind sich selbst überlassen, und infolgedessen werden ihm Aufgaben und Verantwortungen übertragen, denen es oftmals nicht gewachsen ist. Manchmal wird es auch Zeuge von innerfamiliären Auseinandersetzungen oder Gewalt, und nicht selten wird auch es selbst zum Opfer. Da Sucht im familiären Umfeld oft ein Tabuthema ist, hat das Kind kaum die Möglichkeit, seine Gefühle von Scham, Wut oder Angst auszudrücken. Betroffene Kinder ziehen sich schweigend zurück und versuchen, allein mit den Belastungen zurechtzukommen. Suchtberatungen in der Schweiz beraten die betroffene Person, aber auch Partner\*innen und ihre Kinder (vgl. ebd.).

## 3.3 Sucht als Krankheitskonzept

Dem übermässigen Konsum psychoaktiver Substanzen einen „Krankheitswert“ zuzuschreiben, ist ein Phänomen der Moderne (vgl. Langing 2018: 16). Diese „Erfindung“ der Sucht fand in einem gesellschaftlichen Kontext statt, in dem die Anforderungen an die Rationalität sowie an die Selbstkontrolle der Menschen deutlich zugenommen haben. Rush (1745-1813) war der Erste, der einem hohen Alkoholkonsum einen „Krankheitswert“ zuschrieb. Seine

diesbezügliche Konzeption nahm bereits zentrale Merkmale vorweg, die 175 Jahre später mit der Arbeit von Jellinek (1890-1963) allgemeine Anerkennung erlangten (vgl. ebd.).

Wenn vom Krankheitskonzept der Sucht gesprochen wird, ist es wichtig, zunächst im Rahmen bio-medizinischer Modelle die medizinische Sichtweise auf Sucht zu betrachten (vgl. Langing 2018: 17). Bei einer Erkrankung geht die Medizin grundsätzlich von einer zugrunde liegenden Störung aus, die mit Symptomen einhergeht. Zudem wird angenommen, dass erkrankte Personen weder für das eine noch für das andere verantwortlich sind, und diese als unangenehm erleben. Zudem können die Symptome und Anzeichen nicht willentlich gesteuert werden. Im Rückschluss würde dies für abhängige Menschen bedeuten, dass sie die Krankheitsanzeichen und Symptome nicht verbergen oder vermeiden können (vgl. ebd.).

Aus medizinischer Sicht verfügen Betroffene nicht über die Fähigkeit, ihr suchtspezifisches Verhalten oder die daraus resultierenden Entscheidungen zu steuern (vgl. Langing 2018: 17f). In diesem Kontext ist eine medizinisch orientierte Antwort weder bestrafend noch wertend. Denn Menschen können nur dann verurteilt werden, wenn sie die Chance hatten, ihr Verhalten zu steuern. Ein wesentlicher Vorteil der bio-medizinischen Perspektive besteht darin, dass sie einen akzeptierenden, wertschätzenden und verständnisvollen Umgang mit den betroffenen Personen legitimiert. In der heutigen Gesellschaft ist eine solche Haltung besonders bedeutsam, da Menschen mit Suchtverhalten häufig abgewertet werden und in verschiedenen Lebensbereichen sowie in sozialen Beziehungen erheblicher Stigmatisierung und Marginalisierung ausgesetzt sind (vgl. ebd.).

Da das Erwerben und Einnehmen von Drogen intendierte Handlungen darstellen, kann davon ausgegangen werden, dass Konsumierende in gewissem Masse Kontrolle über ihr Verhalten ausüben können (vgl. Langing 2018: 18f). Positiv zu werten ist zudem, dass selbst ausgeprägtes Suchtverhalten Elemente von Steuerungsfähigkeit beinhaltet. Dies bedeutet, dass Betroffene der Sucht nicht ohnmächtig ausgeliefert sind, sondern über Handlungsspielräume verfügen. Wird jedoch die biomedizinische Sichtweise in ihrer reinen Form auch auf bewusstes Handeln angewendet, kann dies zu bevormundenden und entwertenden Haltungen gegenüber der gesamten Person führen. In der Suchtberatung gelten die Betonung der Steuerfähigkeit und der Handlungsspielräume als zentrale Elemente, die von den Berater\*innen gezielt gestärkt werden. Gleiches gilt für die Entscheidungsfähigkeit und die Autonomie der Klientel, die als wesentliche Voraussetzungen für die Bewältigung und die Genesung gelten. Des Weiteren vollzog sich seit den 1970er-Jahren ein grundlegender Perspektivenwechsel vom biomedizinischen Modell hin zum bio-psycho-sozialen Verständnis von Sucht (vgl. ebd.).

## 3.4 Das bio-psycho-soziale Modell

Im Jahr 1977 legte der amerikanische Psychiater George L. Engel ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell vor (vgl. Langing 2018: 18), das zur Erklärung von Erkrankungen neben biologisch-organischen auch psychologische und soziale Einflussfaktoren berücksichtigt. Es geht davon aus, dass die Krankheitsentwicklung auf dem Zusammenspiel von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren beruht, die in ständiger Wechselwirkung zueinanderstehen. Dabei werden die sozialen Faktoren als kausal relevant betrachtet, was inzwischen insbesondere in Bezug auf Sucht gut belegt ist (vgl. ebd.).

Wahrnehmungen und affektive Verarbeitungsprozesse führen laut Tretter (2020: 20) zur Konstruktion eines bewerteten Abbilds der sozialen Realität, das wiederum Erleben und Handeln beeinflusst. Dieses mentale Modell spiegelt die äussere Welt wider und bildet die Grundlage für das soziale Bewusstsein, das menschliches Handeln im jeweiligen Kontext steuert, woran die Psychologie mit Konzepten wie dem „Lebensraum“ nach Kurt Lewin anschliesst (vgl. ebd.).

### 3.4.1 Das bio-psycho-soziale Modell in Bezug auf Sucht

Das bio-psycho-soziale Modell versteht Sucht als Ergebnis eines dynamischen Wechselspiels zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren (vgl. Langing 2018: 63). Da es diese Ebenen als gleichwertig betrachtet, ermöglicht es eine umfassende Analyse der Entstehung und Aufrechterhaltung von Sucht. In diesem Zusammenhang nimmt die Psychologie eine vermittelnde Rolle zwischen biologischen Anlagen und sozialen Bedingungen ein (vgl. Veltrup 2020: 59f). Zugleich dient das Modell der Identifikation von Risiko- und Schutzfaktoren, die Sucht hemmen oder begünstigen können. Somit bildet es die Grundlage für eine ganzheitliche Prävention und Behandlung auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene (vgl. ebd.). In der Definition der International Federation of Social Workers ist die Förderung des menschlichen Wohlbefindens ein zentrales Ziel der Sozialen Arbeit, das Prävention, Beratung und Behandlung Suchterkrankter implizit miteinschliesst (vgl. Veltrup 2020: 60). Von Beginn an verfolgt die Soziale Arbeit ein mehrdimensionales Gesundheitsverständnis, das den Fokus sowohl auf soziale als auch auf psychosoziale Zusammenhänge legt. Dabei wird Sucht in der Lebenswelt der Betroffenen verortet, deren Konsumverhalten häufig als Ausdruck einer prekären sozialen Lage gilt. Entsprechend zielt die Profession auf die Unterstützung eines „gelingenden Alltags“ ab (vgl. ebd.).

In der gesichteten Literatur wurden folgende fachliche Bezüge zur Erklärung von Suchterkrankungen den drei untenstehenden Einflussfaktoren zugeordnet (vgl. Krebs 2024: 31):

### Biologie (biomedizinische / neurobiologische Ansätze)

- Genetische Einflussfaktoren
- Neurobiologische Ansätze
- Zusammenhang zwischen der chemischen Zusammensetzung der Suchtmittel und der physiologischen Reaktionen
- Adaptionen der Hirnstrukturen wie Störungen des Belohnungssystems, konditioniertes Suchtgedächtnis

### Psychologie (psychologische Ansätze)

- Psychopathologische Ansätze wie Suchtmittelkonsum als Selbstmedikation
- Tiefenpsychologische Ansätze
- Humanistische Ansätze
- Sozialisationstheoretische Ansätze
- Lerntheoretische Ansätze wie Konditionierung

### Soziales (sozialwissenschaftliche Ansätze)

- Einflüsse von (Sub-)Kulturen
- Einflüsse von Systemen / Lebenswelten (Familie, Peers)
- Soziale Determinanten /sozioökonomische Bedingungen
- Suchtprobleme im Kontext von gesellschaftlichen Entwicklungen  
wie Industrie-, Konsum-, Risiko- und Leistungsgesellschaft

## 3.5 Psychoanalytische Suchtmodelle

Die von Sigmund Freud entwickelte Psychoanalyse zählt zu den psychodynamischen Therapieverfahren (Kunzke 2008: 25). In ihrem Zentrum steht die Arbeit am unbewussten Konflikt, den Psychoanalytiker\*innen durch Interpretation lösen sollen. Moderne Modelle und Ansätze der Psychotherapie, die auf der Psychoanalyse basieren, werden als psychodynamische Konzepte bezeichnet (vgl. ebd).

### 3.5.1 Grundbegriffe zur Psychoanalyse

Über-Ich: Psychische Instanz nach Freud, die Gewissen, Moral und gesellschaftliche Normen repräsentiert. Es entsteht durch die Sozialisation und wirkt als Kontrollinstanz gegenüber den triebhaften Impulsen des Es (vgl. Voigtel 2017: 16).

Es: Unbewusste Instanz, in der Triebe und Grundbedürfnisse verortet sind (vgl. Voigtel 2017: 16f.). Es handelt impulsgesteuert nach dem Lustprinzip und strebt nach sofortiger Bedürfnisbefriedigung (vgl. ebd.).

Ich: Vermittelt zwischen dem Es und dem Über-Ich (vgl. Voigtel 2017: 17f). Es bewertet Handlungsmöglichkeiten, berücksichtigt Konsequenzen und sucht Kompromisse zwecks der Aufrechterhaltung der psychischen Stabilität einer Person (vgl. ebd.).

Narzissmus: Nach psychoanalytischem Verständnis reicht der Ausdruck von normaler Selbstliebe bis hin zur pathologischen Persönlichkeitsstörung (vgl. Mentzos 2017: 65). Er stellt einen zentralen Aspekt der menschlichen Psyche dar. Für Freud war der Narzissmus eine frühe Entwicklungsphase, in der die Libido auf das eigene Ich gerichtet ist (vgl. ebd.).

Narzisstische Krise: Selbstwertkrise, die durch eine tiefgreifende Kränkung ausgelöst werden kann (vgl. Wurmser 1998: 22). Sie kann starke emotionale Reaktionen und dysfunktionales Verhalten nach sich ziehen (vgl. ebd.).

Grandiosität im Rausch: Durch Substanzkonsum kann das Selbstwertgefühl kurzfristig überhöht werden, was narzisstische Tendenzen verstärkt (vgl. Wurmser 1998: 23).

### 3.5.2 Übersicht psychoanalytischer Erklärungsmodelle zu Sucht

In der Geschichte der Psychoanalyse wurden unterschiedliche Erklärungsmodelle zur Entstehung von Sucht entwickelt (vgl. Kunzke 2008: 33). Während frühe Ansätze Sucht als Ausdruck innerer Triebkonflikte (Abraham 1908; Ferenczi 1911; Freud 1986) oder als Begleiterscheinung latenter Homosexualität verstanden (Abraham 1908; Ferenczi 1929), sehen sie weitere Modelle als Folge einer oralen Fixierung (Fenichel 1982; Freud 1905b), oder sie interpretieren das Suchtmittel als sadistisches Partialobjekt (Glover 1933) (vgl. ebd.).

Ich-psychologische Theorien begreifen Sucht als Kompensation mangelnder Affektregulation und Impulskontrolle (Burian 1991; Krystal/Raskin 1983, zit. in Kunzke 2008: 33). Im Gegensatz dazu deutet sie die Selbstpsychologie als Ausdruck einer narzisstischen Störung, die mit Selbstwertproblemen und innerer Instabilität verbunden ist (Wurmser 1974; Dodes 1990, zit. in Kunzke 2008: 33). Letztendlich interpretieren objektbeziehungstheoretische Ansätze Sucht als

Abwehr gegenüber bedrohlichen inneren Beziehungsrepräsentanzen (Heigl-Evers 1997; Rost 1922, zit. in Kunzke 2008: 33).

Diese Arbeit konzentriert sich im Folgenden auf die ich-psychologischen und selbstpsychologischen Modelle.

### 3.5.3 Die Selbstpsychologie als Erklärungsmodell für Sucht

Die Selbstpsychologie, begründet von Heinz Kohut, versteht die Entwicklung des Selbst als wesentlich abhängig von frühen Beziehungserfahrungen (vgl. Kunzke 2008: 43). Im Gegensatz zur klassischen Psychoanalyse, die Triebkonflikte betont, rückt sie die Bedeutung empathischer Bezugspersonen für eine gesunde Selbstentwicklung in den Mittelpunkt. Fehlen solche Erfahrungen, entstehen narzisstische Defizite wie ein instabiler Selbstwert oder das Erleben innerer Leere (vgl. ebd.).

In diesem Zusammenhang wird Sucht als Versuch verstanden, das beschädigte Selbst zu stabilisieren (vgl. Kunzke 2008: 44). Dabei ersetzt der rauschhafte Zustand grandiose Selbstzustände und verhindert den inneren Zerfall. Indem es fehlende emotionale Resonanz in frühen Beziehungen kompensiert, übernimmt das Suchtmittel eine Selbstobjektfunktion. Laut Kunzke (2008: 46) sehen Chelton und Bonney (1987) sowie Levin (1987) darin einen Ersatz für fehlende liebevolle Zuwendung. Van Schoor (1992 zit. in Kunzke 2008: 46) schreibt Suchtkranken die vier zentralen Selbststörungen; selbstzerstörerische Tendenzen, übermäßige Selbstbezogenheit, Defizite in der Selbstfürsorge und im Selbstwert sowie das Erleben innerer Fragmentierung zu (vgl. ebd.).

