Sucht und Bindung

Handlungsempfehlung mit konzeptionellen Grundlagen für eine ausstiegs-, bindungs- und christuszentriete Suchthilfe (ABC)

Arbeitskreis Sucht und Bindung der ACL
(Arbeitsgemeinschaft Christlicher Lebenshilfen)

Auflage von September 2026

Inhalt

1. Problemdarstellung 3
1.1. Bindung und Sucht 3
1.2. Sucht und Psychotherapie 3
1.3. Abstinenz-, bindungs- und christuszentrierte Suchthilfe (ABC) 4
1.4. Ziele der Handlungsempfehlung 4
2. Das biblische Menschenbild 5
2.1. Erkenntnistheoretischer Exkurs: 6
3. Die Bindungstheorie 11
3.1. Das Bindungsbedürfnis 11
3.2. Die Bindungsstile 12
3.2.1. Sicher gebunden 12
3.2.2. Unsicher-vermeidend gebunden 13
3.2.3. Unsicher-ambivalent gebunden 13
3.2.4. Desorganisierter Bindungsstil 14
4. Was ist Sucht? 15
4.1. Definitionen 15
4.2. Missbrauch – Abhängigkeit – Chronifizierung 15
4.3. Aspekte der Suchtentwicklung unter bio-psycho-sozial-spiritueller Perspektive 16
4.4. Psychologische Aspekte der Suchtentwicklung 17
4.5. Neurobiologische Aspekte der Suchtentwicklung 18
4.6. Protektive (Resilienz) und Risikofaktoren (Gefährdungsanalyse) 20
4.7. Bindungstheoretisch 20
4.8. Spirituell 22
5. Wirkfaktoren in Psychotherapie und Suchtbehandlung 23
6. Die Bedeutung der christlichen Lebens- und Therapiegemeinschaft 24
6.1. Hintergründe: 24
6.2. Evaluation: 24
6.3. Definition und Begründungen von Experten: 24
7. Schlussfolgerungen für Therapie und Diagnostik 25
7.1. Psychologisch und neurobiologisch 25
7.1.1. Auf neurobiologische Veränderungen abzielende Interventionen: 25
7.1.2. Auf psychologische Veränderungen abzielende Interventionen/Therapien 26
7.2. Protektive und Risikofaktoren 27
7.3. Bindungstheoretisch 28
7.4. Spirituell 31
8. Fazit und Handlungsempfehlung 32
9. Quellenangaben 34
10. Erweitertes Literaturverzeichnis 36
10.1. Psychotherapie und Suchtbehandlung 36
10.2. Neurobiologie der Sucht 36
10.3. Bindungstheorie und Bindungsstörungen 36
10.4. Risikofaktoren & Resilienz 37
10.5. Spirituelle Aspekte in der Psychotherapie und Suchtbehandlung 37
10.6. Schematherapie und integrative Ansätze 37

1. Problemdarstellung

1.1. Bindung und Sucht

Chronisch alkohol- und drogenabhängige Menschen machen im Verlauf ihrer Abhängigkeitsentwicklung die Erfahrung, dass dem Verlangen nach der Suchtmittelwirkung alle Kräfte des Verstandes untergeordnet werden (Wanke, 1985). Dabei werden Beschaffung, Konsum und Wirkungserleben immer mehr zum Lebensmittelpunkt (Abhängigkeitskriterium nach ICD-10, 2019). Der bekannte Aphorismus „Alkohol ist ein hervorragendes Lösungsmittel: Es löst Familien, Ehen, Freundschaften, Arbeitsverhältnisse, Bankkonten, Leber- und Gehirnzellen auf. – Es löst nur keine Probleme.“[1] macht dabei deutlich, dass vor allem die Auflösung stützender Beziehungen der Preis ist, der für die kurzfristige Schein-Befriedigung durch die Alkohol- oder Drogenwirkung gezahlt wird. In der klinischen Erfahrung erscheint die Sucht dabei sehr oft als pervertierte Liebesbeziehung zwischen dem Suchtmittel und dem Individuum, vor allem dessen nicht gestillten emotionalen Bedürfnissen. Deswegen kann man Sucht selbst als „dysfunktionale“ Bindung bezeichnen, was der Begriff der „Abhängigkeit“ ja gleichermaßen impliziert.

Bei der Entstehung, aber eben auch bei der Aufrechterhaltung der Sucht spielen neben physiologischen, neurobiologischen und psychischen Faktoren vor allem dysfunktionale, lebensgeschichtlich erworbene Bindungsstile eine wesentliche Rolle (Brisch, 2018; Hüther, 2015). Während ein sicher gebundener Mensch weitgehend zu einer befriedigenden Affekt- und Bedürfnisregulation in zwischenmenschlichen Beziehungen in der Lage ist, ist diese Fähigkeit bei unsicher (-vermeidend und –ambivalent) gebundenen Menschen deutlich erschwert. (Bowlby, 1976; Ainsworth, 1978). Menschen mit desorganisierter Bindung erleben Beziehungen gleichermaßen als Notanker und bedrohlich, eine befriedigende Beziehungsgestaltung ist hier dauerhaft gestört (ebenda). Das Suchtmittel wird hier zum Surrogat für Bindung, weil es das durch Angst und Trennung ausgelöste Bindungsbedürfnis physiologisch schnell beruhigt, leicht zu beschaffen ist, und unabhängig von problembehafteten oder bedrohlichen Bindungspersonen einverleibt werden kann (Brisch, 2018). Entsprechend sind unsicher und desorganisiert gebundene Menschen aus bindungstheoretischer Sicht bei sozioemotionalen Krisen von einer deutlich erhöhten Rückfallgefahr betroffen.

1.2. Sucht und Psychotherapie

Die Forschung zu Wirkfaktoren in der Psychotherapie wurde im deutschen Sprachraum im Wesentlichen durch die umfassenden Metaanalysen des Teams um Klaus Grawe befördert (Grawe, Donati und Bernauer, 2001). Dabei stellten sie heraus, dass neben Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung und korrigierenden Erfahrungen in der Therapie vor allem die Therapiebeziehung selbst wesentlich für eine erfolgreiche Psychotherapie ist. Wampold und Imel (2015) machten in ihren Metaanalysen von über 500 Therapiestudien deutlich, dass Psychotherapie wirksam ist. Dabei hatten kontextuelle Faktoren wie Zusammenarbeit, Empathie und Wertschätzung einen deutlich größeren Effekt als die Unterschiede zwischen den Behandlungsformen oder gar spezifische Techniken. Auch die AWMF-Leitlinien (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) beispielsweise zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit und Methamphetaminabhängigkeit machen deutlich, dass die höchsten Empfehlungsgrade unter anderem für Paartherapie, Angehörigenarbeit, Selbsthilfegruppen und der Verbleib wenigstens eines Jahres im suchtversorgenden System gegeben werden![2]

[1] Alkohol ist ein hervorragendes Lösungsmittel: Es löst Familien, Ehen, ... (aphorismen.de) (Unbekannt) (Abgerufen am 24.02.2022, 17:13 Uhr)

1.3. Abstinenz-, bindungs- und christuszentrierte Suchthilfe (ABC)

Abstinenzorientierung als realistischer Weg in der Suchttherapie und –nachsorge wird insbesondere bei chronischer Drogenabhängigkeit zunehmend angezweifelt. Substitution und „Drogenautonomie“[3] stehen im Vordergrund der aktuellen gesellschaftlichen und politischen Debatte. Dabei zeigen unzählige uns bekannte Fallgeschichten, wie sehr sich eine abstinente Lebensform lohnt und mit Freiheit, Selbstbestimmung und Zufriedenheit zusammenhängt. Doch wie kann eine solche Freiheit vom „Bindungs-Surrogat“ Suchtmittel gelingen?

Als Einrichtungen des „Arbeitskreises christlicher Lebenshilfe“ (ACL) sind wir davon überzeugt, dass die in verlässlichen Beziehungen gelebte Umsetzung eines ganzheitlichen Ansatzes, der den ganzen Menschen als bio-psycho-sozial-spirituelles Wesen in seiner gesamten Bedürfnisstruktur im Blick hat, Bindungsfähigkeit durch Vertrauen und damit auch Selbstwirksamkeit langfristig wiederherzustellen vermag, als Grundlage für eine dauerhafte Abstinenzfähigkeit.

Sowohl die Bindungstheorie von Bowlby und Ainsworth, als auch die darauf aufbauende Schematheorie von Young sind wissenschaftlich fundierte Grundlagen für ABC- Behandlungsansätze.

1.4. Ziele der Handlungsempfehlung

Der Arbeitskreis möchte dazu beitragen, dass christliche Einrichtungen der ACL (und darüber hinaus) in ihrer Öffentlichkeitsarbeit, ihrem Leitbild, für die Kostenträger und in ihrer fachlichen Ausrichtung fundierte Anregungen bekommen.

Zudem kann die Wirkungsweise einer christlich orientierten (Spiritualität, Werteorientierung, biblisches Menschenbild), abstinenzorientierten und/ oder bindungsorientierten Hilfeform noch mehr erforscht werden. Die Handlungsempfehlung soll dazu beitragen, dass durch Hausarbeiten, Doktorarbeiten, Bachelor- oder Masterarbeiten, als auch ggf. Forschungsaufträgen verstärkt ABC-Behandlungsansätze evaluiert und gesichert werden können.

In Fachhochschulen und Universitäten werden aktuell hauptsächlich Akzeptanzorientierte Ansätze der Zieloffenen Suchthilfe gelehrt.[2]

Mit der Handlungsempfehlung sollen Grundlagen für Seminare, Workshops und Lehraufträge geschaffen und gefördert werden, damit ABC-Behandlungsansätze in die nächsten Generationen, Einrichtungen und Hochschulen hinein gesichert werden können.

[2] S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen, 1. Auflage (dgppn.de) abgerufen am 24.02.2022, 18:00 Uhr
[3] Als Beispiel: www.drogenautonomie.info/ abgerufen am 24.02.2022, 18:13 Uhr

2. Das biblische Menschenbild

Die Einrichtungen, die im „Arbeitskreis christlicher Lebenshilfe e.V.“ gemeinsam organisiert sind, haben sich von Beginn an der gelebten Umsetzung des biblischen Menschenbildes als Leitbild verschrieben. Im Gegensatz zu beispielsweise materialistischen, szientistischen, (radikal) konstruktivistischen, rationalistischen, evolutionistischen oder auch humanistischen Ansätzen, die wir als zu reduktionistisch[4] in ihrer Perspektive auf den Menschen ansehen, vertreten wir einen bewusst biblisch-ganzheitlichen Ansatz. Wir vertrauen der Bibel als geoffenbartem Wort Gottes. Dabei stehen wir in der Tradition evangelisch-reformatorischer Theologie, welche sich in den vier „Solas“ - “allein der Glaube” (sola fide), “allein Christus” (solus Christus), “allein die Schrift” (sola scriptura) und “allein die Gnade” (sola gratia) – ausdrückt.

Der Kosmos und mit ihm die Erde als Lebensraum wurde ex nihilo („aus dem Nichts“) von dem dreieinigen Gott geschaffen, und zwar sowohl in seinen Daseinsformen (räumlich, physisch, biotisch, psychisch, sozial etc.) als auch mit den dahinterstehenden Gesetzmäßigkeiten, durch die der Schöpfer die Welt und alles Leben in ihr verlässlich erhält.

Wir verstehen diese Welt also durch den Glauben an die Offenbarung der Bibel zunächst einmal als Schöpfung eines dahinterstehenden liebenden Gottes und nicht als irgendwie aus sich selbst heraus bestehende Existenz. (Bibel – Hebräer 11, 1–7)

Der Mensch – jeder Mensch, auch der Suchtkranke! – steht als „Ebenbild Gottes“ mit einer unverlierbaren Würde und Identität im Mittelpunkt, der zur Selbstwirksamkeit („bebaue und bewahre die Schöpfung“) und Bindung, Liebe („es ist nicht gut, dass der Mensch allein sei!“) als verantwortlicher Mensch Gott und Menschen gegenüber geschaffen wurde. Der Mensch ist für das Eingehen liebevoller Beziehungen geschaffen.

Gott hat uns in menschliche Beziehungen hineingestellt (Ehe, Familie, Freundschaften, Kirche, Staat…). Dabei macht das biblische Menschenbild neben der besonderen Würde und Identität auch die Gefallenheit des Menschen deutlich, was Angst, Schuld und Scham infolge der Loslösung vom persönlichen Schöpfergott impliziert, bei immer wieder angefochtener Selbstwirksamkeit („Arbeit im Schweiße des Angesichts“ mit „Disteln und Dornen“ – Genesis 3) sowie dem furchtbaren Potential, aus ersehnten Liebesbeziehungen ein Trümmerfeld der Entfremdung aus Machtmissbrauch, Hass und Krieg zu machen. In diesem Spannungsfeld „Liebe vs. Entfremdung“ aus Würde, Verantwortung, Genialität, Potential und Liebesfähigkeit einerseits und Scham, Schuld, Angst, Versagen, Hass und Zerstörung andererseits leben und bekennen wir dankbar und hoffnungsvoll die erlösende, befreiende Botschaft der Liebe Gottes, welche in der Menschwerdung, Kreuzigung und Auferstehung des Sohnes Gottes Vergebung und Neuanfang ermöglicht, und zwar persönlich und im Miteinander. Diese empfangene Liebe wollen wir als ganze, unteilbare Menschen leben und weitergeben.

