

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform

POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold,
Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St.
Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

(Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper** † 26.9.2020, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Hückeswagen)

1972 – 2022 > 50 Jahre FPI und 40 Jahre EAG > Integrative Therapie, Agogik, Kulturarbeit
und Öko-care

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 09/2026

Leistungssensible Suchttherapie (LST) als ergänzende
Methode zur Integrativen Suchttherapie

*Andrea Bärtschi, Schweiz**

* Aus der „Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie“ (SEAG). Die SEAG bietet u.a. eine akkreditierte Postgraduale Weiterbildung für Integrative Psychotherapie an. Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dr. phil. Katharina Rast-Pupato, lic. phil. Lotti Müller, MSc. mail-to: info@integrative-therapie-seag.ch; oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: www.integrative-therapie-seag.ch, EAG-Weiterbildung ‚Integrative Psychotherapie‘. Betreuerin/Gutachter: Ulrike Mathias, Dipl.-Päd. / Prof. Dr. Hilarion G. Petzold.

Inhaltsverzeichnis

1. Abkürzungen
2. Einleitung
 - 2.1 Ziel, Aufbau und Motivation der Arbeit
 - 2.2 Abhängigkeitserkrankung und Rückfall
 - 2.2.1 Definition von Abhängigkeitserkrankung und Behandlung
 - 2.2.2 Neurobiologische Grundlagen der Abhängigkeitserkrankung
3. Leistungssensible Suchttherapie (LST)
 - 3.1 Die Grundlagen der LST
 - 3.1.1 Der Leistungssensible Gedanken
 - 3.1.2 Die Gummibandanalgie
 - 3.1.3 Die Flugzeuganalgie
 - 3.1.4 Die Grundbausteine der LST
 - 3.2 Die Theorie der LST
 - 3.2.1 Stigmatisierung, Scham und Abhängigkeitserkrankung
 - 3.2.2 Leistungssensibilität und Stolz vs Stigmatisierung und Scham
 - 3.2.3 Das Erklärungsmodell nach Fleckenstein, Fleckenstein-Heer und Lüddeckens
 - 3.2.4 Selbstmitgefühl
 - 3.3 Die Wirksamkeit und Relevanz der LST
 - 3.4 Vorstellung des Therapieprogramms
 - 3.4.1 Erste Gruppensitzung: Haltung
 - 3.4.2 Zweite Gruppensitzung: Ehrlichkeit und Transparenz
 - 3.4.3 Dritte Gruppensitzung: Einbezug nahestehender Personen
 - 3.4.4 Vierte Gruppensitzung: Selbstmitgefühl
 - 3.4.5 Kurzinterventionen
4. Integrative Suchttherapie
 - 4.1 Relevante theoretische Konzepte
 - 4.2 Behandlungsmodelle und -methoden
5. LST als ergänzende Methode der Integrativen Suchttherapie
 - 5.1 Tree of Science
 - 5.2 Diskurs zur Konnektivierung der LST
6. Fazit und weitere mögliche Praxisformen/Anwendungsgebiete
7. Zusammenfassung / Summary
8. Literatur

Abbildungsverzeichnis

- **Abbildung 1** Diagnostische Kriterien für Abhängigkeit und das Abhängigkeitssyndrom in ICD-11 und ICD 19
- **Abbildung 2:** Transtheoretical modell (TTM) nach Prochaska&Di Clemente
- **Abbildung 3:** Dopaminergen Bahnen des Belohnungssystems
- **Abbildung 4:** Die Gummiband analogie
- **Abbildung 5:** Die 4 Wege der Heilung und Förderung
- **Abbildung 6:** Tree of Science

Zum Start eine kurze Geschichte, die hilft zu verstehen und Hoffnung schenkt.

*"Ich gehe die Strasse entlang.
Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig.
Ich falle hinein.
Ich bin verloren – ich bin ohne Hoffnung.
Es ist nicht meine Schuld.
Es dauert endlos, wieder herauszukommen.*

*Ich gehe dieselbe Strasse entlang.
Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig.
Ich tue so, als sähe ich es nicht.
Ich falle wieder hinein.
Ich kann nicht glauben, schon wieder am gleichen Ort zu sein.
Aber es ist nicht meine Schuld.
Immer noch dauert es lange, herauszukommen.*

*Ich gehe dieselbe Strasse entlang.
Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig.
Ich sehe es. Ich falle immer noch hinein – aus Gewohnheit –
Meine Augen sind offen. Ich weiss, wo ich bin.
Es ist meine Schuld.
Ich komme sofort heraus.*

*Ich gehe dieselbe Strasse entlang.
Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig.
Ich gehe drum herum.*

Ich gehe eine andere Strasse ..."

Sogyal Rinpoche

1. ABKÜRZUNGEN

LST – Leistungssensible Suchttherapie

IT – *Integrative Therapie*

MI – Motivational Interviewing (Motivierende Gesprächsführung)

2. EINLEITUNG

Abhängigkeit¹ ist eine komplexe Erkrankung, ein bio-psychosoziales Phänomen, welches Auswirkungen auf den Menschen² als Ganzes hat inklusive seines sozialen Umfeldes und seiner sozialen Integration. Abhängigkeit entsteht aufgrund individueller Veranlagungen, persönlicher Geschichte und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen (BAG, 2025). Schätzungen gehen davon aus, dass in der Schweiz etwa 50`000 Menschen Beratung oder Behandlung in Anspruch nehmen aufgrund einer Abhängigkeitsproblematik (BAG, 2022). Bei rund einem Fünftel aller Menschen, welche 2022 in einer psychiatrischen Klinik in der Schweiz behandelt wurden, war ein problematischer Substanzkonsum das Hauptproblem (BFS, 2024). Genauere Angaben wie viele Menschen an einer Abhängigkeit leiden, gibt es keine, da viele Menschen keine bzw. noch keine Hilfe beanspruchen. Abhängigkeit kann für die Betroffenen markante soziale Folgen haben, wie Arbeitslosigkeit, Fürsorgeabhängigkeit, Verschuldung, instabile Wohnsituationen oder gar frühzeitigem Tod (BAG, 2025). Zudem kann es zu erhöhten gesellschaftlichen Kosten kommen, wie Ausgaben im Gesundheitswesen, Kosten aufgrund von Produktivitätsverlusten und Kriminalität (Information aus BAG, 2025).

Wenn sich Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung (Betroffene³) in stationäre Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung begeben, haben die meisten bereits einen langen Weg hinter sich mit mehreren (gescheiterten) Versuchen abstinent zu werden. Die Betroffenen haben die Kontrolle über ihren Konsum verloren, was für sie meistens zutiefst beschämend ist. Ihre Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen befinden sich an einem Tiefpunkt. Für die Betroffenen ist ein würdevoller, sensibler

¹ In dieser Arbeit wird grundsätzlich der Begriff Abhängigkeit verwendet und wird auch als Synonym zum Begriff Sucht gebraucht. Definition siehe unter Kapitel 2.2.1

² Weibliche, männliche oder neutrale Formen werden stellvertretend füreinander verwendet.

³ Betroffene oder betroffene Menschen wird als Synonym für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung verwendet.

und kompetenter Umgang mit dieser Situation wichtig und entlastend (*Fleckenstein et al., 2020*).

Der leistungssensible Gedanke der LST (*Fleckenstein et al., 2020*) setzt bei der Beobachtung an, dass viele Betroffene, sich während einer stationären Therapie intensiv mit ihren Lebensumständen und ihrer Biografie auseinandersetzen und währenddessen abstinenter bleiben können. Es gelingt ihnen jedoch nicht stolz auf ihre Leistung sein, da Abstinenz als Selbstverständlichkeit angeschaut wird. Nach Austritt aus dem stationären Setting erleben manche Rückfälle in ihr altes Konsumverhalten, was dann in Folge oft zu einem weiteren stationären Aufenthalt führt. Das wiederum verstärkt Schamgefühle, weswegen viele Betroffene versuchen ihre Krankheit zu verstecken. Die LST beruht auf der Überzeugung, dass das Sehen und Würdigen der vollbringenden und bereits vollbrachten Leistungen im Suchtausstiegsprozess und in der Aufrechterhaltung der Abstinenz massgeblich zum Gelingen der Abstinenzleistung beiträgt. Eine Haltung von Stolz und Ehrlichkeit wird als Alternative für Scham, Bagatellisierung und/oder Verleugnung angeboten.

2.1 Ziel, Aufbau und Motivation der Arbeit

Ziel der Arbeit ist es, das Therapieprogramm von *Fleckenstein* und *Fleckenstein-Heer* (*Fleckenstein et al., 2020*) vorzustellen, wie auch deren Relevanz und Erfolge in der Suchttherapie aufzuzeigen und zu diskutieren inwiefern, dieses Programm eine ergänzende Praxeologie zur Integrativen Suchttherapie darstellen könnte. Dabei werden verschiedene Konzepte und mögliche Anknüpfungspunkte überprüft.

Im Kapitel der theoretischen Grundlagen der Abhängigkeitserkrankung wird diese nach ICD-10 und ICD-11 definiert und es werden kurz Grundlagen zur Behandlung der Abhängigkeitserkrankung, wie auch dem Rückfallgeschehen umrissen. Das 3. Kapitel wird der LST gewidmet. Dabei werden Theorie der LST vorgestellt, wie auch auf deren Wirksamkeit und Erfolge. Im Anschluss wird das Therapieprogramm bestehend aus 4 Modulen (Haltung, Ehrlichkeit und Transparenz, Einbezug nahestehender Personen, Selbstmitgefühl) und mögliche Kurzinterventionen ausgeführt. Im 4. Kapitel geht es um die Integrativen Suchttherapie, damit verknüpfte theoretische Konzepte der IT und bestehende Behandlungsmodelle und Methoden. Im Anschluss werden mögliche Punkte der Konnektivierung herausgearbeitet und

reflektiert, inwiefern LST eine ergänzende Methode zur IT sein kann. Zuletzt werden weitere mögliche Praxisformen der LST aufgezeigt.

2.2 Theoretische Grundlagen der Abhängigkeitserkrankung

2.2.1 Definition von Abhängigkeitserkrankung und Behandlung

Das ICD-10 definiert Abhängigkeit bzw. das Abhängigkeitssyndrom als eine psychische und/oder Verhaltensstörung, die durch wiederholten Konsum von psychoaktiven Substanzen oder durch nicht stoffgebundene Verhaltensweisen entsteht. Der Vollständigkeit entsprechend wird ein kurzer Überblick über die diagnostischen Kriterien für Abhängigkeit und Abhängigkeitssyndrom im ICD 11 respektive ICD 10 in untenstehender Tabelle dargestellt.

ICD-11 Abhängigkeit	ICD-10 Abhängigkeitssyndrom
Die Diagnose erfordert, dass 2 oder mehr der 3 zentralen Kriterien über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten bestehen, kann aber auch gestellt werden, wenn die Substanz mindestens einen Monat kontinuierlich (täglich oder fast täglich) konsumiert wird	Um die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms stellen zu können, müssen 3 oder mehr Kriterien mindestens einen Monat lang gleichzeitig oder wiederholt innerhalb von 12 Monaten vorhanden sein
1 Beeinträchtigte Kontrolle über den Substanzkonsum – Bezogen auf Beginn, Menge und Umstände oder Ende des Konsums. Wird oft, aber nicht notwendigerweise von subjektiven Empfindungen von Drang oder Verlangen, die Substanz zu konsumieren, begleitet	1 Ein starkes Verlangen („craving“) oder eine Art Zwang, die Substanzen zu konsumieren
	2 Verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, d. h. über Beginn, Beendigung oder die Menge des Konsums, deutlich daran, dass oft mehr von der Substanz oder über einen längeren Zeitraum konsumiert wird als geplant, oder an dem anhaltenden Wunsch oder an erfolglosen Versuchen, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren

ICD-11 Abhängigkeit	ICD-10 Abhängigkeitssyndrom
<p>2 Physiologische Merkmale (indikativ für substanzbezogene Neuroadaptation) manifestiert sich als:</p> <p>(i) Toleranz, (ii) Entzugerscheinungen nach Konsumstopp oder -reduktion oder (iii) wiederholter Konsum der Substanz, um Entzugerscheinungen zu mindern oder zu verhindern</p> <p>Entzugerscheinungen müssen dem Entzugssyndrom der Substanz entsprechen und sind nicht auf anhaltende Substanzeffekte zurückzuführen</p>	<p>3 Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz. Für eine Intoxikation oder um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen grössere Mengen der Substanz konsumiert werden, oder es treten bei fortgesetztem Konsum derselben Menge deutlich geringere Effekte auf</p>
<p>3 Substanzkonsum wird fortschreitend zur Priorität im Leben, d. B., dass die Substanz Vorrang über andere Interessen, Vergnügungen, alltägliche Aktivitäten, Verpflichtungen oder der Gesundheitspflege oder persönlichen Pflege erhält. Der Substanzkonsum nimmt zunehmend eine zentrale Rolle im Leben der Person ein und verschiebt andere Aspekte des Lebens in die Peripherie und wird oft trotz des Auftretens von Problemen fortgeführt</p>	<p>4 Ein körperliches Entzugssyndrom, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird, mit den für die Substanz typischen Entzugssymptomen oder auch nachweisbar durch den Gebrauch derselben oder einer sehr ähnlichen Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden</p>
	<p>5 Einengung auf den Substanzgebrauch, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügungen oder Interessensbereiche wegen des Substanzgebrauchs; oder es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu bekommen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen</p>
	<p>6 Anhaltender Konsum trotz eindeutiger schädlicher Folgen, deutlich an dem fortgesetzten Gebrauch, obwohl der Betreffende sich über Art und Ausmass des Schadens bewusst ist oder bewusst sein könnte</p>

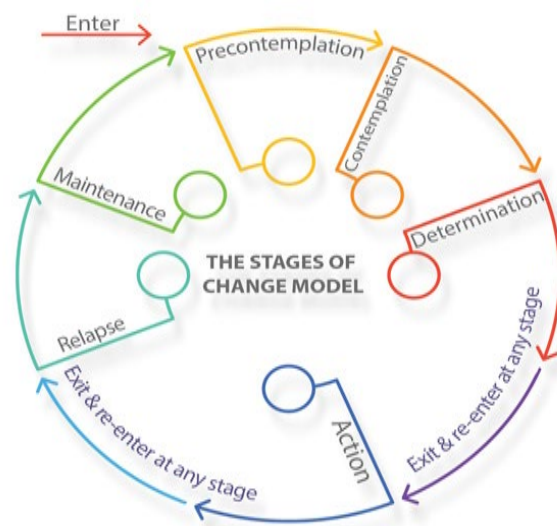
Abb. 1: Diagnostische Kriterien für Abhängigkeit und das Abhängigkeitssyndrom in ICD-11 und ICD 10 (übernommen aus *Heinz et al. 2022*. Es handelt sich dabei um keine offizielle Übersetzung.