Dodes (1990, zit. in Kunzke 2008: 44) interpretiert die selbstdestruktiven Aspekte der Sucht als Ausdruck narzisstischer Wut, die er als Reaktion auf Hilflosigkeit und tiefe Selbstwertkränkungen sieht, wobei die Substanz der kurzfristigen Auflösung innerer Spannungen dient. Ein Vorteil dieser Perspektive liegt darin, dass destruktive Impulse und Wut in das Suchtverständnis eingebunden werden. Da er sich jedoch stark auf den Ansatz narzisstischer Störungen im Zusammenhang mit früher Mutterbindung fokussiert, weist er eine theoretische Reduktion auf (vgl. ebd.).

### 3.5.4 Ich-psychologische Modelle

Die Ich-Psychologie ist eine psychologische Theorie, die die klassische Psychoanalyse um die Aspekte der Ich-Entwicklung, der Abwehrmechanismen sowie der Funktionen des Ichs ergänzt (vgl. Mentzos 2017: 51f). Somit ist sie eine Ausrichtung der Psychoanalyse, bei der es um die

psychischen Strukturen „Es, Ich und Über-Ich“ geht. Der Zugang der Ich-Psychologie ist die Art und Weise, wie sich Menschen der Welt, in der sie leben, anpassen und mit ihr zurecht- kommen. Dabei stehen Aspekte der menschlichen Entwicklung und der Beziehungsgestaltung zu anderen Personen im Fokus (vgl. ebd.).

### 3.5.5 Psychodynamik der Sucht

*Definition von Psychodynamik (vgl. Mentzos 2017: 50):*

*Die Psychodynamik ist die Lehre vom Wirken innerseelischer Kräfte und orientiert sich an psychoanalytischen Modellen. Der Begriff psychodynamisch geht auf Freuds Drei-Instanzen-Modell zurück, in dem das Ich im Spannungsfeld zwischen Über-Ich und Es steht.*

Aus ich-psychologischer Perspektive wird Sucht als Schutz gegen unerträgliche innerpsychische Spannungen verstanden. Das jeweilige Suchtmittel dient dazu, diese Spannung zu verdrängen oder von ihr abzulenken (vgl. ebd.: 53). Das Ich der suchtmittelabhängigen Person ist nicht ausreichend dazu fähig, Unlust zu vermeiden oder sowohl innere (Triebwünsche) als auch äussere Anforderungen zu ertragen (vgl. ebd.). Bei ihr werden Defizite der Ich-Funktionen wie eine unzureichende Affektdifferenzierung, geringe Frustrationstoleranz oder mangelnde Realitätsprüfung durch eine künstliche, kurzfristig wirksame Ich-Funktion ersetzt, die das Suchtmittel bereitstellt (vgl. Freud, zit. in Bilitza 2008: 18).

Wurmser (1998: 41) beschreibt diesen Mechanismus als eine Form „künstlicher“ Affektabwehr, bei der Drogen als pharmakologisch verstärkte Verleugnung von Gefühlen dienen, die das Ich sonst zu überwältigen drohen. Demnach stellt der Substanzkonsum den Versuch dar, eine unangenehme innere Wirklichkeit abzuwehren, um dadurch die Wahrnehmung der Aussenwelt massiv zu verändern. Gemäss Wurmser wird die Wahl der Droge massgeblich von der Art des als unkontrollierbar erlebten Gefühls beeinflusst (vgl. ebd.).

Röser und Votsmeier (1999, zit. in Mentzos 2017: 63) erweitern diese Perspektive, indem sie Suchtmittelkonsum als Lösungs- und Bewältigungsversuch verstehen, der dazu dient, Traumatisierungen und strukturelle Entwicklungsdefizite auszugleichen. Grundlage hierfür sind unzureichend integrierte Beziehungs- und Bindungserfahrungen, insbesondere das fehlende Erleben von Angenommensein und Akzeptanz, sowie mangelndes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Potenziale (vgl. ebd.).

### 3.5.6 Theorie zur Substanzabhängigkeit von Wurmser

Laut Wurmser (1997: 22) stehen Scham und Sucht in einem engen wechselseitigen Zusammenhang. In seiner Theorie verbindet sich das Ich mit dem Es gegen die unerfüllbaren Ansprüche des Über-Ichs (ursprünglich unerträgliche Scham- und Schuldgefühle) sowie gegen die Ansprüche der Aussenwelt. Scham kann sowohl eine Ursache als auch eine Folge von Suchtverhalten sein. Wurmser hat sich in seiner psychoanalytischen Arbeit intensiv mit der Rolle der Scham in der Entstehung und Aufrechterhaltung von Suchtprozessen auseinandergesetzt. Er beschreibt verschiedene Formen des Drogenkonsums und ordnet sie in ein Kontinuum ein, das von Gelegenheitskonsum bis hin zu zwanghafter Konsumation reicht (vgl. ebd.).

Zudem unterscheidet Wurmser (vgl. ebd.:24) fünf Erscheinungsformen des Drogenkonsums:

1. Experimenteller Konsum: begrenztes Ausprobieren aus Neugier oder dem Wunsch nach neuen Erfahrungen und Empfindungen.
2. Sozialer bzw. entspannender Konsum: Gemeinsamer Gebrauch in sozialen Situationen, der als berechtigt und lustvoll erlebt wird.
3. Situationsabhängiger Konsum: funktionaler Gebrauch zur Bewältigung wiederkehrender Anforderungen oder Belastungen.
4. Starker Konsum: Regelmässiger, andauernder Gebrauch (mindestens einmal täglich), ohne dass soziale oder berufliche Funktionen zunächst deutlich beeinträchtigt sind.
5. Zwanghafter Konsum: Hochfrequenter, intensiver und über längere Zeit anhaltender Konsum, der zu psychischer und körperlicher Abhängigkeit führt, sodass der Gebrauch nicht ohne erhebliche Konsequenzen beendet werden kann.

Anstelle des Begriffs Drogenmissbrauch verwendet Wurmser (vgl. ebd.: 94f) die Bezeichnung zwanghafter Drogenkonsum. Dies deshalb, weil er die pathologische Dynamik präziser beschreibt. Dabei unterscheidet er die drei folgenden Ebenen des Zwanges

- a) den durch physische Abhängigkeit ausgelösten Zwang auf Grundlage zellbiologischer Prozesse,
- b) den Zwang infolge verzögerter Entzugssymptome sowie
- c) die emotionale Zwanghaftigkeit, die zunächst den Beginn des Konsums motiviert und später das wiederholte Aufsuchen der Drogenwirkung aufrechterhält.

Wurmser entwickelt aus diesen Konzepten eine umfassende Theorie der Sucht, in der Affekte, insbesondere Scham, eine zentrale Rolle spielen. Da eine vollständige Darstellung seiner

theoretischen Überlegungen den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde, wird im Folgenden der Fokus auf das zyklische Modell der Sucht gelegt, das sich auf die Gruppe der zwanghaften Drogenkonsument\*innen bezieht und im weiteren Verlauf als Grundlage für die Analyse der mit Scham verbundenen Prozesse dient.

### 3.5.6.1 Wurmser (1997) zyklisches Modell der Sucht

Das von Wurmser (1997) entwickelte Modell zeichnet sich laut Langing (2018: 83) durch seine hohe praktische Relevanz aus. Zudem hat es den Vorteil, den dynamischen Prozess der Sucht ganzheitlich abzubilden. Anstatt reduktionistischer und eindimensionaler Erklärungen beschreibt es einen spezifischen Prozess aus Impulsen, Abwehrmechanismen, Kompromisslösungen und Defekten, die in zyklischer Form auftreten. Zwar kommen diese Elemente auch bei anderen Störungen vor, jedoch ist für die Sucht insbesondere der wiederkehrende Kreislauf charakteristisch (vgl. ebd.)

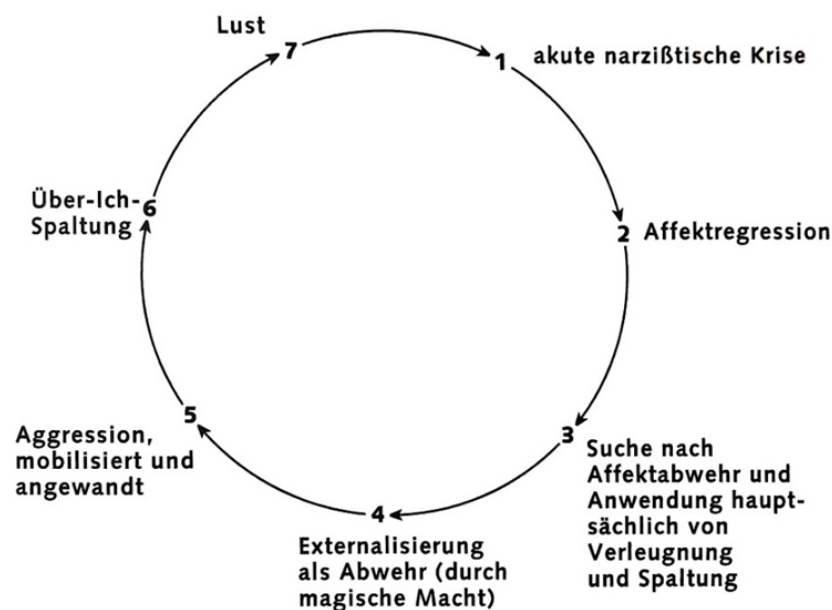


Abb.2: Die Heptade der Spezifität beim zwanghaften Drogenkonsum (vgl. Wurmser 1997: 134).

Nachfolgend werden die einzelnen Phasen des Modells, insbesondere im Hinblick auf die von Wurmser beschriebenen Schamaspekte erläutert:

#### 1. Akute narzisstische Krise

Eine narzisstische Krise geht mit intensiver Enttäuschung über sich selbst, über andere oder über beides einher, die einen plötzlichen Zusammenbruch des Selbstwertgefühls bewirkt (vgl. Wurmser 1997: 136). Ihre Intensität ergibt sich aus gegenwärtigen Enttäuschungen, die durch

alte Kindheitswunden oder wiederkehrende Ohnmachtserfahrungen reaktiviert werden. Auslöser sind oft familiäre Begegnungen, Vernachlässigung, Verrat oder Demütigung in Partnerschaften, in Freundschaften, in der Schule oder im Beruf. Hier beginnt laut Wurmser die süchtige Suche, bei der Frustration, verletzter Selbstwert und Desillusionierung den Kreislauf in Gang setzen. Die Konflikte der Betroffenen drehen sich um Selbstachtung sowie um Selbstwert. Sie gehen oft mit dem Bedürfnis nach übermässiger Selbstaufwertung einher, was zu Desillusionierung führt (vgl. ebd.:138). Die daraus resultierenden Affekte Scham, Neid, Wut und Einsamkeit treten gemeinsam mit den entsprechenden Abwehrformen auf (vgl. ebd.).

## 2. Affektregression

Regression beschreibt in der Psychoanalyse einen Abwehrmechanismus, durch den sich Betroffene vorübergehend auf eine frühere Stufe der Persönlichkeitsentwicklung mit einfacheren Verhaltens- und Beziehungsmustern zurückziehen (vgl. Wurmser 1997: 130). Somit bezeichnet die Affektregression eine Rückkehr auf frühkindliche Affektstufen. Die in der Krise ausgelösten Gefühle werden überwältigend, körperlich und total erlebt. Betroffene berichten von unkontrollierbarer Scham, Wut oder Verzweiflung, was einen Zusammenbruch der Affektabwehr signalisiert. Wurmser spricht hier von einer „Totalisierung“ der Affekte die die Fähigkeit, Gefühle sprachlich auszudrücken, stark einschränken (vgl. ebd.: 146).

## 3. Suche nach Affektabwehr: Verleugnung und Spaltung

Auch Wurmser ist der Meinung, dass der Drogenkonsum vor allem der Abwehr unerträglicher Affekte dient, wobei je nach Wirkprofil verschiedene Substanzen gegen unterschiedliche Emotionen eingesetzt werden (vgl. Wurmser 1997: 130). Zwar wird der Affekt verdrängt, jedoch bleibt eine unerträgliche Spannung zurück, die sich in Sehnsucht, Ruhelosigkeit oder dem Bedürfnis nach Erleichterung äussert. Es entsteht eine Spaltung zwischen verdrängten inneren und einer Fassade der „Normalität“, die eine umfassende Verleugnung der inneren Realität und der überwältigenden Scham erfordert (vgl. ebd.).

## 4. Externalisierung als Abwehr

In dieser Phase richtet sich der innere Konflikt nach aussen (vgl. Wurmser 1997: 172). Die betroffene Person versucht, durch konkrete Handlungen eine scheinbare Lösung zu erzwingen, wobei die äussere Aktivität der Abwehr innerer Spannungen dient. Des Weiteren betont Wurmser die besondere Bedeutung, die im Umwandeln eines inneren Konfliktes in eine äussere Handlung liegt. Er bezeichnet dies als eine zentrale Abwehrform Süchtiger, die von

der Fachwelt oft vernachlässigt wird. In Anlehnung an Anna Freud beschreibt er Externalisierung als die Übertragung innerer Konflikte in äussere Kämpfe (vgl. ebd.).

Wurmser unterscheidet sieben Formen der Externalisierung, darunter (vgl. ebd.: 179):

1. Einsatz stimmungsverändernder Substanzen oder Objekte
2. kompensatorisches Verhalten (z. B. Spielen, Essen, Geldausgabe)
3. symbiotische Bindungen oder aggressive Projektionen
4. Lügen, Manipulation und die Vermeidung jeglicher persönlicher Verpflichtung
5. Regelüberschreitungen
6. Provokation von Vergeltungsmassnahmen wie Bestrafung, Beschämung oder direkte Gewalt zur symbolischen Selbstzerstörung

#### 5. Aggression mobilisiert und angewandt

Aggression spielt eine zentrale Rolle in der süchtigen Dynamik (vgl. Wurmser 1997: 132), die sich durch Selbstzerstörung, durch Selbstherabsetzung, durch Niederreissen von Grenzen, durch Regelverstösse, durch Gewalt gegen andere oder durch Demütigung äussert (vgl. ebd.: 182f). Diese aggressiven Handlungen führen wiederum zu Scham, was den Kreislauf verstärkt. Einerseits entstammen aggressive Impulse wie Ärger, Wut und Hass nach Wurmser teilweise primären aggressiven Konflikten, andererseits sind sie aber auch die sekundäre Folge schwerer narzisstischer Konflikte (vgl. ebd.)

