

Schamgefühle und -konflikte in der Psychotherapie

Dr. phil. Jens Tiedemann

1. Schamsignale: Erröten, Mimik, Gestik, Körperhaltung

Wie bei allen anderen Affekten ist die Scham mit spezifischen Körpersensationen verbunden. Die Scham „treibt uns das Blut ins Gesicht“. Eines der körperlichen Anzeichen von Scham ist das recht mysteriöse Phänomen des **Errötens**. Die verstärkte Blutzufuhr führt zu dem glühendroten Aussehen des Gesichtes. Diese physiologische Reaktion des Errötens akzentuiert die Körpergrenzen. Die Aufmerksamkeit anderer wird auf unsere Verlegenheit gelenkt, so dass das Erröten die Scham, die wir bereits empfinden, noch zu verstärkt und zu verschlimmert. Das Gesicht ist ja mehr als jeder andere Körperteil der Aufmerksamkeit des Selbst ausgesetzt, da es der „Sitz von Schönheit und Hässlichkeit“ ist und der am meisten geschmückte Teil des Körpers. Dieses „Gesichtsbewusstsein“ wird durch das Erröten noch intensiviert, es lenkt auch die Aufmerksamkeit des Beobachters auf das Gesicht und verstärkt somit das Schamerleben. Das Erröten ist auch deshalb ein so wenig verstandenes Merkmal der Scham, weil es zwei un-vereinbare Botschaften zusammenbringt. Die Schamröte trifft uns im Selbstwert, wir könnten im Boden versinken, fühlen uns unzulänglich, fehlerhaft und gedemütigt. Neben dem Erröten gilt das **Grinsen** als typisches äußeres Zeichen für Peinlichkeits- und Schamgefühle. Dieses Grinsen wird häufig als „schafsgesichtig“ beschrieben, es drückt momentane Verwirrung aus und kann als Reaktion anschließend in Lachen übergehen. Das Lachen kann als typische Identitätsunsicherheit interpretiert werden, mit der Schamgefühle verbunden sind. Neben Erröten und Grinsen sind ein erhöhter Puls, Schwitzen, ein „Kloß-im-Hals-Gefühl“, Herzklopfen und vor allem die **Unterbrechung des Blickkontaktes** typische Begleiterscheinungen des Schamgefühls. Das schamhafte Empfinden hat demnach Signalcharakter, das Blickverhalten gibt uns Hinweise auf schamhaftes Erleben. Es kann dabei zu zwei Extremen kommen: Entweder wird der Blick fixierend gar nicht vom Gegenüber gelassen, er wirkt starr, fordernd, gierig oder aufsaugend. Oder es wird kein Kontakt über den Blick aufgenommen, höchstens ein kurzes ängstlich-prüfendes Hochblicken. Bei der Scham sind die „Augen zur Seite gedreht“ und „wandern von einer Seite zur anderen“. Die Augenlider sind dabei gesenkt. Die **Art zu Sprechen** ist ein anderes Schamsignal. Es kann auch hier zu beiden Extremen kommen: laut oder leise, piepsig oder robust und polternd. Auch ist die ganze Körperhaltung bei der Scham betroffen, es besteht eine Tendenz, sich zusammenzurollen und den Körper kleiner erscheinen zu lassen. Der Körper kann gebückt, gedrückt und spannungslos wirken. Die Gestik und der Gang sind oft gehemmt, der sich Schämende traut sich kaum aufzutreten. Drehende Bewegungen kommen vor, die einem Davonschleichen und Hinauswinden gleichen. Es können Handbewegungen wie Kratzen oder Wischen im Gesicht oder am Kopf vorkommen. Diese Herabsetzung des Tonus aller Gesichtsmuskeln und die Neigung des Kopfes zur Seite, verbunden mit dem Versuch, den Körper kleiner zu machen, stellen auf der Verhaltensebene das Pendant zum Gefühl des „im Erdboden verschwinden Wollens“ dar.

Diese **intensive Steigerung der Selbstbewusstheit**, mit der das Erleben von Scham beginnt, beherrscht das Bewusstsein dermaßen, dass kognitive Prozesse plötzlich und stark gehemmt

werden, so dass es zu einem Verlust der Geistesgegenwart und einer Erhöhung der Wahrscheinlichkeit unangemessenen Stotterns kommen kann.