[4] Zur Erläuterung s. unten den „erkenntnistheortischen Exkurs“

Dieses „Ja!“ Gottes in liebevoller Zuwendung zu Seiner Schöpfung macht deutlich, dass jeder Mensch unaufgebbar wichtig ist. Außerdem nehmen wir die Welt dankbar als Sinnfülle wahr:

- Dies impliziert ein ganzheitliches, ungeteiltes Weltbild mit einer großen Wertschätzung für die Vielfalt dieser Welt, u.a. für a) die Materie: Gott schuf die Materie, ist in Christus Mensch geworden, leiblich (!!) auferstanden; b) die Sinneswahrnehmungen: Gott schuf äußere und innere Welt in Übereinstimmung; sowie c) die Vernunft: die Schöpfung des vernünftigen Gottes hat eine verständliche Struktur.
- Das Leben hat einen Zweck: der Mensch ist eingeladen, für Gott zu leben und Ihn für alle Zeit zu genießen, was sich biblisch gesprochen in Anbetung ausdrückt.
- Die tiefe Identität besteht nicht in etwas Relativem oder sehr Flüchtigem, sondern liegt in der Ebenbildlichkeit Gottes und in der Einladung zur Gotteskindschaft: als Mensch darf ich die Sünde und Gebrochenheit meines Lebens annehmen, gleichzeitig aber auch in einem kontinuierlichem Wachstumsprozess der „Heiligung“ überwinden, weil mir in Jesus vergeben wurde und ich in die Familie Gottes hineingenommen wurde.
- Das Leben jedes Menschen hat Ewigkeitsperspektive: Handlungen haben Bedeutung, die bis in die Ewigkeit hineinreichen. Dies impliziert einerseits Hoffnung, andererseits auch Verantwortung.
- Die letzte Realität hinter allem Anderen ist Liebe. Das Universum ist das Produkt eines persönlich handelnden Gottes, der denkt, fühlt, wählt, handelt, und zwar aus Liebe!
- Der Mensch ist für das Eingehen liebevoller Beziehungen geschaffen. Gott hat uns in menschliche Beziehungen hineingestellt (Ehe, Familie, Freundschaften, Kirche, Staat…)

Dabei geht es nicht um eine Gesetzlichkeit, die einengt und manipuliert, sondern um eine vollkommene Form der Bindung, die frei macht und die Persönlichkeit entfaltet.
Auf dieser Grundlager soll und kann sich christlich geprägte Lebensgemeinschaft entfalten und sicheren Raum für Heilungs- und Nachreifungsprozesse bieten.

2.1. Erkenntnistheoretischer Exkurs

In psychologischen und (psycho-)therapeutischen Ansätzen kommt die Darlegung der ontologischen sowie wissenschafts- und erkenntnistheoretischen Voraussetzungen oft zu kurz. Zwei Aspekte möchten wir hier hervorheben:

1. Es ist offenkundig, dass zum Beispiel die Psychoanalyse nach Freud, der verhaltenstheoretische Ansatz nach Skinner, die Gesprächstherapie nach Rogers oder auch systemische Ansätze (Varela, Watzlawick und andere) jeweils sehr unterschiedliche Welt- und Menschenbilder implizieren. Entsprechend werden Störungsmodelle sehr unterschiedlich formuliert, darauf aufbauende Behandlungsansätze unterscheiden sich oft eklatant voneinander. Unterschiedliche Behandlungsansätze sind nicht per se problematisch, können sich auch gegenseitig bereichern. Doch bis heute ist es trotz vielfältiger Fortentwicklungen der jeweiligen psychotherapeutischen „Schulen“ nicht gelungen, diese Ansätze in einer integrativen Psychotherapie zu vereinen. (Selbst in der neu formulierten Weiterbildungsordnung für Psychotherapeuten (2022) werden diese Unterschiede weiterhin festgeschrieben.)

2. Weniger offenkundig ist, woher diese (scheinbaren) Unvereinbarkeiten zwischen diesen Schulen kommen. In Anlehnung an den niederländischen Philosophen Herman Dooyeweerd (1894 – 1977) wird hier dargelegt, dass häufig implizite, weltanschaulich-religiöse Vorstellungen zu diesen Unvereinbarkeiten führen. Gleichzeitig kann eine transzendentalchristliche Weltanschauung, die den Ursprung alles Seienden nicht in einem Teilaspekt der immanenten Welt verortet, sondern in dem transzendenten Schöpfergott, der alles Kreatürliche geschaffen hat und erhält, einerseits die Einheit in der Vielfalt erkennen und gleichzeitig theoretisch begründet überraschende Einsichten dafür liefern, wie sich die verschiedenen Ansätze oft nur auf verschiedene Ebenen der Wirklichkeit beziehen und so einander ergänzen, statt sich zu widersprechen. Dies soll im Folgenden versucht werden.

Laut Dooyeweerd gliedert sich die geschaffene, erkennbare Wirklichkeit in eine höhere Anzahl von Subaspekten, die über die übliche Unterteilung von „bio-psycho-sozial(-spirituell)“ hinausgeht. Er nennt 15 (W.J. Ouweneel 16) Subaspekte, die auch in einer ganz bestimmten Art und Weise angeordnet sind:

Glauben
Ethik, Liebe
Normen, Gesetze
Ästhetik, Kunst
Wirtschaft, Ökonomie
soziale Gemeinschaften
Sprache, Kommunikation
Geschichte, Entwicklung
Analytisches Denken, Verstand, Wissen
Gefühle
Wahrnehmungen
Leben (pflanzlich, tierisch)
Materie
Energie
Raum
Zahl

Abbilung 1: Die Subaspekte der geschaffenen Wirklichkeit nach Dooyeweerd

Kein einziger Aspekt ist auf einen anderen reduzierbar. Unser menschliches Leben spielt sich dabei immer in allen Aspekten der Wirklichkeit ab.

Herman Dooyeweerd geht nicht von der autonomen Vernunft als Ausgangspunkt der Erkenntnis aus, die in der Lage sei, unvoreingenommen die von den Sinnesempfindungen empfangenen Daten zu analysieren und dann zusammenzufügen. Ein solcher Ausgangspunkt verkennt, dass auch die Vernunft eingebettet ist in die Vielfalt der Aspekte des Menschseins und damit vielfältigen äußeren und inneren Einflüssen unterliegt und damit niemals autonom sein kann. Seine Erkennntnistheorie setzt grundlegender beim zunächst unreflektiertem, vortheoretischem Weltverständnis des Menschen an.

Grundsätzlich wird die Welt in ihrer Vielfalt, dennoch auch als Ganzheit erfahren, in der der Mensch selbst als Teil existiert. Erst wenn man wissenschaftlich-analytisch tätig ist, abstrahiert die Vernunft den zu untersuchenden Gegenstand von dieser Ganzheit.

Die einzelnen zu untersuchenden Gegenstände stehen sich dann in der theoretischen Einstellung isoliert gegenüber. Sind diese Gegenstände eingehender wissenschaftlich untersucht worden, müssen die Ergebnisse aber dann wieder in das vortheoretische Weltverständnis des jeweiligen Wissenschaftlers oder auch der wissenschaftlichen Gemeinschaft eingefügt werden. So vertieft sich die vormals unreflektierte Erkenntnis zu einem immer vertiefteren, reflektierteren Weltverständnis.

Seine Mitte findet der Mensch laut Dooyeweerd in Übereinstimmung mit der heiligen Schrift nicht in der Ratio, sondern im menschlichen Herzen als Seinszentrum des Menschen, in welchem alle Aspekte zusammenkommen. Das Herz wiederum, in welches „die Ewigkeit hineingelegt wurde“ (Prediger 3), hat eine Ursprungstendenz, ist immer auf den geglaubten Ursprung der Realität hin ausgerichtet. Entsprechend richtet sich das Herz entweder glaubend auf seinen Schöpfer hin aus, oder aber es muss einen der geschaffenen Aspekte der Wirklichkeit als Ursprung aller Wirklichkeit axiomatisch voraussetzen. Dadurch entstehen aber reduktionistische Weltbilder, weil nicht die Welt als ganz von Gott geschaffen in ihrer Vielfalt gesehen werden kann, sondern logischerweise die Vielzahl der Aspekte als abgeleitet vom vermeintlichen, immanenten Ursprung – welcher also ebenfalls innerhalb dieser Welt liegt – gedacht werden muss. Entsprechend existieren eine Vielzahl verschiedener Weltbilder, die miteinander in Konflikt stehen.

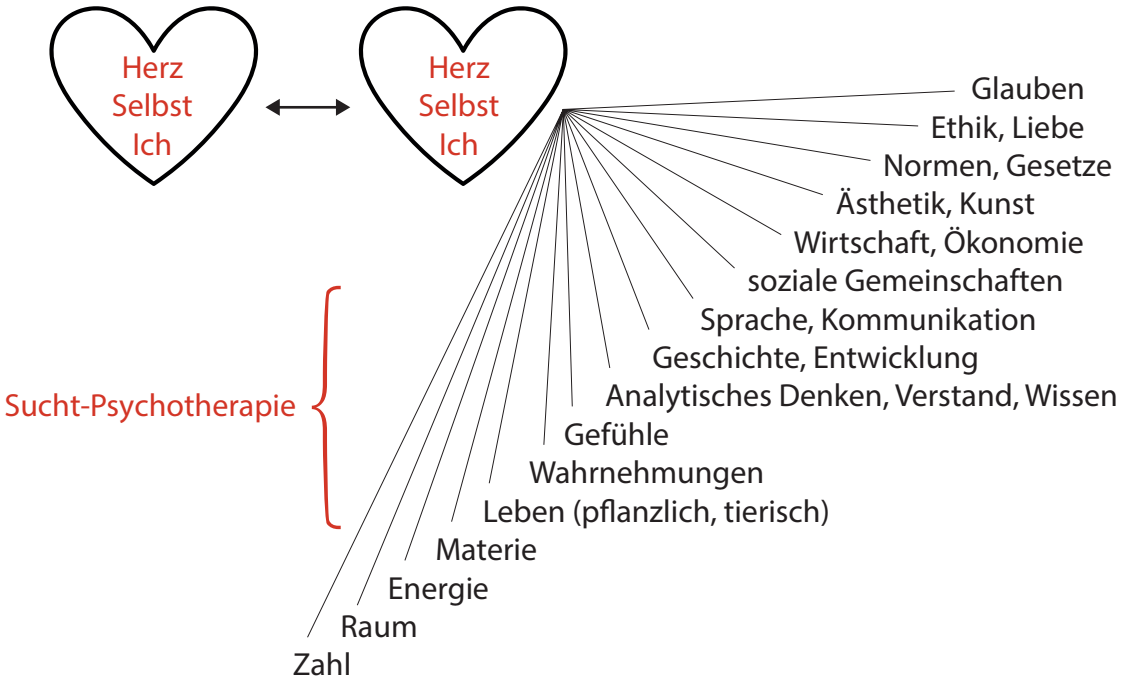
Laut Dooyeweerd entstehen auch innerhalb dieser Weltbilder unausweichlich Antinomien, weil letztendlich eigentlich eigenständige Aspekte durch das Funktionieren anderer Aspekte erklärt werden müssen, bzw. auf diese reduziert werden.Auch die verschiedenen psychologischen und psychotherapeutischen Schulen weisen diese je verschiedenen, untereinander in Konflikt stehenden Weltbilder auf. Bis heute werden die eigenen Schulen dogmatisch verteidigt und gegen die je andere Schule in Stellung gebracht, auch wenn es inzwischen viele Bemühungen in Richtung eines integrativen Ansatzes gibt (z. B. Grawe, 2001). Die Erkenntnis bricht durch, dass sich die verschiedenen Schulen durchaus ergänzen können. Dooyeweerds Aspektenlehre kann hier ungemein helfen, da sie die Augen dafür öffnet, dass die verschiedenen psychotherapeutischen Schulen auf verschiedenen Ebenen des Menschseins ansetzen. Sowohl die Ursachen als auch die Behandlungsansätze können durchaus multiaspektuell verstanden werden, also auf verschiedenen Ebenen liegen. Diese können natürlich, müssen aber keinesfalls per se widersprüchlich zueinander sein. Deswegen sehen wir neurobiologische, psychologische (sowohl verhaltenstheoretische als auch psychodynamische) und auch systemische und eben besonders auch bindungstheoretische Erklärungs- und Behandlungs-Ansätze als der Vielfalt der Schöpfung entsprechende hilfreiche Perspektiven an.



Abbilung 2: Suchtbehandlung mit dem ganzen Menschen

Zudem kann die multiaspektuelle Sichtweise auch deutlich machen, wie vielfältig und umfassend, gleichzeitig aber auch einander ergänzend und ergänzungsbedürftig die verschiedenen therapeutischen Ansätze sind. Der ganze Mensch braucht mehr als nur Medizin, oder als nur Psychotherapie, oder als nur Pädagogik, oder als nur Seelsorge. Besonders erhellend an dieser Grafik ist, wie umfassend gerade ergo- und sporttherapeutische Ansätze sind, die im therapeutischen Setting möglicherweise schnell unterschätzt werden.

Gleichzeitig kann die Behandlung eines Menschen nicht nur technokratisch auf einen Aspekt zielend erfolgen, sondern es ist zu beachten, dass der Mensch von seinem Zentrum, seinem Herzen her verstanden werden muss. Andere mögen hier evtl. lieber die Begriffe des „Ich“ oder des „Selbst“ verwenden. Die folgende Abbildung macht am Beispiel der Sucht-Psychotherapie deutlich, dass es entsprechend des Liebesgebotes der Bibel um eine Begegnung von Herz (des Therapeuten/Arztes/Betreuers) zu Herz (des Klienten/Patienten/Bewohners) geht.



Niemals darf diese wertschätzende, respektvolle, den Menschen in seiner Ichheit ansprechende Begegnung zweier (oder mehrerer) Ebenbilder Gottes aufgegeben werden.

Es geht in der (christlichen) Suchthilfe also um ein Beziehungs-, ein Bindungsgeschehen, das den ganzen Menschen in seiner wundervollen, vielfältigen Geschöpflichkeit und Ebenbildlichkeit Gottes umfasst, aber auch das Gefallen-Sein und die Erlösungsbedürftigkeit – damit aber auch das Entwicklungspotential – jedes Menschen mit einbezieht. Und weil wir in Gottes Schöpfung leben, rechnen wir mit Seinem Wirken innerhalb dieses Beziehungsgeschehens.