#### 6. Über-Ich-Spaltung

Wurmser (1997: 185) beschreibt eine Spaltung zwischen einem realitätsangepassten, schuldorientierten und einem narzisstisch-regressiven, Scham gerichteten Über-Ich-Anteil. In diesem Schritt wird das Gewissen völlig bedeutungslos, da es seine regulierende Funktion verliert. Zwar werden Verpflichtungen und moralische Standards erkannt, jedoch werden sie zugleich als bedeutungslos verworfen. Diese Spaltung, die durch Verleugnung, Projektion und Externalisierung gestützt wird, bildet die psychische Voraussetzung für den Drogenkonsum, den sie letztendlich ermöglicht (vgl. ebd.).

#### 7. Lust

Das Ziel des Kreislaufs ist die regressive Lust des „High-Seins“, d.h., eine narzisstisch-orale Wunscherfüllung, die vorübergehend das Gefühl eines zusammenhängenden, gefestigten Selbst vermittelt (vgl. Wurmser 1997: 193). Dieses Glücksgefühl resultiert aus einem

Zusammenspiel verschiedener Triebkompromisse und Abwehrformen. Obwohl der narzisstische Konflikt gelöst scheint, beginnt der Zyklus erneut auf einer niedrigeren Stufe der Selbstachtung /des Selbstwertgefühls, der den konsumierenden Menschen in einem Teufelskreis gefangen hält (vgl. ebd.).

Der Vorteil von Wurmser's zyklisch dynamischem Prozessmodell der Sucht liegt nach Langing (2018: 86) darin, dass es keine einheitlichen strukturellen Merkmale voraussetzt. Stattdessen berücksichtigt es unterschiedliche Konstellationen von Impulsen, Abwehrmechanismen, Entwicklungslinien und Defiziten, aus deren Zusammenspiel es seine Spezifität gewinnt. In der therapeutischen oder beraterischen Praxis lassen sich häufig die von Wurmser beschriebenen Zyklen oder zumindest Teilaspekte davon beobachten. Das Modell trägt wesentlich zum Verständnis des Ineinandergreifens der verschiedenen süchtigen Dynamiken bei, wodurch es eine differenziertere psychodynamische Betrachtung ermöglicht. In Wurmser's Ansatz wird die Komplexität der Suchterkrankung nicht durch schematische oder reduktionistische Erklärungen vereinfacht, sondern sie wird in ihrer Vielschichtigkeit erfasst, während der psychodynamische Bezugsrahmen erhalten bleibt. Besonders hervorzuheben ist die hohe Praxisrelevanz des Modells, da es veranschaulicht, in welcher Form Klient\*innen, abhängig von ihrem jeweiligen psychischen Zustand, unterstützt und stabilisiert werden können (vgl. ebd.).

### 3.6 Stigmatisierung suchtbetroffener Menschen

Wie in Kapitel 3.3 beschrieben, geht die moderne Medizin davon aus, dass Sucht eine Erkrankung ist. Nichtsdestotrotz bestehen weiterhin zahlreiche Vorurteile gegenüber Suchtkranken, die zu Stigmatisierung führen und infolgedessen den Krankheitsverlauf sowie die Heilungschancen erheblich beeinträchtigen.

Stigmatisierung ist ein komplexer Prozess, der dann entsteht, wenn eine Person von gesellschaftlichen Normen abweicht (vgl. Marks 2013: 15). Suchtkranke Menschen werden häufig mit negativen Stereotypen in Verbindung gebracht, die sie ausgrenzen, diskriminieren oder gesellschaftlich abwerten (vgl. ebd.). Ein Stigma geht stets mit mangelndem Verständnis einher (vgl. Langing 2018: 26). Dies ist für Betroffene oft entmutigend und kann sie davon abhalten, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Erleben sie zusätzliche Ablehnung im Gesundheitssystem, brechen viele die Behandlung ab und verbleiben in ihrer Abhängigkeit (vgl. ebd.).

Es lassen sich verschiedene Arten der Stigmatisierung unterscheiden:

Die interpersonelle Stigmatisierung umfasst Ausgrenzung, Abwertung und persönliche Angriffe durch andere Menschen (vgl. Götz 2004: 169f), sowohl durch Fremde als auch durch Personen aus dem sozialen Umfeld. Diese Form reicht von Unverständnis bis hin zu offener Ablehnung, was zu Kontaktabbrüchen führen kann (vgl. ebd.).

Bei öffentlicher Stigmatisierung erfahren Betroffene u. a. Benachteiligungen im Erwerbsleben, auf dem Wohnungsmarkt oder in anderen Bereichen des öffentlichen Lebens (vgl. Götz 2004: 169). Demgegenüber beschreibt die strukturelle Stigmatisierung Diskriminierung durch Politik, Behörden, Versicherungen oder andere Institutionen. Dies kann auch den Zugang zu medizinischen Leistungen wie Rehabilitationsmassnahmen betreffen, was die Heilungschancen möglicherweise deutlich verringert (vgl. ebd.: 168).

Selbststigmatisierung entsteht, wenn Menschen über längere Zeit interpersoneller, öffentlicher oder struktureller Stigmatisierung ausgesetzt sind und die negativen Zuschreibungen verinnerlichen (Götz 2004: 170). Sie beginnen, sich selbst als willensschwach oder „nicht normal“ zu betrachten, übernehmen Schuldzuweisungen und entwickeln Scham sowie Resignation, die ihren sozialen Rückzug fördern (vgl. ebd.).

### 3.6.1 Gesellschaftliche Stigmatisierung suchtbetroffener Menschen

*„The degree to which stigmatized persons can blame themselves or are blamed by others for their condition reflects their degree of shame.“* (Lewis 1998: 127)

Abweichungen von gesellschaftlichen Normen bergen stets das Risiko sozialer Ablehnung oder Stigmatisierung (vgl. Marks 2013: 14). Dies betrifft u. a. körperliche und psychische Erkrankungen, Armut, sexuelle Orientierung oder religiöse Zugehörigkeit (vgl. ebd.). Götz (2004: 167f) betont hierzu, dass potenzielle Stigmatisierungsanlässe zwar prinzipiell beliebig sind, jedoch widerspiegeln sie das jeweils aktuelle Normverständnis einer Gesellschaft. Erst durch Stigmatisierungsprozesse entsteht eine soziale Selbstvergewisserung dessen, was als „normal“ gilt. In westlichen Gesellschaften gelten Affektkontrolle und beruflicher Erfolg als zentrale Werte, denen der Kontrollverlust im Rausch entgegensteht, was zur sozialen Ausgrenzung suchtkranker Personen führt. Da die Betroffenen häufig mehrfach stigmatisiert sind, erschwert dies ihre gesellschaftliche Inklusion weiter. Ebenso wird Drogenabhängigen oft Kriminalität oder Gesetzesbruch zugeschrieben, was wiederum mit weiteren Exklusionsmerkmalen wie Obdach- und Arbeitslosigkeit, Prostitution oder Infektionskrankheiten verknüpft ist (vgl. ebd.: 169).

Ob es zu einer Stigmatisierung kommt, hängt massgeblich vom jeweiligen Normsystem ab (vgl. Schmidt/Alte-Teigeler/Hurrelmann 1999: 62). So ist der Konsum halluzinogener Substanzen in Teilen Mittelamerikas sozial akzeptiert, während er in westlichen Ländern verboten ist. Diese Bewertungen sind historisch und kulturell wandelbar. Ein zentraler Ansatz der Etikettierungsforschung ist Beckers „Labeling Approach“ (1973), der nicht die Ursachen abweichenden Verhaltens untersucht, sondern die gesellschaftlichen Reaktionen darauf (vgl. ebd.: 67). Demnach wird Verhalten erst durch soziale Zuschreibung als deviant definiert. Für die Suchtforschung bedeutet dies, dass Substanzgebrauch und -abhängigkeit nicht isoliert, sondern als Ergebnis gesellschaftlicher Zuschreibungsprozesse zu betrachten sind (vgl. Schmidt 1999: 75).

Stigmatisierung hat gravierende Auswirkungen: Sie schränkt Entwicklungsmöglichkeiten ein, erschwert die Identitätsbildung und führt dazu, dass die zugeschriebenen Merkmale internalisiert werden (vgl. Lewis 1998: 127f). Des Weiteren weist Weiner (1995, zit. in Lewis 1998: 27f) auf die Bedeutung der wahrgenommenen Eigenverantwortung hin. In einer Studie sollten Erwachsene zehn Erkrankungen hinsichtlich individueller Verantwortlichkeit und der damit verknüpften Emotionen bewerten. Während körperliche Erkrankungen wie Krebs oder Blindheit überwiegend mit Fremdverursachung und Mitleid assoziiert wurden, galten AIDS, Drogenabhängigkeit und Übergewicht als selbstverschuldet und riefen überwiegend Ärger hervor. Dies macht deutlich, dass auch internalisierte Verantwortungsübernahme stigmatisierend wirkt und Scham verstärkt (vgl. ebd.). Jedoch würde eine vertiefte Auseinandersetzung mit Fragen nach der Schuld den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

### 3.7 Rolle der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe

Mit dem bio-psycho-sozialen Modell öffnete sich das Feld der Krankheitsbewältigung für weitere Disziplinen jenseits der Medizin (vgl. Langing 2018: 21), wobei der Sozialen Arbeit in diesem Zusammenhang zentrale Aufgaben zukommen (vgl. ebd.). Als Expertin für soziale und psychosoziale Dimensionen setzt sie sich dafür ein, diese Aspekte angemessen im Bereich der Krankheitsentstehung, -bewältigung und Gesundheitsförderung zu berücksichtigen (vgl. ebd.: 22).

Mit Blick auf den Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit engagiert sich die Soziale Arbeit für Chancengleichheit (vgl. Langing 2018: 22f). In der Suchtprävention, -beratung und -behandlung untersucht sie, welche Gruppen besonders profitieren und wie Programme zur Zunahme von sozialer und gesundheitlicher Gleichheit beitragen können.

Dabei spielen Zugangsgerechtigkeit und Zielgruppenspezifität eine zentrale Rolle. Ebenso gehört es zu den Aufgaben der sozialen Arbeit normative Zuschreibungen kritisch zu reflektieren. Da Stigmatisierung weiterhin ein erhebliches Hindernis in der Krankheitsbewältigung darstellt, vertritt die Soziale Arbeit marginalisierte Gruppen anwaltschaftlich, sowohl gegenüber der Öffentlichkeit als auch gegenüber anderen Professionen. Darüber hinaus befürwortet sie ein Krankheitsverständnis, das nicht ausschliesslich auf Heilung ausgerichtet ist. Darunter versteht sie, dass sie Menschen entlang des Kontinuums von Gesundheit und Krankheit begleitet, sie situationsangemessen berät und insbesondere auf deren Autonomie und Selbstbestimmung achtet, was im Suchtbereich von besonderer Bedeutung ist. Zugleich erfordert diese Arbeit Offenheit gegenüber Lebensentwürfen, die andere Prioritäten setzen als gesundheitsbewusstes Verhalten. Da Suchterkrankungen häufig mit Armut, Wohnungs- oder Erwerbslosigkeit verbunden sind, sind nicht nur spezialisierte Fachkräfte der Suchthilfe mit der Unterstützung beauftragt (vgl. ebd.).

In den vergangenen Jahren hat sich innerhalb der sozialen Arbeit die klinische Sozialarbeit etabliert, die vor allem im Gesundheitswesen verankert ist (vgl. Langing 2018: 23f). Sie zeichnet sich durch einen deutlichen Problembezug aus, z. B. in der Arbeit mit alkohol- oder drogenabhängigen Klient\*innen, in deren Mittelpunkt die subjektive Krankheitsbewältigung und nicht eine objektivierbare Störung steht. Zugleich hält die klinische Sozialarbeit am doppelten Auftrag fest, d.h. an der individuellen Unterstützung sowie an der Verbesserung der Lebensbedingungen (vgl. ebd.). Durch diese Lebensweltorientierung grenzt sie sich von psychotherapeutischen Ansätzen ab (vgl. ebd.).

Wenn sich therapeutische Fortschritte nicht im Alltag bewähren, verlieren sie ihre Wirkung (vgl. Sommerfeld 2020: 137). Die Aufgabe der sozialen Arbeit besteht darin, diesen Prozesse zu begleiten, soziale Erfahrungsräume zu schaffen und Menschen bei der Lebensführung und -bewältigung zu unterstützen (vgl. ebd.).

## 4. Die Bedeutung von Scham in der Arbeit mit Suchtbetroffenen

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Scham bei Menschen mit einer Suchterkrankung sowie die Suche nach bereits vorhandenen Verknüpfungen, Theorien und dem Umgang in der Praxis der Suchtberatung hat gezeigt, dass der Zusammenhang zwischen Scham und Sucht im deutschsprachigen Raum kaum und im englischsprachigen nur von einigen wenigen Autor\*innen (vgl. z. B. Wiechelt 2007; Kaufmann 1996) hergestellt bzw. näher beschrieben

wurde. Speziell auf die Bedeutung der Scham in der Arbeit mit Suchtkranken gehen jedoch nur wenige ein.

#### 4.1 Zusammenhang zwischen Sucht und Scham

Scham wird im Zusammenhang mit Suchterkrankungen sowohl als bedeutsamer Faktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung eines Suchtprozesses als auch als mögliche Konsequenz der Abhängigkeit beschrieben (vgl. Wiechelt 2007: 403). Aufgrund dessen lässt sich die Verbindung zwischen den beiden Konzepten als zirkulären Prozess verstehen. Menschen, die wiederholt Scham oder Beschämung erlebt haben und feststellen, dass der Konsum psychoaktiver Substanzen ihre Schamgefühle vorübergehend abmildert, neigen zur häufigeren Konsumation der jeweiligen Substanz. Jedoch steigt dadurch das Risiko, im weiteren Verlauf eine Abhängigkeit zu entwickeln (vgl. ebd.).

Nach Kaufman (1996, zit. in Wiechelt 2007: 405) nehmen die Schamgefühle im Verlauf einer schleichenden Abhängigkeit häufig zu, was insbesondere auf den zunehmenden Kontrollverlust über das Substanzmittel zurückzuführen ist. Um diese Scham zu dämpfen, greifen Betroffene erneut zu ihm, wodurch ein Teufelskreis von Scham und Sucht entsteht (vgl. ebd.).