2. Psychodynamik der Scham

2.1. Drei Formen der Scham

Wurmser stützt sich in der Erforschung der Scham auf drei Formen der Scham, die er durch ihr unterschiedliches Verhältnis zur Zeit charakterisiert: (1) „**Scham-angst**“, die im Hinblick auf etwas noch Bevorstehendes existiert und die bereits weiter oben genauer behandelt wurde, (2) der „**eigentliche Schamaffekt**“, der in der Gegenwart als unerträgliches Gefühl erlebt wird und (3) die vorbeugende Einstellung als Charakterhaltung, die in Form einer **Reaktionsbildung**, d.h. als eine Art der Abwehr die beiden anderen Formen der Scham verhüten soll. Diese Form bezeichnet er auch als „Maskierung der Scham“. Sie kann in unterschiedlichen Verhaltensweisen und Charakterhaltungen auftreten. Die Grundbefürchtung ist Wurmser (1990) zufolge bei allen drei Formen dieselbe, „nämlich als schwach angeschaut und mit Verachtung abgewiesen zu werden“ (S. 59).

2.2. Das „Wovor“ und „Wofür“ der Scham

Von Wurmser (1990) stammt das Konzept der **Bipolarität der Scham**. Er geht davon aus, dass es im Schamerleben zwei Pole gibt, einen *Objekt-* und einen *Subjektpol*, ein „Wovor“ und ein „Wofür“. Auf der einen Seite steht der Mensch oder stehen die Menschen, vor denen man sich schämt, der **Objektpol**. Dieser ist häufig durch das Auge des Beobachters, durch seinen strafenden Blick, seinen missbilligenden Ausdruck symbolisiert. Dieser Objektpol ist ursprünglich immer eine Person gewesen, die im Laufe der psychischen Entwicklung verinnerlicht wurde, also durch den Vorgang der Introjektion als innere Repräsentanz ins Über-Ich gelangte. Das „Wofür“ der Scham benennt die Schaminhalte, den **Subjektpol**. Wurmser beschreibt dieses Wofür, den „Kern des Subjektpols der Scham“, als den „dreifache[n] Makel von Schwäche, Defekt und Schmutzigkeit“ (Wurmser 1990, S. 60).

Im Laufe der psychischen Entwicklung eines Menschen wird der Objektpol der Scham weiter internalisiert und der Subjektpol immer differenzierter. In der therapeutischen Praxis ist es das innere Schamgefühl, also die Verinnerlichung der beiden Pole des Wovor und Wofür, das interessiert. Da Wurmser die Psychodynamik der Scham in einem klassischen, dreigeteilten Strukturmodell konzipiert (Ich, Über-Ich und Es), geht er auch davon aus, dass der Schamaffekt vom Über-Ich ausgeht und dass Verachtung und Angeschaut-Werden unerlässliche Bedingungen für seine Manifestation sind. In diesem Sinne ist Scham ein „Teil der Affekte, die das Über-Ich hervorruft“ (S. 40). Der einer Schamkonstellation zugrunde liegende, **inter-systemische Konflikt** bezieht sich nach Wurmser (1990) auf **Macht und Ohnmacht**.

2.3. Das Auge des anderen

Einen Aspekt, den Wurmser und einige andere Autoren besonders hervorheben, ist die Rolle des **Angeschaut-Werdens** im Schamerleben. Scham ist in gewisser Hinsicht eine Frage der Optik, Beschämung folgt aus einer bestimmten Art des Gesehenwerdens. Von zahlreichen

Autoren wird hervorgehoben, dass dieser Aspekt des Gesehenwerdens einen entscheidenden Unterschied zwischen Scham- und Schuldleben darstellt, da in der Schuld die Anzahl der Beobachtenden keine so große Rolle spielt wie bei der Scham. In diesem Sinne sind Schamaffekte also viel „sozialer eingebunden“ als Schuldaffekte. Die hier angedeutete Einzigartigkeit des Auges basiert auf seiner Fähigkeit, in gleichem Maße aktiv und passiv zu sein. Es ist somit nicht nur ein Organ der Wahrnehmung, sondern sozusagen auch der *Wahrgebung*, das Auge handelt und erschafft gleichsam durch seinen „Sehstrahl“.