3. Die Bindungstheorie

3.1. Das Bindungsbedürfnis

Zwei Grunderfahrungen, die mit Grundbedürfnissen verknüpft sind, machen unser Mensch-Sein aus (Hüther, 2015):

a) Engste Verbundenheit

b) Eigenes Wachsen, Erwerb eigener Kompetenzen

Wir suchen nach Beziehungen, die uns helfen, uns verbunden und frei zu fühlen.

Bowlby: „Bindung ist das gefühlsgetragene Band, das eine Person zu einer anderen spezifischen Person anknüpft und das sie über Raum und Zeit verbindet."

Diese Bindung entsteht, wenn die wesentlichen Grundbedürfnisse angemessen gestillt werden. Dazu zählen physiologische Bedürfnisse, das Vermeiden negativer Reize, Abgrenzung, das Erobern der Umwelt.
Schon nach dem zunächst schmerzlichen Geburtsvorgang, wenn das Kind an die Brust der Mutter gelegt wird, werden Bindungshormone (Prolaktin, Oxytocin) ausgeschüttet. Weitere Erfahrungen der elterlichen Fürsorge führen zu der Erfahrung einer sicheren emotionalen Bindung an eine Hauptbindungsperson. Die emotionale Bindung sichert das Überleben des Säuglings. Die Bindungsperson ist der sichere emotionale Hafen für das Kind. Vertrauen entsteht: Das Kind erhält die Botschaft: Da ist jemand, auf den kann ich mich verlassen. In Folge entsteht Gelassenheit, sowie eine Neugier und Offenheit, sich der Welt zuzuwenden.

Die Grundbedürfnisse müssen angemessen durch die Feinfühligkeit der Bezugsperson gestillt werden. Hierbei sind die Verhaltenswahrnehmung, das spiegelnde und resonierende Verhalten in Sprache, Gestik, Mimik, Blickkontakt und Berührung von hoher Bedeutung. Wird die Bezugsperson als verlässlich, sorgend, liebend und die Beziehung durchhaltend erlebt, dann kann sich Bindungsfähigkeit in Form eines „Urvertrauens" ausbilden. Dies drückt sich Vertrauen in sich selbst („Ich bin es wert, geliebt zu werden."), in Vertrauen in andere („Ich kann mich auf andere verlassen." Und in Vertrauen in das Ganze, in die Welt („Es lohnt sich zu leben.") aus.

Misslingt dieser Prozess, weil die Beziehung zur Bezugsperson von Schwankungen, Trennungen, Vernachlässigung oder auch Ablehnung geprägt ist, entstehen Argwohn und ein grundlegendes Misstrauen. Dies geht einher mit Verlustängsten und/oder Unsicherheit.

Dies kann sich, um die Bindungsperson nicht zu verlieren, in übermäßiger Anpassung, Anhänglichkeit oder auch Versuchen, sich verdient zu machen, ausdrücken. Steht stärker die Angst vor erneutem Verletzt-Werden im Vordergrund, wird sich eher die Tendenz zu Vermeidung, Unabhängigkeit und Distanzierung herausbilden.

Ainsworth (1991) und auch Fonagy (1998) bringen noch den Aspekt der Selbst-Reflexitivtät ins Spiel, die dann in einem guten Sinne wachsen kann, wenn die Bezugsperson feinfühlig auf das

Kind eingegangen ist. Es entsteht eine „theory of mind“, in der nicht nur das Verhalten der Mutter als verlässlich vorhergesagt werden kann, sondern auch das Selbst als autonomes, denkendes, wünschendes Wesen erkannt wird (Holmes 2012). Durch diese Selbst-Reflexivität oder auch Symbolisierungsfähigkeit „wird es für das Kind möglich, sich von direkten Sinneswahrnehmungen und dem ungefiltertenen Erleben von Phantasien und Affekten zu distanzieren. Selbstreflexivität […] bildet eine wichtige Grundlage, um eigene Gefühlszustände wahrzunehmen, zu tolerieren, eine Selbst-Objekt-Differenzierung vorzunehmen und ist für die Affektregulation notwendig.“ (Friedrich-Killinger, 2014, S. 87) Ohne Zweifel fördert eine sichere Bindung diese Selbst-Reflexivität.

Während sich die Bindungsstrategien in beobachtbarem Verhalten ausdrücken, ist die „theory of mind“ ein internes kognitiv-emotionales Repräsentationsmodell von Bindungserfahrungen. Dieses enthält sowohl bewusst zugängliche Vorstellungen, Einstellungen und Gefühle, als auch unbewusst wirksame Regeln zur Kognitions-, Emotions- und Verhaltenssteuerung. Schon Bowlby (1973) ging davon aus, dass dieses innere Arbeitsmodell von Bindung über die ganze Lebenszeit hinweg eine wichtige Rolle spielt. So sollen jetzt bei der Darstellung der Bindungsstile sowohl die jeweilige kindliche Reaktion bei Aktivierung des Bindungsbedürfnisses dargestellt werden, als auch die Merkmale, die sich noch im Erwachsenenalter zeigen.

3.2. Die Bindungsstile

Durch Trennung und Angst wird das Bindungsbedürfnis aktiviert. Durch körperliche Nähe zur Bindungsperson wird das Bindungsbedürfnis wieder beruhigt. In dem sogenannten „Fremde-Situations-Test“ von Ainsworth kristallisierten sich zunächst 3 Bindungsstile (“sicher-gebunden“, „unsicher-vermeidend“ sowie „unsicher-ambivalent“) heraus, typische Verhaltensschemata, wie Kinder zunächst auf die Trennung von der Hauptbezugsperson, dann wieder auf den Kontakt zu ihr reagierten. Ein vierter Bindungsstil „desorganisiert“ wurde später von Main (1990) entdeckt. Im Folgenden sollen die vier Bindungsstile kurz vorgestellt werden.

3.2.1. Sicher gebunden

Der sichere Bindungsstil entwickelt sich in der Interaktion mit einer feinfühligen Bezugsperson. Sie können sich auf ihre Gefühle und Gedanken verlassen. Sie haben durch feinfühlige Eltern gelernt, Gefühle und Kognitionen zu regulieren, Stress zu meistern, und Übererregungen wieder runter zu regulieren. Sie haben die Erwartung verinnerlicht, dass die Nähe und Unterstützung der Bezugsperson verfügbar ist. Wut und Ängste, aber auch Bedürfnisse nach Hilfe und Zuwendung können sie offen äußern. Die Erregung können sie im Kontakt mit der Mutter abreagieren, und sie lassen sich schnell trösten. Außerdem erleben sie ihre Bezugspersonen als sichere Basis und können neugierig und offen ihre Umwelt explorieren.

Im Erwachsenenalter (s. zusammenfassend Friedrich-Killinger, 2014) zeichnen sich sicher gebundene Menschen in Beziehungen als wenig ängstlich und wenig vermeidend aus. Sie empfinden Bindungssicherheit, Wohlbehagen bei gegenseitiger Nähe und Abhängigkeit, und verlassen sich auf ihre primären Bindungsstrategien in Zeiten der Bedürftigkeit. Wenn sie über ihre Bindungsgeschichte berichten, können sie ihre Beziehungserfahrungen kohärent darstellen und wertschätzen. Bindungs- und Explorationsbedürfnis halten sich die Waage.

3.2.2. Unsicher-vermeidend gebunden

Der unsicher-vermeidende Bindungsstil entwickelt sich, wenn Bindungspersonen bei Wunsch nach Nähe konsistent nicht reagieren. Damit bleiben sie für das Kind unzugänglich. Verfügbarkeit von Sicherheit ist für das Kind nur dadurch vorhanden, wenn es bei aktiviertem Bindungsbedürfnis dieses sein Bedürfnis gerade nicht bzw. sehr zurückhaltend signalisiert. Aus Angst vor Enttäuschung wird so das Bindungsverhaltenssystem deaktiviert (Main, 1990; Höger, 1999). Unsicher vermeidende Kinder bleiben bei Abwesenheit der Mutter eher desinteressiert, und sie lassen sich bei der Rückkehr der Mutter nicht auf den Arm nehmen, ignorieren oder vermeiden sie. Sie geben sich eher falsch positiv, haben kaum Sprache, um Gefühle zu beschreiben, und wissen nicht, wer sie sind, entwickeln kaum Freundschaften.

Sie ignorieren eigene Wünsche und richten ihre Bedürfnisse übermäßig nach den Bedingungen der Umgebung aus. Im Erwachsenenalter erscheinen sie oft wenig betroffen von Beziehungsthemen. An bindungsrelevante Situationen können sie sich kaum erinnern, diese sind emotional schwer zugänglich und auch wenig bedeutsam. Auffällig sei das Berichten eines idealisierten Elternbildes.

Zurückweisung und mangelnde Nähe seien wenig bewusst. Selbständigkeit und Unabhängigkeit seien wichtig. Kennzeichnend sind ein ausgeprägtes Sich-auf-sich-selbst-Verlassen, emotionale Distanz und deaktivierende Strategien.

3.2.3. Unsicher-ambivalent gebunden

Der unsicher-ambivalente Bindungsstil entsteht durch in ihrer Zuwendung unzuverlässige Bindungspersonen. Sie gewährten zwar teilweise Zuwendung, waren aber in ihrem Beziehungsverhalten nicht durch Feinfühligkeit, sondern durch ihre eigene Bedürftigkeit geprägt. So blieben das Erleben von Nähe und Geborgenheit für das Kind unvorhersagbar und in ihrer Zugänglichkeit nicht verlässlich. Dadurch entsteht bei dem Kind ein forciertes Bindungsverhalten, um sich die Aufmerksamkeit der Bindungsperson zu sichern. Dadurch ist das Bindungsbedürfnis dauerhaft aktiviert, man kann von einer „hyperaktivierenden Bindungsstrategie“ sprechen (Höger, 1999; Friedrich-Killinger, 2014). Diese Kinder zeigen in fremden Situationen kaum Exploration. Sie suchen viel Kontakt zur Mutter, leisten aber auch immer wieder Widerstand. Auf die Abwesenheit der Mutter reagieren sie suchend und weinerlich, lassen sich bei der Rückkehr aber nur mit Widerstand auf den Arm nehmen, bei gleichzeitig ausgesendeten Signalen der Trostsuche.

Im Erwachsenenalter suchen sie anhaltend nach sozialer Unterstützung, fühlen sich aber gleichzeitig unverstanden und schlecht behandelt. Die Ängstlichkeit ist hoch, bei gleichzeitig geringer Vermeidung. Es fehlt die Bindungssicherheit, Sorgen um Beziehungen und hyperaktivierende Strategien der Beziehungsaufnahme sind kennzeichnend. In der – sehr affektbeteiligten – Darstellung ihrer Bindungsgeschichte werden überwiegend belastende Beziehungserfahrungen berichtet. Sie erscheinen oft verwirrend und widersprüchlich, es gibt keine gelungene Integration der eigenen Bindungsgeschichte. Dennoch scheinen die mangelnde Integration und die Inkohärenzen der jeweiligen Person oft nicht bewusst zu sein.

3.2.4. Desorganisierter Bindungsstil

Der desorganisierte Bindungsstil ist dadurch gekennzeichnet, dass sich keine verlässliche Bindungsstrategie in Bezug auf Bindungspersonen entwickeln konnte. Häufig waren diese Kinder Erfahrungen körperlichen und/oder sexuellen Missbrauchs ausgesetzt. Statt dass das Kind bei aktivierten Bedürfnis nach Nähe und Sicherheit Schutz erlebte, wurde die Bindungsperson selbst zur Quelle der Bedrohung. In solchen ausweglosen Situationen bricht jegliche Bindungsstrategie zusammen (Friedrich-Killinger, 2014). Bei Trennung erscheinen diese Kinder nervös, sie schreien, lassen sich fallen, kauern, ziehen die Schultern ein.

Bei Rückkehr der Mutter rennen sie auf sie zu, verharren aber dann („Freezing“) und kehren wieder um. Sie wirken kurzzeitig wie in einem Zustand der Ohnmacht. Die primäre Bindungsperson ist offenbar Notanker und bedrohlich zugleich. Flucht und Annäherung kämpfen miteinander.

Im Erwachsenenalter zeigt sich oft ein hohes Bedürfnis nach Nähe, bei gleichzeitig hoher Angst vor Zurückweisung. Wenn sie über ihre Bindungserfahrungen berichten, zeigt sich oft ein Mangel an Verarbeitung von Verlusten oder traumatisierender Erfahrungen.

Dies kann sich durch irrationale Gedanken äußern, rational nicht nachvollziehbare Erklärungen für bestimmte Ereignisse. Aber auch ein Schweigen, Auslassungen bei bestimmten Themen können vorhanden sein.

4. Was ist Sucht?

4.1. Definitionen

Die vielleicht gebräuchlichste Definition von Sucht stammt von Wanke (1985): „Sucht ist ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet."

Seit 1968 wird in Deutschland das Abhängigkeitssyndrom als Krankheit anerkannt, nachdem die WHO 1964 diesen Begriff für eine Suchterkrankung einführte. Im noch gültigen ICD-10 werden folgende Kriterien für ein Abhängigkeitssyndrom genannt:

- Starkes Verlangen, die jeweilige Substanz zu konsumieren
- Kontrollverlust
- Toleranzentwicklung
- Körperliche Entzugssymptome
- Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums.
- Anhaltender Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutig schädlicher Folgen

Wenigstens drei dieser sechs Kriterien müssen gleichzeitig für einen Monat oder wiederholt innerhalb der letzten 12 Monate vorliegen, um von einem Abhängigkeitssyndrom zu sprechen.