Auch anamnestische Gespräche und die Exploration von Suchtmotiven zeigen immer wieder, dass am Beginn eines Substanzmissbrauchs bzw. einer sich entwickelnden Abhängigkeit häufig schwer auszuhaltende innere Spannungszustände, darunter tiefgreifende Schamgefühle und das Empfinden, im Kern „nicht in Ordnung“ zu sein, stehen (vgl. Wurmser 1998: 137). Während anfangs oft die euphorisierende Wirkung des Konsums im Vordergrund steht, verliert dieser Effekt mit zunehmender Gewöhnung an Bedeutung. Die Substanz dient dann vor allem der Linderung von Symptomen, um den inneren Leidensdruck besser bewältigen zu können (vgl. ebd.).

Kaufman (1996, zit. in Wiechelt 2007: 407) unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen primärer und sekundärer Scham, die in Kapitel 2.2.1 bereits eingeführt wurden. Erstere versteht Kaufmann als eine mögliche Grundlage für die Entwicklung einer Sucht, da sie die unerträgliche Gesamtheit negativer Selbstdefinitionen umfasst, die unterdrückt werden müssen, um zugleich das Erleben anderer Affekte abzuwehren. Erst der Substanzkonsum kann diese Hemmung lösen und den Zugang zu weiteren Gefühlen ermöglichen. Im Gegensatz dazu bezieht sich die sekundäre Scham unmittelbar auf das Suchtmittel bzw. auf das Bewusstsein der eigenen Abhängigkeit. Dabei kann die Vorstellung, dass andere Menschen Zeug\*innen der Sucht werden, ein besonders intensives und beschämendes Erleben bei den Betroffenen hervorrufen (vgl. ebd.).

#### 4.1.1 Primäre Scham als Vorläuferin einer Suchtentwicklung

Nach Wiechelt sind die Ursachen für die Entwicklung einer primären Scham vielfältig. Als zwei zentrale Quellen, die besonders häufig im Zusammenhang mit späterem Substanzmissbrauch genannt werden, gelten familiäre Belastungen und traumatische Erfahrungen (vgl. Wiechelt 2007: 399-402). So berichten viele Menschen mit einer Suchterkrankung von schwierigen familiären Verhältnissen, vom Aufwachsen mit einem suchtkranken Elternteil sowie von Interaktionen, die von Vernachlässigung, Zurückweisung oder Missbrauch geprägt waren. Solche Erfahrungen erschüttern und verletzen grundlegende Bedürfnisse nach Sicherheit, Zugehörigkeit sowie nach Selbstwert, wodurch sie ein erhöhtes Ausmass an Scham begünstigen können. Dies steigert wiederum das Risiko, später zu einem dysfunktionalen Bewältigungsmechanismus wie dem Substanzkonsum zu greifen (vgl. ebd.).

Jedoch sind diese belastenden frühen Erfahrungen sowie die daraus resultierende primäre Scham nicht ausschliesslich mit der Entwicklung einer Suchterkrankung verknüpft (vgl. Wiechelt 2007: 405). Vielmehr stellen sie einen allgemeinen Risikofaktor für eine Vielzahl psychischer Erkrankungen dar. Somit bildet die primäre Scham einen vulnerabilitätssteigernden Hintergrund, der in Kombination mit weiteren Faktoren, u. a. mit der gesellschaftlichen Reaktion auf die Krankheit, den Verlauf einer Sucht begünstigen kann (vgl. ebd.).

Dies ist der Punkt, an dem die Auseinandersetzung mit der sekundären Scham ins Spiel kommt. Im Gegensatz zur primären Scham, die in der Biografie der Betroffenen entsteht, entwickelt sie sich im Kontext sozialer Bewertungen und gesellschaftlicher Erwartungen. Somit beeinflusst sie aus Sicht der Autorin nicht nur das subjektive Erleben der Sucht, sondern auch deren Stabilisierung und den Zugang zu Hilfe.

#### 4.1.2 Sekundäre Scham im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung

##### 4.1.2.1 Stigmatisierung von Sucht als Auslöserin von Scham

Psychische Erkrankungen sind generell mit Stigmatisierung verbunden (vgl. Livingston et al. 2011: 40). Die Forschung zeigt jedoch, dass Suchterkrankungen, insbesondere Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, in besonderem Masse geächtet werden. Diese Stigmatisierung wirkt nicht isoliert, sondern sie verstärkt die bereits bestehende Vulnerabilität, die durch primäre Scham geprägt wurde und dadurch zur Chronifizierung des Schamgefühls beiträgt (vgl. ebd.). Ein Grund für diese starke gesellschaftliche Abwertung liegt in den äusserst unterschiedlichen Vorstellungen über die Ursachen von Sucht (vgl. Livingston et al. 2011: 41).

Obwohl das medizinische Krankheitskonzept heute weit verbreitet ist, bestehen weiterhin Zweifel daran, Sucht als chronische Erkrankung, vergleichbar mit Diabetes oder Bluthochdruck, zu betrachten. In der Konsequenz wird sie häufiger als selbstverschuldet wahrgenommen und ist mit deutlich stärkeren Vorurteilen belegt. Diese Zuschreibungen von „sich nicht im Griff haben“, „sich gehen lassen“, von mangelnder Selbstkontrolle oder Willensschwäche reproduzieren Vorstellungen, die das Selbstwertgefühl der Betroffenen direkt angreifen. Die dadurch erzeugte sekundäre Scham wirkt sich deutlich auf das individuelle Selbstbild aus und frühere, biografisch verankerte Schamerfahrungen werden zusätzlich reaktiviert und verstärkt (vgl. ebd.).

Auch empirisch zeigt sich, dass Menschen mit einer Sucht viel stärker für ihre Situation verantwortlich gemacht werden als solche, die an anderen Erkrankungen leiden (vgl. Lewis 1998: 127; Livingston et al. 2011: 42). So werden Alkoholabhängige häufiger als unberechenbar und gefährlich eingestuft. Ein grösserer Anteil der Bevölkerung wünscht soziale Distanz zu ihnen oder befürwortet sogar strukturelle Diskriminierungen bis hin zu Zwangsmassnahmen (vgl. Livingston et al. 2011: 47). Diese kausalen Attributionen (soziale Zuschreibungen von Eigenschaften) prägen sowohl den gesellschaftlichen Umgang mit Suchtkranken als auch die Beeinflussung des Selbstverständnisses der Betroffenen. Somit entsteht sekundäre Scham durch die soziale Spiegelung eines stark abgewerteten Krankheitsbildes, wodurch Gefühle der Minderwertigkeit und der Selbstabwertung verstärkt werden, die bereits aus der primären Scham stammen können. In einem sozialen Umfeld, in dem Substanzkonsum als normabweichend gilt oder hart sanktioniert wird, nimmt sie weiter zu (vgl. ebd.: 42). Entsprechend wird der Schritt, sich ein Suchtproblem einzugestehen oder professionelle Unterstützung zu suchen, oft lange hinausgezögert und erst als letzte Konsequenz vollzogen, begleitet von erheblichen Schamgefühlen (vgl. ebd.: 47).

#### 4.1.2.2 Kontrollverlust als Ursache von Scham

Der Begriff des Kontrollverlusts ist einer der zentralen Schlüsselbegriffe, um Suchtverhalten zu beschreiben (vgl. Uchtenhagen 2004: 18). Eine beeinträchtigte Selbstkontrolle in Bezug auf Menge und Häufigkeit des Konsums stellt nicht nur ein wesentliches Diagnosekriterium dar, sondern sie bildet auch ein gesellschaftlich relevantes Merkmal von Abhängigkeit. Denn letztendlich markiert sie dasjenige, was als „krankhaft“ wahrgenommen wird (vgl. ebd.: 14).

Nach Gölz (2004: 167) hat die Affektkontrolle im westlichen Kulturraum sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene einen besonders hohen Stellenwert. Daher verstösst der Rauschzustand, in dem diese Selbstkontrolle zeitweise aufgehoben ist, gegen ein grund-

legendes Leitprinzip sozialer Normen. Während ein kurzzeitiger, willentlich herbeigeführter Kontrollverlust im Rahmen eines Rausches zunächst sozial toleriert und teilweise sogar gesucht wird, verändert sich die Bewertung, sobald die Kontrolle nicht mehr willentlich rückholbar ist (vgl. ebd.). Eine längerfristige Kontrollminderung im Zuge einer körperlichen oder psychischen Abhängigkeit wird von den Betroffenen häufig als bedrohlich, beschämend und selbstwertverletzend erlebt (vgl. Uchtenhagen 2004: 16).

Die Verbindung zwischen Kontrollverlust und Scham lässt sich, wie in Kapitel 2.4.3 erläutert, vor allem durch die Verletzung sozialer und innerer Normen erklären. Scham entsteht laut Neckel (1991, zit. in Von Scheve 2013: 244) weniger durch den Normbruch selbst, sondern vielmehr durch die Vorstellung, dass andere davon wissen, weshalb das „Gesehenwerden“ oder „Entdecktwerden“ eine entscheidende Rolle im Schamerleben spielt. Diese soziale Dimension wird ergänzt durch die eigene Normebene: Das Nichterfüllen selbst gesetzter Regeln, wie beim Alkohol- bzw. beim Drogenkonsum kann ebenso starke Scham- und Versagensgefühle auslösen (vgl. ebd.: 407). Daher wirken Normverletzungen sowohl gegenüber anderen als auch gegenüber sich selbst gleichermassen schamauslösend (vgl. ebd.: 409).

Die Momente, in denen die Sucht vor anderen und letztendlich vor sich selbst nicht mehr verheimlicht werden kann, werden nach Neckel (1991, zit. in Von Scheve 2013: 408) von den Betroffenen als besonders schmerzhaft und entwürdigend erlebt. Hier zeigt sich aus Sicht der Autorin eine zentrale argumentative Verknüpfung: Laut Von Scheve (vgl. ebd.) führt der Kontrollverlust zu Scham, die wiederum das Erleben von Kontrollverlust verstärkt, weil sie zum Rückzug, zum Schweigen und zur weiteren Aufrechterhaltung des Konsums beitragen kann. Gleichzeitig können diese beschämenden Situationen, wenn sie häufiger auftreten, aber auch zu einem entscheidenden Wendepunkt werden (vgl. ebd.: 411). Übersteigt das Leiden an der Scham den Schutz des Verbergens, entsteht oft eine motivierende Kraft, die die Betroffenen dazu veranlassen kann, eine Veränderung anzustreben und professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (vgl. ebd.).

Damit zeigt sich, dass Scham im Kontext von Suchtverhalten eine Doppelrolle einnimmt, indem sie Ausdruck des Kontrollverlusts und, unter bestimmten Bedingungen, gleichzeitig eine Auslöserin für Veränderungsprozesse ist. Diese enge Verbindung erklärt auch, weshalb Rückfälle ein besonders belastendes Schamerleben hervorrufen. Im folgenden Kapitel wird auf den Zusammenhang zwischen Scham und Rückfall vertiefter eingegangen.

## 4.2 Scham und Rückfall

Ein zentraler Aspekt in der Betrachtung von Scham bei Suchtkranken betrifft den Umgang mit Rückfällen (vgl. Körkel 2010: 3), die im Verlauf einer Abhängigkeit eher die Regel als die Ausnahme sind und für Betroffene, Angehörige sowie für Fachpersonen eine grosse Herausforderung darstellen. Dabei gilt eine gute und engmaschige Nachsorge grundsätzlich als die beste Rückfallprävention (vgl. ebd.: 71).

Trotz der heute breit anerkannten Sichtweise, dass Sucht eine Krankheit ist, weshalb viele Einflussfaktoren ausserhalb der individuellen Kontrolle liegen, gehen Rückfälle meist mit intensiven Schuld- und Schamgefühlen einher (vgl. Körkel 2010: 25). Während Betroffene im Verlauf einer Therapie häufig relativ rasch das Gefühl entwickeln, ihrem Konsumverlangen widerstehen zu können und Kontrolle über ihr Verhalten zurückgewonnen zu haben, führt ein Rückfall zu einer erheblichen Selbstwertverletzung. Büchner (2009, zit. in Körkel 2010: 22) beschreibt den Umstand, trotz des Wissens um die Erkrankung und grosser Bemühungen um Abstinenz erneut die Selbstkontrolle verloren zu haben, als besondere Kränkung. Die Beschämung darüber, den Rückfall vor Therapeut\*innen, Berater\*innen sowie Angehörigen eingestehen zu müssen, und die Schuldgefühle, möglicherweise versagt oder Fehler gemacht zu haben, wiegen schwer (vgl. ebd.: 67). Marlatt (1985, zit. in Körkel 2010: 68f) beschreibt diese psychischen Folgen als Abstinenzverletzungssyndrom: Das zuvor stabilisierte Selbstbild bricht erneut ein, und der Rückfall wird als eigene Schwäche, persönliches Versagen oder Schuld interpretiert.

In der Suchtberatung und -therapie werden Rückfälle häufig als stark schambesetzt erlebt (vgl. Körkel 2010: 23f). Dies ist jedoch nicht der einzige Faktor, der eine Rückkehr in die Behandlung erschwert. Denn oft gehen Rückfälle mit einer erneuten Verstrickung in frühere Konsummuster einher, wodurch die Motivation und die Veränderungsbereitschaft sinken. Gleichzeitig zeigt sich in der therapeutischen und beraterischen Arbeit, dass der Umgang mit einem Rückfall sehr unterschiedlich sein kann. Denn er verletzt nicht nur die in der Begleitung aufgebaute Selbstwirksamkeit, sondern er reaktiviert auch gesellschaftlich etablierte Schamzuschreibungen, die Sucht mit Willensschwäche und mangelnder Selbstkontrolle assoziieren (vgl. ebd.).

Zusammengefasst ist festzustellen, dass Rückfälle zentrale Auslöser intensiver Schamgefühle sind, die das zuvor wiederhergestellte Selbstwertgefühl erschüttern und gesellschaftliche Zuschreibungen reaktivieren. Scham erschwert nicht nur die Rückkehr in die Beratung/Therapie, sondern sie kann auch die grundlegende Veränderungsmotivation verringern. Dadurch zeigt sich, dass der Umgang mit Rückfällen in der ambulanten Suchthilfe eine wichtige Rolle in Bezug auf die Reduktion von Scham und die Stabilisierung des Konsums spielt.