Die Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung ist komplex. Die Behandlungs- und Beratungsangebote richten sich am Bedarf und an den Bedürfnissen der betroffenen Menschen und ihren individuellen Behandlungszielen aus. Eine interdisziplinäre

Zusammenarbeit zwischen Hausarztmedizin, psychosozialen, medizinisch-psychiatrisch, psychotherapeutisch und sozialtherapeutischen oder Selbsthilfeangebote ist dabei im Fokus. Ein Miteinbezug von Sozialhilfe, Arbeitslosen- und Invalidenversicherung oder Strafvollzug ist ebenfalls relevant (BAG, 2025). Ziel einer Behandlung ist es die Betroffenen darin zu unterstützen, die Kontrolle über ihre Abhängigkeit wiederzuerlangen oder ihnen gar einen nachhaltigen Ausstieg zu ermöglichen und dadurch eine Verbesserung der Lebensqualität, der körperlichen und psychischen Verfassung der Betroffenen sowie deren soziale und berufliche (Re-)Integration zu erreichen (BAG, 2025). Dem *State of Art Facts Sheet* (Fosumos, 2025) in der Suchtmedizin ist zu entnehmen, dass die Grundhaltung und Kommunikation mit den Betroffenen während der Behandlung von zentraler Wichtigkeit sind. MI wird darin als wirksame Methode beschrieben, wie auch eine akzeptierende Haltung. Zudem sind die Interventionen entsprechend den Phasen der Veränderung (Prochaska & Di Clemente, 1986), in welcher sich Betroffene befinden, zu wählen. Therapie funktioniert nämlich am besten, wenn sowohl Therapeutin wie auch Betroffene sich auf dieselbe Phase der Veränderung fokussieren und darin die geeigneten Methoden und Techniken anwenden. Wenn unterschiedliche Phasen fokussiert werden, kann es schnell zu Widerstand, Überforderung oder Abwehr seitens von Betroffenen führen.

Bei den Phasen handelt es sich um ein transtheoretisches Modell von Prochaska und Di Clemente (Prochaska & Di Clemente 1986), welches entwickelt wurde im Zusammenhang mit Patienten mit einer Abhängigkeit. Die Autoren postulieren einen spiralförmigen Durchlauf der Stufen, der sich in mehreren Schleifen vollziehen kann. Es ist also möglich, von höheren Stufen auf niedrigere zurückzufallen. Je nach Stufe werden laut transtheoretischem Modell unterschiedliche Veränderungsprozesse wirksam. Hieraus werden an die Stufen angepasste Interventionsvorschläge für Therapeuten abgeleitet wie z. B. Sensibilisierung in Precontemplation und Stimuluskontrolle in Action. Dabei beschreibt es 5 Phasen der Veränderung, die die Bereitschaft bewertet, neue Verhaltensweisen umzusetzen und Strategien zur Unterstützung dessen anzuwenden. Dabei sind das Erleben des Veränderungsprozess, das Finden einer Entscheidung und Selbstwirksamkeit zentrale Konstrukte und tragen zu Verhaltensänderung bei. In Folge werden diese Phasen vorgestellt.

1. **Phase der Absichtslosigkeit (Precontemplation):** Personen denken nicht über Veränderung des problematischen Verhaltens oder sie sind sich dessen (noch) nicht bewusst.
2. **Phase der Absichtsbildung (Contemplation):** Reflektieren über das problematische Verhalten. Erkenntnis des Zusammenhangs von eigenen Problemen und Substanzkonsum, Evaluieren von Pro und Kontra der Veränderung.
3. **Phase der Vorbereitung (Determination):** Ziele werden gesetzt, konkrete Planung der Verhaltensänderung. Diese Phase wurde im Verlauf (1991) ergänzt.
4. **Phase der Handlung (Action):** Vollzug der Verhaltensänderung, Umsetzung von Zielen, Bereitschaft Hilfe anzunehmen.
5. **Phase der Aufrechterhaltung (Maintenance):** Das problematische Verhalten ist seit einem längeren Zeitraum nicht mehr vorhanden, Rückfälle werden vermieden (Heilung als Ausstieg), Integration im Alltag.
6. **Rückfall (Relapse):** alte Verhaltensmuster tauchen wieder auf, Probleme werden gesehen.



95

Abb. 2: Transtheoretical model nach *Prochaska & Di Clemente* [Change Maker](#)
[James Prochaska](#) | [Transtheoretical Model](#)

LST greift in der Phase der Aktion als Praxeologie, welche in Suchtentzugs- und Entwöhnungskliniken installiert wurde. Rückfälle in das alte Verhaltensmuster geschehen dabei häufig und stellen keine Ausnahme dar, jedoch geben die

wenigsten Betroffenen danach auf, sondern kommen zurück in die Phase der Absichtsbildung, Vorbereitung oder direkt in die Handlung (in *Prochaska & Di Clemente*, 1986).

2.2.2 Neurobiologische Grundlage der Abhängigkeitserkrankung

Neurobiologische Grundlagen tragen zum Verständnis der Abhängigkeit und somit dem Verständnis zur Aufrechterhaltung der Abstinenz bei. Mehrere Systeme sind bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Abhängigkeit beteiligt (*Yalachkov et al.*, 2012). Eine zentrale Funktion dabei hat ein bestimmter Teil des limbischen Systems. Beim limbischen System handelt es sich um ein Netzwerk von Nervenbahnen. Dazugehörige Strukturen sind der Hippocampus (Funktion: Speicherung von erfahrungsbasierten Gedächtnisinhalten), die Amygdala (Funktion: Emotionale Bewertung eines Ereignisses), der Hypothalamus (Funktion: zentrale Rolle bei der Steuerung der Körperfunktionen), sowie der Präfrontale Kortex (Funktion: Kognitive Funktion bei der Planung, Motivation und Entscheidungsfindung, Impulskontrolle). Es beeinflusst zudem das endokrine System (Hormonsekretion), wie auch das autonome Nervensystem. Es handelt sich entwicklungs geschichtlich um eines der ältesten Hirnstrukturen und es hat die zentrale Funktion zur Aufrechterhaltung der Art, wie Fortpflanzung, Nahrungsaufnahme oder Verteidigung. Im limbischen System werden also unterschiedliche Informationen von verschiedenen Hirnstrukturen verarbeitet, mit dem Ziel, der Situation entsprechend geeignetes Verhalten zur Sicherung des Überlebens auszuführen (*SSAM*, 2009). Der zentrale Teil im limbischen System, welcher bei allen Suchtmitteln aktiviert wird, ist das Belohnungssystem⁴. Dabei handelt es sich um dopaminerge Nervenbahnen im Gehirn, welche von der Area tegmentalis ventralis im Mittelhirn zu limbischen Strukturen wie dem Nucleus accumbens, der Amygdala und dem Hippocampus führen und in Verbindung steht mit dem mesocorticalen System, welches von der Area tegmentalis zum Frontallappen verläuft (siehe Abbildung 3). In dieser Struktur laufen Informationen über den Befriedigungsgrad der Grundbedürfnisse, wie zum Bsp. Nahrungsaufnahme, Atmung, soziale Kontakte, Sexualität, körperliche Unversehrtheit und weitere, zusammen. Dadurch werden für den Menschen wichtige Handlungen ermittelt und verstärkt, damit sie auch künftig in derselben Situation

⁴ Damit ist das mesolimbische System gemeint.

ausgeführt werden (SSAM, 2009). Beispiel: Eine Person geht in ein neues Restaurant. Die Speisen, die Atmosphäre und die zuvorkommende Bedienung sagen ihr so sehr zu, dass ihr Belohnungssystem stimuliert wird und ein Lernsignal aussendet. Dank dieses Signals prägt sie sich ein, dass die Konsequenz ihrer Handlung äusserst positiv ist, was sie zu einem erneuten Restaurantbesuch bewegen könnte.

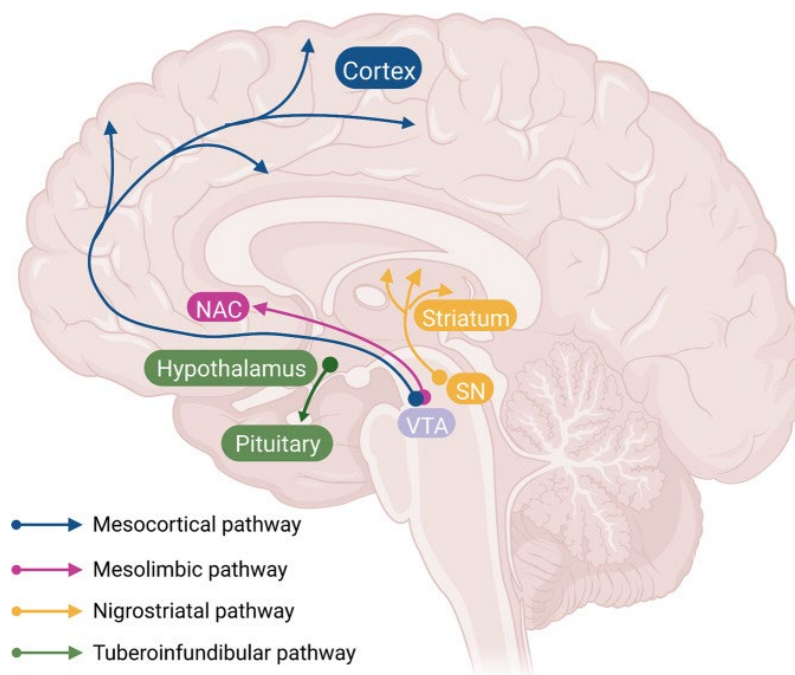


Abb.3: Die Abbildung zeigt die dopaminergen Bahnen im Gehirn. In der Abhängigkeit spielen sowohl die mesokortikale Bahn (blau), welche von dopaminergen Neuronen im ventralen Tegmentum (VTA) zum Kortex führen und die mesolimbische Bahn (rot), welche vom VTA zum Nucleus accumbens (NAC) führt, eine zentrale Rolle (aus Xu & Yang, 2022).

Dopamin ist der zentrale Botenstoff des Belohnungssystems (Yalachkov et al., 2012). Die Aktivität der Dopamin-produzierenden Nervenzellen des Belohnungssystems ist stark erhöht, wenn eine Belohnung erhalten wird, die nicht vorausgesehen werden kann. Wenn die Belohnung vorausgesehen wird, aktivieren sich die dopaminergen Neuronen in normalem Mass. Wenn keine Belohnung kommt, verringert sich die Aktivität der dopaminergen Neuronen deutlich, und die Dopaminkonzentration fällt unter den normalen Wert. Dopamin informiert auf diese Weise das Nervensystem über eine Abweichung zwischen der erwarteten und der tatsächlich erhaltenen Belohnung. Anders als lange Zeit angenommen, ist Dopamin demzufolge nicht für die hedonistischen Zustände verantwortlich, sondern kommt vielmehr einem

Lernsignal gleich, das mit einer Belohnung in einer bestimmten Situation verbunden ist. Dies würde bedeuten, dass das Dopamin das Herausragende (Salience) oder die Bedeutung eines Ereignisses oder eines Verhaltens signalisiert (SSAM, 2009; *Yalachkov et al.*, 2012). Psychoaktive Substanzen, welche zu Abhängigkeit führen, wirken genau in diesem Schaltkreis. Neurobiologische Modelle über die Rolle von Dopamin bei der Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen betonen den Einfluss auf Anreizmotivation und auf Lernprozesse (*Robinson & Berridge*, 2016).

Psychotrope Substanzen haben demnach dieselbe Wirkung auf das Belohnungssystem, wie biologische Stimuli – nur viel stärker. Dopamin wird durch Einnahme von psychotropen Substanzen überdauernd sensitiviert. Gemäss der Anreiz-Sensitivierung-Theorie, Theorie der positiven Verstärkung, der Abhängigkeit (*Robinson & Berridge*, 2008) ist nicht das durch die psychotropen Substanzen bewirkte Wohlbefinden, sondern, der "positive Anreizwert" (die Antizipation des Wohlbefindens) die Grundlage der Abhängigkeit. Folge davon sind einerseits auf neuronaler Ebene erhöhte Dopaminausschüttung, einer strukturellen Veränderung mesolimbischer Neuronen, sowie Veränderung anderer Neurotransmittersysteme. Funktionell bedeutet es, dass substanzbezogene Reize, wie Flaschen, Spritzen, Zigaretten, Kontextreize (zum Bsp. Geruch, Konsumort, etc.) eine immer grössere Wichtigkeit und damit Anreizsalienz zugeschrieben wird. Betroffene erleben ein immer stärkeres Verlangen nach dem Suchtmittel, sie reagieren hinsichtlich des Suchtmittels nicht mehr willentlich und zielgeleitet, sondern zwanghaft und gesteuert durch Umgebungsreize. Das Belohnungssystem wird hyperreaktiv auf substanzbezogene Reize und Kontexte, was Betroffenen oft nicht bewusst wird. Anreiz-Sensitivierung scheint eine langanhaltende Veränderung des neuronalen Motivationssystems zu sein, welche auch nach Beendigung des Substanzkonsums anhält. Dies zeigt sich eindrücklich an Beispielen von Menschen, welche nach mehrjähriger Abstinenz bei einem Ausrutscher diesen Mechanismus reaktivieren und sehr schnell wieder intensives Verlangen verspüren. Es ist noch nicht geklärt, ob sie vollständig reversibel ist. Eine weitere Folge davon ist, dass natürliche Verstärker, wie soziale Kontakte, Essen usw. an Bedeutung verlieren. Das neuronale Motivationssystem stumpft gegenüber weniger intensiver Reizen ab (*Yalachkov et al.*, 2012). Diese Hyperreagibilität des Belohnungssystems wird in der LST mit zwei Metaphern/Analogien dargestellt, mit der Gummibandanalgie und die Metapher der Anziehungskraft zwischen Flugzeug und Erde (Siehe im Kapitel 3.1).