4.2. Missbrauch – Abhängigkeit – Chronifizierung

Die Entwicklung einer Abhängigkeit verläuft oft schleichend, wobei anfänglich zunächst die meist positiven Wirkungen des Substanzkonsums im Vordergrund stehen. Der Missbrauch beginnt dort, wo offenkundige Schäden, seien sie körperlicher, psychischer, sozialer oder auch spiritueller Art, auftreten, und dennoch weiter konsumiert wird. Solange Absetzversuche oder auch eine bewusste Reduktion des Konsums ohne Entzugssymptomatik gelingen, kann davon ausgegangen werden, dass noch keine Abhängigkeit vorliegt. Hier haben Ansätze des kontrollierten Konsums aus unserer Sicht ihren Platz. Gleichzeitig können solche Reduktionsversuche für den Betroffenen auch einen wertvollen diagnostischen Erkenntnisgewinn liefern, dahingehend festzustellen, ob nicht doch schon eine Abhängigkeit vorliegt. Nach fortgesetztem Konsum führen Prozesse der Neuroadaptation zu den oben aufgeführten Symptomen der Abhängigkeit, die sich in unabweisbarem Verlangen, Kontroll- oder Abstinenzverlust, Toleranzsteigerung sowie Entzugssymptomatik ausdrücken. Beschaffung, Konsum und Wirkungserleben stehen im Vordergrund für die abhängige Person. Obwohl auf bewusster Ebene andere Interessen, die Beziehung zu anderen Menschen oder auch ethische Werte als weit wichtiger benannt werden, kann sie sich dem Konsum nicht mehr entziehen. Ein tiefes Erleben von Abhängigkeit, von Unfreiheit wird zur Realität. Daher rührt oft ein Gefühl der Scham, da das eigene Verhalten als Willensschwäche wahrgenommen wird. Man wir den eigenen Ansprüchen immer weniger gerecht.
Dauerhaft abhängiger Konsum führt wie alle anderen Verhaltensweisen, die sehr häufig und regelmäßig ausgeübt werden, zu einer Gewohnheits- und damit einer Fertigkeitsbildung. Im Sinne des „schnellen Denkens" nach Kahnemann (2011) ist davon auszugehen, dass das so chronifi-

zierte Suchtverhalten aus einer Kombination von Wahrnehmungsgewohnheiten, (kognitiv-emotionalen) Erlebens- und Verarbeitungsgewohnheiten, sowie insbesondere auch Verhaltensgewohnheiten geworden ist, die die betreffende Person „in sich hineingelebt hat“. Als Fertigkeiten sind diese Reaktionsmuster Teil des unbewussten Verhaltensrepertoires geworden, deren Auslöser und auch Wirkweise gar nicht mehr bewusst sind. Dies führt zu der Tatsache, die auch für die Behandler oft verwirrend ist, dass die Ursachen oder auch aufrechterhaltenden Bedingungen für die Suchterkrankung oft gar nicht mehr benannt werden können. Die Abhängigkeitserkrankung ist zu einem sich selbst aufrechterhaltenden Prozess geworden.

4.3. Aspekte der Suchtentwicklung unter bio-psycho-sozial-spiritueller Perspektive

Die vielfältigen Aspekte, die zu einer Suchtentwicklung des Menschen beitragen (können), sollten unter einer ganzheitlichen Perspektive zusammengefasst werden. Hier ist das „bio-psycho-soziale Krankheitsmodell“ hilfreich, wie es von der WHO vertreten wird. Neuere Überlegungen auch der WHO machen deutlich, dass dies um den spirituellen Aspekt zu einem „bio-psycho-sozial-spirituellen“ Krankheitsmodell erweitert werden sollte (aus Schiffner, 2024).

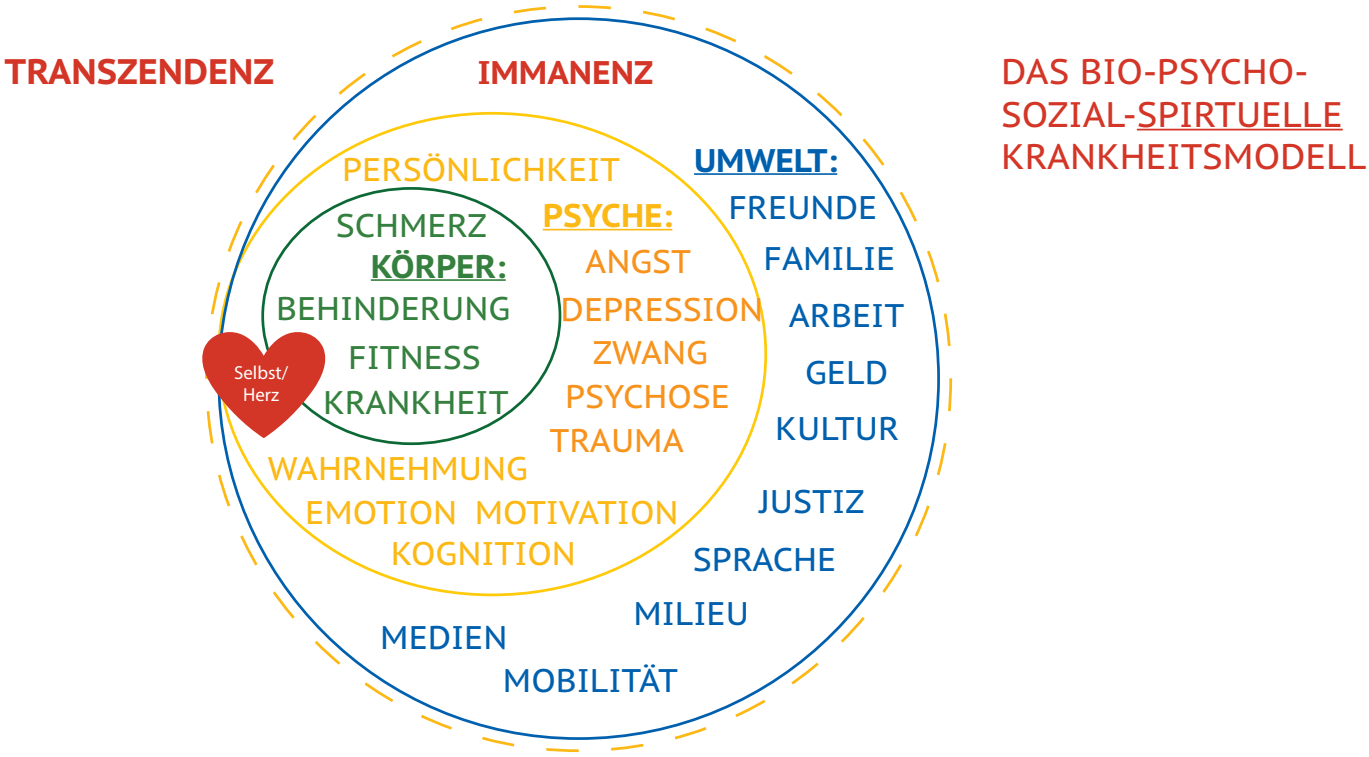


Abbildung 4: Das bio-psycho-sozial-spirituelle Krankheitsmodell; beispielhaft sind jeweils typische Aspekte benannt. Der spirituelle Aspekt ist als „Herz“ des Menschen abgebildet, in dem alle Bereiche des Menschseins ihre Einheit finden, und welches immer auch „glaubend“ die Gesamtwirklichkeit erfasst. Der christliche Glaube bezieht dabei die Transzendenz als Realität des Lebens mit ein.

4.4. Psychologische Aspekte der Suchtentwicklung

Psychologische Erklärungsmodelle der Sucht beziehen sich auf eine Vielzahl von Bereichen, die hier nur angerissen werden können. Auch wenn körperliche, soziale oder auch spirituelle Aspekte als Einflussfaktoren mit eine Rolle spielen, so geht es hier um die **psychische**, d. h. perzeptiv-emotionalkognitive **Verarbeitung** dieser Einflüsse, die man jeweils als Stressoren auffassen kann.

Beispielhaft für den spirituellen Bereich können ein vorwiegend strafendes Gottesbild oder auch eine sehr einengende Glaubensgemeinschaft genannt werden. Im Sozialen Bereich sind fehlende oder konsumierende Freunde zu nennen, ebenso wie eine als belastend erlebte Familienkonstellation. Auch der psychische Bereich kann als Stressor aufgefasst werden, sei es in Form von depressiven Erkrankungen oder auch negativen Grundüberzeugungen, die eigene Person betreffend. Im Körperlichen Bereich können (chronische) Erkrankungen, Behinderungen oder auch starke Schmerzen Stressoren darstellen. Statt dass die jeweilige Person Mechanismen aktiver Problembewältigung einsetzt, wird auf die Wirkung des Suchtmittels als Hilfe zur seelischen Selbstregulierung zurückgegriffen. Entscheidend ist, dass vor diesem Hintergrund der jeweilige Suchtmittelkonsum zunächst als deutliche Entlastung erfahren wird.

So sind all diese Erfahrungen als gut verstehbare Ursache des Suchtmittelkonsums aufzufassen. (In diesem Kontext ist übrigens jeder Mensch gefährdet, eine Sucht zu entwickeln.) Bei nachlassender Substanzwirkung kommt es dann zu einem länger währenden Gegenprozess, der in seiner affektiven Qualität zunächst als negativer erlebt wird, als der Ausgangszustand (Lindenmeyer, 2023).

Wenn in diesem Zustand häufiger erneut konsumiert wird – der jeweilige Stressor wird zu einem konditionierten Auslösereiz –, kommt es zwar einerseits immer zu einer kurzzeitigen Entlastung, langfristig aber zu einer schleichenden Verschlechterung der Grundproblematik als einer sich zunehmend selbst verstärkenden Folge des Suchtmittelkonsums.

Zu dieser Kombination aus klassisch konditioniertem und operantem Lernen können begünstigende genetische Faktoren und (frühkindliche) Lernerfahrungen kommen, die zu einer erhöhten Vulnerabilität für diese Suchtreaktion beitragen. Hier können auch Effekte, die in tiefenpsychologischen, systemischen und salutogenetischen Theorien eine Rolle spielen, einen tiefgreifenden Einfluss entweder auf die Vulnerabilität oder auch die (fehlende) Bewältigungskompetenz haben. Dieses Vulnerabilitäts-Stress-Modell, ergänzt um neuroadaptive Prozesse der Chronifizierung der Sucht (s. das nachfolgende Kapitel), soll hier noch mal grafisch dargestellt werden:

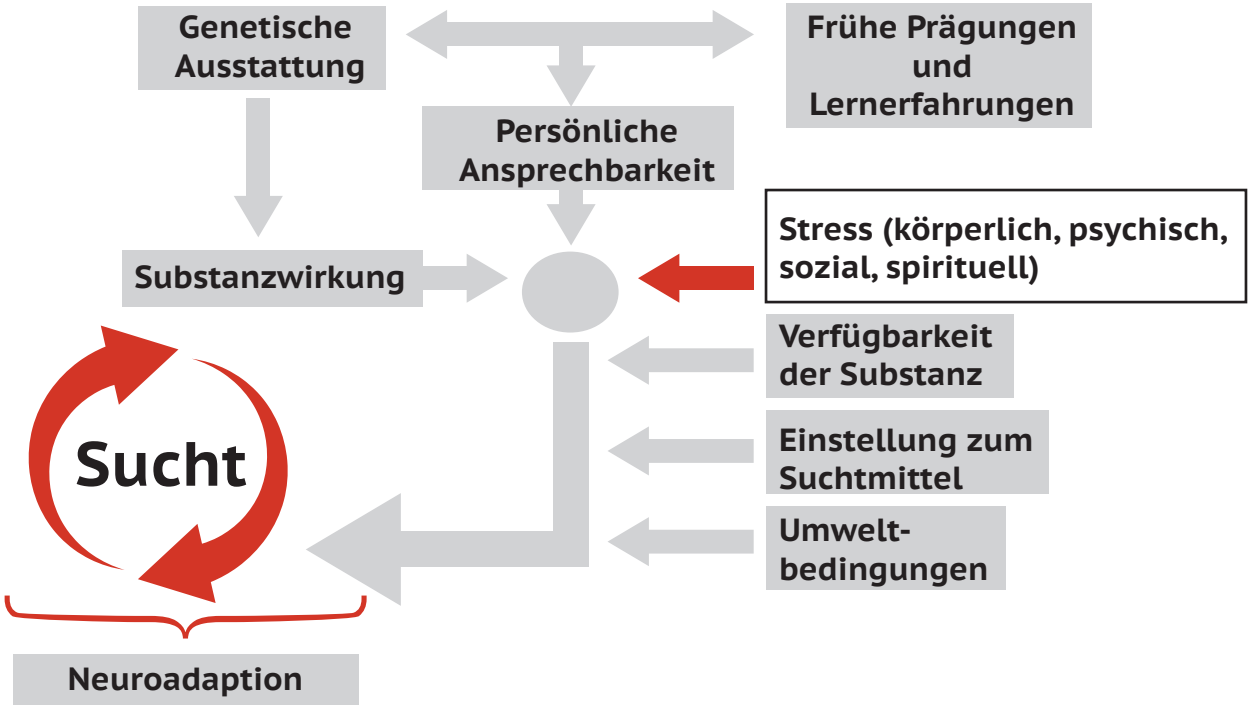


Abbildung 5: Das Vulberabilitäts-Stress-Modell der Sucht

4.5. Neurobiologische Aspekte der Suchtentwicklung

Wie lässt sich nun auf physiologischer Ebene der Prozess der Suchtentwicklung verstehen? Im Belohnungssystem des menschlichen Gehirns wird die Ausschüttung bestimmter Botenstoffe wie Dopamin, Serotonin oder auch Endorphine als positiv empfunden, weil diese sich an die Rezeptoren der nachfolgenden Zellen binden, was dort zu einer hochfrequenten Signalauslösung führt.

Dies ist ein natürlicher Prozess, der im Normalfall bei einer als erfolgreich durchgeführten Problembewältigung ausgelöst wird. (Hüther) So dient das Belohnungssystem eigentlich als Lern- und Motivationssystem, welches erfolgreiches, selbstwirksames Handeln in Erinnerung rufen und verstärken soll.