Wenn der frühe Blick der Mutter eine verletzende Ablehnung ausdrückt oder die mütterliche Unlust chronisch widerspiegelt, kann beim kleinen Kind durch die ständige Wiederholung dieser Erfahrung ein Gefühl entstehen, „verkehrt“ oder „unrichtig“ zu sein, ohne auch nur das Geringste daran ändern zu können. Das ist auch der Grund, weshalb Scham ein so sozialer, interaktiver Affekt ist: Schamgefühle entspringen aus der Interaktion mit anderen, meist als übermächtig erlebten Menschen. Im Hinblick auf die Bedeutung der „Macht der Augen“ für archaische Formen der Scham und im Besonderen für Patienten der „Borderline-Gruppe“ schreibt Wurmser (1990), dass diese Patienten Sehen und Sich-Zeigen mit Besitz und Macht, mit Invasion und Fusion gleich-setzen.

2.4. Beurteilungsmacht

Was macht den Blick des anderen, diese „Ohnmacht des Gesehenwerdens“ eigentlich psychodynamisch aus? Welche Macht wird dem Blick des anderen im inneren Erleben zugesprochen? Was ist das, was Wurmser (1986) als die „Last der tausend unbarmherzigen Augen“ genannt hat? Der **objektivierende Blick** des anderen wird als **Verachtung** interpretiert. Der Mensch erlebt sich als getrennt von anderen, jegliche Verbindung existiert in diesem Moment nicht mehr. In seinem Erleben wird er durch den Blick zu einem Gegenstand, einer Sache. Dieses Gefühl des Verachtet-Werdens löst emotional im Betroffenen fast immer eine Selbst-Entwertung aus, das Kind oder der spätere Erwachsene verurteilt sich selber für bestimmte Eigenschaften, Wünsche, Triebregungen oder Gefühle. Das macht die spezielle, **vernichtende Qualität der Scham** aus, da sie dem Subjekt die Existenzberechtigung raubt.

Phänomenologisch wurde die **Schamangst** als eine Art der Angst definiert, die durch eine plötzliche Bloßstellung hervorgerufen wird und die **Gefahr einer verächtlichen Zurückweisung** signalisiert. Vom subjektiven Erleben her gesehen hat diese Schamangst charakteristischerweise eine „eisige“ oder paradoxerweise auch eine „brennende“, „versengende“ und „betäubende Qualität“. Was als „Bruch“ in der Beziehung bezeichnet wurde, lässt sich auch als eine tiefe *Entfremdung* von der Welt und vom eigenen Selbst beschreiben. Als solche isoliert Scham von anderen Menschen und von sich selbst.

Hinsichtlich der späteren Bearbeitung von Schamkonflikten in der therapeutischen Situation ist es nach Seidler (1995) wichtig, eine **Aufklärung zwischen** der ursprünglichen **Scham** und der darauf folgenden **Selbstentwertung** zu unterstützen: „Therapeutisch erscheint es oftmals ausgesprochen wichtig, auf dem Wege einer Affektklärung die entsprechende Beziehungskonstellation herauszuarbeiten, und beispielsweise Scham und Selbstentwertung deutlich voneinander zu trennen“ (S. 74).

Eine Frage, die sich hier anschließt, ist die nach der **Qualität des „therapeutischen Blickes“**, mit dem der Therapeut den Patienten anschaut. Wie sollte dieser sein? Dieser Blick kann vom Patienten als zurückweisend bewertet werden, besonders, wenn der Therapeut oder Analytiker sich um eine Neutralität bemüht, die künstlich erscheint. Der Blick des Therapeuten kann vom

Patienten aber auch als eindringend, beurteilend, neugierig oder wissend aufgefasst werden. Eine sehr poetische Antwort auf die Frage nach dem Blick des Therapeuten gibt Bastian (1998), indem er schreibt, dass der Blick des Therapeuten „mild, aber nicht fordernd“, wie „Mondlicht, sanft, aber klar und niemals brennend“ (S. 34) sein sollte.