3. LEISTUNGSSENSIBLE SUCHTTHERAPIE

3.1 Die Grundlagen der LST

Bei der LST handelt es sich um ein Kurzinterventionsmodul (Sicherheit durch Haltung), das zur Ergänzung zur qualifizierten Entzugsbehandlung und Entwöhnungstherapien erarbeitet wurde. Der Schwerpunkt der LST liegt auf einer Haltungsänderung gegenüber der Abhängigkeitserkrankung. Im Rahmen von vier Gruppensitzungen wird eine „leistungssensible“ Haltung implementiert. Der Einbezug nahestehender Personen spielt dabei eine zentrale Rolle, um die oft langjährigen Abstinenzbemühungen der Betroffenen zu würdigen und mit der tragenden positiven Emotion Stolz zu verknüpfen. Die Idee der LST entstand aus der Beobachtung, dass Betroffene einer Abhängigkeitserkrankung eine erfolgreiche Therapie absolvieren und sich dabei intensiv mit ihren Gefühlen, ihren Lebensumständen und Geschichte auseinandersetzen, jedoch nicht stolz darauf sein können. Die Menschen gehen davon aus, dass Abstinenz eine Selbstverständlichkeit ist. Betroffene schämen sich teilweise gar eine Behandlung in Anspruch zu nehmen. Während oder auch erst nach der Therapie sind Betroffene oft mit Konsumereignissen oder gar Rückfällen konfrontiert, was oft als Scheitern angesehen wird. Die steht im Kontrast zur Leistung, welche Betroffene erbringen müssen, um die Abstinenz zu erreichen und aufrecht zu erhalten. Die LST beruht auf der Überzeugung, dass das Anerkennen und Würdigen der vollbringenden und bereits vollbrachten Leistung im Suchtausstiegsprozess und in der Aufrechterhaltung der Abstinenz massgeblich zum Gelingen einer Abstinenzleistung beiträgt. Dabei ist eine von Stolz und Ehrlichkeit geprägte Haltung eine Alternative zu einer von Scham, Bagatellisierung und/oder Verleugnung geprägter Haltung. (*Fleckenstein et al. 2020*)

3.1.1 Der Leistungssensible Gedanke

Fleckenstein et al. (2020) definiert Leistung als die erbrachte Anstrengung, welche Menschen mit Abhängigkeit erbringen, wenn sie die Abstinenz aufrechterhalten bzw. Konsum- und Verhaltenskontrolle erreichen bzw. aufrechterhalten. Sie befürchten und erleben oft Kontrollverlust und kämpfen gegen diesen an. Wenn sie die Kontrolle verlieren, sind sie oft zutiefst beschämt und versuchen oft die Umstände vor ihrem Umfeld zu verbergen. Dies oft auch mit guten Gründen, denn auch das Umfeld ist

stark belastet und hat oft mit Gefühlen von Ohnmacht, Angst, Hilflosigkeit, Scham, Schuld und auch Wut zu kämpfen. Das bedeutet, dass auch nahestehende Personen Leistungserbringer sind. Ihre Leistungen werden jedoch noch seltener gewürdigt. Oft bestehen auch Konflikte im Zusammenhang mit der Erkrankung der Betroffenen, so dass gegenseitige Würdigung kaum stattfindet.

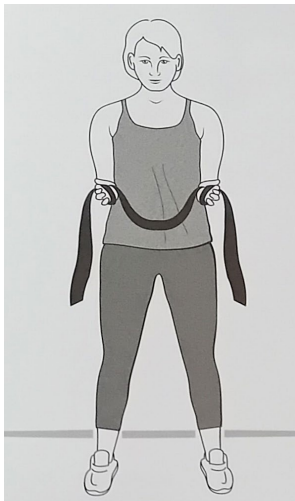
Beim Beginn des Suchtausstiegsprozesses besteht also oft die Situation, dass sowohl Betroffene als auch ihre nahestehenden Personen Höchstleistungen erbringen müssen. *Fleckenstein et al. (2020)* vergleicht dabei diese Anstrengungen mit Höchstleistungen, welche in anderen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens erbracht werden, wie zum Bsp. beim Sport oder bei der Kunst und wie die Menschen in diesem Bereich nach den erbrachten Leistungen Anerkennung bekommen (zum Bsp. Applaus nach einem Konzert), wie auch Lob, Würdigung und dass diese Menschen auch stolz auf ihre vollbrachten Leistungen sind. Auch sie haben monate- oder jahrelang auf diese Erfolge hingearbeitet.

Damit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung ihre Leistungen besser würdigen können, hat Fleckenstein zwei verschiedene Analogien erarbeitet, welche nachfolgend vorgestellt werden.

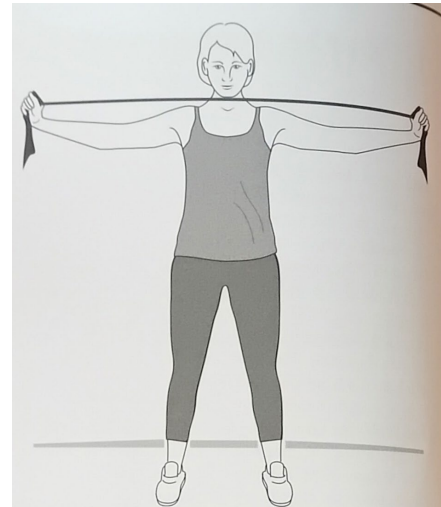
3.1.2 Die Gummibandanalogie (aus *Fleckenstein et al. 2020*)

Zentral ist die Unterscheidung, dass wenn Betroffene und Nicht-Betroffene von Abstinenz reden, sie zwar vom selben Begriff, jedoch nicht vom selben Zustand sprechen. Dieser Unterschied wird anhand der Gummibandanalogie dargestellt: Das Gummiband (dargestellt mit einem Gymnastiktheraband) wird dabei symbolisch verwendet. Man stellt sich vor, dass das menschliche Gehirn, kein komplexes System wäre, sondern ein einfacher Muskel, welcher mit dem Gummiband dargestellt wird. Im Konsumzustand (Normalzustand bei Betroffenen) ist das Gummiband entspannt, so wie ein Muskel in Ruhe. Wenn Betroffene abstinent bleiben möchten, müssen sie dieses Gummiband ständig unter Spannung halten. Dieses ständige Anspannen symbolisiert die Leistung, welche Betroffene im abstinenten Zustand erbringen müssen. Bei Menschen ohne Abhängigkeitserkrankung ist der Zustand der Abstinenz der Normalzustand. Das Gummiband ist schlaff und entspannt. Der Aufwand zur Aufrechterhaltung der Abstinenz beansprucht keinerlei Kraft oder Leistung. Die Analogie verdeutlicht, dass

die Aufrechterhaltung der Abstinenz bei Betroffenen keine Selbstverständlichkeit im Vergleich von Nicht Betroffenen und daher auch Anerkennung verlangt.



Konsumzustand bei Betroffenen



Abstinenzzustand bei Betroffenen

Abb.4: Die Gummibandanalgie nach *Fleckenstein et al., 2020*

3.1.3 Die Flugzeuganalgie (aus *Fleckenstein et al. 2020*)

Mit dieser Analogie werden die Anstrengungen, die der Suchtausstieg von den Betroffenen und ihren nahestehenden Personen abverlangt, veranschaulicht. Man stellt sich vor, ein Flugzeug steht am Boden, es muss es keine Leistung erbringen. Es ist im Ruhemodus. Dies entspricht bei einem Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung dem «Konsumzustand». Im Vergleich mit dem Transtheoretischen Modell würde diese der Phase der Absichtslosigkeit entsprechen. In der Phase der Absichtsbildung steht das Flugzeug noch immer am Boden, ein Flugeinsatz wird erwogen, und es wird geprüft, ob dieser sinnvoll und umsetzbar wäre. In der Phase der Vorbereitung wird das Flugzeug gewartet, gesäubert, betankt, usw. Ein Entscheid für Abstinenz oder Reduktion des Konsums wurde getroffen. In der Phase der Handlung rollt das Flugzeug zur Startbahn, es wird beschleunigt, bis es in der Lage ist, entgegen der Gravitationskraft den Boden zu verlassen und im Steilflug die anvisierte Flughöhe zu erreichen. Dies symbolisiert eine Entzugs- und/oder eine Entwöhnungsbehandlung. Bei der Phase der Aufrechterhaltung (der Abstinenz oder Reduktion der Konsummenge) ist das Flugzeug auf der anvisierten Flughöhe angekommen, nimmt die korrekte Flugrichtung ein. Es soll auf dieser Flughöhe bleiben. Nun besteht die Frage, was mit dem Flugzeug geschehen muss,

damit es in der Luft bleiben kann und nicht landen muss. Eine Landung würde einem Konsumereignis oder einem Rückfall (relapse) entsprechen. Das Flugzeug muss also in der Luft betankt werden, um nicht zu landen oder abzustürzen. Dazu braucht es Unterstützung eines anderen Flugzeuges, damit es in der Luft getankt werden kann. Diese «Tankladung» stellt die Motivation dar, welche von Unterstützung, welche Betroffene von ihrem sozialen Umfeld bekommen, herrührt. Die Motivation ohne Unterstützung von aussen für längere Zeit oder gar für immer aufrechtzuerhalten ist ähnlich unmöglich wie in der Luft allein zu tanken. Um diese dauerhaften Leistungen im Dienste der Abstinenz aufrechterhalten zu können, braucht es diese Unterstützung. Schliesslich wird das Flugzeug unablässig von der Erdanziehungskraft zu Boden gezogen. Das neurobiologische Pendant zu dieser Gravitationskraft sind die neurobiologischen Veränderungen in den Gedächtnis- und Motivationszentren des Gehirns, welches durch den Abhängigkeitsprozess verändert wurde (siehe unter Kapitel 2.2.2). Die Flugzeuganalogie macht deutlich, dass Konsummengenreduktion oder Abstinenz für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung niemals eine Selbstverständlichkeit sein wird. Sie müssen täglich Leistungen dafür erbringen und Anstrengungen über Wochen, Monate und Jahre auf sich nehmen, um die erreichte Stabilität nicht zu gefährden. Die Betankung in der Luft symbolisiert eindrücklich die Notwendigkeit der Unterstützung durch Personen im Umfeld der Betroffenen. Sie können durch diese Unterstützung Kraft tanken, um weiterhin Anstrengungen meistern zu können. Auch nahestehende Personen erbringen dauerhaft Leistungen, um zu verhindern, dass Betroffenen die Motivation ausgeht und um bei einem Einbruch der Motivation zu helfen, dass kein schlimmer Absturz erfolgt. Deshalb brauchen auch nahestehende Personen Unterstützung.

3.1.4 Die Grundbausteine der LST

Grundbausteine von LST sind Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung (*Miller & Rollnick, 2015*), insbesondere bezüglich Umgangs mit Ambivalenz und Widerstand. In den Modulen werden Ambivalenzen und Widerstand erzeugt, womit dann gearbeitet wird. Die therapeutische Haltung soll dabei entsprechend MI stets eine akzeptierende (nicht wertende) sein. Eine empathische Grundhaltung ist Voraussetzung. Ein weiterer Grundbaustein ist das Kohärenzgefühl, welches gemäss *Antonovsky (1987)* ein zentraler Aspekt der Salutogenese darstellt. Gesundheit und

Krankheit ist als ein Kontinuum zwischen zwei Polen zu betrachten. Ein Mensch kann sich also als überwiegend krank oder gesund erleben. «Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmass gesund». Daher ist der Gesundheits- bzw. Krankheitszustand eines Menschen sowohl durch äussere Faktoren wie Hygiene, Ernährung, Krieg, etc., als auch durch die allgemeine Grundhaltung des Menschen gegenüber der Welt und dem eignen Leben bestimmt. Dabei kommen individuelle Ausprägungen in Bezug auf Kognition, Motivation, Affekte, wie auch die Nutzung von vorhandenen Ressourcen zu tragen. Diese Grundeinstellung wird stets mit neuen Lebenserfahrungen bereichert und von diesen auch beeinflusst.

Das Kohärenzgefühl setzt sich dabei aus folgenden Komponenten zusammen:

1. Verstehbarkeit (sense of comprehensibility) als rein kognitive Komponente
2. Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (sense of manageability) als kognitiv-emotionale Komponente
3. Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness) als motivationale Komponente.

Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl, desto gesünder die Person, da es einen Menschen befähigt, flexibel auf Anforderungen zu reagieren und Ressourcen zu aktivieren. LST sollt dabei eine Steigerung des Kohärenzgefühls bezwecken und damit die Genesung fördern.

Eine weitere wichtige Referenz ist die Konsistenztheorie nach *Grawe* (*Grawe*, 2004). Diese Theorie erklärt, dass der Organismus nach Übereinstimmung zwischen neuronalen und psychischen Prozessen strebt. Dieser Zustand gilt als Konsistenz. Je höher die Konsistenz, desto gesünder der Organismus. Dabei beschreibt *Grawe* vier Grundbedürfnisse:

1. Orientierung und Kontrolle: Das Bedürfnis, die Umwelt zu verstehen und Einfluss auf sie zu haben.
2. Lustgewinn und Unlustvermeidung: Der Drang, positive Erfahrungen zu maximieren und negative zu minimieren.
3. Bindung: Das Bedürfnis nach sozialen Beziehungen und emotionaler Unterstützung.
4. Selbstwerterhöhung/schutz: Der Wunsch, das eigene Selbstwertgefühl zu stärken und zu schützen.

In der Interaktion mit der Umwelt bilden sich motivationale Schemata mit dem Ziel der Befriedigung der Grundbedürfnisse. Annäherungsschemata dienen der Erfüllung der Grundbedürfnisse, während Vermeidungsschema verhindern, dass die Grundbedürfnisse bedroht oder verletzt werden. Mangelnde oder nicht erfüllte Grundbedürfnisse werden durch Mangelgefühle wahrgenommen. Andauernde Mangelgefühle können zu psychischen Störungen führen. Die Durchführung der LST und Implementierung dessen Haltung sollte auf alle Bedürfnisse positive Auswirkungen zeigen.

Betroffene erleben die zu erbringenden Leistungen in den Diensten der Abstinenz als grosse Herausforderung und Belastung, deren Bewältigung sollte ein Gefühl von Stolz erzeugen und das Umfeld sollte diese Leistung mit Lob, Anerkennung und Unterstützung würdigen. Es ist jedoch zu beobachten, dass viele Betroffene sich für ihre Abhängigkeitserkrankung schämen, dadurch ihre Abstinenzbemühungen verheimlichen und so den Zugang zu Unterstützung und Anerkennung verunmöglichen. Des Weiteren berichten viele Betroffene, dass sie selbst, wie auch ihr Umfeld, den Zustand der Abstinenz als Selbstverständlichkeit bewerten. Dadurch ist eine positive Verstärkung durch Anerkennung erschwert. Diese Inkongruenz zwischen dem Bedürfnis nach Selbstwertsteigerung auf der einen Seite (Lob und Anerkennung für erbrachte Leistungen) und dem Bedürfnis nach Sicherheit und Selbstwerterhalt (Schutz vor Schamgefühlen z.B. durch Intransparenz gegenüber dem Umfeld in Bezug auf die Abhängigkeitserkrankung) soll durch die leistungssensible Haltung reduziert oder im besten Fall aufgelöst werden.