„Neurochemisches Mobile“: Neurochemische Balance in Systemen und Zeilen

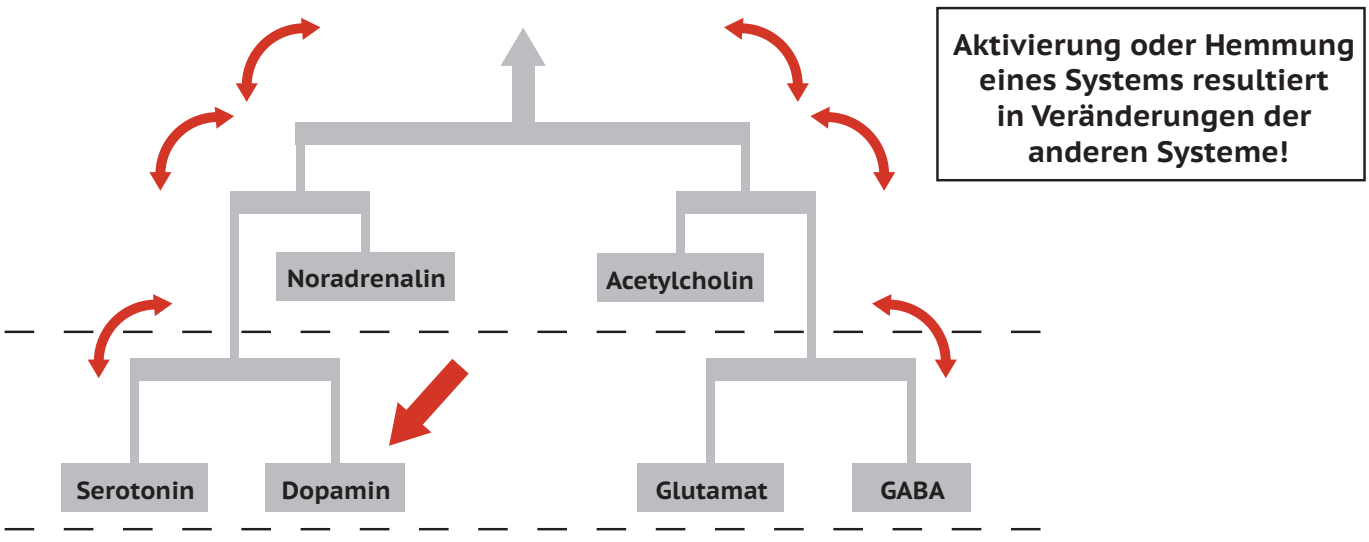


Abbildung 6: Das neuchemische Mobile

Der Konsum von Suchtmitteln führt nun – je nach Substanz auf verschiedenen Wegen – zu einer schnellen und verstärkten Ausschüttung dieser Botenstoffe, was von dem Konsumenten als sehr positiv erlebt wird. Dies führt zu einem neurochemischen Ungleichgewicht:

Das Prinzip der Homöostase führt nun dazu, dass dieses Ungleichgewicht wieder reduziert wird, indem zunächst Abbauprozesse dieser Botenstoffe aktiviert werden. Bei fortgesetztem, regelmäßigem Konsum entsteht jedoch ein dauerhaftes Ungleichgewicht, was mindestens 3 Gegenprozesse in Gang setzt, um das System zu schützen:

1. Die Eigenproduktion der Botenstoffe wird heruntergefahren
2. Die Abbauprozesse werden verstärkt, um den Überschuss an Botenstoffen schnellstmöglich zu verringern
3. Die aktivierten Zellen bilden neue Rezeptoren, die die Signalauslösung hemmen.

All dies bewirkt eine Toleranzsteigerung, das heißt es braucht immer mehr der konsumierten Substanz, um noch eine Wirkung zu erzielen. Der Konsum wird immer triebhafter, gieriger, da schneller „Nachschub“ besorgt werden muss. Bei Absetzversuchen kommt es dann zu massiven Entzugserscheinungen, weil dem Körper die benötigten Botenstoffe fehlen. Dies kann auch noch länger zu depressiven Zuständen führen, bis sich wieder eine angemessene Eigenproduktion gebildet hat. Bei manch einem Betroffenen bleibt auch langfristig ein Defizit an Botenstoffen bestehen, was sich in „unzufriedener Abstinenz“ oder auch Depressionen äußert.

Auch bei ausgeglichenem chemischen Gleichgewicht – also auch nach Entgiftung und Entwöhnung, in denen das Gehirn wieder zu einer „normalen“ Reaktionsweise zurückgefunden hat – bleibt eine erhöhten Reaktionsbereitschaft des dopaminergen Systems für diese Suchtreaktion durch jahrelange Bahnung bestehen. Äußere Situationen oder auch innere Gefühle werden zu Auslösereizen („Triggern“) für eine vorzeitige Gegenregulation: Diese Reize signalisieren dem System, dass in Kürze Zufuhr von Drogen kommt, was biochemisch eine gewisse „Vorfreude“ auslöst. Dadurch wird die Eigenproduktion der Botenstoffe heruntergefahren, und die noch vorhandenen Botenstoffe werden verstärkt abgebaut. Dieses zwischenzeitliche Ungleichgewicht wird von den Betroffenen als Verlangen oder Suchtdruck wahrgenommen.

Dabei handelt es sich bei dieser Gegenregulation um einen hochautomatisierten, unbewusst ablaufenden Prozess, der auch bei Menschen mit bewusster Abstinenzentscheidung ausgelöst werden kann.

4.6. Protektive (Resilienz) und Risikofaktoren (Gefährdungsanalyse)

Das Leben kann auch unter der Perspektive von Tragkraft und Traglast gesehen werden. Als Veranschaulichung kann ein Brückenmodell dienen:



Abbildung 7: Das Brückenmodell

Wie bei der Statik einer Brücke sollten langfristig die Tragkräfte die Traglasten übersteigen, sonst führt es zur Ermüdung und zum Zusammenbruch.

Dieses einfache Bild kann man gut heranziehen, um die Bedeutung (verloren gegangener) Resilienzfaktoren herauszuarbeiten. Hier sind all die Erkenntnisse des salutogenetischen Ansatzes um Antonovsky zu nennen. Gleichzeitig sind Belastungen Teil unseres Menschseins. Sind diese Lasten veränderbar? Kann ich sie abgeben oder daran arbeiten? Oder muss ich sie als Lebensrealität annehmen? Das sogenannte „Gelassenheitsgebet“ („Herr, gebe mir die Gelassenheit, die Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann, den Mut, die Dinge zu ändern, die ich ändern kann, und die Weisheit, das Eine von dem Anderen zu unterscheiden!“) weist in diese Richtung. Die in vielen Therapien üblichen Notfall- oder Krisenpläne, die zur Rückfallprävention erarbeitet werden, nutzen diese Analyse, um den Patienten in die Lage zu versetzen, selbstwirksam und eigenverantwortlich mit den Herausforderungen eines abstinenten Lebensstils umzugehen.

4.7. Bindungstheoretisch

Gerald Hüther (2018) macht deutlich, wie Bindungs- und Belohnungssystem zusammenhängen. Es geht darum, an Herausforderungen zu wachsen. Unser Gehirn sei dafür konzipiert, Probleme zu lösen. Probleme gehen „unter die Haut“, holen uns aus der Routine. Bei gelungenen Problemlösungen kommt es zu einer Ausschüttung von Botenstoffen im Belohnungssystem. Geschieht dies wiederholt, kommt es natürlich zu Bahnungen, starken Verknüpfungen im Gehirn kognitiver und emotionaler Netzwerke. Diese führen dann zu innere Einstellungen, Haltungen und Leitbildern. Dies umso mehr bei tiefgehenden, emotional stark berührenden Problemen. Gelingt diese Verarbeitung, dann kommt es Selbstwirksamkeit und Lebensfreude:

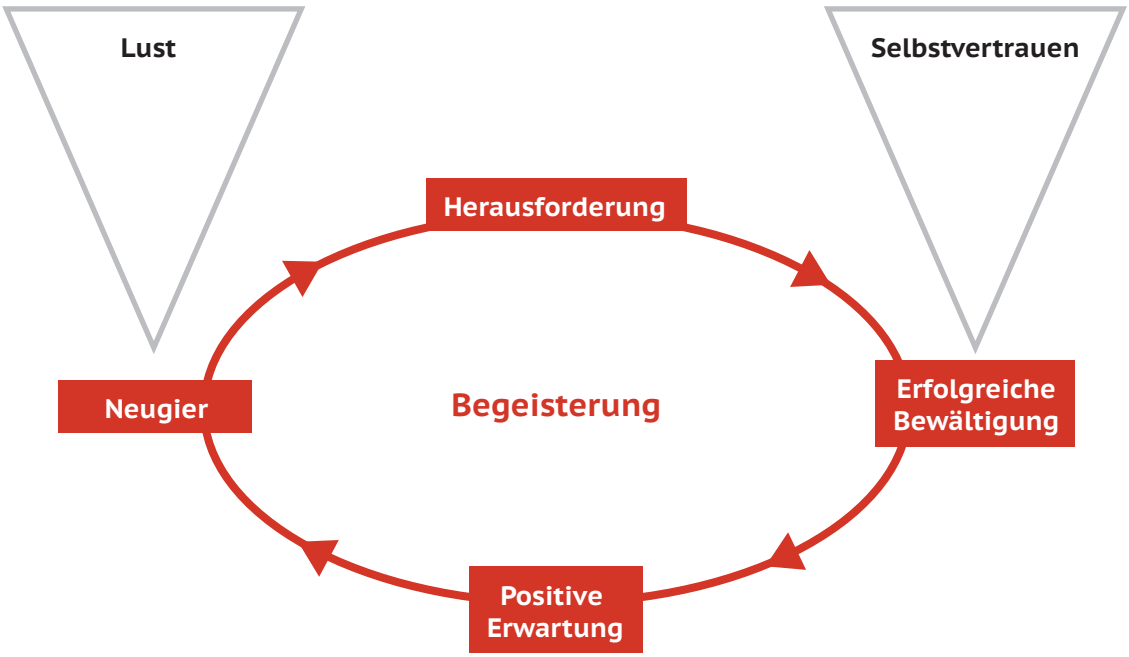


Abbildung 8: Das neuchemische Mobile

Dieser Prozess kann aber auch misslingen, sodass aus Herausforderungen Belastungen werden, und so können sich auch Resignations-Kreisläufe von Angst und Vermeidung herausbilden:

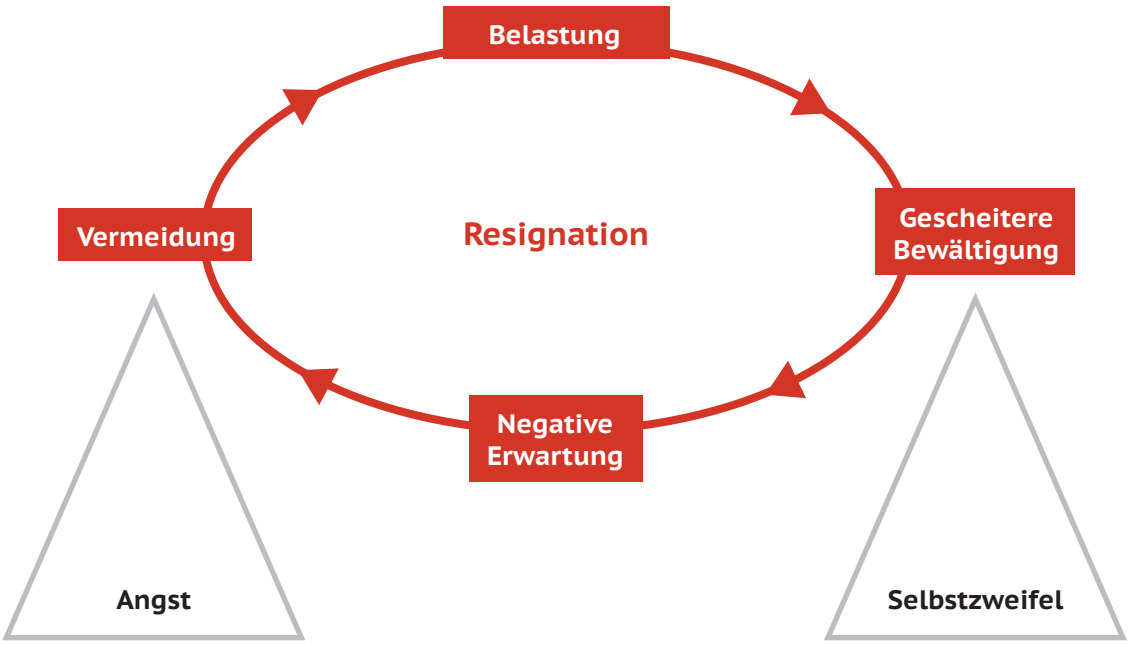


Abbildung 9

Wie kann nun am Ehesten gelingen, dass „Begeisterung“ statt „Resignation“ herausbildet? Hüther schreibt: „Da wir aber auch Angst vor Veränderungen und Angst vor dem Potential, das in uns steckt, haben: Nichts ist in der Lage, die zum Lernen erforderliche Offenheit und innere Ruhe effektiver herzustellen als dieses Gefühl von Vertrauen! Deshalb suchen Menschen (insbesondere Kinder) enge Beziehungen zu Menschen, die ihnen Sicherheit bieten, ihnen bei der Problemlösung behilflich sind, die vorleben, worauf es im Leben ankommt. … Vertrauen ist das Fundament, auf dem all unsere Entwicklung, Bildungs- und Sozialisierungsprozesse aufgebaut sind!“

Im deutschen Sprachraum hat sich Brisch (2018) um die Herausarbeitung von Bindung(sstörungen) und Suchtentwicklung verdient gemacht. Er stellt die Suchtentwicklung unter bindungstheoretischer Perspektive folgendermaßen dar: Der Beginn der Sucht erfolgt in Trennungssituationen, nach Verlassenwerden, in Einsamkeit und Angstsituationen; bei Stress in Beziehungen oder auch bei Überforderungen mit Stress allgemein. Dabei werden bedrohliche Affekte ausgelöst bzw. erlebt, oft einhergehend mit fehlender Affektsteuerung. In all diesen Momenten ist das Bindungsbedürfnis aktiviert.