## 5. Suchthilfe in der Schweiz

---

Die Suchthilfe in der Schweiz stellt ein breit ausgebautes und institutionell verankertes Versorgungssystem dar, das Betroffenen durch vielfältige Angebote in den Bereichen Prävention, Beratung und Behandlung eine kontinuierliche und bedarfsgerechte Unterstützung bietet.

In den 1990er-Jahren führte die gesellschaftliche Belastung durch offene Drogenszenen zu einem Umdenken und zur Abkehr von einer rein abstinenzorientierten Politik (vgl. Dervisevic/Bartholet/Matjani o.J.: o. S.). Als Antwort darauf entstanden neue Hilfesysteme wie Schadensminderung, Kontakt- und Anlaufstellen sowie Substitutionsbehandlungen. Mit der Nationalen Strategie Sucht und dem Übergang vom Vier-Säulen-Modell zum Würfelmodell wurde eine umfassendere und ressourcenorientierte Sicht auf Sucht etabliert (vgl. ebd.)

Die Suchthilfe in der Schweiz umfasst ein breites Angebot an Massnahmen zur Prävention, zur Beratung und zur Behandlung von Suchterkrankungen (vgl. [www.forel-klinik.ch](http://www.forel-klinik.ch), 2025). Getragen wird sie vom Bund, von den Kantonen und Gemeinden sowie von privaten Organisationen, die gemeinsam darauf abzielen, Betroffenen eine umfassende und koordinierte Unterstützung zu bieten. Unter dem Begriff „Suchthilfe“ werden alle Leistungen zusammengefasst, die sich an unterschiedliche Zielgruppen richten, darunter Präventionsprogramme, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, niederschwellige Anlaufstellen und spezialisierte stationäre Kliniken (vgl. ebd.).

Während Präventionsmassnahmen überwiegend vom Bund organisiert werden, liegt die Verantwortung für Beratungs- und Behandlungsangebote bei den Kantonen und Gemeinden (vgl. [www.forel-klinik.ch](http://www.forel-klinik.ch), 2025.) Da Abhängigkeitserkrankungen als gesundheitliche Problematik gelten, wird die medizinische Versorgung von den Krankenkassen finanziert. Dabei sind Hausärzt\*innen oft erste Ansprechpersonen, die den Betroffenen den Zugang zu spezialisierten Angeboten öffnen. Aber auch niedergelassene Psychiater\*innen, Psychotherapeut\*innen und kostenlose kommunale Suchtberatungsstellen tragen wesentlich zur Versorgung bei. Zudem erweitern Organisationen wie das Blaue Kreuz oder Pro Senectute ihr Netzwerk der Suchthilfe, wodurch sie eine breite, gut abgestimmte Unterstützung anbieten (vgl. ebd.).

Da Sucht zahlreiche Lebensbereiche betrifft, basiert die Suchthilfe stark auf interdisziplinärer Zusammenarbeit (vgl. BAG o.J.: o. S.). Neben Hausärzt\*innen, psychosozialen und medizinisch-psychiatrischen Angeboten spielen auch Selbsthilfe, Nachsorge, Freiwilligenarbeit sowie Fachpersonen aus der Sozialhilfe, der Arbeitslosen- und Invalidenversicherung oder dem Strafvollzug eine wichtige Rolle. Diese Vernetzung unterstützt das BAG durch

Weiterbildungen und Fachtagungen (vgl. ebd.).

## 5.1 Zahlen zu Behandlungen im Rahmen der Suchthilfe

Der Indikator der Inanspruchnahme von Behandlung gibt einen Überblick über Personen, die wegen ihres problematischen Konsums von Alkohol, Cannabis, Kokain oder Opioiden professionelle Hilfe aufsuchen (vgl. act-info 2024: 2), wobei die Daten bei Behandlungsantritt erfasst werden. Da die Prävalenz suchtbetroffener Menschen statistisch zu schätzen herausfordernd ist, stellt die Entwicklung der Behandlungseintritte eine wichtige, zusätzliche Informationsquelle dar (vgl. ebd.: 4). Die Daten werden im Rahmen des act-info-Monitoringsystems erhoben, wodurch sich die Tendenzen in der Verbreitung des problematischen Substanzkonsums abschätzen lassen. Die Entwicklung bezüglich der Art und des Umfangs der Behandlungen weist indirekt auf die Konsumtrends der Substanzen Alkohol, Cannabis, Kokain und Opioide hin. Untenstehend folgen als tabellarische Darstellung zwei Statistiken von 2023, die dem Jahresbericht 2023 von act-info zu entnehmen sind (vgl. ebd.: 8-9).

**Legende zur ersten Statistik:** (vgl. act-info - Jahresbericht 2023, 2024: 4)

Der stationäre Bereich umfasst die Teilstatistiken *FOS und Residalc*. Während die Teilstatistik act-info FOS über Klient\*innen in stationären Suchttherapieeinrichtungen, die auf drogenbezogene Probleme spezialisiert sind, informiert, bezieht sich die Teilstatistik act-info Residalc auf stationäre Einrichtungen, die ihren Fokus vorwiegend auf Alkohol- und Medikamentenprobleme richten.

*SAMBAD*: Die Statistik im Bereich der ambulanten Suchthilfe (*SAMBAD*) umfasst sowohl ambulante Behandlungs- und Beratungsstellen, die auf Suchtprobleme spezialisiert sind, als auch polyvalente Stellen, die neben anderen Zielgruppen auch Personen mit einer Suchtproblematik betreuen. In der Regel bieten sie Hilfe für ein breites Spektrum von Suchtproblemen an. Die Bewilligungen werden vom BAG erteilt.

Nationale Statistik der *Opioid-Agonisten-Therapie* (*OAT*, auch Substitutionsbehandlung genannt): Diese Statistik umfasst alle Behandlungen, die darauf ausgerichtet sind, den Konsum illegaler Opioide durch die ärztliche Verordnung eines legalen Medikaments mit ähnlicher Wirkung zu ersetzen (u. a. Methadon, Buprenorphin, orales retardiertes Morphin).

*HeGeBe*: Das Monitoring zur substitutionsgestützten Behandlung mit Diacetylmorphin (Abkürzung *HeGeBe* für heroingestützte Behandlung) informiert über die Klientel der Behandlungsstellen, die zur Verabreichung von Diacetylmorphin (pharmazeutisch hergestelltes

Heroin) berechtigt sind. Des Weiteren sind die HeGeBe-Stellen per Gesetz zur Teilnahme am Monitoring, das ab 2005 in act-info eingegliedert wurde, verpflichtet.

**Tabelle II**  
**Monitoring act-info 2023: Registrierte Klienten und Klientinnen mit eigenen Suchtproblemen bei Eintritt und Austritt pro Teilstatistik**

	SAMBAD		Stationär (FOS & Residalc)		OAT		HeGeBe		act-info (gesamt)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Eintritt</b>										
Männer	3255	71.3	972	66.5	1210	76.1	110	75.3	5547	71.4
Frauen	1312	28.7	489	33.5	381	23.9	36	24.7	2218	28.6
<b>Total</b>	<b>4567</b>	<b>100.0</b>	<b>1461</b>	<b>100.0</b>	<b>1591</b>	<b>100.0</b>	<b>146</b>	<b>100.0</b>	<b>7765</b>	<b>100.0</b>
fehlende Angaben	1		0		1		0		2	
<b>Austritt</b>										
Männer	3230	71.0	978	65.9	1400	76.4	87	79.1	5695	71.4
Frauen	1317	29.0	507	34.1	433	23.6	23	20.9	2280	28.6
<b>Total</b>	<b>4547</b>	<b>100.0</b>	<b>1485</b>	<b>100.0</b>	<b>1833</b>	<b>100.0</b>	<b>110</b>	<b>100.0</b>	<b>7975</b>	<b>100.0</b>
fehlende Angaben	1		0		3		0		4	

(Abb.3: act-info Jahresbericht 2023: 8)

Die zweite Tabelle zur Statistik (Abb. 4) beschreibt die Inanspruchnahme der Klientel, geordnet nach dem Konsum(-mittel), von ambulanten versus. stationären Angeboten, aufgeteilt in medizinische und psychosoziale Settings.

**Tabelle IV**  
**Institutionenbefragung: Anzahl der Klientinnen und Klienten an einem üblichen Betriebstag\* nach Hauptproblem, Behandlungssetting und Ausrichtung des Angebots (Vollerhebung mit ergänzenden Schätzungen)**

	Ambulante Angebote				Stationäre Angebote			
	medizinisch		psychosozial		medizinisch		psychosozial	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alkohol	6471	29.7	9190	61.9	755	49.6	412	42.6
Cannabis	1607	7.4	1484	10.0	130	8.5	76	7.9
Opiode**	8318	38.2	635	4.3	162	10.7	117	12.1
Kokain	1820	8.4	1347	9.1	218	14.3	212	21.9
andere Stimulanzien	379	1.7	207	1.4	30	2.0	37	3.8
Hypnotika/Sedativa	939	4.3	241	1.6	104	6.8	28	2.9
Halluzinogene	59	0.3	49	0.3	8	0.5	8	0.8
flüchtige Stoffe	10	0.0	7	0.0	0	0.0	0	0.0
Tabak	581	2.7	250	1.7	32	2.1	54	5.6
andere Substanzen	392	1.8	161	1.1	4	0.3	3	0.3
Gambling, Glückspiel	313	1.4	448	3.0	17	1.1	4	0.4
Internet/Medien	345	1.6	308	2.1	6	0.4	7	0.7
Essstörungen	451	2.1	181	1.2	51	3.4	8	0.8
andere Verhaltensweisen	78	0.4	349	2.3	4	0.3	2	0.2
<b>Total</b>	<b>21763</b>	<b>100</b>	<b>14857</b>	<b>100</b>	<b>1521</b>	<b>100</b>	<b>968</b>	<b>100</b>

\* Festgelegter Stichtag: Mittwoch, 20. März 2024

\*\* Substitutionsbehandlungen (OAT) in Arztpraxen sind von der Institutionenbefragung nicht erfasst.

(Abb. 4: act-info Jahresbericht 2023: 9)

## 5.2 Ambulante Suchthilfe in der Schweiz

Die ambulante Suchthilfe umfasst ein breites Spektrum an Angeboten, wie niedrigschwellige Überlebenshilfe, Krisenintervention, Angebote der Drogenprävention sowie ambulante Suchtberatung und -therapie einschliesslich der psychosozialen Begleitung von Substitutionsbehandlungen, wie sie in der akzeptierenden Drogenarbeit üblich ist (vgl. Rihs 2021: 73). Ein weiterer Schwerpunkt ist die Organisation der Nachsorge sowie gegebenenfalls die Vermittlung in betreutes Wohnen. Die psychosoziale Begleitung wird in der Regel von Fachkräften der Sozialen Arbeit geleistet (vgl. ebd.).

Ein weiterer Fokus liegt auf der Suchtberatung und -therapie. Dies ist deshalb von Bedeutung, weil nachfolgend die motivierende Gesprächsführung als Beratungsansatz vorgestellt wird.

Ambulante Suchtberatung und -therapie richten sich an abhängigkeitsbetroffene Menschen, an Personen mit Risikokonsum sowie an Angehörige, die Unterstützung benötigen (vgl. BAG o. J. o. S.). Ziel dieser Angebote ist es, Betroffene dahingehend zu begleiten, einen kontrollierten Umgang mit ihrem Konsum zu entwickeln oder vollständig aus der Sucht auszusteigen. Dabei wird zwischen Behandlung und Therapie/Beratung unterschieden. Während Erstere Menschen unterstützt, die ihren Konsum reduzieren möchten, zielen Letztere darauf ab, die Kontrolle über die Sucht wiederzuerlangen oder einen nachhaltigen Ausstieg zu ermöglichen (vgl. ebd.).

Im Zentrum von Therapie und Beratung steht die Verbesserung der körperlichen und psychischen Gesundheit, der Lebensqualität sowie der sozialen und beruflichen Integration der Betroffenen (vgl. BAG, o. J.: o. S.). Die Angebote sind niedrigschwellig gestaltet, und sie orientieren sich konsequent an den individuellen Bedürfnissen und Zielen der Menschen, unabhängig von Geschlecht, Alter oder soziokulturellem Hintergrund. Zudem fördert das BAG die Weiterentwicklung geeigneter Behandlungsansätze wie die Kurzintervention, die Betroffene durch motivierende Gespräche darin unterstützt, ihr Risikoverhalten zu reduzieren und Veränderungen einzuleiten (vgl. ebd.).

## 5.3 Motivation zur Veränderung

In vielen Kulturen herrscht die Vorstellung, dass Motivation zur Veränderung vor allem dadurch entsteht, dass Negatives vermieden werden soll (vgl. Rollnick/Miller 2009: 29f). Nach diesem Ansatz verändert sich ein Mensch, wenn er genug leidet oder sich schlecht fühlt. Falsches Verhalten wird bestraft, bis die Person die Veränderung vollzieht, um der Strafe zu entgehen. Dies beinhaltet oft Demütigung, Scham, Unbehagen oder Angst, die den Betroffenen zugefügt

werden. Jedoch bewirken diese negativen Gefühle meist das Gegenteil, indem sie den Veränderungsprozess hemmen, statt ihn zu fördern. Manche Verhaltensmuster können durch diese Gefühle sogar verstärkt werden (vgl. ebd.).

Besser geeignet, um Veränderungen herbeizuführen, ist die Förderung intrinsischer Motivation in einem akzeptierenden und unterstützenden Umfeld (vgl. Rollnick/Miller 2009: 30). In einer solchen Atmosphäre kann die betroffene Person über ihre Werte, Wünsche und Lebensziele reflektieren. Zusammen mit der Begleitperson wird die Bedeutung einer Veränderung mit etwas verbunden, das der/dem Ratsuchenden wirklich wichtig ist. Motivation ist immer vorhanden. Zu Konflikten kommt es erst, wenn zwei Menschen, hier Berater\*in und Klient\*in, auf unterschiedliche Ziele hinarbeiten (vgl. ebd.: 37). In einer solchen Situation kann die Fachperson den Betroffenen fälschlicherweise leicht als unmotiviert wahrnehmen. Denn das Verständnis der Dynamik der Ambivalenz bietet eine Alternative dazu, Menschen als motivationslos zu betrachten. Das Bewusstsein hierfür hilft, diese Missinterpretationen zu vermeiden (vgl. ebd.).