Im Gegensatz zur vis-a-vis Behandlung in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie besteht in der Psychoanalyse eine Unterbrechung des Blick-Kontaktes, mit der kurzen Ausnahme der Begrüßungs- und Verabschiedungsszene. Diese Unterbrechung des Blick-Kontaktes schützt gleichsam den Patienten davor, sich mit dem Blicken und Erblickt-Werden in dem Maße auseinandersetzen zu müssen, wie dies in dem vis-a-vis-Setting der Fall ist. Dieses „Blick-Arrangement“ hat demnach besondere Implikationen für das subjektive Schamerleben.

2.5. Scham und Intimitätsgrenzen

Was ist die *Funktion* dieses Affektes? Oder etwas anders formuliert: Was ist die psychologische Bedeutsamkeit dieser Reaktion? Menschlicher Kontakt und Interaktion hat immer etwas mit Grenzen zu tun. Auf der einen Seite ist dies mit einer befriedigenden Erfahrung verbunden, auf der anderen beinhaltet Kontakt auch die Gefahr, die Identität oder das Getrenntsein zu verlieren. Wie Lewis (1971) angedeutet hat, vergrößert Scham dabei die **Durchlässigkeit der Selbstgrenzen**. Damit steht subjektiv aber u.U. die ganze Identität auf dem Spiel. Zwischenmenschlicher Kontakt beinhaltet ein ständiges Sich-Zeigen und Sich-Verbergen. In Beziehungen und Begegnungen kommt diesem Prozess der „gegenseitigen dosierten Selbst-Offenbarung“ (Schneider 1987, S. 206) eine wichtige Funktion zu. Die damit verbundene „**Intimitätsschwelle**“ ist auch die „**Schamschwelle**“. Scham motiviert uns, Dinge des eigenen Gefühls- und Intimlebens für uns zu behalten und beschützt die eigene Privatheit. Die Funktion der Scham ist somit äußerst komplex, einesteils dient sie als „unentbehrliche Wächterin der Privatheit und der Innerlichkeit“ (Wurmser 1997, S. 128), der Wahrung unserer Selbst-Grenzen und der persönlichen Integrität.

In der Psychotherapie ist es essentiell notwendig, ein feines Gespür für den richtigen Grad an jeweiliger Nähe oder Distanz zu haben, etwas, das Wurmser (1990) „**Takt**“ nennt und die „jeweilige Nähe der Person zum Schamerleben“ definiert.

3. Maskierungen und Abwehr der Scham

Wie sieht nun das spezifische **Zusammenspiel von Scham und Abwehr** aus? Welche speziellen Abwehrmechanismen kommen im Hinblick auf den Schamaffekt zum tragen? Es gibt sehr unterschiedliche Wege, Schamgefühle abzuwehren und zu verzerren, damit sie irgendwie erträglicher erscheinen. **Verneinung** ist einer der charakteristischen Abwehrmechanismen gegen Scham. Ein anderer Weg ist der Ich-Abwehrmechanismus der **Verdrängung**. Verdrängung, das Nicht-wahr-haben-Wollen, hat ernstere Konsequenzen für die psychische Anpassung und das psychische Wohlbefinden des Individuums als der Abwehrmechanismus der Verneinung. Beim Abwehrmechanismus der Verdrängung verweigern Menschen sich selbst die Möglichkeit, die Situation zu durchdenken, die zu Schamgefühlen geführt haben. Damit kann aber auch keine Selbstreparatur geleistet werden. **Isolation** und **Verleugnung** spalten den Schamaffekt und das Gefühl des Selbst-Defekts ab, das entstehen könnte.

Symbolisch wird dies im Märchen „Des Kaisers neue Kleider“ dargestellt, in dem ein eigentlich beschämender Zustand (die Nacktheit des Kaisers) verleugnet wird. **Zwanghaftes Verhalten** kann einen Versuch anzeigen, Scham und Scham-Angst durch Perfektionismus zu meistern oder zu überwinden (Levin 1971, Wurmser 1990). Durch einen quasi sklavischen Versuch, das Ideal-Ich zu erreichen, fürchtet der Perfektionist nichts mehr, als Fehler zu machen, weil diese ihm anzeigen, dass irgendetwas Grundlegendes mit ihm nicht stimmen kann: „Für Perfektionisten gibt es offenbar nur eine Alternative: Schande oder Perfektion“ (Potter 1992, S. 68). Menschliche Unvollkommenheit muss in dieser zwanghaften Abwehr der Scham um jeden Preis vermieden werden, denn Menschlichkeit ist für dieses Individuum gleichbedeutend mit Scheitern. **Reaktionsbildung** kann, genauso wie **Ausagieren**, ein weiterer Versuch sein, Schamgefühle abzuwehren und somit mit ihnen umzugehen.