Die LST zielt darauf ab, die Abstinenzsicherheit zu erhöhen und Rückfälle zu reduzieren oder in ihrer Schwere zu mildern. Dies wird nebst Verhaltensänderung hauptsächlich durch eine Haltungsänderung sowohl bei Betroffenen als auch bei ihren Bezugspersonen gegenüber der Abhängigkeitshaltung bewirkt. Zu diesem Zweck möchte LST eine Haltung von Stolz und Ehrlichkeit vermitteln. Die durch LST implizierte „leistungssensible“ Haltung wird als grundsätzliche Voraussetzung für die Bewältigung dieser Herausforderungen angesehen. LST soll zu einer höheren Abstinenzsicherheit, zu geringerem Craving, zu und geringerer emotionalen Belastung und zu höherer Lebenszufriedenheit führen. Zudem soll LST eine positive Beeinflussung in Bezug auf Krankheitseinstellung und durch Fähigkeit zum Einbezug nahestehender Personen Rückfallhäufigkeit reduzieren. Anstatt sich für Suchtdruck

oder ein Konsumereignis zu schämen, sollen Betroffene befähigt werden, ehrlich mit sich selbst und den nahestehenden Personen umzugehen und auf konstruktive Weise die Krise zu bewältigen. (*Fleckenstein et al.*, 2020)

3.2 Die Theorie der LST

3.2.1 Stigmatisierung, Scham und Abhängigkeit

Stigma bezieht an sich auf etwas, wodurch etwas oder jemand deutlich sichtbar in einer bestimmten, meist negativen Weise gekennzeichnet ist und sich dadurch von anderem unterscheidet. Es stammt aus dem Altgriechischen und bezeichnet ein körperliches Brandmal, Zeichen oder Stich (*Duden*, 2025). Die Griechen verwiesen mit dem Stigma, welches auf den Körper gebrannt oder geschnitten wurden, auf etwas Ungewöhnliches oder Schlechtes hin. Der Träger des Stigmas wurde dadurch öffentlich gekennzeichnet (als Sklave, Verbrecher, usw.) und sollte gemieden werden, vor allem auf öffentlichen Plätzen (*Goffmann*, 1963). Stigma betreffen unsere soziale Identität: *Goffmann* (1963) unterscheidet dabei die virtuelle (idealen) von der aktuellen (wirklichen) sozialen Identität. Dabei handelt es sich um Kategorien, Eigenschaften und Attribute, welche einer Person oder Personenkategorie zugeschrieben werden bzw., welche eine Person tatsächlich besitzt. Das Stigma stellt dabei die Diskrepanz zwischen der virtualen und aktuellen sozialen Identität dar und besitzt eine ausgeprägte diskreditierende Wirkung. Menschen mit psychischen Erkrankungen werden nebst der Symptomatik ihrer Erkrankung oft auch öffentlicher Stigmatisierung ausgesetzt (*Rüsck et al.*, 2004, in: *Lucas & Phelan*, 2012; *Link & Phelan*, 2014). *Link & Phelan* (2001) beschreiben einen Stigmatisierungsprozess, welcher mit der Wahrnehmung von Unterschieden beginnt und zu Statusverlust, Ablehnung, Ab- und Ausgrenzung und Diskriminierung führt, wodurch stigmatisierte Menschen Selbstwertverlust erleiden, wie auch oft verringerte soziale Netzwerke haben. Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung erkennen die «Normabweichung» in Bezug auf ihren Konsum bzw. in der (fehlenden) Kontrolle ihres Konsums. Das Grundbedürfnis nach Kontrolle (*Grawe*, 1995) wird dadurch verletzt und es besteht eine Diskrepanz zwischen Erwartung und dem tatsächlichen Erleben. Die dadurch entstehende Diskrepanz erzeugt nach *Wurmser* (2017) Scham, welche durch Stigmatisierung (und Selbststigmatisierung) weiter verstärkt wird, was wiederum die Aufrechterhaltung von dysfunktionalen Verhaltensweisen begünstigt. Einerseits kommt es zu einem spezifischem Stigmamanagement (*Goffmann*, 1963).

Damit ist sowohl die individuelle Reaktion auf gesellschaftliche Zuschreibungen gemeint, als auch ein performativer Akt, der auf der „sozialen Bühne“ stattfindet. Betroffene spielen dabei eine „normale“ Rolle, um soziale Anerkennung zu erhalten – sei es durch das Verbergen, Verheimlichen, Bagatellisieren oder durch das gezielte Erreichen eines positiven ersten Eindrucks (Impression Management). Das führt u.a. anderem zu sozialem Rückzug, Verleugnung, selektiver Kommunikation und weiteren Verhaltensmuster. Gleichzeitig können solche Verhaltensmuster die Scham oder Beschämung erhöhen. Nach *Wurmser* (2017) hat Scham als Haltung die Funktion, die Integrität des Selbst aufrechtzuerhalten. Scham taucht auf, wenn wir uns selbst mangelhaft erleben, wenn man nicht gut genug ist, Kontrollverlust erleidet, bei Verletzung der Intimsphäre, Verlust von Ansehen, Erfolglosigkeit. Scham zeigt an, wenn eine «innere» Grenze missachtet oder überschritten ist. Betroffene erwarten in Bezug auf Abstinenz, dass es ihnen gleich ihrem Umfeld ergehen müsste (es ist einfach abstinent zu sein), was sie jedoch nicht ihrer Realität entspricht (es ist schwer, abstinent zu sein), u.a. auch aufgrund der oben beschriebenen neurobiologischen Unterschiede. Die Grundlage der Scham ist das Bewusstsein, dass den sozialen (und auch eigenen) Erwartungen/Normen/Werte nicht entsprochen zu haben. Beschämung hingegen ist die Reaktion auf die Grenzverletzung durch andere, zum Bsp. Stigmatisierung. Scham ist also die Folge von der Verletzung elementaren Bedürfnissen, wie Zugehörigkeit, Sicherheit, Anerkennung. Für die Therapie von Abhängigkeitserkrankungen sollten daher therapeutische Interventionen implementiert werden, die dieser negativen Dynamik von Stigmatisierung und Scham entgegenhalten. Aufgrund dessen ist ein zentrales Ziel der LST einen würdevollen Raum für Betroffene zu gestalten, in welchem sie sich wertgeschätzt und geschützt fühlen können, in welchem sie selbst und sich gegenseitig Anerkennung geben können, sich als Teil der Gruppe und des Umfeldes erleben dürfen und sich wieder stärker mit ihren eigenen Wert- und Normvorstellungen identifizieren können.

3.2.2 Leistungssensibilität und Stolz vs Stigmatisierung und Scham

Fleckenstein et al. (2020) beschreibt, welche konkreten Leistungen Betroffene erbringen müssen, zum Bsp. sich eingestehen, dass man ein Problem hat, sich öffnen zu können, usw. LST setzt bewusst einen Kontrapunkt zur Beschämung und zur Scham. Sie fokussiert auf erbrachte Leistungen und Bemühungen, mit dem Ziel,

Stolz und Freude empfinden zu können, dies sowohl bei Betroffenen als auch bei Angehörigen.

Stolz, wie auch Scham, ist eine soziale Emotion, welche Bewusstheit über das Selbst und dessen Bewertung erfordert (Lewis, 2016, Tangney, 1999). Inzwischen gibt es deutliche Hinweise, dass Stolz zu den Basis Emotionen zählt (Tracy&Robins, 2007). Es handelt sich um die emotionale Antwort auf Erfolg oder das Erreichen eines Zieles, dabei ist Stolz auch im Kontext des Selbst in Relation auf die Erwartungen der anderen zu verstehen (Lewis, 1997). Dabei ist Stolz die emotionale Antwort auf Erfolg oder das Erreichen eines Zieles und damit eine Emotion, die stark mit Motivation in Verbindung steht (Williams & De Steno, 2008). Dabei ist Stolz auch im Kontext des Selbst in Relation auf die Erwartungen der anderen zu verstehen (Lewis, 1997) und kann ein Gegenspieler von Scham darstellen. Die Funktion von Stolz ist das Fördern von prosozialen Verhaltensweisen und die Kommunikation von persönlichem Erfolg andern gegenüber, was wiederum den sozialen Status positiv beeinflussen, das Selbstvertrauen und Akzeptanz in der Gruppe fördern kann (Tracy & Robins, 2007). Dabei ist zwischen authentischem und überheblichem Stolz zu unterscheiden (Tracy & Robins, 2007). Authentischer Stolz kommt zum Tragen, wenn etwas erreicht wurde, nach spezifischen Verhaltensweisen, welche mit Anstrengungen verbunden sind. Diese Form von Stolz motiviert und ist assoziiert mit Produktivität und Erhöhung von Selbstwert. Überheblicher Stolz hingegen ist nicht an konkrete Verhaltensweise gebunden, sondern an die Person an sich und ist assoziiert mit Erhöhung des Selbstwertes, wie auch mit Narzissmus (Tracy&Robins 2007). Entsprechend der Motivationshypothese (Williams & De Steno, 2008), hat Stolz direkten Einfluss auf die Motivation, die Leistungsbereitschaft und das Zugehörigkeitsgefühl. Wenn Menschen also Stolz entwickeln können, arbeiten sie motivierter und nehmen Zeit und Anstrengung in Kauf. Die LST vermittelt durch ihre Haltung bei Betroffenen und ihnen nahestehenden Personen einen authentischen Zugang zur Emotion Stolz.

3.2.3 Das Erklärungsmodell nach Fleckenstein, Fleckenstein-Heer und Lüddeckens
Fleckenstein et al. (2020) stellen ein (reduziertes) Erklärungsmodell zur Therapie von Abhängigkeitserkrankungen mit 3 intrapsychischen Anteilen vor. Es orientiert sich an der Schematherapie von *Young et al.* (2008). Es besteht nicht der Anspruch der Komplexität der Einflussfaktoren oder Entstehung der Abhängigkeit zu erfassen,

sondern es will durch die Einfachheit Klarheit für Betroffene schaffen. Das Erklärungsmodell soll hilfreich sein, um den leistungssensiblen Gedanken darzustellen. Die drei Anteile stehen in Kommunikation miteinander. Bedürftiges Kind-Ich: Hat Bedürfnisse (zum Bsp. Sicherheit, Ruhe, Trost) usw., welche möglichst schnell befriedigt werden möchten. Es braucht Schutz vor ungesunden Strategien zur Bedürfnisbefriedigung.

- Süchtiges-Ich: Ist ein Bewältigungsmodus, bieten dem Bedürftigen-Kind-Ich den Suchtmittelkonsum als scheinbare Bedürfnisbefriedigung an.
- Erwachsenes-Ich: Übernimmt Verantwortung, begrenzt das Süchtige-Ich, widmet sich dem Bedürftigen-Kind-Ich.

Fleckenstein et al. (2020) ergänzt das Modell mit einem weiteren Anteil, dieser soll die Haltungsänderung durch Leistungssensibilität darstellen, damit sich das Erwachsenen-Ich nicht überfordert wird.

- Selbstmitgefühl-Ich: Würdigt das Erwachsene-Ich in der Abstinenzleistung, Akzeptanz von Frustration und Überforderung, Emotionstoleranz.

Beim Erklärungsmodell geht es darum, Zusammenhänge verstehbar zu machen und die Wirkungsweise der LST zu veranschaulichen. *Petzold, Orth und Sieper (2014a)* setzten sich kritisch mit dem Konzept des inneren Kind Modells auseinander.

Entsprechend ihnen ist dieses Konzept in einem modernen psychologischen und neurowissenschaftlichen Rahmen nicht haltbar, da das Regressionsverständnis zu wenig differenziert, noch entwicklungspsychologisch noch persönlichkeits-theoretisch fundiert ist. Die ausführlichere Kritik am Modell wird unter Punkt 5.2 beschrieben.

3.2.4 Selbstmitgefühl

Fleckenstein nimmt das Thema Selbstmitgefühl in einem zusätzlichen Modul (Modul 4) auf, welches nicht im Manual der LST (*Fleckenstein et al. 2020*) enthalten und integriert es in die LST. Nach *Neff (2023)* beschreibt Selbstmitgefühl die Art und Weise, wie Menschen auf Schwierigkeiten, Schmerz und eigenes Versagen reagieren. Dieses Konzept umfasst drei zentrale Dimensionen: eine freundliche statt verurteilender emotionaler Haltung, das kognitive Verständnis von Leid als Teil der allgemeinen menschlichen Erfahrung statt als isoliertes Schicksal sowie eine achtsame Aufmerksamkeit gegenüber dem Schmerz anstelle einer übermäßigen Identifikation. Diese Elemente bilden ein Kontinuum, das in Stresssituationen von einer nicht-mitfühlenden bis zu einer mitfühlenden Selbstreaktion reicht. Insgesamt

fungiert Selbstmitgefühl als wertvolle Ressource, die sowohl die individuelle Gesundheit stärkt als auch die Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen fördert.

Im LST werden die drei Komponenten aufgenommen und veranschaulicht:

- **Achtsamkeit:** die eigenen Gefühle, Belastungen, Leid wahrnehmen und anerkennen anstatt verdrängen
- Das **gemeinsame Menschsein** erfahren durch das Gefühl von Verbundensein in der Gruppe, nicht allein zu sein. Dabei nimmt Fleckenstein auch Bezug zu Prävalenzzahlen hinsichtlich Abhängigkeitserkrankungen.
- **Selbstfreundlichkeit:** sich selbst freundlich und warmherzig zu begegnen anstelle von Abwertung und Selbstverurteilung

3.3 Die Wirksamkeit und Relevanz der LST

Das Kurzinterventionsmodul „Sicherheit durch Haltung“ wurde im Rahmen einer Masterarbeit der ZHAW Departement Angewandte Psychologie von Fleckenstein und Heer entwickelt und anhand eines sequenziellen Interventions- und Kontrollgruppendesigns im stationären Setting überprüft (*Fleckenstein & Heer, 2013; Fleckenstein et al., 2019*). In diesen Wirksamkeitsüberprüfungen wies die Interventionsgruppe während der Behandlungsdauer eine signifikant tiefere Rückfallhäufigkeit auf als die Kontrollgruppe. Die Ergebnisse wurden im Setting einer 4- bis 6-wöchigen qualifizierten Entzugsbehandlung (*Fleckenstein & Heer, 2013*) und im Setting einer 24-wöchigen Entwöhnungsbehandlung (*Fleckenstein et al., 2019*) erzielt. Die Rückfallhäufigkeit während der Behandlung kann nach *Küfner et al. (1988)* als Prädiktor für die Abstinenzsicherheit nach Austritt betrachtet werden. Tendenziell verstärkt LST emotionale Kompetenzen. Zudem erreicht die Intervention bei der Evaluation der Patientenzufriedenheit und der Zufriedenheit der Angehörigen sehr gute Werte.

Eine leistungssensible Haltung ist in allen Suchhilfesysteme unterstützend. Aktuell wird die LST in diversen suchtspezifischen Institutionen, wie Kliniken, Ambulatorien, Sozialtherapeutische Wohnen, Beratungsstellen, zum Bsp. Klinik im Hasel, entero Klinik, Fachstelle für Abhängigkeitserkrankung Bülach, Anlaufstelle für Angehörige Zürich und weitere, regelmässig angeboten. Die Sensibilisierung des gesamten multidisziplinären Teams verstärkt dabei die Wirkung der LST. Der Fokus wird zudem

auf Ressourcen gelegt und stärkt auch die Motivation beim Personal nach Schulungen von LST (*Fleckenstein et al. 2020*).

Die Fortbildung in LST wird regelmässig vom 'Fachverband Sucht Schweiz' angeboten, wie auch vom SIFAP und weiteren Organisatoren, wie suchtspezifische Fachkliniken.

3.4 Vorstellung des Therapieprogramms der LST (aus *Fleckenstein et al. 2020*)

Die LST besteht aus 4 Modulen und diversen Kurzinterventionen, welche als zusätzliche Intervention in Entzugs- und/oder Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt werden kann. Es ist geeignet für Betroffene, welche abstinentorientiert sind oder eine Konsumreduktion (Schadensminderung) anstreben. Die Module werden in 4 Gruppensitzungen à 90 Minuten gegliedert. In Folge wird jede Sitzung kurz vorgestellt.