Das Suchtmittel wird nun zum Surrogat für Bindung: Es beruhigt das Bindungssystem. Auf physiologischer Ebene erfolgt eine Stressreduzierung. Es wird eine Beruhigung erfahren wie durch Körperkontakt mit einer Bindungsperson. Das Suchtmittel ist eher leicht verfügbar, und es ist selbst zu beschaffen, was auch mit dem Gefühl von Sicherheit einhergeht. Zudem ist es unabhängig von einer Bindungsperson, die je nach Bindungsstil eben auch als fehlend oder nicht verlässlich erlebt wird.

Bei bestehender Abhängigkeit kommt es nun beim Absetzen nicht nur zu einem körperlichen Entzug, sondern auch zu einem seelischen Entzug, weil mit dem Suchtmittel jetzt die „Surrogat-Bindungsperson“ fehlt. Da eine Bindungsperson für das Überleben wichtig ist, werden mit dem Wegfall dieses Ersatzes Symptome wie nach Verlust einer Bindungsperson ausgelöst. Dies kann zu extremen psychischen Schmerzen und Gefühlen von Angst, Panik, Hilflosigkeit, Ohnmacht und Todesbedrohung führen. Ohne “Mutter“ ist das Überleben nicht vorstellbar. Entsprechend kommt es zu einem Kampf um das Suchtmittel.

4.8. Spirituell

Ganz allgemein kann man annehmen, dass mit der Suchtentwicklung eine quasi-religiöse Beziehung zum Suchtmittel aufgebaut wird. Konsum und Wirkungserleben werden zum Lebensmittelpunkt des Betroffenen (s. Suchtkriterium des ICD-10). Mit dem Wegfall des Suchtmittels fällt dieser Lebensmittelpunkt weg – nicht selten entsteht so eine existentielle Sinnkrise des Abhängigen.

Schaut man sich das biblische Menschenbild an, so zeigen sich interessante Übereinstimmungen mit der aktuellen Bindungsforschung:

Beziehung, Bindung (Vertrauen, korrigierende Erfahrungen)	**Zur Liebe geschaffen „Er wird über dich herrschen!“**
Kontakt mit sich selbst (unbewusstes, Abwehr)	**Ebenbild Gottes Sich verstecken / Scham**
Bedürfnisregulation Autonomie, Selbstwirksam	**Bebauen + Bewahren „Schweiß, Disteln + Dornen“**

Abbildung 10: Bindungs- Identitäts- und Autonomie-Bedürfnisse im Licht des biblischen Menschenbildes

Zum Menschsein gehören einerseits Würde und Identität, Vertrauen und liebevolle Beziehungen, sowie Potential und Verantwortung. Gleichzeitig – wie oben ausführlich dargestellt – ist das Erleben einer tiefen Entfremdung zur Welt, zu Mitmenschen und auch zu Gott Teil unserer Realität.

Interessant ist, dass insbesondere die durch Sünde entstellte Beziehung zueinander in Begriffen der Abhängigkeit formuliert wird: „Nach ihm wird dein Verlangen sein, er aber wird über dich herrschen." (Genesis 3)

Nach der Bibel ist die Geschichte der Menschheit die einer tiefen Verstrickung und Entfremdung, die der Heilung und Erlösung bedarf, in Form heilender Beziehungen zu Gott und zum Mitmenschen, wie es sich im doppelten Liebesgebot ausdrückt. Dabei soll betont werden, dass Heilung zuallererst durch die Annahme der geschenkten Liebe und Gnade Gottes geschieht, die – oft gegen alle inneren Erfahrungen und resignativ in mich hineingelebten Leitsätze – uneingeschränkt „Ja!" zu mir sagt.

5. Wirkfaktoren in Psychotherapie und Suchtbehandlung

Schon oben wurden die wesentlichen Wirkfaktoren der Psychotherapie – nach jetzigem Stand der Psychotherapieforschung – kurz aufgeführt.

Die Metaanalysen nach Grawe (….) sowie Wampold und Imel, 2015) machen deutlich, dass Psychotherapie wirkt. Dabei sind die Aspekte der therapeutischen Beziehung insgesamt wirksamer als die störungsspezifischen Techniken.

Grawe (2004) betont, dass zudem Ressourcenaktivierung und die Problemaktualisierung während des therapeutischen Prozesses wichtige Wirkfaktoren sind, wobei die Ressourcenaktivierung einen größeren Effekt hat.

Wichtig dabei ist die Berücksichtigung der motiviationalen Schemata, nämlich die Bedürfnisse nach Orientierung und Kontrolle, nach Lustgewinn bzw. Unlustvermeidung, nach Selbstwerterhöhung und eben nach Bindung.

Dies macht insgesamt deutlich, wie wichtig die Gestaltung und Aufrechterhaltung der (therapeutischen) Beziehung ist.

6. Die Bedeutung der christlichen Lebens- und Therapiegemeinschaft

Seit vielen Jahrzehnten gibt es in den Einrichtungen der ACL die Behandlungsform der Therapeutischen Lebensgemeinschaft, als auch christlichen Hausgemeinschaft. Mitarbeitende (z. T. mit Familien) wohnen mit Betroffenen unter einem Dach. Diese Hausgemeinschaften schaffen eine Atmosphäre, die den Heilungs- und Rehabilitationsprozess positiv unterstützt. Familienähnlichen Strukturen ermöglichen Zugehörigkeit und Zuhause, fördert soziale Kompetenzen und Beziehungsfähigkeit und unterstützt damit die Zielsetzungen für die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und Gesellschaft. Im Rahmen der christlichen Hausgemeinschaft wird durch gemeinsame Andachten, Singen, Mahlzeiten, Gebete und Feste ein geistliches Miteinander aufgebaut, welches Vergebung, Befreiung und Wiederherstellung fördert (Bonhoeffer 2016).

6.1. Hintergründe

Die Therapeutische Gemeinschaft (TG) ist erstmals 1968 als Behandlungsform für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen in Paris entstanden und hat später auch in Deutschland sich etabliert. Massenrückfälle und Einsparungsgründe führten dann aber seit 1995 zu einem Paradigmenwechsel in der Suchtbehandlung.

6.2. Evaluation

Alexandra Kirschner belegt in ihrer Diplomarbeit (Kirschner 2018, S. 52), dass im Vergleich zu anderen Behandlungsformen (Kontrollgruppen) die TG ein besseres Ergebnis in Bezug auf Kriminalitätsrate (56%; 5/9 Studien), Erwerbstätigkeit (56%; 5/9 Studien) und Gesundheit (67%; 6/9 Studien) erreichen konnte.

6.3. Definition und Begründungen von Experten

George De Leon (De Leon 2000), ein international anerkannter Experte, ist der Ansicht, dass die Therapeutische Gemeinschaft ihre Suchtbehandlung auf der Annahme aufbaut, dass die Sucht keine Erkrankung im eigentlichen Sinne ist, sondern eine Störung des Menschen in seiner Gesamtheit. Die Therapie fokussiert sich deshalb nicht auf den Drogenkonsum per se, sondern bezieht sich immer auf die betroffene Person. Die Behandlungsmethoden der Therapeutischen Gemeinschaft richten sich danach, dass jeder Mensch therapeutische Fähigkeiten aufweist, durch welche er sein Leben in eine positive Richtung lenken kann. Betroffene erfahren durch die Gemeinschaft auch eine Schulung zur Neugestaltung ihres Lebens. Dazu gehören grundlegende Werte wie Ehrlichkeit, Verantwortungsbewusstsein und Arbeitsmoral. Zu den zentralen Elementen der Therapeutischen Gemeinschaft (Vanderplasschen 2014) zählen die Selbsthilfe, die Hierarchie, die Gemeinschaft als Therapiemethode und die Konfrontation. Selbsthilfe bedeutet, dass die Betroffenen die zentralen Figuren in ihrer Behandlung sind und die anderen Mitglieder lediglich als Unterstützung fungieren.

Die TG ist hierarchisch aufgebaut. Die alltäglichen Aktivitäten finden in einer strukturierten Weise statt, in welcher die Betroffenen als Vorbilder für andere Mitglieder dienen. Das Zusammenleben und die Förderung der Zusammengehörigkeit werden als wesentliche Faktoren für die positive Veränderung der Persönlichkeit und für soziales Lernen angesehen. Im Rahmen von Gruppen-

treffen und Seminaren werden Konfrontationen zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern gefördert. Die Mitglieder der Gemeinschaft geben sich gegenseitig Feedback.

7. Schlussfolgerungen für Therapie und Diagnostik

Im Folgenden findet ihr unterschiedliche Möglichkeiten von therapeutischen Interventionen mit Begründung. Dies ist nur eine begrenzte Auswahl und jede Methode wird nur kurz angerissen und kann durch die Literaturhinweise vertieft werden.

7.1. Psychologisch und neurobiologisch

7.1.1. Auf neurobiologische Veränderungen abzielende Interventionen

1. Therapie gegen die Neigung des Gehirns (Neuroplastizität und Suchtgedächtnis)
   Das Suchtgedächtnis ist tief im limbischen System verankert und durch wiederholte Konsumerfahrungen stark gefestigt. Neurobiologisch zeigt sich, dass Sucht mit Veränderungen in den dopaminergenen Bahnen, insbesondere im mesolimbischen System, einhergeht (Koob & Volkow, 2016). Therapien müssen daher bewusst gegen diese tief verankerten Bahnungen arbeiten. Hierbei spielen neuroplastische Prozesse eine zentrale Rolle: Das Gehirn kann neue synaptische Verbindungen aufbauen, wenn es kontinuierlich mit neuen Erfahrungen konfrontiert wird (Lüscher et al., 2020).

2. Positive Verhaltensalternativen entwickeln
   Die Entwicklung positiver Verhaltensalternativen basiert auf dem Prinzip des „Cue Replacement“ – problematische Auslöser werden durch konstruktive Handlungsalternativen ersetzt (Marlatt & Donovan, 2005). Positive soziale und kreative Aktivitäten können dopaminerge Bahnen auf alternative Weise aktivieren und helfen, das Verlangen umzuleiten.

3. Alte Fähigkeiten und Ressourcen reaktivieren
   Die Förderung bestehender, jedoch „verschütteter“ Kompetenzen stärkt das Selbstwirksamkeitserleben. Hier werden Ressourcenorientierung und stärkenbasierte Therapieansätze genutzt, die nachweislich zur Rückfallprophylaxe beitragen (Rapp et al., 2008).

4. Gewohnheitsbildung und Training
   Das Gehirn reagiert auf ständiges Training mit der Bildung neuer neuronaler Netzwerke (Hebb‘sches Lernen). Studien zeigen, dass erst nach 60–90 Tagen regelmäßigen Verhaltens neue Routinen fest etabliert sind (Lally et al., 2010).

5. DBT (Dialektisch-Behaviorale Therapie) im Umgang mit Suchtdruck
   Die DBT hat sich in der Behandlung von Sucht, insbesondere bei komorbiden Persönlichkeitsstörungen, als wirksam erwiesen. Sie bietet Skills-Training für Achtsamkeit, Distresstoleranz und Emotionsregulation (Linehan, 2015).

6. Ablehnungstraining
   Ablehnungstrainings stärken die Fähigkeit, sozialen Verlockungen standzuhalten, insbesondere in Peer-Group-Situationen. Dies wurde als wirksame präventive Strategie nachgewiesen (Botvin & Griffin, 2007).

7. Reizkonfrontationstherapie (Cue-Exposure)
   Durch kontrollierte Konfrontation mit Suchtreizen unter therapeutischer Anleitung wird das Verlangen abgeschwächt. Randomisierte Studien bestätigen die Effektivität bei Alkohol- und Nikotinabhängigkeit (Conklin & Tiffany, 2002).

8. Situations- und Stimuluskontrolle
   Durch das gezielte Vermeiden von High-Risk-Situationen und das Etablieren sicherer Routinen lassen sich Rückfallrisiken signifikant reduzieren (Marlatt & Donovan, 2005).

9. Soziotherapie
   Die Soziotherapie unterstützt durch strukturgebende Maßnahmen im Alltag, Förderung sozialer Teilhabe und Netzwerkarbeit. Sie trägt maßgeblich zur Stabilisierung der Lebensverhältnisse bei (Wiersma, 2006).

10. Unterstützend medikamentöse Behandlung: Antidepressiva und Antipsychotika
    Insbesondere bei komorbiden Depressionen oder Psychosen sind Antidepressiva und Antipsychotika hilfreich, um neurobiologische Dysbalancen zu korrigieren und Suchtdruck zu mindern (Nunes & Levin, 2004).

7.1.2. Auf psychologische Veränderungen abzielende Interventionen/Therapien

1. Entwicklung von Problemlösealternativen
   Menschen mit Suchtproblematiken zeigen häufig eingeschränkte Problemlösefähigkeiten, was Rückfälle begünstigt. In der kognitiv-behavioralen Therapie (CBT) wird daher systematisch Problemlösestrategie-Training eingesetzt, um alternative Handlungsoptionen zu fördern. (D'Zurilla & Nezu, 2010). Der Aufbau von Problemlösekompetenz wirkt nachweislich präventiv gegenüber impulsivem Konsumverhalten.

2. Verbesserung der Affekt- und Bedürfnisregulationsfähigkeiten
   Störungen der Emotionsregulation sind ein zentraler Risikofaktor für substanzgebundene und -ungebundene Süchte. Methoden wie Emotionsfokussierte Therapie (EFT) und spezifische Skills-Trainings, etwa in der DBT, zielen darauf ab, emotionale Dysregulation auszugleichen. (Berking & Wupperman, 2012).

3. Sozialkompetenztraining
   Sozial unsichere Personen sind anfälliger für Rückfall und Konsumdruck. Evidenzbasierte Sozialkompetenztrainings, wie sie etwa in Gruppentherapien oder Trainings nach Hinsch & Pfingsten (2015) durchgeführt werden, verbessern die Interaktionssicherheit, Konfliktfähigkeit und Abgrenzungskompetenz.