Eine Schwierigkeit, Schamgefühle im therapeutischen Setting zu bearbeiten, besteht darin, dass die Scham häufig **diffus, schwer benennbar** und **schwer greifbar** ist. Viele Patienten sprechen von einem „komischen Gefühl“ – etwas, das sie bremst und davon abhält, etwas zu sagen oder sich zu zeigen. Der Selbstpsychologe Morrison (1996) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, wie wichtig es im therapeutischen Setting ist, die „**Sprache der Scham**“ zu lernen. Worte wie „dumm“, „unsichtbar“, „ärmlich“, „trivial“, „unzureichend“ weisen alle auf eine darunter liegende Schamproblematik hin.

Allgemein betrachtet kann Scham durch eine große Bandbreite an komplexen Mechanismen umgangen, verleugnet, verdrängt oder als Reaktionsbildung verwandelt werden. Scham kann ein imperativer Affekt sein, der die psychische Abwehr fast blitzartig mobilisiert, wann immer es möglich ist. Scham haftet auch eine gewisse „stille Qualität“ an, die es häufig schwierig macht, sie von anderen Widerstands- und Abwehrformen zu unterscheiden, die andere klinische oder dynamische Bedeutungen haben. Schamerzeugende Situationen lösen neben der eigentlichen Scham und deren spezifischen Abwehrmechanismen auch zahlreiche andere Gefühle wie Zorn, Schuld, Hass oder Verzweiflung aus. Der Betroffene versucht, mit diesen Gefühlen seine subjektive und soziale Identität wiederherzustellen.

3.1. Verschwinden und Erstarren

Scham ist ein Affekt, der in seltenen Fällen „direkt“ sichtbar wird. Wenn man sich schämt, versucht man oft über die Scham hinwegzugehen, sie zu verdrängen und sie durch ein anderes, weniger unangenehmes Gefühl zu ersetzen. Scham erscheint daher zumeist indirekt in ihrer Maskierung und Verhüllung. Schon in der etymologischen Bedeutung des Wortes *skem*, das auf die Wurzel „Verschwinden“ hinweist, findet sich die Hauptqualität dieses Gefühls: „Man möchte vor Scham im Erdboden versinken“, „die Erde möge sich öffnen und einen verschlucken“. Wenn es gelänge, in den Boden zu versinken, würde das Individuum seinem Wunsch nach Unsichtbarmachung genügen. Diese Metaphern legen nahe, dass dies den Tod, die psychische Leblosigkeit und Erstarrung bedeuten würde, wie wir sie oft bei Menschen vorfinden, die von ihren Schamgefühlen geradezu überschwemmt werden.

In der therapeutischen Situation kann dieses **Verschwinden** in vielfältiger Form erscheinen. Bestimmte Themen können verschwinden, die in unmittelbarer Nähe zur Scham stehen. Aber auch der Patient selbst kann verschwinden. In einigen Fällen muss man bei **Therapieabbrüchen** an eine unausgesprochene und unaussprechliche Scham denken, die soweit führt, dass der Patient nicht mehr erscheint. Ein noch häufigeres Phänomen des Verschwindens besteht darin, dass der Patient zu spät zur Stunde kommt und damit auch zum Teil