### 5.3.1 Motivierende Gesprächsführung

Die motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing, MI) ist ein klientenzentrierter, zielgerichteter Beratungsansatz, der darauf abzielt, die intrinsische Motivation für Verhaltensänderungen zu fördern (vgl. Miller/Rollnick 2009: 46). Anstatt Druck auszuüben, werden zur Stärkung der Veränderungsbereitschaft im Gespräch Ambivalenzen erkundet und aufgelöst (vgl. ebd.). MI wird in verschiedenen Bereichen eingesetzt, so auch in der Suchttherapie, in der Gesundheitsförderung, in der Prävention und im Coaching. Sie ist eine evidenzbasierte Methode mit nachweislich positiven Effekten auf Motivation und Zielerreichung.

Die vier Grundprinzipien der MI sind (vgl. Rollnick/Miller 2009: 58):

1. Empathie und Akzeptanz ausdrücken,
2. Diskrepanzen aufzeigen,
3. Widerstand umleiten,
4. Selbstwirksamkeit fördern

Weitere wesentliche Aspekte sind die Klient\*innenzentrierung und die Wahrung der Autonomie der Person. Dabei steht das Klientel im Mittelpunkt und seine/ihre Perspektive wird respektiert, indem der/die Berater\*in Verständnis und Wertschätzung zeigt (vgl. ebd.: 20).

Ein zentrales Element der MI ist die Exploration von Ambivalenz (vgl. Rollnick/Miller 2009: 31). Ambivalente Gefühle und Einstellungen gegenüber einer Veränderung werden gemeinsam erkundet, da sie sonst den gesamten Veränderungsprozess blockieren könnten. Zudem lenkt

die Fachperson das Gespräch gezielt auf bestehende Ambivalenzen oder Veränderungswünsche, ohne den Klienten/die Klientin zu bevormunden (vgl. ebd.).

Die MI beschreibt die folgenden sechs Arten therapeutischer Bevormundung, die vermieden werden sollen: für eine Veränderung argumentieren, die Expertenrolle einnehmen, kritisieren, beschämen oder Schuld zuweisen, etikettieren und Eile beanspruchen (vgl. Rollnick/Miller 2009: 77). Stattdessen wird die Veränderungsmotivation gestärkt, indem die Klient\*innen ihre eigenen Gründe hierfür erkennen und formulieren (vgl. ebd.: 29). Widerstand wird als normales Stadium einer Verhaltensänderung akzeptiert, umgelenkt und konstruktiv bearbeitet (vgl. ebd.: 36).

Spezifische Gesprächstechniken der MI sind (vgl. Rollnick/Miller 2009):

- Die motivierende Gesprächsführung nutzt verschiedene spezifische Techniken, um sowohl die intrinsische Motivation als auch die Veränderungsbereitschaft des/der Klient\*in zu fördern:
- Offene Fragen (vgl. ebd.: 97): Sie regen den/die Klient\*in zum Nachdenken an und ermöglichen ausführlichere Antworten, die Einblicke in seine/ihre Werte, Wünsche und Ziele geben.
- Reflektierendes Zuhören (vgl. ebd.: 102): Hierbei hört die Fachperson aktiv zu und wiederholt die Aussagen des Klienten/der Klientin, um sicherzustellen, dass er bzw. sie sich verstanden fühlt. Dies stärkt das Vertrauen und fördert die Selbstreflexion.
- Zusammenfassen (vgl. ebd.: 110f): Durch regelmässige Zusammenfassungen des bisher Gesagten wird der Fortschritt im Gespräch verdeutlicht. Dies unterstützt die Klientel darin, die eigenen Entwicklungen und Ambivalenzen klarer zu erkennen.
- Anerkennen (vgl. ebd.: 109f): Wertschätzung und Bestätigung der Stärken, Bemühungen und Fortschritte der Klientel, Anerkennung motiviert und fördert die Selbstwirksamkeit.
- Informationen anbieten (vgl. ebd.: 110): Gezielte Informationen oder Ratschläge werden situationsbezogen gegeben. Sie sollen die Entscheidungsfindung des Klienten /der Klientin unterstützen, ohne ihn bzw. sie zu bevormunden.
- Change Talk und Confidence Talk (vgl. ebd.: 113f): Beinhaltet die Förderung von Äusserungen, die die Bereitschaft zur Veränderung und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten stärken. Dies erfolgt z. B. durch Exploration persönlicher Stärken, Ressourcen und sozialer Unterstützung.

### 5.3.2 Definition von Widerstand

Widerstand ist ein beobachtbares Verhalten eines/einer Klient\*in, das Dissonanzen im Beratungsprozess anzeigt (vgl. Rollnick/Miller 20: 139). Zudem signalisiert es, dass er bzw. sie nicht dasselbe Tempo wie die Fachperson hat. Widerstand wird in der MI nicht primär als Problem des/der Betroffenen verstanden, sondern als Produkt der Interaktion zwischen ihm bzw. ihr und dem/der Berater: in. Dabei können der Beratungsstil und die Haltung der Fachperson das Ausmass des Widerstands entscheidend beeinflussen (vgl. ebd.).

#### 5.3.2.1 Umgang mit Widerstand

Die MI umfasst Methoden, die es ermöglichen, den Widerstand konstruktiv zu bearbeiten (vgl. Rollnick/Miller 2009: 141). Diese lassen sich nach Rollnick und Miller (2009: 142–149) in zwei Kategorien einteilen:

##### Kategorie 1: Reflexionen

Einfache Reflexion: Gefühle, Wahrnehmungen oder Aussagen des Klienten/der Klientin werden wiederholt, ohne dass mit Widerstand auf Widerstand geantwortet wird.

Verstärkte Reflexion: Die Aussage wird gespiegelt und verstärkt, um die andere Seite der Ambivalenz hervorzurufen. Dabei ist eine empathische Formulierung wichtig, um zusätzlichen Widerstand zu vermeiden.

Doppelseitige Reflexion: Beide Seiten der Ambivalenz werden einbezogen, indem die aktuelle mit früheren Aussagen des Klienten/der Klientin kombiniert wird.

##### Kategorie 2: Weitere Antworten auf Widerstand

Fokus verändern: Aufmerksamkeit von Hindernissen ablenken, um Dissonanzen zu umgehen, nachdem das schwierige Thema entschärft wurde.

Umformulieren: Wahrnehmung des Klienten/der Klientin anerkennen und eine neue, Veränderungen unterstützende Interpretation anbieten.

Zustimmung mit Wendung: Zunächst zustimmen, dann die Richtung leicht verändern, um Übereinstimmung zu schaffen und gleichzeitig Veränderung zu fördern.

Betonung von Kontrolle und Wahlfreiheit: Autonomie des Klienten/der Klientin hervorheben, um psychologische Reaktanz zu reduzieren und Widerstand zu vermeiden.

## 5.4 Wege aus der Scham mit motivierender Gesprächsführung

In diesem Kapitel erläutert die Autorin ihre Überlegung dazu, inwiefern MI als Ressource für einen professionellen Umgang mit Scham dient und diese durch MI zur Förderung positiver Veränderungen genutzt werden kann.

Die von der MI geforderte Grundhaltung bietet eine belastbare Basis für einen sensiblen und nicht beschämenden Umgang mit offener oder verdeckter Scham im Beratungsprozess. Durch die konsequente Haltung der Akzeptanz und Empathie kann die beratende Fachperson die Bereitschaft der Klient\*innen fördern, sich mit eigenen Schamgefühlen auseinanderzusetzen. Im Rahmen der gemeinsamen Entwicklung und Formulierung von Veränderungswünschen treten schambezogene Aspekte sowohl als intrinsische als auch als extrinsische Motivationen in Erscheinung, um sie anschliessend gemeinsam einzuordnen. Darüber hinaus kann die Arbeit an individuellen Zielen und Motivationen zur Reduktion von Scham und zur Durchbrechung des Kreislaufs aus Selbstwertverletzungen und Misserfolgserlebnissen beitragen. Aus Sicht der Autorin wirken insbesondere zwei Gesprächstechniken der MI einem oftmals geschwächten Selbstwert entgegen. Hierbei handelt es sich um den „Change Talk“, der die Handlungsmöglichkeiten der Klient\*innen hervorhebt, sowie um das explizite Anerkennen von Leistungen, Bemühungen oder Erfolgen, was den Selbstwert stärkt.

Im Zusammenhang mit Scham gilt es aus Sicht der Autorin zwei Formen der Bevormundung besonders zu vermeiden. Erstens das aktive Argumentieren für eine Veränderung, die Druck und Widerstand erzeugen kann, infolgedessen Beschämung ausgelöst wird. Beispielsweise wenn Klient\*innen das Gefühl haben, das angestrebte Ziel der Veränderung nicht erreichen zu können. Zweitens Kritisieren, Beschämen oder Schuldzuweisungen, die zu Ohnmachtsgefühlen und Immobilisierung führen, was letztendlich den Veränderungsprozess beeinträchtigt.

Wird die Entscheidungswaage als Instrument zur Bearbeitung der Ambivalenz angewendet, könnte Scham sowohl im Bereich der Kosten des Status quo als auch in jenem des Nutzens einer Veränderung verortet werden. Aus Sicht der Autorin kommt der gemeinsamen Umformulierung schambesetzter Situationen zur Reduzierung deren lähmender Wirkung eine grosse Bedeutung zu. So könnte beispielsweise die selbstabwertende Aussage „Ich schäme mich, dass ich so dumm war, meine Eltern zu bestehlen“ in eine neutralere und konstruktivere Formulierung wie „Die Beziehung zu meinen Eltern leidet aufgrund suchtmotivierter Handlungen und Vertrauensbrüchen“ umgewandelt werden.

Auch im Austausch über persönliche Werte sieht die Autorin ein Risiko von Scham, da suchtbetroffene Personen im Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung häufig gegen eigene Wertvorstellungen verstossen haben. Daher kann die Offenlegung der Diskrepanz zwischen Ist- und

Soll-Zustand neben motivierenden Impulsen auch schambesetzte Reaktionen hervorrufen. Aus diesem Grund ist es notwendig, mit Widerstand in den von MI beschriebenen Ausdrucksformen zu rechnen und diesen als Zeichen von Autonomie zu akzeptieren. Der MI-typische Umgang mit ihm nutzt u. a. verschiedene Formen der Reflexion, wodurch eine Intervention ermöglicht wird, die den Prinzipien der Positiven Psychologie entspricht und die Betroffene darin unterstützt, Scham als potenzielle Ressource für Veränderung einzusetzen.

Gemäss den Praxiserfahrungen der Autorin beginnt diese durch eine MI-unterstützte Beratung häufig damit, dass die betroffene Person erstmals erkennt, dass ihre ambivalenten Gefühle kein Zeichen von Schwäche, sondern ein natürlicher Teil des Veränderungsprozesses sind. Dann kann Scham in einen produktiven Impuls umgewandelt werden, der den Blick weg von Selbstvorwürfen hin zu selbstbestimmten nächsten Schritten lenkt. Die Fachperson unterstützt das Erreichen der positiven Veränderung, indem sie den Betroffenen die Gelegenheit bietet, ihre Scham in der Beratung zu reflektieren. Daraus kann die Klientel Lernprozesse ableiten und mit professioneller Unterstützung neue Handlungsmöglichkeiten erkennen. Diese ersten positiven Veränderungen können einerseits durch die Scham angetrieben sein, andererseits können sie aber auch durch die Auflösung dieser entstehen.

## 6. Beantwortung der Fragestellungen

---

In diesem Kapitel werden die Unterfragestellungen und somit auch die Hauptfragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit beantwortet.

### ***Wie beeinflusst Scham das Abhängigkeitsverhalten und den Selbstwert von suchtkranken Menschen sowie deren Begleitung in der ambulanten Suchthilfe?***

#### *1. Was ist Scham aus psychologischer und gesellschaftlicher Perspektive?*

Scham ist eine komplexe sekundäre Emotion, die aus Erfahrungen, Erinnerungen sowie sozialen Lernprozessen entsteht und Selbstreflexion erfordert. Sie ist sowohl individuell als auch sozial geprägt, und sie beeinflusst das Selbstwertgefühl sowie die Bindungsfähigkeit. Zudem schützt Scham innere Grenzen, macht auf Grenzverletzungen aufmerksam und wirkt in gesellschaftlichen Kontexten regulierend. Jedoch kann sie auch zu Ausgrenzung und Isolation führen. In der Positiven Psychologie wird sie zunehmend als Ressource betrachtet, die die persönliche Entwicklung und die Resilienz fördern kann.

## *2. Welchen Einfluss hat Scham auf den Selbstwert?*

Scham wirkt sich direkt auf den Selbstwert aus, da sie das eigene Verhalten an inneren und äusseren Normen misst. Menschen mit niedrigem Selbstwert erleben intensivere Schamgefühle, die zu Selbstkritik und negativen Selbstbildern führen können. Ebenso können besondere Formen wie Anpassungsscham oder traumatische Scham ein dauerhaft fragiles Selbstbild erzeugen. Wird Scham jedoch bewusst reflektiert, kann es zu einer persönlichen Entwicklung und zur Stärkung des Selbstwerts kommen.

## *3. Welchen Einfluss hat Scham auf die Entwicklung einer Suchterkrankung?*

Scham ist sowohl Ursache als auch Folge von Sucht und verstärkt den Teufelskreis von Konsum und negativem Selbstbild. Frühe Erfahrungen, Traumata oder das Gefühl, „nicht liebenswert“ zu sein, können primäre Scham auslösen. Im Verlauf der Sucht entsteht durch Kontrollverlust, gesellschaftliches Stigma und eigenes Versagen sekundäre Scham, die den Konsum weiter verstärkt. Wurmser (1997) beschreibt in seinem zyklischen Modell, wie Scham in den verschiedenen Phasen die Sucht beeinflusst und aufrechterhält. Er bezeichnet sie als strukturellen Motor der Suchterkrankung.