3.4.1 Erste Gruppensitzung: Haltung

In der ersten Sitzung wird auf das Thema Haltung eingegangen. Ziel dabei ist es, unterschiedliche Haltungen für alltägliche Situationen, wie auch gegenüber der Abhängigkeit formulieren zu können und kennenzulernen. Dabei erkennen sie, dass Abstinenz eine zu erbringende Leistung ist, worauf sie stolz sein dürfen. Zudem werden Betroffene sensibilisiert, sich der eigenen Erkrankung positiv zuzuwenden. Anhand Einzelarbeit mit Arbeitsblättern und Diskussionen mit Stichworten auf Flipcharts lernen die Teilnehmer hilfreiche von ungünstigen Haltungen zu unterscheiden und wenden diese danach gegenüber ihrer Abhängigkeitserkrankung an. Dabei sind folgende (ungünstige) Haltungen oft vertreten: Scham/Schuld, Selbstüberschätzung/Bagatellisierung, fehlende Krankheitseinsicht. In der Sitzung werden die Betroffenen an eine neue (leistungssensible) Haltung herangeführt, wobei sie die Aufrechterhaltung der Abstinenz als Höchstleistung validieren und verstanden wird, dass Abstinenz keine Selbstverständlichkeit ist und dass sie für das Erbringen dieser Höchstleistung Lob, Anerkennung und Motivation zum Weitermachen erhalten sollten, da dies mit grosser Anstrengung und Bemühungen verbunden ist. Dabei wird der Gummibandanalogue mithilfe eines Therabandes vorgeführt und anhand kreativer Methoden (Stuhlarbeit) wird die Leistungssensible Haltung veranschaulicht. Dabei steht das Süchtige-Ich dem Kind-Ich und dem

Erwachsenen-Ich gegenüber und interagieren miteinander, später kommt dann das Selbstmitgefühl-Ich hinzu. In dieser Arbeit soll das Bewusstsein für die erbrachte Leistung geschärft und das Gefühl Stolz gefördert werden als adäquate emotionale Reaktion. Es soll Zuwendung statt Ablehnung stattfinden können.

3.4.2 Zweite Gruppensitzung: Ehrlichkeit und Transparenz

Ziel in diesem Modul ist die Wichtigkeit von Ehrlichkeit und Transparenz zur Aufrechterhaltung der Abstinenz verstehen. Betroffene werden motiviert nahestehende Personen über ihre Lebenssituation zu informieren.

Mit Ehrlichkeit ist gemeint sich selbst gegenüber ehrlich zu sein, wie auch der ausgewählten, unterstützenden (sicheren) Personen aus ihrem Umfeld. Anhand eines Pro&Contra Vierecks analog des Pro&Contra Vierecks der Abstinenz aus dem Rückfallpräventionsprogramm von *Körkel und Schindler (2003)* werden die Vor- und Nachteile von Ehrlichkeit (und Unehrllichkeit bzw. Lügen/Verheimlichung) erarbeitet, wodurch die Ambivalenz bewusst gemacht wird. Dadurch wird Betroffenen bewusst, dass es gute Gründe gibt, unehrlich zu sein. Die Wichtigkeit von Einbezug von Bezugspersonen ist belegt. Zum Beispiel, das aus den USA stammenden therapeutischen Konzept CRA, Community Reinforcement Approach (*Meyers et al., 2011*). *Grawe (2005)* beschreibt die Ressourcenaktivierung (unterstützende Personen) ebenfalls als Wirkfaktor.

3.4.3 Dritte Gruppensitzung: Einbezug nahestehender Personen

Zur Vorbereitung des 3. Moduls laden die Betroffenen ihnen nahestehenden Menschen ein (Partner, Familie, Freunde, u.a.) ein. Diese Sitzung wird dann gemeinsam durchgeführt (Betroffenen und ihre Angehörigen). Ziel dabei ist, dass die Bezugspersonen ebenfalls eine leistungssensible Haltung erreichen können und dass sie sich als Leistungserbringer gewürdigt fühlen. Sie kennen die Wichtigkeit von Ehrlichkeit und Transparenz, es werden Wünsche und Befürchtungen beiderseits geäußert. Nahestehende Personen wissen, wie sie leistungssensibel und wertschätzend mit möglichen Krisen umgehen können.

Inhaltlich werden die Bezugspersonen für ihr Kommen wertgeschätzt, nachdem sie eine Geschichte zur Begrüßung gehört haben. Danach werden Ihnen die Flipchartaufzeichnungen aus den letzten beiden Sitzungen präsentiert. Dabei werden die Bezugspersonen in einem Innenkreis, die Betroffenen in einen äusseren Kreis

platziert. Im Anschluss werden in Einzelarbeit Wünsche und Befürchtungen aufgeschrieben, diese dann in Kleingruppe (den jeweiligen Systemen) ausgetauscht und es werden möglichst konkrete Abmachungen für zukünftige Krisen getroffen.

3.4.4 Vierte Gruppensitzung: Selbstmitgefühl

Die Betroffenen lernen das Konzept vom Selbstmitgefühl kennen und verstehen, wie dieses Akzeptanz und eine leistungssensible Haltung fördert. Nach einem Input zum Thema Selbstmitgefühl setzen sich die Betroffenen mit der eigenen Reaktion in einer schwierigen Situation auseinander. In einer Partnerübung reagiert das Gegenüber auf diese schwierige Situation mit mitfühlender Kommunikation. Es folgt eine Diskussion im Plenum und das erweiterte Erklärungsmodell mit dem Selbstmitgefühl. Abschliessend schreiben sich Betroffene eine liebevolle Postkarte oder Brief an sich selbst.

Der Abschluss der LST erfolgt mit einer Schlussrunde und Fazit.

3.4.5 Kurzinterventionen

Zusätzlich zu den Gruppensitzungen wurden gruppentherapeutische Kurzinterventionen konzipiert, welche in einem stationären Setting angewendet werden können. Da es lerntheoretisch sinnvoll ist, durch regelmässiges Wiederholen, die Inhalte der LST verinnerlichen zu können. In einem ambulanten Setting könnte diese Interventionen via SMS stattfinden. Die Kurzinterventionen dauern ca. 2-5min. und können bspw. in einer Morgenrunde (bei einem stationären Aufenthalt) durchgeführt werden. Dabei werden die Inhalte der LST erinnert und wichtige Aussagen repetiert.

Die Kurzinterventionen sind im Manual zusammengetragen, dabei handelt es sich um Sätze, Beispiele, Imaginationen, Aufstellung im Raum, Körperübungen usw.

4. INTEGRATIVE SUCHTTHERAPIE

4.1 Relevante theoretische Konzepte

Die *Integrative Suchttherapie* ist auf dem theoretischen Hintergrund der IT zu verstehen, dessen Menschenbild und Persönlichkeitstheorie. Die anthropologische Grundformel sieht den Menschen als Körper-Seele-Geist Subjekt eingebettet im

ökologischen und sozialen Kontext und Kontinuum. Der Mensch ist Leibsubjekt in der Lebenswelt (*Petzold, 2003a*). Die Persönlichkeitstheorie der IT versucht in Übereinstimmung mit dieser Grundformel eine Erklärung für den Aufbau und das Zustandekommen, sowie der Funktionalität der Person zu bieten. Die Persönlichkeit entfaltet sich im Zusammenwirken genetischer Dispositionen und Anlagen mit den Einwirkungen aus biopsychosozialökologischen Einflüssen (Enkulturation, Ökologisation, Sozialisation). Sie umfasst die Dimensionen des Selbst (Grundlage der Wahrnehmung, Reaktionsfähigkeit, Muster, Stile), des Ich's (das Selbst in Tätigkeit, Ich-Funktionen) und der Identität (Identifikation «so bin ich» durch Selbst- und Fremdzuschreibungen). Die Persönlichkeit gründet in der Relationalität und entwickeln sich über die gesamte Lebensspanne (*Petzold, 2003a; Leitner&Höfner, 2020*). Relationalität wird verstanden als Bezogenheit, als zwischenmenschliches Miteinander, gegenseitiges aufeinander angewiesen sein (*Apfalter et al., 2021*).

Eine Abhängigkeitserkrankung zeigt auf, dass es sich nicht nur um eine Erkrankung der Seele (Gesamtheit aller emotionalen, affektiven und volitionalen Strebungen) oder um eine Erkrankung des Körpers handelt, sondern um eine Erkrankung des ganzen Menschen in und mit seinem Kontext und Kontinuums des Lebens.

Abhängigkeit ist also eine komplexe, somatische, psychische und soziale Erkrankung, welche die Persönlichkeit der (Drogen-) Abhängigen, ihr soziales Netz und ihr mikroökologischer Rahmen betrifft, beschädigt und wenn sie lange genug wirkt, zerstört (*Petzold 2004, S.515*). Die Abhängigkeit stellt somit das Resultat multipler Schädigungen in der Lebensspanne bei Abwesenheit protektiver Faktoren und Resilienzen dar, wobei in der Regel vielfältige Negativfaktoren kumulativ zu tragen kommen. Abhängigkeit kann als dysfunktionaler Versuch der Konflikt- und Problemlösung in einem supportarmen Kontext durch eine geschädigte Persönlichkeit mit einem defizitären Selbst, einem schwachen Ich und einer sich selbst entfremdeten Identität verstanden werden (*Petzold, Scheiblich, Thomas, 2006, S79*). (Drogen-)Abhängigkeit hat eine multikausale, zum Teil stark variierende Genese und zeigt unterschiedliche Ausprägungen und Verlaufsformen (*Petzold, 2004, S515*). Entsprechend *Petzold, Scheiblich & Thomas (2006)* bedarf es daher in einer karrierebezogenen Langzeitstrategie, psycho- und soziotherapeutische Interventionen unter Einbezug der Aktivierung protektiver Umwelt und Persönlichkeitsfaktoren (Entwicklungspsychologie der Lebensspanne) und positiven Ressourcen des sozialen Netzes (klinische Sozialpsychologie in der Lebensspanne).

Die IT benutzt eine mehrperspektivische, ganzheitliche und differentielle Betrachtungsweise, die durch die Konzepte des Ko-Respondenzmodells, der Intersubjektivität, der Leiblichkeit und Identität, der dynamischen Systeme, der Mehrperspektivität, etc. gekennzeichnet ist (*Petzold, Scheiblich, Thomas 2006, S78*). Das Ko-Respondenzmodell ist als Metamodell und Metapraxis Kernstück des integrativen Ansatzes. Ko-Respondenz ist Begegnung, ist Auseinandersetzung des Leibssubjektes mit der ko-existierenden Lebenswelt, In-Beziehung-Sein, In-Beziehung-Setzen und In-Beziehung-Treten (*Petzold, 2002b*). Dabei ist die Intersubjektivität als Beziehung zwischen Menschen, als gemeinsamer Zwischenraum, die Grundlage für Ko-Respondenz. Sie wird durch wechselseitige Zuerkennung und Würde geprägt (*Leitner&Höfner, 2020; Apfalter et al. 2021*). In der Ko-Respondenz zwischen Betroffenen und Therapeutin können natürliche, nicht entfremdete, unverstellte Beziehungsqualitäten erfahren werden, gelingende Affiliationsprozesse können hergestellt werden. Dabei geht die IT grundsätzlich vom Gesichtspunkt des Leibes aus. Der Mensch als Leibssubjekt ist durch differentielles und integriertes Wahrnehmen-Verarbeiten-Handelns unlösbar mit der Lebenswelt verflochten – mit den Menschen in Zwischenleiblichkeit, mit den Dingen in der Handhabung. Der Mensch als Leibssubjekt wird von den Gegebenheiten der Lebenswelt bewegt, beeinflusst, gestaltet und er wiederum bewegt, bearbeitet, beeinflusst sie ko-kreativ durch sein Tun und Wirken – in konstruktiver und auch in destruktiver Weise über die Lebensspanne. Er entwickelt sich beständig weiter in der Lebensspanne, was zwingend eine IT in der Lebensspanne erfordert (*Petzold, 2011e*). In der IT werden also in intersubjektiven Ko-Respondenz, im ko-kreativen Prozess mit der betroffenen Person zusammengearbeitet, dabei werden ihre Ressourcen und Potentiale, ihr Umfeld und ihre Lebensgeschichte diagnostisch unter den Blick genommen, um mit der Betroffenen spezifische Behandlungsziele zu erarbeiten mit «informed consent» und «doppelter Expertenschaft» (*Osten, 2000*). In Folge sind die die Schwerpunkte der integrativen Suchtarbeit (Suchttherapie) aufgelistet (*Petzold et al, 2006, S.79*)

- Das Entwickeln tragfähiger Beziehungsstrukturen in supportiven Netzwerken
- Bearbeitung biografischer Defizite, Traumata, Konflikte und Störungen und ihrer Auswirkungen im Gegenwärtigen Leben
- Wiederherstellung der Regulationskompetenz und Regulationsperformanz
- Aktivieren von Ressourcen

- Aufdecken und Bearbeiten bewusster und unbewusster Problematik
- Eröffnung positiver Erwartungen und Zukunftsperspektiven

Dabei hat die Regulationskompetenz eine wichtige Rolle, sie stellt die Software (das Narrativ, Programm und Struktur von Regulationsprozessen) dar. Die Regulationsperformanz ist der Vollzug von Regulationsprozessen nach dieser, die Softwareausführung, und meint die Fähigkeit des Menschen in verschiedenen Bereichen Abläufe zu steuern, von der biochemischen Ebene, über endokrinologische Abläufe, emotionaler, kognitiver Regulationsvorgängen bis zu höchst komplexen Regulationsmuster der Selbstregulation oder der Steuerung von interpersonalen Regulationsvorgängen (in *Petzold et al*, 2006, S. 79).

Eine Abhängigkeitserkrankung ist als multifaktoriell bedingte Fehlentwicklung der Regulationskompetenz und -performanz zu verstehen und bedarf daher einer karrierebezogener Langzeitstrategie, wie auch intermittierende Karrierebegleitung mit psycho- und soziotherapeutischen Interventionen (*Petzold et al*. 2006, S. 80).

Grundlage jeder Interventionsmethodik ist die zentrale Annahme über die menschliche Lernfähigkeit, um Kompetenzen und Performanzen auszubauen. Die wichtigsten Vorgehensweisen sind (in *Petzold et al.*, 2006, S 81ff):

- **Perzeptiv-leiborientiert:** Dabei geht die IT vom informierten Leib aus, Leib als Basis aller Erfahrungen, als das totale Sinnes-, Ausdrucks- und Handlungsorgan und steht daher hinter allen kognitiven, emotionalen, volitiven und sozial-kommunikativen Funktionen und damit dem Gesamtverhalten der Persönlichkeit. Mithilfe einer Leibfunktionsanalyse wird sorgfältig exploriert, wie Betroffene, die Welt wahrnehmen, sie erklären, wo es Defizite und Störungen gibt. Diese stellen den Ausgangspunkt therapeutischer Massnahmen dar. Problematisches Verhalten wird erkannt und durch übungszentriertes-funktionales Herangehensweise umgeübt.
- **Narrativ-beziehungsorientiert:** Betroffene können in der Begegnung mit der Therapeutin alternative, korrigierende emotionale Beziehungserfahrungen machen.
- **Verbal-einsichtsorientiert:** Vermitteln von Informationen, wie Psychoedukation über Abhängigkeit, aber auch den Zusammenhang zwischen der eigenen Biografie und ihrer Erkrankung erkennen können. Es werden

metareflektive Prozesse gefördert, auch Lösungen für die Selbst- und Lebensgestaltung, wie auch Umgang mit dysfunktionalen Verhaltensweisen gesucht. Dies fördert das Erleben der eigenen Identität, stärkt die persönliche Souveränität und die Selbstwirksamkeit.