4. (Kognitive) Verhaltenstherapie (CBT) – Kognitive Umstrukturierung
   CBT ist einer der am besten empirisch belegten Therapieansätze bei Suchterkrankungen. Negative automatisierte Gedanken werden identifiziert, hinterfragt und durch funktionale Denkmuster ersetzt. (Beck, 2011)

5. Psychodynamische Therapie
   Die psychodynamische Psychotherapie adressiert unbewusste Konflikte, die oft hinter Suchtverhalten stehen. Besonders die Fokaltherapie und die mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) haben empirische Unterstützung für die Behandlung von Sucht in Verbindung mit Persönlichkeitsstörungen. (Bateman & Fonagy, 2012)

6. Systemische Therapie
   Systemische Ansätze betrachten die Sucht als Symptom dysfunktionaler Beziehungsmuster. Die Einbeziehung der Familie oder des sozialen Systems zeigt hohe Wirksamkeit in der Rückfallprophylaxe. Methoden wie Genogramm-Arbeit, Aufstellungen und zirkuläre Fragen helfen, interaktionelle Dynamiken sichtbar zu machen. (D'Zurilla & Nezu, 2010; Carr, 2019)

7.2. Protektive und Risikofaktoren

1. Ressourcenaktivierung
   Ressourcenaktivierung gilt als einer der wichtigsten Wirkfaktoren in der Psychotherapie. Das bewusste Erkennen und Nutzen individueller Stärken und sozialer Ressourcen reduziert die Rückfallgefahr. (Grawe, 2004)

2. Aufbau von Resilienz
   Resilienz beschreibt die Fähigkeit, trotz widriger Umstände psychisch gesund zu bleiben. Gezieltes Resilienztraining zeigt nachweisliche Effekte bei suchtgefährdeten Personen. (Masten, 2014)

3. Stressbewältigungstraining
   Chronischer Stress ist ein starker Risikofaktor für Rückfälle. Stressbewältigungstrainings nach Kaluza (2018) beinhalten kognitive Techniken, Achtsamkeit und Verhaltenstrainings.

4. Rückfallpräventionstraining
   Rückfallprävention nach Marlatt & Donovan (2005) umfasst Strategien zur Vermeidung von Hochrisikosituationen und Umgang mit Rückschlägen.

5. Notfall- und Krisenpläne
   Krisenpläne ermöglichen es, in belastenden Situationen sofort auf definierte Strategien zurückzugreifen. (Witkiewitz et al., 2019)

6. Das reale Leben stärken – Sport, Hobbys, Kreativität & Musik
   Aktive Lebensgestaltung stärkt Lebensfreude und Selbstwirksamkeit. Sport trägt zu einer natürlichen Dopaminfreisetzung und damit zu positivem Lebensgefühl und Stressabbau bei. Hobbys und gelebte Interessen werden als sinnstiftend und motivierend erlebt. Kreativität und

Musiktherapie fördern die kognitive und emotionale Verarbeitung und können Suchtdruck reduzieren. (Buchowski et al., 2011; Stuckey & Nobel, 2010; Thoma et al., 2013)

7. Natur erleben & Abenteuer
   Naturkontakte stärken das psychische Wohlbefinden; Abenteuer fördern Selbstwirksamkeit. Hier ist der große Bereich der Erlebnispädagogik angesprochen. (Bratman et al., 2019)

8. Achtsamkeit
   Achtsamkeitstrainings (MBSR/MBCT) sind nachweislich wirksam in der Rückfallprävention. (Chiesa & Serretti, 2014)

7.3. Bindungstheoretisch

1. Bindung zuerst!
   Die Bindungstheorie (Bowlby, 1988) stellt heraus, dass sichere Bindungserfahrungen die Grundlage für emotionale Stabilität und Selbstregulation sind. Besonders in der Suchttherapie gilt: Ohne ein alternatives, tragfähiges Bindungsangebot bleibt nachhaltige Veränderung unmöglich. Menschen, die unter Sucht leiden, suchen oft unbewusst Bindung durch Substanzen (Flores, 2001).

2. Die Schicksalsgemeinschaft der Verlorenen (Zitat nach Fischer & Möller, 2018)
   Fischer & Möller betonen, dass das Lösen aus destruktiven Bindungsmustern – etwa in Täter-Sucht-Dynamiken – nur durch ein starkes alternatives Bindungsangebot möglich ist. Diese „Schicksalsgemeinschaft“ wird zu einer kollektiven Bindungserfahrung, die therapeutisch ersetzt werden muss.

3. Sicherheit herstellen
   Zentrale Bedingungen für Bindungssicherheit in der Therapie sind Ehrlichkeit, Klarheit, Transparenz, Verlässlichkeit, Eindeutigkeit und respektvoller Umgang (Brisch, 2018). Klare Grenzen und konsistente Regeln bilden das Fundament einer verlässlichen therapeutischen Beziehung.

4. Helfersystem als „schützendes Dorf“
   Systemische und bindungsbasierte Ansätze verstehen das therapeutische Umfeld als „sicheres Dorf“ – ein verlässliches, strukturgebendes Netzwerk (Carr, 2019).

5. Trennung vom Täter- und Suchtsystem
   Die Loslösung aus destruktiven Bindungen ist ein wichtiger Prozessschritt in der Suchttherapie und erfordert klare therapeutische Begleitung (Schindler, 2014).

6. Bindung als Basis aller therapeutischen Bemühungen
   Bindung wird zunehmend als der zentrale Wirkfaktor in der Psychotherapie verstanden (Norcross & Wampold, 2011). In der Suchttherapie wirkt die therapeutische Beziehung als Ersatz für dysfunktionale Bindungsmuster.

7. Voraussetzungen für korrigierende Erfahrungen
   Zum Einen geht es um das Erkennen unsicherer Bindungen: die Diagnostik unsicherer oder desorganisierter Bindungsmuster ist Grundlage für eine passgenaue Therapie (Main & Solomon, 1990). Zum Anderen braucht es Empathie, Wertschätzung, Authentizität und Feinfühligkeit. Diese können als Grundpfeiler einer heilenden Beziehung angesehen werden (Rogers, 1957; Grawe, 2001).

8. Sichere Bindungserfahrungen können eigene Bindungserfahrungen hinterfragen lassen
   Die „korrigierende emotionale Erfahrung“ (Alexander & French, 1946) ermöglicht es, frühere destruktive Bindungserfahrungen neu zu bewerten und zu verarbeiten.

9. Besonderheiten der therapeutischen Bindung bei Suchterkrankungen
   Aus bindungstheoretischer Sicht sind einige Besonderheiten zu beachten:
   - Gegenübertragung: Suchtpatienten lösen häufig Gefühle von Wut, Ekel, Enttäuschung oder Überidentifikation aus. Diese müssen bewusst reflektiert werden (Hayes et al., 2011).
   - Intensiv-distanziert: In der Begegnung mit Suchtkranken braucht es einen Balanceakt aus emotionaler Nähe und professioneller Distanz.
   - Häufige sichere Kontakte: Regelmäßige Begegnungen stärken Bindungssicherheit (Brisch, 2018).
   - Ersatz des Suchtmittels durch neue Bindungserfahrungen: Die emotionale Wirkung der therapeutischen Bindung muss die des Suchtmittels übersteigen, um wirksam zu sein (Flores, 2001).

Regeln für den Beziehungsaufbau zum Klienten

Die Beziehungsgestaltung innerhalb des bindungstheoretischen Paradigmas sollte nach Fischer & Möller (2018) klaren Regeln folgen:

- Die Konzentration liegt auf dem bindungsrelevanten Fokus, d. h. auf Themen wie Trennung, Bindungserfahrungen, Verlusten sowie Angst vor Nähe.
- Stelle Sicherheit her; wahrgenommene Unsicherheiten beim Klienten sollten angesprochen werden.
- Lasse dich als Behandler in deinem Fürsorgeverhalten emotional ansprechen.
- Wahre Flexibilität im Umgang von Nähe und Distanz.
- Beachte die innere Bühne des Klienten, d.h. es könnten auch andere Emotionen und Bedürfnisse aktiviert sein, als nach außen hin offensichtlich erkennbar sind.
- Reflektiere die therapeutische Beziehung immer wieder in Bezug auf Bindungsaspekte.
- Mache korrigierende emotionale Erfahrungen zum Thema, suche die Therapie so zu gestalten, dass diese möglich werden.
- Thematisiere Trennungen und Trennungsängste

Regeln für das Teamwork

Fischer & Möller (2018) machen deutlich, dass es besonders in der bindungsorientierten Suchtarbeit wesentlich ist, als multiprofessionelles Team gut zusammenzuarbeiten:

- Das multiprofessionelle Team, welches den Fokus auf die verschiedenen aspektuellen Ebenen richtet, ist gut zusammenzuhalten. Dabei ist zu beachten, dass das Störungsbild eine große Dynamik von Spaltung, Regression, Co-Abhängigkeit, Ohnmacht sowie Täter-Opfer-Dynamik impliziert.
- Bei desorganisierter Bindung sowie Sucht und Trauma ist mit ständig wechselnden Symptomen zu rechnen. Auch wechselnde Persönlichkeitsanteile können auftauchen.
- Auf Phänomene der Übertragung und Gegenübertragung ist zu achten.
- Bei all dem ist das Team der Garant für Sicherheit. Hier sollten z.B. väterliche und mütterliche Anteile eine Rolle spielen.

Zusätzliche Elemente

Wenn möglich, sollte eine gute Angehörigenarbeit erfolgen. Das Familiensystem sollte einbezogen werden.

Systemische Ansätze wie Familienaufstellungen und Genogrammarbeit können hier wichtige diagnostische und therapeutische Unterstützung bieten.

Scham wird thematisiert und durch Expositionsarbeit überwunden.

Geht es um den Umgang mit Schuld, sollte und darf im Vertrauen auf das Erlösungswerk Jesu ein Vergebungsprozess eingeleitet werden, der sowohl die Anerkenntnis eigener Schuld, Schritte der Wiedergutmachung, aber auch die Vergebung erlittener Schuld als wesentlicher Schritt der Befreiung von Verbitterung beinhaltet.

Das Erleben heilender Beziehungen

Neben der therapeutischen Arbeit sollte ein Neu- oder Wiedererleben gesunder alltagsnaher Beziehungen ermöglich werden:

Selbsthilfegruppen bieten tragende Gemeinschaft. Gemeinsame Unternehmungen, Familienbezüge und (neu entstehende) Freundschaften stabilisieren den Alltag. Christliche Gemeinden (Hauskreise, Jugendgruppen) schaffen spirituelle Heimat. Freizeiten können besondere erlebnispädagogische Impulse geben und ein besonders prägendes Gemeinschaftserleben vermitteln.

7.4. Spirituell

Harold G. Koenig (2012) beschreibt in seinen Studien, dass es einen sehr deutlichen positiven Zusammenhang zwischen Religiosität und seelischer und auch körperlicher Gesundheit gibt. Glaube wirkt heilsam:

- Durch Vertrauen in die Sinnhaftigkeit auch der Krankheit
- Erfahrbarkeit im Gebet
- Stärkung des Selbstwertgefühls durch den Glauben, wertvoll und geliebt zu sein
- Glaube als gelebte Beziehung
- Glaube als Horizonterweiterung und Hinwendung zum Anderen
- Weitere positive Auswirkungen fasst *Abbildung 8* zusammen

In ihrem Buch „Die Bindungsbeziehung zu Gott“ geht Sonja Friedrich-Killinger umfassend auf die Methode, den Verlauf von Forschungsstudien und die Ergebnisse der Auswirkungen einer Gottesbeziehung auf den Heilungsprozess und der Bindungsstile von Bowlby ein. Über 54% (S. 198 entwickeln eine sichere Bindung zu Gott. Dabei dienen 5 Merkmale einer Bindungsbeziehung (S. 117):

1. Aufrechterhaltung von Nähe
2. Ein sicherer Hafen
3. Eine sichere Basis
4. Stress bei Trennung (wenn Gottesferne erlebt wird)
5. Der Andere wird als stärker und weiser wahrgenommen

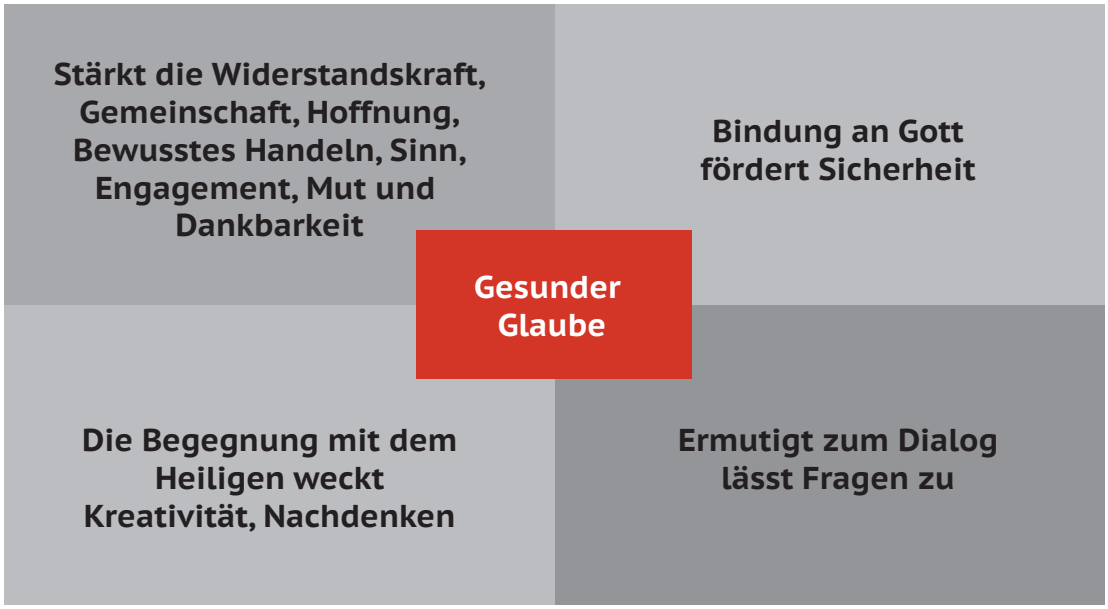


Abbildung 11: Auswirkungen gesunden Glaubens

Auch die Übertragungen erlebter Bindungsstörungen auf die Beziehung zu Gott wurden erforscht (S.197). Ebenso beschreibt L. Hersberger in seinem Buch „Heilsame Beziehungen“, wie die Grundzüge der Schematherapie sich durch Aussagen der Bibel lösungs- und bindungsorientiert ergänzen lassen.