## *4. Wie kann sich Scham auf den Beratungsprozess in der ambulanten Suchthilfe auswirken?*

Scham kann die Beratung erschweren, da sie Abwehrmechanismen und Widerstand auslöst. Wenn sie professionell aufgegriffen wird, bietet sie aber auch die Chance für Wendepunkte im Beratungsverlauf und im Leben der Klienten. Eine empathische, wertfreie Haltung ermöglicht es Betroffenen, Scham nicht als lähmend zu erleben, sondern auch Verantwortung zu übernehmen und neue Handlungsspielräume zu entwickeln. MI unterstützt diesen Prozess, indem sie Widerstand nicht abwertet, Ambivalenzen bearbeitet und die Selbstwirksamkeit stärkt.

## *5. Wie wird Scham im bio-psycho-sozialen Konzept repräsentiert?*

Im bio-psycho-sozialen Modell wirkt Scham auf allen Ebenen. Sei es biologisch über Stressreaktionen oder Erröten, psychologisch über den Selbstwert und das Verhalten oder sozial über Normerwartungen und gesellschaftliche Bewertungen. Somit ist sie sowohl ein individueller als auch ein sozialer Verstärker von Sucht. Jedoch wird sie im klassischen Modell nicht explizit berücksichtigt, obwohl sie für die Entstehung, die Aufrechterhaltung von Suchterkrankungen und für die Behandlung, Therapie sowie Beratung von Suchtbetroffenen zentral ist.

## 6. Wie kann die Suchtberatung Scham mithilfe von MI nutzen, um Veränderung zu erreichen?

In der MI kann Scham als Ressource genutzt werden, wenn sie nicht bewertet, sondern als Hinweis auf Entwicklungspotenzial verstanden wird. Positive Veränderung entsteht, wenn Betroffene ihre Scham reflektieren, daraus Lernprozesse ableiten und mit professioneller Unterstützung neue Handlungsmöglichkeiten erkennen. Dies setzt Empathie, Akzeptanz und eine respektvolle, nicht bevormundende Haltung voraus. Somit wandelt sich Scham vom Hemmfaktor zum Katalysator für Veränderung und Selbstwertstärkung.

### **Beantwortung der Hauptfragestellung:**

Scham beeinflusst sowohl das Abhängigkeitsverhalten als auch den Selbstwert von Menschen mit Suchterkrankungen erheblich. Zwar kann sie den Teufelskreis von Konsum, Kontrollverlust und negativem Selbstbild verstärken, jedoch bietet sie zugleich ein Potenzial für persönliche Entwicklung, Selbstwertstärkung und Veränderung. In der ambulanten Suchthilfe, genauer in der Suchtberatung, kann sie durch eine empathische, wertschätzende sowie wertfreie Haltung der Beratungsperson und Techniken der MI genutzt werden, um Wendepunkte zu fördern und den Veränderungsprozess zu unterstützen.

## 7. Relevanz und Reflexion

---

In diesem Kapitel wird die Relevanz dieser Erkenntnisse für die Soziale Arbeit dargelegt. Zum Schluss werden die Ergebnisse der vorliegenden Bachelorarbeit kritisch reflektiert, und es werden weiterführende Fragen formuliert.

### 7.1 Relevanz für die Soziale Arbeit

Sucht und risikoreicher Konsum sind multifaktorielle Phänomene, die von komplexen bio-psycho-sozialen Wechselwirkungen geprägt sind. Die Soziale Arbeit agiert sowohl in der Einzelfallhilfe als auch an der Schnittstelle zwischen Individuum und Gesellschaft. Da Scham nicht nur individuell erlebt, sondern im Wesentlichen auch sozial erzeugt wird, berührt sie genau diese Schnittstelle. Obwohl sie subjektiv empfunden wird, entsteht sie in einem sozialen Gefüge aus Erwartungen, Normen und Bewertungen, weshalb sie für die Soziale Arbeit doppelt relevant ist. Wege aus der Schamspirale sind häufig nur über Beziehung und Austausch möglich. Da suchtbetroffene Menschen oft über eingeschränkte soziale Ressourcen verfügen, ist die Stärkung sozialer Netzwerke und Beziehungen eine zentrale Aufgabe der Sozialen

Arbeit. Vorausgesetzt wird hierfür eine professionelle Sensibilität für schambesetzte Dynamiken, die im Kontext von Sucht besonders ausgeprägt sind. Fachpersonen finden sich aufgrund ihrer Rolle häufig in einer Machtposition wieder, weshalb sie sich möglicher Beschämung im Beratungsprozess bewusst sein müssen. Denn bereits die Einsicht in die eigene Suchterkrankung sowie der Schritt in eine Beratung können für Betroffene schambesetzt sein. Dies kann aus Sicht der Autorin auch ein Erklärungsansatz für das grosse Dunkelfeld und die unzureichenden epidemiologischen Daten zu Suchterkrankungen in der Schweiz sein.

Die Auseinandersetzung mit der Rolle von Scham in der Suchtentwicklung und in der Suchthilfe zeigt, dass dieses Thema sowohl für die theoretische Fundierung als auch für die Praxis der Sozialen Arbeit von zentraler Bedeutung ist. In bestehenden bio-psycho-sozialen Modellen wird sie kaum explizit berücksichtigt, obwohl sie einen erheblichen Einfluss auf die Entstehung, auf den Verlauf und auf die Bewältigung von Suchterkrankungen hat. Dies weist auf eine systematische Lücke hin, die im Rahmen dieser Arbeit aufgezeigt werden konnte. Die Autorin legt grossen Wert darauf, zum Verständnis von Suchterkrankungen Scham als Einflussfaktor im bio-psycho-sozialen Erklärungsmodell sichtbar zu machen. Durch eine klare Benennung von Scham auf der Wirkungsebene der Psychologie, basierend auf dem Erklärungsmodell nach Wurmser, und der Beschämung auf der Wirkungsebene Soziales, basierend auf der Stigmatisierung Betroffener, wird sie systematisch integriert. Dies könnte das Erklärungs- und Interventionspotenzial des bio-psycho-sozialen Modells im Kontext der Sucht deutlich erweitern. Zudem ist das zyklische Erklärungsmodell von Wurmser (1997) für die Soziale Arbeit ein unentdecktes zentrales theoretisches Bindeglied. Es beschreibt Scham nicht nur als Begleitphänomen von Sucht, sondern als strukturellen Motor des süchtigen Kreislaufs. Des Weiteren sollte dieses Erklärungsmodell sowohl in Beratungskontexten als auch in der Ausbildung an Hochschulen stärker miteinbezogen werden, weil es das lebensweltorientierte Verständnis und die Arbeit mit Suchtbetroffenen in der Sozialen Arbeit sinnvoll ergänzt. Denn das Erleben der Umwelt ist untrennbar mit komplexen Emotionen wie Scham verbunden, insbesondere in einer leistungsorientierten Gesellschaft. Wenn Scham nicht in das bio-psycho-soziale Konzept aufgenommen wird, wird sie bei Suchterkrankungen in psychosozialen Kontexten nicht ausreichend als emotional bedingte Schutzreaktion verstanden, die das Leben der Betroffenen und ihr Unterstützungssystem beeinflusst.

Aus Sicht der Autorin bleibt die Abgrenzung zur Psychologie gewahrt: Scham soll von den Professionellen der Sozialen Arbeit nicht therapeutisch behandelt, sondern im professionellen Handeln erkannt, richtig eingeordnet und im Verständnis für die Lebenswelt der Klientel berücksichtigt werden. Zudem sieht sie in speziellen interprofessionellen Schulungen durch Fachpersonen der Psychologie eine interessante Möglichkeit zur Aneignung von Fachwissen.

Im Beratungskontext besteht aus Sicht der Autorin häufig die Gefahr, dass Klient\*innen vorschnell als „kooperationsunwillig“ eingestuft werden, wenn Widerstand auftritt. Wird jedoch Scham als zentrale Auslöserin hierfür ausser Acht gelassen, kommt es leicht zu Fehleinschätzungen, die die Arbeitsbeziehung belasten und den Beratungsprozess beeinträchtigen. Eine fachliche Auseinandersetzung mit ihr als komplexe Emotion ist daher notwendig, um Widerstand besser einordnen und mit geeigneten Methoden, wie beispielsweise MI-basierten Techniken, konstruktiv umlenken zu können. Zudem reduziert eine bewusste Beschäftigung mit Scham nicht nur Abwehrmechanismen, die im Beratungsprozess häufig auftreten, sondern sie ermöglicht auch die Nutzung ihres konstruktiven Potenzials. Des Weiteren kann sie ein Hinweis auf persönliche Grenzen und Entwicklungsmöglichkeiten sein, wodurch sie ein wichtiges Element im Veränderungsprozess darstellt. Da diese in der Suchtberatung häufig durch Wendepunkte geprägt sind, ist die Fähigkeit, Schamprozesse professionell zu begleiten und umzuwandeln, ein wesentlicher Bestandteil erfolgreicher sozialarbeiterischer Interventionen zwecks der Verbesserung der Lebenswelten der Klientel.

Die Autorin sieht in der Förderung des Selbstwerts im Kontext der Kinder- und Jugendarbeit eine relevante Prävention. Denn Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten oder psychisch belasteten Familien gelangen häufig in den Wirkungsbereich der Sozialen Arbeit. Wenn Fachpersonen die Bedeutung von Scham und Selbstwert im Suchtkontext verstehen, können sie gezielt daran arbeiten, erstere abzubauen und Letztere aufzubauen. So könnten Kinder und Jugendliche lernen, Scham als Ressource zur persönlichen Entwicklung zu nutzen. Dies kann auch einer möglichen späteren Suchtentwicklung entgegenwirken und ihre Lebenslage langfristig positiv beeinflussen. Darüber hinaus können durch frühzeitige Unterstützung in der Schamverarbeitung weitere traumatische Erfahrungen, soziale Isolation oder Ohnmachtsgedühle vermieden werden. Die Autorin betrachtet dies als ein äusserst erstrebenswertes Ziel im Sinne der sozialen Arbeit. Denn je weniger Menschen schambesetzte oder traumatische Erlebnisse kompensieren müssen, desto geringer wird das Risiko, dass sie auf Substanzkonsum zurückgreifen und infolgedessen auf Unterstützung angewiesen sind. Langfristig würde somit nicht nur das Individuum, sondern auch das Sozial-, Gesundheits- und Wirtschaftssystem davon profitieren.

Darüber hinaus sollte sich die Soziale Arbeit verstärkt dafür einsetzen, gesellschaftliche Sichtweisen auf Suchterkrankungen zu verändern, um Beschämung und Stigmatisierung zu reduzieren und dadurch den Zugang zu Hilfsangeboten zu erleichtern. Dies entspricht sowohl dem Ansatz der Schadensminderung als auch der Gesundheitsförderung im Arbeitsfeld der Sucht. Da Sucht zahlreiche Lebensbereiche negativ beeinflusst und eng mit Selbstwertdynamiken verknüpft ist, sieht die Autorin die Soziale Arbeit in der Pflicht, zu einem stabileren Selbstwert

beizutragen. Aber auch die häufige Komorbidität von Abhängigkeitserkrankungen und psychischen Störungen, die den Selbstwert betreffen, in Kombination mit häufiger sozialer Isolation der Klientel unterstreicht die Notwendigkeit für das Handeln der Sozialen Arbeit.

## 7.2 Kritische Reflexion der Ausführungen

Die Autorin hat diese Arbeit verfasst, da sie in ihrem Alltag und später in der Praxis immer wieder Menschen begegnete, die scheinbar die Kontrolle über ihr Leben an die konsumierte Substanz abgegeben hatten. Sie wirkten auf sie häufig einsam, von Scham geprägt und ohnmächtig angesichts ihrer Lebenslage. Daraus ergab sich zunächst der naheliegende Gedanke, dass das Wiedererlangen der Kontrolle über den Konsum eine zentrale Lösung ihrer Problematik darstellen könnte. Jedoch erwies sich dieser in der vertieften Auseinandersetzung mit dem Konzept des Kontrollverlusts als Auslöser sekundärer Scham als problematisch. Letztendlich gelangte die Autorin im Schreibprozess zu Erkenntnis, dass der gesellschaftliche und institutionelle Fokus auf die Wiedererlangung der Kontrolle über den Konsum selbst Ausdruck einer normativen Erwartung ist, die erst dazu beiträgt, Scham zu erzeugen oder zu verstärken. Dies deshalb, da sie Abweichungen von dieser Norm individualisiert und moralisch bewertet.

Die Vorstellung, Scham könne als Ressource genutzt werden, wirkt zunächst sinnvoll, doch für die Autorin bleibt fraglich, ob dies nicht eine romantisierende Sicht auf ein komplexes, häufig durch soziale Normen und Machtstrukturen erzeugtes Gefühl darstellt. Zudem birgt eine ausschliessliche Betonung des Ressourcenaspekts das Risiko, belastende oder traumatische Erfahrungen zu verharmlosen. Menschen, die Scham aufgrund von Diskriminierung, Missbrauch oder Ausgrenzung erleben, benötigen zunächst Schutz und Anerkennung, bevor dieses Gefühl konstruktiv reflektiert werden kann.

Auf gesellschaftlicher Ebene läuft die positive Umdeutung von Scham das Risiko, strukturelle Probleme zu individualisieren. Während sich der Blick stärker auf das Verhalten der Betroffenen richtet, bleiben die sozialen Bedingungen, die Scham hervorrufen, unverändert. Wird sie primär als etwas verstanden, das „produktiv eingesetzt“ werden soll, kann dies Anpassungsdruck und Selbstoptimierung verstärken. In dieser Logik wird sie funktionalisiert als Mittel der Disziplinierung in Bildung, Arbeitswelt oder Sozialpolitik, bei gleichzeitigem Weiterbestehen der zugrunde liegenden Machtverhältnisse. Hier offenbaren sich auch die Risiken des zyklischen Erklärungsmodells nach Wurmser (1997). Zwar besitzt der Ansatz ein erhebliches Potenzial zur Erweiterung des Problemverständnisses, jedoch erfordert er aufgrund seiner psychoanalytischen Ausrichtung eine hohe fachliche Übersetzungsleistung. Wenn strukturelle

Faktoren nicht ausreichend mitgedacht werden, besteht für die Soziale Arbeit die Gefahr, individuelle Verantwortung der Klient\*innen zu stark zu betonen.