- **Nonverbal -evidenzorientiert:** Dabei die Nonverbalität, d.h. Bewusstmachen von Szenen, Atmosphären, unterschiedlichen Ausdrucksformen, miteinbezogen.

Betroffene werden von der Therapeutin auf ihrem Weg, in ihrer Entwicklung, begleitet. Die Aufgabe der Therapeutin besteht darin, auf theoretischer Grundlage von praktischer Anwendung multiple Heilungs- und Entwicklungsprozesse zu fördern (Leitner & Höfner, 2020). Dabei kommen im Wesentlichen die 4 Wege der Heilung und Förderung zu tragen, welche in untenstehender Tabelle zusammengefasst sind.

	Erster WEG	Zweiter WEG	Dritter WEG	Vierter WEG
Ziele	Bewusstseinsarbeit ► Einsicht, Sinnfindung, kognitive Regulation: <i>„Sich selbst verstehen, die Menschen, die Welt, das Leben verstehen lernen“</i>	Nach-/Neusozialisation ► Grundvertrauen, Selbstwert, emotionale Regulation: <i>„Zugehörig sein, beziehungsfähig werden, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden“</i>	Erlebnis-/Ressourcen- aktivierung ► Persönlichkeitsgestaltung, Lebensstiländerung: <i>„Neugierde auf sich selbst, sich selbst zum Projekt machen, sich in Beziehungen entfalten.“</i>	Exzentrizitäts-,Solidari- tätsförderung ► Metaperspektive, Solidarität, Souveränität: <i>„Nicht alleine gehen, füreinander einstehen, gemeinsam Zukunft gewinnen“</i>
Inhalt e	Lebenskontext/kontinuums- analyse, Problem-, Ressourcen-, Potential-, Lebensziel- analysen, Biographie- u. Identitätsarbeit, Zukunftsplanung, Sinn- u. Wertefragen, Neubewertungen (appraisal), Änderung von kognitiven Stilen und des Lebensstils durch <i>korrigierende kognitive Einsicht</i>	Stärkung von Grundvertrauen u. Selbstwert, Restitution beschädigter Persönlichkeits- strukturen, des emotionalen Spektrums, der empathischen Kompetenz, der Beziehungs- fähigkeit, Neuwertungen (valu- ation), Änderung emotionaler Stile durch <i>korrigierende emotionale Erfahrungen</i>	Erschliessung persönlicher und gemeinschaftlicher Ressourcen/Potentiale, Kreativitätsförderung, Netz- werk-Enrichment, Aktivierung Hemmung dysfunktionalen Verhaltens, Lebensstil- änderung durch <i>alternative kognitive/emotionale Erfah- rungen u.Performanzen.</i>	Exzentrische, mehr- u. metaperspektivische Be- trachtung von Lebenslage, Entfremdungsproblemen, Lebens-/Zukunftsplanung, Netzwerkentwicklung, Wertefragen, Identitätsar- beit, Lebensstiländerung durch <i>gemeinsame kognitive/emotionale Erfah- rungen u.Performanzen</i>
Metho- deTec- hnik	Narrative Praxis, Bezie- hungsarbeit, Sinngespräch, tiefenhermeneutisches Verstehen u. Durcharbeiten, Metareflexion, cognitive modelling, Problemlberatung	Emotionale Differenzierungs- arbeit im Beziehungsprozess, Regressionsmethoden, bottom- up/ top-down emoting, Hemmung durch Alternativemoting, Netz- werk-/Konvoiarbeit	Kreativ-, Sport-, Bewe- gungstherapie, Rollenspiel, positives Emoting, Freizeit- aktivierung, Performanz- training, Netzwerkpflege, Natur- u. ästhetische Erfah- rungen, kreative Medien, Hausaufgaben, Tagebuch	Netzwerk- u. Projektarbeit, Gruppentherapie, Case Management, assertives Training, Kontrolltraining, Sozialberatung, Empower- ment Trainig, Exchange Learning, Co-Counseling, Selbsthilfe, Bildungsarbeit
Modal- ität	III. konfliktzentriert/störungs- spezifisch, einsichtsorientiert, ggf. VI. medikamentengestützt	III. konflikt-/störungsspezifisch, II. erlebniszentriert/emotions- orientiert, ggf. V. netzwerk- u. VI. medikamentengestützt	II. erlebnis- u. I. übung- zentriert, V. netzwerkorien- tiert, IV. supportiv, ggf. VI. medikamentengestützt	V. netzwerkorientiert, IV. supportiv, II. erlebnis- u. I. übungszentriert, ggf. VI. medikamentengestützt

**Die Synergie der „Vier WEGE“ schafft „vielfältigen Sinn“
Die Synergie der „Modalitäten“ schafft „vielfältige Entwicklungschancen“**

I. übungszentriert-funktionale Modalität, **II.** Erlebniszentriert-stimulierende (agogische) Modalität, **III.** Konflikt- und störungszentrierte Modalität, **IV.** Supportive, beratend-soziotherapeutische Modalität, **V.** Netzwerk- und lebenslageorientierte Modalität, **VI.** Medikamentengestützte Modalität.

Abb.5: Die 'Vier Wege der Heilung und Förderung' aus *Petzold et al.*, 2006, S. 709

4.2 Behandlungsmodelle und -methoden der *Integrativen Therapie*

Die Behandlung einer Person mit Abhängigkeitserkrankung bedarf einer mehrperspektivischen, multidimensionalen Sichtweise und Herangehensweise. Entsprechend der anthropologischen Grundformel sind die Behandlungsmodelle auf die unterschiedlichen Aspekte ausgelegt. Diese werden in Folge kurz vorgestellt (*Petzold*, 2004, S. 517ff)

Somatotherapie (Soma/Körper, 1. Aspekt der Anthropologischen Grundformel)

Bei der Somatotherapie geht es nicht nur um die «Instandsetzung» des Körpers, zum Bsp. durch reparative und medizinische Intervention, sondern auch um die Sensibilisierung für Leiblichkeit. Sucht bringt ein destruktives Verhältnis zum Leib mit sich, durch eine Suchterkrankung wird der Leib verdinglicht und es findet eine Entfremdung vom Leib statt. Wichtig für diesen Bereich ist eine sorgfältige Leibfunktionsanalyse (*Schneider*, 2004, S. 353ff). Weitere Behandlungsschwerpunkte sind Atem-, Entspannungs-, Körper-, Sport- und Bewegungstherapie, damit Betroffene sich im Sinne einer Leibzentrierung und Leiberfahrung wieder erleben können, wodurch der Körper sich wieder mit der Person verbunden fühlen lernt und in der Regulationskompetenz und -performanz gefördert wird (*Petzold, Scheiblich, Thomas*, 2006, S. 59 f). Dies wird anhand des Beispiels der Lauftherapie gut dargestellt (*Schay et al.*, 2006, S. 159ff) oder auch der Budo-Arbeit (*Petzold*, 1974d). Die Bearbeitung von Themen wie Sexualität, Traumatisierungen, u.a. gehören ebenfalls in diesen Bereich.

Psychotherapie (Psyche/Seele, 2. Aspekt der Anthropologischen Grundformel)

Wie bereits erwähnt ist die Ausgangslage für die Psychotherapie der Leib, da der Mensch durch seine Geschichte sowohl körperlich als auch leibseelisch geformt wird. Die Psychotherapie bezieht sich auf den gemeinsamen Prozess von Betroffenen und Therapeuten, der die Lebensgeschichte, den gegenwärtigen Alltag und die persönliche Zukunftshorizont zum Gegenstand hat. In der Psychotherapie geht es darum sich zu entwickeln, wenn möglich heilen zu können durch das Erleben von Zwischenleiblichkeit (*Apfalter et al.*, 2021). Es geht um das Verstehen und Beeinflussen von menschlichen Seelen- und Sozialleben, um Gesundheit, Krankheit,

Leid, Lebensglück, Sinn in komplexen Lebenslagen und Zusammenhängen (*Petzold*, 2003a, S.58). Inhaltlich geht es dabei oft um Trauma-, Frustrations- und/oder Kränkungserlebnisse, welche mit Angst, Scham und Versagensgefühlen (und anderen Gefühlen) verbunden sind. Die Betroffenen werden dabei durch die Therapeutin in ihrer «persönlichen Souveränität», Bewältigungsverhalten (coping) und dem Finden kreativer Lösungswege (creating) gefördert, zudem werden fokal therapeutisch kritische Lebensereignisse bearbeitet (*Petzold, Scheiblich, Thomas*, 2006, S. 53). Dabei ist die Psyche immer im Zusammenhang mit den anderen Aspekten der anthropologischen Grundformel zu verstehen.

Noothérapie (Nous/Geist, 3. Aspekt der Anthropologischen Grundformel)

Der Schwerpunkt liegt hierbei bei Sinn-, Wertefragen und/oder Lebenszielen, auf dem Finden nach Wegen zu sich und zu anderen. Perspektivlosigkeit ist oft ein aufrechterhaltender Faktor für die Abhängigkeit und Abhängigkeit wiederum führt oft zu Perspektivlosigkeit. Das Thema Tod schwingt mit, wenn auch teilweise nicht explizit oder verdrängt. Häufig sind viele Ungerechtigkeiten prägend für die Lebensgeschichten von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen – dies verdeutlicht die Wichtigkeit der Sinnfragen in der Arbeit mit Betroffenen. Das Leben und Tun soll sinnvoll werden, Therapie dient dabei als Anleitung zur «Lebenskunst» (*Petzold*, 2004, S. 519f).

Soziotherapie (4. Aspekt der Anthropologischen Grundformel)

Soziotherapie bedeutet die theoriegeleitete und planvolle Arbeit mit Menschen in ihren sozialen Systemen und die Beeinflussung solcher Systeme und Kontexte durch Interventionen. Dabei sollen soziale Kompetenzen und Performanzen gestärkt werden (*Petzold* 2003a, S. 927). Eine Netzwerkanalyse dient dabei als wichtige Methode zur Untersuchung des sozialen Gefüges. Diese Methode vermittelt Information zur Grösse, Dichte des Netzwerkes, Erreichbarkeit, Verfügbarkeit von Bezugspersonen, Intensität, Qualität, Nähe, etc. der Beziehung. Es geht darum protektive, stabile Beziehungen (wieder-) herzustellen (*Petzold, Josic, Erhardt*, 2006, S 135f) Es kommen zudem Netzwerktherapien und Familientherapien zu tragen. So ist die Arbeit mit wichtigen Bezugspersonen bzw. dem sozialen Netzwerk essenziell. Es geht dabei jedoch nicht ausschliesslich um die reale Beziehung mit den Eltern, Kindern, etc., sondern auch um die Bearbeitung verinnerlichter Personen. Das geschieht am besten, wenn mit vorhandenen Netzwerken miteinbezogen werden.

Beispiele diesbezüglich sind in der integrativen Familientherapie und Netzwerkinterventionen (*Petzold, Josic, Erhardt, 2006, S.119ff, Dargel, 2006, S. 205ff, Ochs, 2006, S. 451ff*). Des Weiteren kann der Aufbau von einem tragenden sozialen Netz, zum Beispiel mit dem Besuch eines Vereines, Selbsthilfegruppen, Wohngemeinschaften etc. Ziel einer Therapie sein, aber auch die Netzwerke innerhalb einer Institution als substitutives soziales Netzwerk oder im Sinne von Gruppentherapien oder Gruppenarbeit (*Petzold & Ebert, 2006*). Auch Konsumbeziehungen zu trennen, traumatische Beziehungen und Missbräuche aufzuarbeiten oder Enttäuschungen zu thematisieren, können als Teil der Soziotherapie gesehen werden. Ziel dabei ist wieder Bezogenheit herstellen zu können (*Petzold, 2004; Petzold & Ebert, 2006*)

Ökologische Interventionen (5.Element der Anthropologischen Grundformel)

Die Ökologie betrifft als physikalischer, biologischer und sozialer Lebensraum den Menschen (*Apfalter et al., 2021*). Ökologische Interventionen sind daher wertvoll, unter anderem, wenn Betroffene in prekären Verhältnissen leben (krankmachender Lebensraum). Wenn die Lebensräume verbessert werden, steigen die Erfolgsaussichten einer Therapie. In den Räumlichkeiten der Behandlung soll ein Wohlbefinden gefördert werden (*Petzold, Orth-Petzold, 2018a*). Ausserdem ist es wichtig, ein positives, gesundes, stabiles ökologisches Umfeld schaffen. Zum Beispiel eine Wohnung, wo sich Betroffene wohl fühlen können (*Petzold & Ebert, 2006*). Ebenfalls zentral ist der multiplen Naturentfremdung entgegenzuwirken durch den Einbezug von Naturtherapien (Garten-, Landschafts-, Waldtherapie oder auch tiergeschützte Therapie, Green Meditation, usw.), so dass Betroffene korrektive ökologische Erfahrungen sammeln können (*Petzold, 2018c*)

5. LST ALS ERGÄNZENDE METHODE DER INTEGRATIVEN SUCHTTHERAPIE

Damit die LST als Intervention eingeordnet werden kann, muss kurz erklärt werden, inwiefern in der IT Wissensbestände integriert werden. Die Integrationsprinzipien, an denen sich die Fragen der Integration von Konzepten und Methoden orientieren, sind durch die «Integratoren», sogenannte Leitkonzepte gewährleistet. Diese erlauben ein Überprüfen (in *Petzold, 2003a, S. 66f*), wodurch ein Diskurs entstehen kann, in

welchem «common concepts» und «divergent concepts» (ähnliche und verschiedene Konzepte) herausgearbeitet werden. Dabei muss es nicht immer eine Integration erreicht werden, eine Konnektivierung bezieht sich ebenfalls auf das Verbinden und Vernetzen von Ansätzen und Modellen. (*Apfalter et al.*, 2021).

5.1 Tree of Science

Der 'Tree of Science' ist die Metastruktur des IT, anhand dessen Wissen von unterschiedlichen Richtungen und Perspektiven entlang einer Reihe von Kriterien/Leitkonzepten (Integratoren) konnektiviert oder integriert werden können. Wissen ist dabei immer als Grundannahmen (Positionen) auf Zeit zu verstehen, denn die IT vertritt das Axiom des Heraklit, dass alles fließt und im Fluss verbunden ist. Der Tree of Science bietet dabei einen Rahmen, welcher Theorie und Praxis ordnet und zugleich eine offene Systematik bietet, welche konstant wachsen kann. Dabei soll Kohärenz und Konsistenz in der integrativen Therapie gewährleistet und verständlich bleiben. Der Tree of Science umfasst dabei Metatheorien, Realexplikative Theorien, Praxeologien und Praxis (*Petzold*, 2003a, S. 63ff).