verschwindet. Der Patient empfindet dieses **Zu-spät-Kommen** in vielen Fällen als schuldhaft und verbindet es mit einer Bestrafungsangst. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass hier die Schuldgefühle zur Abwehr eines noch schwerer zu ertragenden Schamgefühls dienen können. Auch in einer gewissen **Sprachlosigkeit** des Patienten – im Sinne eines „heute habe ich nichts zu sagen“ – kann sich das Verbergen eines dahinter liegenden Schamkonfliktes äußern. Eine weitere Form des Verschwindens bzw. nicht-sichtbar-Werdens kann sich als **Konturlosigkeit der Persönlichkeit** oder als ungenügende Konkretisierung von Themen und Situationen im Gespräch zeigen. Wenn Patienten kein deutliches Bild im Therapeuten hinterlassen, erscheint es angezeigt, an unbewusste Schamgefühle zu denken. Oft breitet sich das **Gefühl von Sinnlosigkeit** und v.a. **Langeweile** im Patienten aus. Die Langeweile kann sich aber in der Gegenübertragung auch im Therapeuten breit machen und könnte den Therapeuten daran denken lassen, ob nicht ein Thema tiefer Selbstwertproblematik und Scham vermieden wird. Wurmser (1990) sieht in der allesdurchdringenden Langeweile mancher Patienten einen abgewandelten Ausdruck und eine Abwehr von Scham. Langeweile interpretiert er als ein Zeichen unterdrückter Triebe, die auch die Manifestation einer machtvollen Abwehr gegen das Erleben von Gefühlen beinhalten kann. „Wenn Gefühle an sich als unpassend angesehen werden, wenn ihr Glanz sozusagen ausgelöscht wird“, so Wurmser (1990), „dann zieht der feuchtkalte Nebel der Langeweile auf“ (S. 308).

An der Tendenz, unsichtbar zu werden, lässt sich gut die doppelte Natur der Scham-Abwehr erkennen: Sie kann einerseits als Ausdruck des Wunsches, sich zu verstecken, aufgefasst werden mit dem Hauptabwehrmechanismus gegen Scham, dem Verbergen. Gleichzeitig ist es ein Auslöser für weitere Scham, da der Eindruck, dass man unsichtbar und damit unwichtig ist, eine weitere Quelle der Scham sein kann.

In der Therapiesituation kann eine **übertriebene Heiterkeit und Fröhlichkeit** allerdings u.a. darauf hinweisen, dass Schamgefühle und -themen von Patient und Therapeut gemeinsam vermieden werden. Diese, von Helen Block Lewis (1971) als „umgangene Scham“ („*by-passed shame*“) beschriebene Form kann sich in der Therapiesituation in Form von Schwindelgefühlen in der Gegenübertragung beim Therapeuten äußern, die darauf hinweisen, dass man das Gefühl hat, „den Boden zu verlieren“. Die dahinter liegenden Gefühle von Depersonalisierung, von „neben sich stehen“, können auf eine verdrängte Schamproblematik hindeuten. Eine andere Form, mit Schamgefühlen fertig zu werden, besteht in der exzessiven Kontrolle der Gesichtsmuskeln – praktisch das Gegenstück zum Lachen in der „gesunden“ Reaktion. Das Gesicht und die Mimik werden extrem starr und ausdrucksarm, um ein mögliches Auftreten der Schamreaktion zu vermeiden. Der Versuch, einen Zustand chronischer Scham dauernd unter Kontrolle zu halten, kann man im „frozen face“, im „eingefrorenen Gesicht“, im „Pokerface“ beobachten. Hilgers (1997) nennt dies das „Fischgesicht“. Es bedeutet das fast vollständige **Einfrieren der Gesichtsmimik**, um einer eventuellen Entblößung vorzubeugen. Wurmser beschreibt diese Erstarrung als ein Kennzeichen von Persönlichkeitsstörungen, diese Patienten tragen „die meiste Zeit eine Maske unbeweglicher, eisiger Kälte“ (1990, S. 308). Er geht auch davon aus, dass viele Patienten mit sogenannter „Alexithymie“ sämtliche Gefühlsregungen hinter einer solchen steinernen Maske verbergen. Dieses Erstarren kann auch die ganze Körpersprache und den Körperausdruck betreffen, die Gangart kann marionettenhaft und steif wirken. Wenn das äußerliche Verstecken und Davonlaufen nicht gelebt werden kann, wird sozusagen die Lebendigkeit des Gesichts verborgen.

3.2. Reaktionsbildung und Deckeffekte

Eine andere Form von Abwehr ist die exzessive Zurschaustellung, der **Exhibitionismus**. Sie soll die abgewehrten Gefühle von Minderwertigkeit, Unterlegenheit und Unsicherheit verbergen. Dies ist somit eine Form von Reaktionsbildung gegen Schamgefühle. Dieses Öffentlichmachen von bestimmten Themen und Inhalten, die sonst durch eine gewisse Intimitätschranke geschützt und verborgen sind, kann psychoanalytisch so interpretiert werden, dass die Scham quasi „übersprungen“ wird. Aus dem empfundenen Makel und Defizit wird eine vermeintliche Stärke, die mit narzisstischer Gratifikation verbunden wird.