Die Anforderung an die Klient\*innen, Scham als Ressource zu nutzen, kann aus dem in der Praxis erworbenen Verständnis der Autorin schnell überfordernd wirken. Scham lähmt oft und beschädigt das Selbstwertgefühl. Die Forderung, dieses Gefühl in Stärke umzuwandeln, kann selbst zur Quelle neuer Scham werden, wenn Menschen dies nicht schaffen. Der entscheidende Punkt ist dabei, dass ihre produktive Nutzung nicht eingefordert, sondern nur angeboten werden darf. Ihre positive Umdeutung ist nur dann sinnvoll, wenn sie weder zur Individualisierung von Leid noch zur Entlastung gesellschaftlicher Strukturen oder zur neuen Norm wird.

Aus der Praxis weiss die Autorin, wie leicht Scham in Beratungssituationen unbeabsichtigt ausgelöst oder verstärkt werden kann. Gerade die MI birgt das Risiko, dass Fachpersonen sich selbst beschämt fühlen, wenn ihnen beispielsweise die Umlenkung des Widerstands nicht gelingt. Denn seine Re-Interpretation nach MI, die ihn als zwischenmenschlich bedingt ansieht, verlangt von der Beratungsperson einiges an Grundhaltung und ein hohes Mass an Selbstreflexion. Dies öffnet die Türen für ihre Scham und ihre Selbstzweifel. Wenn Interventionen nicht greifen oder Klient\*innen Termine abbrechen bzw. Folgetermine absagen führt dies potenziell zur eigenen Selbstbeschämung. Diese Situationen machen deutlich, dass Widerstand nicht nur beim Gegenüber entsteht, sondern auch das professionelle Handeln herausfordert. Zudem zeigen sie, wie eng fachliche Kompetenz und eigene Vulnerabilität miteinander verwoben sind. Ein konstruktiver Umgang mit der eigenen Scham bedingt eine erlernte innere Abgrenzung, um die durch die Klientel auferlegte Verantwortung sowie die hohen eigenen Erwartungen abzulegen. Weiter sind Supervisionen, Selbstfürsorge und regelmässige Entlastungsgespräche mit Mitarbeiter\*innen zum Erhalt der eigenen emotionalen Belastbarkeit sowie zur angemessenen Verarbeitung der Schamgefühle zentral.

#### *Weiterführende Fragen:*

- Wird im pädagogischen, beraterischen oder sozialen Arbeitsfeld genug Raum für die Verarbeitung von Scham gegeben oder wird eher ihre Abwehr verstärkt?
- Welche konkreten Massnahmen braucht es, um Stigma auf gesellschaftlicher und institutionelle Ebene zu reduzieren?
- Welche strukturellen Bedingungen (z. B. Bildung, Therapiezugang, Antistigmatisierungsarbeit) wären nötig, damit Scham nicht krank macht, sondern tatsächlich zur Selbstreflexion und persönlichen Weiterentwicklung beitragen kann?

# Literaturverzeichnis

- Bilitza, K. (2008). Psychodynamik der Sucht – Einführung. In: K. W. Bilitza (Hg.) (2008). Psychodynamik der Sucht – Psychoanalytische Beiträge zur Theorie. S. 11-23. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Baer, U./Frick-Baer, G. (2008). Vom Schämen und Beschämtwerden. Beltz Verlag
- Berthe, T. (2021). Soziale Arbeit in der Suchtprävention und Suchthilfe der deutschsprachigen Schweiz. In: Krebs, M./Mäder, R./Mezzera, T. (Hg.) (2021). Soziale Arbeit und Sucht - Eine Bestandsaufnahme aus der Praxis. S. 11-16. Springer VS.
- Dilling, H./Mombour, W./Schmidt, M. (2016). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. 8. Auflage überarbeitet. Hans Huber.
- Feuerlein, W. (2008). Alkoholismus. Warnsignale, Vorbeugung und Therapie. 6. Auflage. Verlag C.H Beck.
- Kunzke, D. (2008). Sucht und Trauma. Grundlagen und Ansätze einer psychodynamisch integrativen Behandlung. Psychosozial-Verlag.
- Körkel, J. (2010). Rückfälle müssen keine Katastrophe sein. Ein Leitfaden für Abhängige, Angehörige und Helfer. 6. überarbeitete Auflage. Blaukreuz Verlag.
- Langing, M. (2018). Soziale Arbeit in der Suchthilfe – Grundlagen-Konzepte-Methoden. Band 28. W. Kohlhammer GmbH.
- Lewis, M. (1995). Scham – Annäherung an ein Tabu. 2. Auflage. Kabel.
- Lewis, M. (1998). Shame and Stigma. In: Gilbert, P./ Andrews, B. (1998). Shame. Interpersonal Behaviour, Psychopathology, and Culture. S.126-140. Oxford Press.
- Marks, S. (2013). Scham – die tabuisierte Emotion, 4. Auflage. Patmos Verlag.
- Mentzos, S. (2017). Lehrbuch der Psychodynamik – Die Funktionen der Dysfunktionalität psychischer Störungen. 8. Auflage. Vandenhoeck und Ruprecht GmbH und Co. KG.
- Miller, W. R./Rollnick, S. (2009). Motivierende Gesprächsführung. 3. unveränderte Auflage. Lambertus-Verlag.
- Rihs, R. (2021). Eine Selbstverständlichkeit: Soziale Arbeit in der ambulanten Suchtberatung und Therapie. In: Krebs, M./Mäder, R./Mezzera, T. (Hg.) (2021). Soziale Arbeit und Sucht – Eine Bestandsaufnahme aus der Praxis. S. 55-74. Springer VS.
- Schmidt, B./ Alte-Teigeler, A./ Hurrelmann, K. (1999). Soziale Bedingungsfaktoren von Drogenkonsum und Drogenmissbrauch. In: Gastpar, M./ Mann, K./Rommelspacher, H. (Hg.) (1999). Lehrbuch der Suchterkrankungen. S. 50-66. Thieme.
- Schmidt, L.G. (1999). Diagnostik der Abhängigkeitserkrankungen. Gastpar, M./ Mann, K./ Rommelspacher, H. (Hg.) (1999). Lehrbuch der Suchterkrankungen. S. 70-81. Thieme.
- Sommerfeld, P. (2020) Ist das bio-psycho-soziale Modell mehr als eine Metapher?  
In: Rummel, C./ Gassmann, R. (Hg.) (2020). Sucht: bio-psycho-sozial – Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen – Perspektiven aus der Sozialen Arbeit, Psychologie und Medizin. 1. Auflage. S.128-137. Verlag W. Kohlhammer.

- Tretter, F. (2020). Bio-psycho-soziales Modell – Steckbrief und Perspektiven. In: Rummel, C./ Gassmann, R. (Hg.) (2020). Sucht: bio-psycho-sozial – Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen – Perspektiven aus der Sozialen Arbeit, Psychologie und Medizin. 1. Auflage. S. 13-23. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Uchtenhagen, A. (2004). Kontrollverlust und Verhaltenskontrolle. In: Rink, J. (Hg.) (2004). Die Suche nach der Kontrolle. Von der Abstinenzabhängigkeit zur Kontrollabhängigkeit. Beiträge zum Wandel der Zieldiskussion in der Suchtkrankenhilfe. S. 14-23. Neuland Verlag.
- Vanderheiden, E. /Mayer, C. H. (2023). Eine Einführung in den Wert der Scham – Erkundung einer Ressource im Kontext von Gesundheit und Kultur. In: Vanderheiden, E. /Mayer, C. H. (Hg.) (2023). Wert der Scham - Die Erforschung einer Gesundheitsressource in kulturellen Kontexten. 1. Auflage. S.1-44. Springer Natur.
- Voigtel, R. (2017). Sucht. Band 15, 2. Auflage. Psychosozial-Verlag.
- Veltrup, C. (2020). Theorie und Praxis des bio-psycho-sozialen Modells: Rolle und Beitrag der Psychologie. In: Rummel, C./Gassmann, R. (Hg.) (2020). Sucht: bio-psycho-sozial – Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen – Perspektiven aus der Sozialen Arbeit, Psychologie und Medizin. 1. Auflage. S. 59-66. Verlag W. Kohlhammer.
- Von Scheve, C. (2013). Sighard Neckel: Status und Scham. Zur symbolischen Reproduktion sozialer Ungleichheit. In: Senge, K., Schützeichel, R. (Hg.) (2013), Hauptwerke der Emotionssoziologie. S 405-413. VS-Verlag
- Wurmser, L. (1998). Die Maske der Scham - Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten. 3. erw. Auflage. Springer Verlag
- Wurmser, L. (1997). Die verborgene Dimension - Psychodynamik des Drogenzwangs. 1. Auflage. Vandenhoeck und Ruprecht.

## Quellenverzeichnis

- Bundesamt für Gesundheit (Februar 2025). Zahlen und Fakten zu Sucht.  
URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-sucht.html> (Zugriff: 04.07.2025).
- Bundesamt für Gesundheit (o. J.). Suchtberatung und -therapie  
URL: <https://www.bag.admin.ch/de/suchtberatung-und-therapie> (Zugriff: 03.06.2025)
- Bundesamt für Gesundheit (September 2021). Faktenblatt - Die soziale Situation von Suchtbetroffenen in der Schweiz.  
URL: <https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/zdqxHiRYfwQd/faktenblatt-soziale-situation-suchtbetroffene.pdf> (Zugriff: 23.07.2025).
- Dervisevic, E./ Bartholet, S./ Matjani, S. (o. J.). Die offene Drogenszene in der Schweiz: Platzspitz, Letten, Bienehüsli und Schellenacker- Vertiefung: Die Schweizer Drogenszene in der Erinnerungskultur. URL: <https://www.sozialgeschichte.ch/themen/offene-drogenszene-2/> (Zugriff: 12.09.2025).

- Forell Klinik (2025). Suchthilfe in der Schweiz – Ein starkes Netzwerk für Betroffene. URL: <https://www.forell-klinik.ch/suchtinformation/suchthilfesystem/> (Zugriff: 13.08. 2025).
- Gölz, J. H. (2004). Stigmatisierung Drogenabhängiger. Suchttherapie 5/04. URL: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-2004-813766.pdf> (Zugriff: 20.07.2025).
- Hilgers, Micha (2007). Scham - behandlungstechnische Aspekte. Vorlesung, im Rahmen der 57. Lindauer Psychotherapiewochen. URL: <https://www.lptw.de/archiv/vortrag/2007/Hilgers-Micha-Scham-behandlungstechnische-Aspekte-Lindauer-Psychotherapiewochen2007.pdf> (Zugriff: 16.07.2025)
- Krebs, M. (2024) Einführung Teil 1 – Erklärungsansätze nach den Dimensionen. Vorlesung vom 17.09.2024 in Muttenz. Folie 31. PPP. Modul 241 – Sucht und Soziale Arbeit.
- Krizic, I./ Balsiger, N./ Gmel, G./ Labhart, F./ Vorlet, J./ Amos, J. (2024). Act-info Jahresbericht 2023: Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz - Ergebnisse des Monitoringsystems. URL: <https://www.suchtschweiz.ch/publication/act-info-jahresbericht-2023-suchtberatung-und-suchtbehandlung-in-der-schweiz-ergebnisse-des-monitoringsystems/> (Zugriff: 13.08. 2025).
- Livingston, J./Milne, T./Lan F.M./ Amari, E. (2011). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. Addiction 107 (1). URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3272222/pdf/add0107-0039.pdf> (Zugriff: 13.08.2025).
- Michal, P. (2025). ICD-10 und 11: Codes, Aufbau und Anwendung. In: Medi-Karriere. URL: <https://www.medi-karriere.ch/magazin/icd/> (Zugriff: 12.09.2025).
- Sucht Schweiz (2023). Schweizer Suchtpanorama 2023 - Das Parlament hält mit dem Volkswillen nicht Schritt. URL: <https://www.suchtschweiz.ch/press/das-schweizer-suchtpanorama-2023/> (Zugriff: 07.05.25).
- Sucht Schweiz (2023). Kinder von Eltern mit einer Suchterkrankung. URL: [https://www.suchtschweiz.ch/wp-content/uploads/2023/02/03\\_Hintergrundinfos-und-Handlungsansaeetze\\_COA-2023.pdf](https://www.suchtschweiz.ch/wp-content/uploads/2023/02/03_Hintergrundinfos-und-Handlungsansaeetze_COA-2023.pdf) (Zugriff: 08.09.2025).
- Wiechelt, Shelly (2007). The Specter of Shame in Substance Misuse. Substance Use & Misuse. URL: [https://www.alcoholhulp.be/uploads/alcoholhulp.be/The\\_specter\\_of\\_shame\\_in\\_substance\\_Misuse.pdf](https://www.alcoholhulp.be/uploads/alcoholhulp.be/The_specter_of_shame_in_substance_Misuse.pdf)

## Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Walz, D. (o. J.) Ordnung im Gefühlswirrwarr, Teil 4: primäre und sekundäre Emotionen. URL: <https://www.daniel-walz.de/ordnung-im-gefuehlswirrwarr-teil-4-primaeere-und-sekundaere-emotionen/> (Zugriff: 09.06.2025)

Abbildung 2: Wurmerts, L. (1997). Die Heptade der Spezifität beim zwanghaften Droge. In: Die Maske der Scham - Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten. 3. erw. Auflage. Springer Verlag

Abbildung 3: Krizic, I./ Balsiger, N./ Gmel, G./ Labhart, F./ Vorlet, J./ Amos, J. (2024). Act-info Jahresbericht 2023: Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz - Ergebnisse des Monitoringsystems.

Abbildung 4: Krizic, I./ Balsiger, N./ Gmel, G./ Labhart, F./ Vorlet, J./ Amos, J. (2024). Act-info Jahresbericht 2023: Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz - Ergebnisse des Monitoringsystems.

## Hilfsmittelverzeichnis:

Hilfsmittel	Verwendung
DeepL Write / Grammarly	Korrektur der Rechtschreibung
DeepL Write	Generierung von Ideen zur alternativen Wortwahl
DeepL	Zur Übersetzung von Dokumenten aus dem Englischen ins Deutsche
Chat GPT	Feedback zur Überprüfung des roten Fadens der Arbeit
Chat GPT	Unterstützung bei der Formulierung von Kapitelübergängen und Einleitungen
Chat GPT	Feedback zur Strukturierung von Argumentationsverläufen für mehr Klarheit und einen logischeren/nachvollziehbareren Aufbau.
Chat GPT	Unterstützung bei Umformulierung von verschachtelten Sätzen zur Verbesserung des Leseflusses und der Verständlichkeit