5.2 Diskurs zur Konnektivierung der LST

Der Diskurs, ob LST eine anschlussfähige Intervention auf für die IT sein kann, wird anhand relevanter Integratoren veranschaulicht. Eine ausführliche Auflistung der Integratoren befindet sich bei *Petzold* (2003 a, S.66/67)

LST entstand aufgrund Beobachtungen aus dem Klinischen Alltag von Betroffenen mit Abhängigkeitserkrankung und orientiert sich an ihrer Lebenslage und Alltagsrealität. Zugleich hat sie eine starke salutogene Orientierung (rückfallpräventiv), will Ressourcen von Betroffenen stärken. Es kommen diverse Wirkfaktoren zu tragen. In der IT 14 +3 Heil- und Wirkfaktoren (*Petzold* 1993p, 2016n) beschrieben.

- **Einführendes Verstehen, Empathie:** Dieser Wirkfaktor wird durch die personenzentrierte, humanistische Haltung der LST implementiert. Es handelt sich dabei um eine einführende, verstehende und nicht wertende Haltung und diese wird durch alle Module hindurch immer wieder gefördert durch die Leitung. Zudem wird auch MI angewendet. Auch dabei ist dieser Wirkfaktor zentral.
- **Emotionale Annahme und Stütze:** Wird bei den unterschiedlichen Arbeiten in den Modulen durch den Leiter, aber auch durch die eingeladenen Bezugspersonen und anderen Betroffenen angewendet und gefördert. Es wird auch als Ziel der LST definiert. Betroffene sollen sich verstanden, geschützt und wertgeschätzt fühlen.
- **Hilfe bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung:** Betroffene erarbeiten mit ihren Bezugspersonen konkrete Vereinbarungen, um mögliche Krisen zu bewältigen.
- **Förderung emotionalen Ausdruckes und volitive Entscheidungskraft:** Betroffene geben vor allem im 3. Und 4. Modul Ausdruck ihrer Emotionen. So ist das Modul mit den Angehörigen sehr berührend, es werden auch von der Leitung gezielt gefördert durch die Aufgabenstellungen. Im Modul 4, Selbstmitgefühl fördern diverse Übungen zum Bsp. der Brief an sich selbst, Umgang mit einer schwierigen Situation, den Ausdruck von Emotionen. Das grundlegende Ziel ist auch die Stärkung eines abstinenten Lebens (oder reduziertem Konsum).

- **Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrung:** Einen verständnisvolleren Zugang zu sich selbst gewinnen ist ein wichtiger Faktor. Die LST fördert dies gezielt mithilfe von psychoedukativen Inputs, welche durch Analogien und Übungen veranschaulicht werden. Diese führen oft bei den Betroffenen zu Erlebnissen von vitaler Evidenz, zum Beispiel die Gummiband analogie.
- **Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit:** Betroffene erhalten in der LST einen Raum, offen und ehrliche berichten zu können, zuerst geschieht dies in der Gruppe, danach mit den ihnen nahestehenden Bezugspersonen. Ziel der LST ist, dass die Beziehung von Betroffenen und ihren Angehörigen gestärkt wird. Betroffene, wie auch Angehörigen können durch die gegebenen Aufgaben ihre Wünsche und Befürchtungen äussern, wodurch verbessertes Verständnis füreinander entstehen kann. Zudem wird gemeinsam ein Umgang mit für Krisensituationen erarbeitet.
- **Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation, psychophysische Entspannung:** Die leibliche Bewusstheit wird durch verschiedene Körperübungen gefördert, auch das Bewusstsein über der eigenen Ambivalenz und Konsumverlangen wird gefördert mithilfe von MI. Das Erreichen der Selbstregulierung in Bezug auf Abstinenz ist das grosse Ziel der LST, wobei es bei einer Haltungsänderung ansetzt. Psychophysische Entspannung ist dabei kein Teil der LST.
- **Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen, Interessen:** Betroffen lernen über ihre Erkrankung, über Haltungen (hilfreiche und nicht hilfreiche), Vor- und Nachteile von Ehrlichkeit und Transparenz. Sie lernen sich gegenüber nahestehenden Menschen zu öffnen.
- **Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte:** In den Modulen erleben die Betroffenen durch die unterschiedlichen Methoden und Techniken (Rollenspiele, Stuhlarbeit, Imaginationen, Diskussionen, u.a.), welche aus der Gestalttherapie herkommen, wie sich die Aufrechterhaltung der Abstinenz und eine leistungssensible Haltung anfühlt. Sie können Prozesse offen mitgestalten und werden angehalten, sich einzubringen, in unterschiedlichen Formen (Einzelsetting, Dyaden, Kleingruppe, Plenum) und durch unterschiedliche Medien (Arbeitsblätter, Karte, Brief).

- **Erarbeitung einer positiven Zukunftsperspektive und Erwartungshorizonte:** Es wird eine realistische Erwartungshaltung in Bezug auf die Abstinenz (oder Reduktion von Konsum) gefördert.
- **Förderung positiver persönliche Wertebezüge:** Durch die leistungssensible Haltung werden positive Werte von Ehrlichkeit, Transparenz, Stolz und Anerkennung gefördert, welche an die Stelle von Verheimlichung, Lügen, Scham, Bagatellisierung etc. treten sollten. Zudem ist ein Ziel der LST, dass Betroffene sich wieder mit eigenen Wert- und Normvorstellungen identifizieren können.
- **Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. «persönlicher Souveränität».** Betroffene sollen sich selbst gegenüber und ihrer Erkrankung gegenüber eine positive Haltung entwickeln, was eine Stärkung der persönlichen Souveränität bewirken kann.
- **Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke:** Dies ist ein zentrales Element der LST durch Einbezug von nahestehenden Bezugspersonen, es fördert die Beziehung, indem es einen Raum schafft für Transparenz und Ehrlichkeit von beiden Seiten. Zudem können sich die Betroffenen als Teil der Gruppe wahrnehmen und wertgeschätzt fühlen.
- **Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrung:** In der Gruppe, durch die Leitung und mit den Angehörigen können Betroffene Solidarität erfahren.

Die ergänzenden Wirkfaktoren (*Petzold, 2016n*) kommen in der LST kaum oder nicht zu tragen. Das wären Förderung eines lebendigen und regelmässigen Naturbezugs, Vermittlung heilsamer ästhetischer Erfahrung und Synergetische Multimodalität. Die LST ist eine Kurzintervention und hat nicht den Anspruch eine Abhängigkeitserkrankung vollumfänglich abzudecken, sondern sieht sich als ergänzende, unterstützende und hilfreiche Intervention an.

Nebst den Wirkfaktoren können weitere Integratoren diskutiert werden. So orientiert sich die LST an Erhalt bzw. Aufbau der Integrität sowohl von Betroffenen als auch von den Angehörigen. Durch die Haltung seitens der Therapeutin wird eine Atmosphäre der Achtung und Würde, eine grundsätzliche Wertschätzung der Betroffenen und Angehörigen geschaffen, was sowohl Stützung als auch Stärkung

der Integrität bedeutet (vgl. *Petzold, Scheiblich, Thomas 2006* und *Fleckenstein et al. 2020*).

Ein weiteres gemeinsames Element ist die Netzwerkarbeit. So ist das soziale Netzwerk eine Säule der Identität (*Leitner & Höfner, 2020; Petzold 2003a*), wo Zugehörigkeit erfahren (Fremdattribution) und gesehen (Selbstattribution) werden kann. Netzwerkorientierte Interventionen haben positive Wirkung auf das persönliche Wohlbefinden, Identitätserleben und Beeinflussung von Krankheitssymptomen, ja gar für die nachhaltige Behebung von Störungen und seelischen Erkrankungen (*Petzold, 1993*). In der IT wird die Wichtigkeit der Netzwerkarbeit in der Suchttherapie in unterschiedlichen Arbeiten beschrieben, zum Beispiel in der Integrativen Familientherapie (*Petzold, Josic, Erhardt, 2006*) oder die Soziale Netzwerkarbeit (Familien- und Angehörigenarbeit) von Magdalena *Ochs (2006)* und Carmen *Dargel (2006)*. Auch Gruppentherapien sind zusätzlich zu Familientherapie und Soziotherapie in der Integrativen Suchttherapie eine relevante Intervention (*Petzold, Scheiblich, Thomas, 2006*), damit soziale Netzwerke gestärkt werden können.

Ein weiterer gemeinsamer Punkt ist der Einsatz von kreativen Methoden, in der IT sind diese von zentraler Bedeutung (*Petzold, 2003a; Leitner & Höfner, 2020*).

Kritisch betrachtet werden sollte das Erklärungsmodell nach *Fleckenstein, Fleckenstein-Heer* und *Lüddeckens (Fleckenstein et al. 2020)* mit den 3 bzw. 4 intrapsychischen Anteilen (Bedürftiges Kind-Ich, Süchtiges-Ich, Erwachsenes-Ich, Selbstmitgefühl-Ich). Die Arbeit mit dem «inneren Kind» bedeutet auch Regression. Entsprechend der IT (*Petzold, Orth, Sieper, 2014*) wird Regression als Aktivierung früherer kognitiv-emotionaler- sensumotorischer Erinnerungen verstanden, es ist ein temporäres Wiedererleben von archaischen Verhaltensmustern im Hier und Jetzt. Im therapeutischen Kontext dient sie dazu, emotionalen Zugang und Verständnis zu gewinnen, damit Nachsozialisation zu tragen kommen kann. Die Repräsentation der Vergangenheit wird dabei durch neue korrigierende Beziehungserfahrungen verändert, indem neue kognitive Einschätzung (appraisal) und emotionale Bewertung (valuation) stattfinden kann. Das Konzept der Nachsozialisation greift dabei weit und wird an dieser Stelle nicht vollumfänglich erklärt. Die Arbeit mit dem «inneren Kind» oder nach IT wären es «innere Kinder» bzw. Persönlichkeitsschemata aus verschiedenen Altersstufen kann therapeutisch sinnvoll sein. Es bedarf jedoch eines differenziertem, entwicklungs- und sozialisationstheoretisch fundiertem

Regressionsverständnis. *Petzold, Orth und Sieper (2014)* kritisieren vor einer romantisierenden „Inner-Child“-Ideologie, die regressives Erleben stabilisieren, erwachsene Selbstkompetenz untergraben kann und emotionale Abhängigkeit fördern kann. Zudem ist das innere Kind als personalisierte Instanz für die IT nicht haltbar.

6. FAZIT UND MÖGLICHE PRAXISFORMEN, WEITERE ANWENDUNGSGEBIETE

Die LST stellt eine wertvolle Ergänzung zur integrativen Suchttherapie dar, da sie durch den Einsatz kreativer Medien in der Gruppe eine wertschätzende Haltung etabliert. Im Zentrum steht die Förderung von Stolz, Anerkennung und Selbstmitgefühl, wodurch Stigmatisierung und Schamgefühle bei Betroffenen und Angehörigen aktiv reduziert werden. Als Praxeologie verzichtet die LST auf ein eigenes theoretisches Gebäude und verknüpft stattdessen bestehende Konzepte wie die motivierende Gesprächsführung und die Schematherapie. Das Erklärungsmodell nutzt dabei unter anderem Stuhlübungen zur Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen, was eine Übertragung des Ansatzes auf andere psychische Erkrankungen wie chronische Depressionen oder ADHS ermöglicht.

Die Weiterentwicklung dieses Ansatzes spiegelt sich in der leistungsorientierten Suchttherapie (LOS) wieder (Sifap, 2025), die auf den Grundlagen der LST und des MI (Miller & Rollnick, 2015) aufbaut. LOS legt einen verstärkten Fokus auf volitionale Mechanismen wie Zielstreben, Leistungsbereitschaft und Commitment, welche als wesentliche Voraussetzungen für einen erfolgreichen Genesungsprozess gelten. Durch die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie sowie den Einsatz gewohnheitsbildender Techniken zielt LOS auf eine nachhaltige Handlungsänderung ab, die aktuelle neurobiologische Erkenntnisse in die Behandlung integriert.

LST wurde zwar störungsspezifisch konzipiert, könnte jedoch durchaus ausgeweitet werden auf andere psychische Erkrankungen. So wäre eine Arbeit an der Haltung auch bei chronischer Depression, ADHS, u.a. sinnvoll. Zu diskutieren wäre das Erklärungsmodell der LST, welches analog der Schematherapie erstellt wurde. Als veranschaulichte Stuhlübung, wie sie im Gruppensetting zu tragen kommt, könnte es

auch im Sinne einer Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen (innerer Feinde und innerer Beistände) verstanden werden.

Die LST selbst ist sich am Weiterentwickeln und hat bereits die Leistungsorientierte Suchttherapie (LOS) konzipiert (*Sifap, 2025*). Diese baut auf den Erkenntnissen der LST (*Fleckenstein & Fleckenstein-Heer, 2013*) sowie der MI (*Miller & Rollnick, 2015*) auf. Sie basiert auf dem aktuellen Wissensstand in der Motivationspsychologie und nimmt neben motivationalen Aspekten v.a. volitionale Mechanismen in den Focus. Zielstreben, Leistungsbereitschaft und Commitment als notwendige Voraussetzung für den erfolgreichen Genesungsprozess. LOS ist ein zusätzliches Therapiemanual, welches sowohl Elemente der Einzeltherapie als auch der Gruppentherapie zur Steigerung der Motivation und Volition nutzt und vermittelt. Gewohnheitsbildende Techniken runden das Angebot ab. Auch LOS zielt auf Haltungsänderung ab und setzt sich mit motivationalen und volitionalen Aspekten in der Suchtbehandlung auseinander, wie auch mit dem Verständnis der neurobiologischen Grundlagen.

7. ZUSAMMENFASSUNG / SUMMARY

Zusammenfassung: Leistungssensible Suchttherapie (LST) als ergänzende Methode zur Integrativer Suchttherapie

Das Therapieprogramm von *Fleckenstein* und *Fleckenstein-Heer* (2020), die Leistungssensible Suchttherapie (LST) wird vorgestellt nach einem kurzen theoretischen Umriss zu Abhängigkeitserkrankungen. Dieses spezifisch konzipierte Gruppenkurzinterventionsprogramm legt den Schwerpunkt auf eine Haltungsänderung von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung und deren Angehörigen gegenüber der Erkrankung. Danach werden relevante Konzepte, Modelle und Methoden der Integrative Suchttherapie und Sucharbeit vermittelt und im Anschluss überprüft, inwiefern sich LST als eine ergänzende Praxeologie zur *Integrativen Therapie* (IT) konnektivieren lässt.

Schlüsselwörter: Abhängigkeitserkrankung, Leistungssensible Suchttherapie (LST), leistungssensible Haltung, Praxeologie, Konnektivierung, Integrative Suchttherapie/Integrative Suchtarbeit, Gruppentherapie

Summary: Performance-sensitive addiction therapy (LST) as a complementary method to integrative addiction therapy

"The Performance-Sensitive Addiction Therapy" (LST) programme by *Fleckenstein* and *Fleckenstein-Heer* (2020) is presented following a brief theoretical outline of addiction disorders. This specifically designed short-term group intervention focuses on facilitating a change in attitude towards the condition for both individuals with addiction and their relatives. Furthermore, relevant concepts, models, and methods of integrative addiction therapy and practice are introduced, followed by an evaluation of how LST can be integrated as a complementary praxeology into *Integrative Therapy* (IT).