8. Fazit und Handlungsempfehlung

„Eine sichere Bindung macht frei!“ - Zitat von Jeremy Holmes (britischer Psychotherapeut)

Theorie und Praxis zeigen deutlich, dass die Bindung zu Gott und anderen Menschen in einem therapeutischen Setting starke positive und heilende Auswirkungen auf Betroffene mit einer Suchterkrankung haben können. Folgendes Fazit möchten wir festhalten:

1. **Sucht als dysfunktionale Bindung:** Das Suchtmittel übernimmt kurzfristig Funktionen von Beruhigung, Sicherheit und Bedürfnisregulation, verdrängt jedoch tragfähige Beziehungen und verstärkt langfristig Unfreiheit und Isolation.
2. **Dysfunktionale Bindungserfahrungen prägen das Suchtrisiko wesentlich:** Unsichere und besonders desorganisierte Bindungsmuster erschweren Affektregulation, Vertrauen und Beziehungsgestaltung und erhöhen damit das Risiko einer Suchtentwicklung und insbesondere in Krisen die Rückfallgefährdung.
3. **Der Mensch wird von Gottes Wort ausgehend ganzheitlich betrachtet:** Suchterkrankungen entstehen und verfestigen sich im Zusammenwirken biologischer, psychischer, sozialer und spiritueller Faktoren; Diagnostik und Behandlung müssen daher alle diese Ebenen einbeziehen.
4. **Das „Ja!“ Gottes in Jesus Christus bildet die Grundlage für die unverlierbare Würde des Menschen und den Ausgangspunkt christlicher Lebenshilfe:** Das biblische Menschenbild verbindet Würde, Verantwortung und Beziehungsfähigkeit mit der realistischen Wahrnehmung von Gebrochenheit und eröffnet zugleich Hoffnung auf Vergebung, Veränderung und Neuanfang.
5. **Abstinenz ist ein realistisches und erstrebenswertes Therapieziel:** Besonders bei chronischer Abhängigkeit kann sie Freiheit, Selbstbestimmung und Lebenszufriedenheit fördern; sie benötigt jedoch verlässliche Beziehungen, klare Strukturen und langfristige Begleitung.
6. **Christlich-therapeutische Lebenshilfe nutzt dankbar die Erkenntnisse wissenschaftlich bewährter sucht- und psychotherapeutischer Werkzeuge:** Medizinische, psychodynamische, verhaltenstherapeutische, gesprächs- und auch logotherapeutische sowie systemische Ansätze werden aus biblisch-ganzheitlicher Sicht als Werkzeuge gesehen, die an verschiedenen Ebenen des Menschseins ansetzen und einander ergänzen können.
    a) **Die therapeutische Beziehung ist ein zentraler Wirkfaktor:** Empathie, Wertschätzung, Authentizität, Transparenz, Verlässlichkeit und angemessene Grenzen schaffen Sicherheit und ermöglichen korrigierende emotionale Erfahrungen.
    b) **Behandlung muss neurobiologische Lernprozesse berücksichtigen:** Suchtgedächtnis, automatisierte Gewohnheiten und konditionierte Auslöser bleiben nach der Entgiftung wirksam; neue Routinen, positive Alternativen und wiederholtes Training fördern nachhaltige neuroplastische Veränderungen.
    c) **Ressourcenaktivierung und Selbstwirksamkeit schützen vor Rückfällen:** Problemlösekompetenz, Emotionsregulation, soziale Fähigkeiten, Stressbewältigung, Achtsamkeit, Sport, Kreativität und sinnstiftende Aktivitäten stärken Resilienz und Lebensfreude.

d) **Rückfallprävention muss individuell und verbindlich geplant werden:** Eine systematische Gefährdungsanalyse, der Umgang mit Auslösern sowie konkrete Notfall- und Krisenpläne befähigen Betroffene, Hochrisikosituationen frühzeitig zu erkennen und verantwortlich zu bewältigen.

7. **Heilende Gemeinschaft bildet den Rahmen für die Einzeltherapie:** therapeutische Lebens- und Hausgemeinschaften sowie Angehörigenarbeit, Selbsthilfegruppen und Gemeinden bieten Zugehörigkeit, alltagsnahe Beziehungserfahrungen, soziale Lernfelder und eine tragfähige Perspektive für Teilhabe.
8. **Spirituelle Ressourcen vertiefen den Genesungsprozess:** Eine tragfähige Gottesbeziehung in Jesus Christus kann den Klienten Sinn, Hoffnung, Identität, Vergebung und einen sicheren inneren Bezugspunkt vermitteln; sie ist fachlich verantwortungsvoll, freiwillig und ohne manipulative Gesetzlichkeit einzubeziehen.
9. **ABC-Suchthilfe braucht verbindliche Qualitätsentwicklung:** Abstinenz-, bindungs- und christuszentrierte Ansätze sollten multiprofessionell umgesetzt, wissenschaftlich evaluiert, in Aus- und Weiterbildung verankert und durch langfristige Forschungs- und Versorgungskonzepte gesichert werden.

9. Quellenangaben

Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of Attachmen (1978) t: A Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Antonovsky, A. (1997). Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit (A. Franke, Ed.; A. Franke & N. Schulte, Trans.; 1st ed.). dgvt-Verlag.

Bowlby, J. (1976). Trennung: Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. FISCHER Taschenbuch.

Brisch, K.H.: „Bindung und Sucht.“ Klett-Cotta; 3. Druckaufl. 2019 edition (22 Feb. 2019)

Clouser, R. (2020). Der Mythos der religiösen Neutralität: Eine Studie zum verborgenen Einfluss des religiösen Glaubens auf Theorien. Brill.

Die Bibel - the bible: Lutherübersetzung 2017 - English standard version (M. Luther, Trans.). (2018). Deutsche Bibelgesellschaft.

Dooyeweerd, H. (2021). A new critique of theoretical thought, vol. 1. Paideia Press/Reformational Publishing Project.

Fischer, F. M., & Möller, C. (2018). Sucht, Trauma und Bindung bei Kindern und Jugendlichen. Kohlhammer.

Fonagy, P. (1998) Metakognition und Bindungsfähigkeit des Kindes. Psyche, 52, 331-368

Friedrich-Killinger, S. (2014). Die Bindungsbeziehung zu Gott: Ein dynamischer Wirkfaktor in der Therapie? (1. Aufl.). Kovac, Dr. Verlag.

Grawe, K. (2000). Psychologische Therapie (2. Aufl.). Hogrefe Verlag.

Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie (1. Aufl.). Hogrefe Verlag.

Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. Hogrefe Verlag.

Hersberger, L. (2016). Heilsame Beziehungen: Wenn christlicher Glaube und Schematherapie sich ergänzen. neobooks.

Hüther, G. (2015). Etwas mehr Hirn, bitte: Eine Einladung zur Wiederentdeckung der Freude am eigenen Denken und der Lust am gemeinsamen Gestalten. Vandenhoeck & Ruprecht.

ICD-10 Version:2019 (who.int) (abgerufen 06.04.2024, 11:50 Uhr)

Kahneman, D. (2012). Schnelles Denken, langsames Denken (T. Schmidt, Trans.; 24th ed.). Siedler.

Koenig, H., & Associate Professor of Psychiatry and Medicine Harold G Koenig. (2012). Spirituality and health research. Templeton Foundation Press.

Martin Luther, Die Bibel nach Martin Luthers Übersetzung, revidiert 2017 mit Lemmatisierung, ed. Evangelischen Kirche in Deutschland, revidierten Fassung. (Stuttgart: Deutsche Bibelgesellschaft, 2017)

Ouweneel, W. J. (1993). Psychologie: Ein bibelorientiert-wissenschaftlicher Entwurf (U. Stroppel, Übers.). Christliche Literaturverbreitung.

Pearcey, N. (2015). Finding truth: 5 Principles for unmasking atheism, secularism, and other god substitutes. Oasis Audio.

Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. E. (2013). Schematherapie (G. Plata, Trans.; 1st ed.). Junfermann Verlag.

Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (awmf.org)

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work (2. Aufl.). Routledge Member of the Taylor and Francis Group.

Wanke, K. „Sucht." Süchtiges Verhalten. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (1985).

Kirschner, Alexandra: Wirkfaktoren der Therapeutischen Gemeinschaft bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, S. 52, 2018

Vormann G. Therapeutische Gemeinschaft. In: Fengler J, editor. Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung, Therapie, Prävention. Landsberg/Lech: Ecomed; 2002. p. 555-61.

Heckmann W. Geschichte der Therapeutischen Gemeinschaften in Europa. In: Yablonsky L, editor. Die Therapeutische Gemeinschaft: Ein erfolgreicher Weg aus der Drogenabhängigkeit. Weinheim: Beltz; 1990. p. 11-28.

De Leon G. The therapeutic community: theory, model and method. New York: Springer Publishing Company; 2000.

Vanderplasschen W, Vandevelde S, Broekaert E. Therapeutic communities for treating addictions in Europe: evidence, current practices and future challenges. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014.

Dietrich Bonhoeffer, „Gemeinsames Leben", 4. Auflage 2016

Friedrich-Killinger S. Die Bindungsbeziehung zu Gott – Ein dynamischer Wirkfaktor in der Therapie?, Verlag Dr. Kovac 2014

10. Erweitertes Literaturverzeichnis

10.1. Psychotherapie und Suchtbehandlung

Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Hogrefe Verlag.

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work (2nd ed.). Routledge.

Lindenmeyer, J. (2023). Therapie der Alkoholabhängigkeit. Springer.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). Motivational Interviewing: Helping People Change (3rd ed.). Guilford Press.

Möller, H.-J., Laux, G., & Deister, A. (Hrsg.). (2017). Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Thieme Verlag.

Orford, J. (2019). The Addiction Treatment Gap: Understanding the Problem and Implementing Solutions. Wiley-Blackwell.

10.2. Neurobiologie der Sucht

Hüther, G. (2015). Etwas mehr Hirn, bitte! Vandenhoeck & Ruprecht.

Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. The Lancet Psychiatry, 3(8), 760–773.

Everitt, B. J., & Robbins, T. W. (2016). Drug addiction: updating actions to habits to compulsions ten years on. Annual Review of Psychology, 67, 23-50.

Lüscher, C., Robbins, T. W., & Everitt, B. J. (2020). The transition to compulsion in addiction. Nature Reviews Neuroscience, 21(5), 247-263.

Nestler, E. J. (2013). Cellular basis of memory for addiction. Dialogues in Clinical Neuroscience, 15(4), 431–443.

Volkow, N. D., & Morales, M. (2015). The brain on drugs: from reward to addiction. Cell, 162(4), 712–725.

10.3. Bindungstheorie und Bindungsstörungen

Bowlby, J. (1973). Attachment and Loss. Vol. 2: Separation. Hogarth Press.

Ainsworth, M. D. S., et al. (1978). Patterns of Attachment. Erlbaum.

Brisch, K. H. (2018). Bindungsstörungen: Grundlagen, Diagnostik und Therapie. Klett-Cotta.

Schore, A. N. (2015). Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development. Routledge.

Fonagy, P., & Target, M. (2007). The mentalization-focused approach to self-pathology. Development and Psychopathology, 19(4), 1147–1167.

Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying disorganized/disoriented infants. In Greenberg, Cicchetti & Cummings (Eds.), Attachment in the preschool years (pp. 121–160).

10.4. Risikofaktoren & Resilienz

Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. DGVT-Verlag.

Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. Development and Psychopathology, 24(2), 335–344.

Masten, A. S. (2014). Ordinary Magic: Resilience in Development. Guilford Press.

Werner, E. E. (1995). Resilience in development. Current Directions in Psychological Science, 4(3), 81–85.

Southwick, S. M., et al. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges. European Journal of Psychotraumatology, 5.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience. Child Development, 71(3), 543–562.

10.5. Spirituelle Aspekte in der Psychotherapie und Suchtbehandlung

Koenig, H. G., et al. (2012). Handbook of Religion and Health (2nd ed.). Oxford University Press.

Pargament, K. I. (2007). Spiritually Integrated Psychotherapy. Guilford Press.

Richards, P. S., & Bergin, A. E. (2004). Casebook for a Spiritual Strategy in Counseling and Psychotherapy. American Psychological Association.

Wachholtz, A. B., & Pargament, K. I. (2005). Is spirituality a critical ingredient of addiction recovery? Substance Use & Misuse, 40(7), 1027–1041.

Kelly, J. F., & Greene, M. C. (2014). Beyond motivation: initial validation of the commitment to sobriety scale. Journal of Substance Abuse Treatment, 46(2), 257–263.

Cook, C. C. H. (2004). Addiction and spirituality. Addiction, 99(5), 539–551.

10.6. Schematherapie und integrative Ansätze

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). Schematherapie. Junfermann Verlag.

Arntz, A., & Jacob, G. (2013). Schema Therapy in Practice: An Introductory Guide to the Schema Mode Approach. Wiley-Blackwell.

van Genderen, H., Rijkeboer, M., & Arntz, A. (2012). Theoretical model of schema therapy. In: Schema Therapy for Borderline Personality Disorder (pp. 31-45).

Bernstein, D. P., et al. (2012). Schema therapy for forensic patients with personality disorders. Criminal Behaviour and Mental Health, 22(3), 213–232.

Lockwood, G., Perris, C., & Taube-Schiff, M. (2012). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders. Journal of Anxiety Disorders, 26(3), 377–383.

Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. E. (2011). Schema Therapy: Distinctive Features. Routledge.

Kontaktmöglichkeiten:

Dietmar Kemmann
Lt. Psychologe Diakonie KH Harz
Dietmar.Kemmann@diako-harz.de

Michael Lenzen
Sozialtherapeut Neues Land e.V.
m.lenzen@neuesland.de

ACL Geschäftsstelle
+49 5572 948 2510
info@acl-deutschland.de