Keywords: addiction, performance-sensitive addiction therapy (LST), performance-sensitive attitude, praxeology, connection, Integrative addiction therapy/integrative addiction work, group therapy

8. LITERATURVERZEICHNIS

- Apfalter I., Stefan R., Höfner C.* (2021). Grundbegriffe der Integrativen Therapie. Wien: Facultas.
- Antonovsky, A.* (1987). The salutogenic perspective: Toward a new view of health and illness. *Advances*, 4(1), 47–55.
- Berridge K. C., Robinson T. E.* (2016). Liking, wanting, and the incentive-sensitization theory of addiction. *American Psychologist*, 71 (8), 670 – 679.
<https://doi.org/10.1037/amp0000059>
- Bundesamt für Gesundheit BAG* (2025). Suchtberatung und -therapie. [Suchtberatung und -therapie](#). Zugriff 09.11.2025
- Bundesamt für Gesundheit BAG* (2025). Zahlen und Fakte Sucht. [Zahlen und Fakten Sucht](#) Zugriff 09.11.2025
- Bundesamt für Gesundheit BAG* (2023). act-info Jahresbericht 2022. Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz. Ergebnisse des Monitoringsystems. [BAG act-info-2022 D.pdf](#)
- Bundesamt für Statistik BFS* (2024). Medizinische Statistik der Krankenhäuser. [Medizinische Statistik der Krankenhäuser | Bundesamt für Statistik - BFS](#)
- Dargel C.*, (2006). Integrative Familien- und Netzwerkarbeit im Rahmen einer niederschweligen Einrichtung. In: *Petzold H.G., Schay P., Scheiblich W.* (2006): Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Duden* (2025). <https://www.duden.de/node/174130/revision/1509614>. Zugriff 02.11.2025
- Fachverband Sucht*. Leistungssensible Suchttherapie _ Entstigmatisierung und Rückfallprävention. [Artikel SdH 26 2.pdf](#)
- Fleckenstein M., Fleckenstein-Heer M., Leiberg S., Breit W., Lüddeckens T.* (2020). Mit Stolz aus der Abhängigkeit - Leistungssensible Suchttherapie nach Fleckenstein und Fleckenstein-Heer. Stuttgart: Schattauer
- Fleckenstein M, Heer M.* (2013): Wirksamkeitsüberprüfung der Kurzintervention „Der Sucht begegnen – Sicherheit durch Haltung“ [Masterarbeit]. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Im Internet http://www.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/psychologie/Downloads/Bibliothek/Arbeiten/MA/ma0097.pdf

- Fleckenstein M., Heer M., Leiberg S., Gex-Fabry J., Lüddeckens T. (2019). Leistungssensible Suchttherapie: Vorstellung und Wirksamkeitsprüfung einer neuen Kurzintervention. *Suchttherapie* 20(2), 68 -75
- Forum Suchtmedizin Schweiz – Fosumos (2025). [Factsheet State of the Art](#) Zugriff 20.10.2025
- Goffmann E. (1963). *Stigma – Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, Inc.
- Grawe K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 1995; 40: 130-145
- Grawe K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen. Hogrefe
- Heinz A, Gül Halil M., Gutwinski S., Beck A., Liu S. (2022). ICD-11: Änderungen der diagnostischen Kriterien der Substanzabhängigkeit. *Nervenarzt* 93, 51 – 58. [ICD-11: Änderungen der diagnostischen Kriterien der Substanzabhängigkeit | Der Nervenarzt](#)
- Körkel J, Schindler C. (2003). Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R. Heidelberg: Springer; 2003
- Küfner H., Feuerlein, W., Huber, M. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren*. 34. 157-271
- Larimer M.E., Palmer, R.S., Marlatt G.A (1999) Relapse Prevention. On overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. *Alcohol Research and health*. 23 (2). 151-160
- Leitner A., Höfner C. (2020). *Handbuch der Integrativen Therapie* (2. Auflage). Berlin: Springer.
- Lewis M., (2016). Self-conscious Emotions – Embarrassment, Pride, Shame, Guilt and hubris. In *Feldmann Barret L., Lewis M., Haviland-Jones J.M.* (Hg.), *Handbook of Emotions* (4. Auflage). New York/London: The Guilford Press
- Lindenmeyer J. (2010). *Lieber schlau als blau*. 9. überarbeitete Auflage Basel: Beltz; 2010
- Link B. G., & Phelan J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Link B. G., & Phelan J. C. (2014). Stigma power: *Social Science & Medicine*, Vol.103, 24-32. [Stigma power - ScienceDirect](#)
- Lucas, J. W., & Phelan, J. C. (2012). Stigma and Status: The Interrelation of Two Theoretical Perspectives: The Interrelation of Two Theoretical Perspectives. *Social Psychology Quarterly*, 75(4), 310-333. <https://doi.org/10.1177/0190272512459968>

- Meyers, R.J., Roizen, H.G., Smith, J.E.* (2011). The Community Reinforcement Approach – An Update of the Evidence. *Alcohol Research and Health*, [The Community Reinforcement Approach: An Update of the Evidence - PMC](#)
- Miller W.R., Rollnick S.* (2015). Motivierende Gesprächsführung. (3.Auflage). Freiburg: Lambertus
- Neff K.* (2023). Self-Compassion: Theory, Method, Research and Intervention. *Annual Review of Psychology*. Vol. 74, 193-218. [Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention | Annual Reviews](#)
- Ochs M.* (2006). Soziale Netzwerkarbeit in der stationären Entwöhnungsbehandlung alkohol- und medikamentenabhängiger Männer. In: *Petzold H.G., Schay P., Scheiblich W.* (2006): Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Osten, P.,* (2000). Integrative Psychotherapeutische Diagnostik (IPD). Wien: Facultas
- Petzold, H.G.,* (1974b). Drogentherapie - Methoden, Modelle, Erfahrungen, Paderborn: Junfermann/Hoheneck; 3. Aufl. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie, D. Klotz, 1983, 4. Aufl. 2003.
- Petzold, H.G.*1974d). Therapeutische Modelle und Methoden in der Behandlung Drogenabhängiger. In: *Petzold* (1974b) 41-61.
- Petzold H.G.* (1993p/2003a/2012h). Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken Zusammenfassung. In FPI Publikationen. POLYLOGE [HP.Integr.fok.Kurzz.IFK.Header.Text.28.11.12.pdf](#)
- Petzold, H.G.* (1994c). Metapraxis: Die "Ursachen hinter den Ursachen" oder das "doppelte Warum" - Skizzen zum Konzept "multipler Entfremdung" und einer "anthropologischen Krankheitslehre" gegen eine individualisierende Psychotherapie. In: Hermer, M. (1995) (Hrsg.): Die Gesellschaft der Patienten. Tübingen: dgvt-Verlag. 143-174.
- Petzold, H.G.* (2002b/2006). Zentrale Modelle und Kernkonzepte der «Integrativen Therapie. POLYLOGE Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ Ausgabe 04/2006. [HP.Zentr.Modelle.2002b.Header.Polyl.26.10.12.pdf](#)
- Petzold, H.G.* (2003a). Integrative Therapie - Modelle, Theorien, und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. 3. Bde, Paderborn: Junfermann
- Petzold, H.G.,* (2004). Drogenabhängigkeit als Krankheit – Anthropologische, persönlichkeitspsychologische, entwicklungspsychologische und klinische Perspektiven In: *Petzold H.G., Schay P., Ebert W.* (Hg.). Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Petzold H.G. (2011e). Integrative Therapie Kompakt 2011 – Definitionen und Kondensate von Kernkonzepten der Integrativen Therapie – Materialien zu «Klinischer Wissenschaft» und «Sprachtheorie» FPI Publikationen 01/2011, *Petzold H.G.*(upd.2011e): [Integrative Therapie Kompakt 2011 Definitionen und Kondensate ... | FPI-Publikationen FPI-Publikationen](#)

Petzold H.G. (2012h). Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung Die „vier Wege der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung. FPI Publikationen. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-2012h-integrative-therapietransversalitaet-innovation-vertiefung-vier-wege-14-wirkfaktoren.pdf

Petzold, H. G. (2016n): „14 plus 3“ Einflussfaktoren und Heilprozesse im Entwicklungsgeschehen: Belastungs-, Schutz- und Resilienzfaktoren – Die 17 Wirk- und Heilfaktoren in den Prozessen der Integrativen Therapie – A preliminary report (unter Mitarbeit von I. Orth und J. Sieper 2014). <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/31-2016-petzold-h-g-orth-i-sieper-j-2014d-2016n-14-plus-3-einflussfaktoren-und-heilprozesse-im-entwicklungsgeschehen-belastungs-schutz-und-resilienzfaktoren/> auch in: *Beratung Aktuell*, 3/21. - <http://beratung-aktuell.de/wp-content/uploads/2021/10/BA-3-2021.pdf> . Ersch. erweitert als *Petzold, H. G., Sieper, J., Orth, I. POLYLOGE*

Petzold H.G. (2018c): Ökopsychosomatik und ökologische Neurowissenschaften – Integrative Perspektiven für die „Neuen Naturtherapien“ und das Engagement „Pro Natura!“ Grüne Texte 2/2018. [fpi-publikation.de/downloads/?doc=grueneTexte_petzold-2018c-oekopsychosomatik-oekologische-neurowissenschaften-pro-natura-gruene-text-02-2018.pdf](https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=grueneTexte_petzold-2018c-oekopsychosomatik-oekologische-neurowissenschaften-pro-natura-gruene-text-02-2018.pdf)

Petzold H.G., Bloem J., Moget P., (2004). Budokünste als „Weg“ und therapeutisches Mittel in der körper- und bewegungsorientierten Psychotherapie, Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung transversale und integrative Perspektive. *Integrative Therapie*. 1-2/2004, S.24- 100. [fpi-publikation.de/downloads/?doc=IT-2004-1-2-petzold-bloem-moget-budokuenste-weg-therapeutisch-transversale-integrative-perspektiven.pdf](https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=IT-2004-1-2-petzold-bloem-moget-budokuenste-weg-therapeutisch-transversale-integrative-perspektiven.pdf)

Petzold H.G., Ebert W., (2006). «Menschen wachsen lassen» - Behandlungsmodell und Therapiekonzept der anthroposophischen Fachklinik für Drogenkrankheiten «Sieben Zwerge». In: *Petzold H.G., Schay P., Scheiblich W.* (2006): Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Petzold H.G., Josic Z., Ehrhardt J. (2006). Integrative Familientherapie als Netzwerkindervention bei Traumabelastungen und Suchtproblemen. In: *Petzold H.G., Schay P., Scheiblich W.* (2006): Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Petzold H.G., Orth I., Sieper, J. (2006). Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der «Integrativen Therapie» als «Entwicklungstherapie». In: Petzold H.G., Schay P., Scheiblich W. (2006): Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2014a): „Mythen, Macht und Psychotherapie“. Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit. Bielefeld: Aisthesis.

Petzold H.G., Orth-Petzold S. (2018a). Naturentfremdung, bedrohte Ökologisation, Internetsucht – psychotherapeutische und ökopsychosomatische Perspektiven. FPI-Publikationen. fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-orth-petzold-2018a-naturentfremdung-bedrohte-oekologisation-internetsucht-polyloge-06-2019.pdf

Petzold H.G., Schay P., Ebert W. (2004). Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Petzold H.G., Schay P., Scheiblich W. (2006): Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Petzold H.G., Scheiblich W., Thomas, G. (2006). Drogentherapie – Entwicklung, Formen, Methode, Wirkung und «der integrative Ansatz» In: Petzold H.G., Schay P., Scheiblich W. (2006): Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Petzold H.G. & Schuch H.W. (1991): Grundzüge des Krankheitsbegriffes im Entwurf der Integrativen Therapie. In: Pritz, Alfred & Hilarion, Petzold: Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Junfermann. Paderborn. S. 371-486

Prochaska J. O., DiClemente C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), Treating addictive behaviors: Processes of change (pp. 3–27). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-2191-0_1

Robinson T.E., Berridge K.C. (2008). The incentive sensitization theory of addiction: some current issues. Philosophical Transactions of The Royal Society 363, 3137-3146 <http://doi:10.1098/rstb.2008.0093>

Robinson T.E., Berridge K.C. (2016). Liking, Wanting, and the Incentive-Sensitization Theory of Addicton. American Psychologis7 71(8), 670–679. <https://doi.org/10.1037/amp0000059>

Rüsch N., Berger M., Finzen A., Angermeyer M.C. (2004). Das Stigma psychischer Erkrankungen – Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen. In Berger M. Psychischer Erkrankungen – Klinik und Therapie, elektronisches Zusatzkapitel Stigma. [Ruesch Kapitel.doc](#)

Schay P., Petzold H.G., Jakob-Krieger C., Wagner M., (2006). Lauftherapie als übungs- und erlebniszentrierte Behandlungsmethode der Integrativen Therapie ind der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger – Theorie, Praxis, Forschung -. In:

- Petzold H.G., Schay P., Scheiblich W.* (2006): Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Scheiblich W.* (2008) Integrative Therapie als angewandte Praxis der Humanität. *Integrative Therapie* 34 (4), 419-441
- Schneider M.*, (2004). Integrative Behandlung einer «vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung mit multipler Suchtproblematik» - ein kommentiertes Behandlungsjournal. In: *Petzold H.G., Schay P., Ebert W.* (Hg.). *Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Sifap - Schweizerische Institut für angewandte Psychotherapie.* (2025). Leistungsorientierte Suchttherapie LOS – Leistungsbereitschaft und Zielstreben im Suchtausstiegsprozess. [Leistungsorientierte Suchttherapie LOS](#). Zugriff 24.11.2025
- SSAM Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin* (2009). Neurowissenschaften und Sucht. [neurowissenschaften und sucht 100401.pdf](#)
- Tangney J. P.* (1999). The self-conscious emotions: Shame, guilt, embarrassment and pride. In T. Dalgleish & M. J. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 541–568). John Wiley & Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/0470013494.ch26>
- Tracy, J., Robins, R.* (2007). The Psychological Structure of Pride: A Tale of Two Facets. *Journal of Personality and Social Psychology*, [10.1037/0022-3514.92.3.506](#)
- WHO- Weltgesundheitsorganisation* (2016). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10
- Williams, L. A., & DeSteno, D.* (2008). Pride and Perseverance. The Motivational Function of Pride. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94, 1007. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.94.6.1007>
- Wurmser L.* (2017). Die Maske der Scham. Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten. Hohenwarsleben: Westarp Science Fachverlag
- Yalachkov Y., Kaiser J., roeper J., Naumer M.J.,* (2012). Neurobiologische und kognitive Grundlagen der Sucht. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*. 60 (3), 1-8
- Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E.* (2008). Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann
- Xu H, Yang F.* (2022). The interplay of dopamine metabolism abnormalities and mitochondrial defects in the pathogenesis of schizophrenia. *Transl Psychiatry*. 7;12(1):464. doi: [10.1038/s41398-022-02233-0](#)