Oft wird Scham auch durch andere Affekte überdeckt oder umgewandelt. In Anlehnung an Freud, der in seiner Arbeit aus dem Jahre 1899 von sogenannten „Deckerinnerungen“ spricht, kann man von „**Deckgefühlen**“ bzw. „-affekten“ (Mertens 1992) sprechen. Allgemein betrachtet können diese, als angenehm erinnerten Affekte und Stimmungen als Deckgefühle zur Abwehr schmerzlicher Affekte eingesetzt werden. Der Analytiker Léon Wurmser (1990) vertritt in seinem Buch *Die Maske der Scham* die These, dass „schwere Psychopathologie zu einem beträchtlichen Teil Schamkonflikte enthält, diese gleichzeitig aber auch maskiert“ (S. 302). Schon in dem Titel seines Buches verweist er auf die Abwehrhaltungen gegen Schamgefühle. Er bezeichnet diese Deckgefühle auch als „schamabwehrende Deckaffekte“ (S. 305) und zählt die Affekte der Verachtung, Spott, Trotz, Zorn und Neid dazu. Diese Affekte dienen quasi der Affekt-Substituierung, sie verbergen und beschützen das Schamgefühl dadurch, dass die Scham in einen anderen Affekt umgewandelt oder substituiert wird. Scham wird in der traditionellen psychoanalytischen Theorie als Abwehr gegen tiefer gelegene, unterliegende Trieb-Konflikte gesehen. Otto Fenichel (1945, S. 199) schreibt: „Als Abwehrmotiv richtet sich die Scham hauptsächlich gegen Exhibitionismus und Schaulust.“

Wie etliche Autoren dargestellt haben (Wurmser 1990, Hilgers 1996, Tisseron 1992) zeichnet sich Scham gegenüber Schuld durch eine **globale Infragestellung und Entwertung des Selbst** aus und ist mit der Handlungstendenz zu Rückzug und Vermeidung verbunden. Unerträgliche Schamgefühle können durch erträglichere Schuldgefühle ersetzt werden. Dabei spielt die Verwandlung der Scham- in Schuldgefühle, bei denen es um eine konkrete Tat oder einen Gedanken geht, eine besonders große Rolle. Bastian (2006) bemerkt, dass der Scham keine Ambivalenz und damit kein Konflikt voraus geht. Der Beschämte steht daher auch nicht am „Scheideweg“, ihm bleiben weder Wahl noch Ausweg. In dieser Ausweglosigkeit liegen seinem Erachten nach auch die Unterschiede zwischen Scham und Schuldgefühlen begründet. Das schlechte Gewissen, das die Schuld erzeugt, ist in den meisten Fällen leichter zu ertragen, als die Scham, die noch tiefer in Ohnmacht und Ausweglosigkeit führt. Die konkrete, „aktive“ Schuld ist dem „passiven“ Schamerleben vorzuziehen. Die **Verkehrung von passiv in aktiv** spielt aber noch in anderer Hinsicht eine Rolle, nämlich in dem typischen Umgang mit schweren Schamkonflikten: Eine möglicherweise passiv zu ertragende Scham wird aktiv umgewandelt, indem der Betreffende jemand anderen beschämt, um seine eigene Scham nicht erleben zu müssen.

3.3. Verachtung, narzisstische Wut und Neid

Wie lässt sich die spezifische Beziehung von Scham mit Gefühlen von Ärger, Wut, Verachtung, Geringschätzung und Neid konzipieren? Allen diesen Gefühlen ist zuerst gemeinsam, dass sie Gefühle sind, die leichter zu ertragen sind als Scham (Morrison 1996).

Die **Verachtung** wird von Wurmser (1990, S. 306) als „Kehrseite der Scham“ bezeichnet. Eine Kränkung oder Erniedrigung wird dadurch erwidert, dass sie an ein Ersatzobjekt oder in stark verzerrter Form weitergegeben wird. Eine extreme Form der Verachtung besteht darin, den Mensch zum Ding zu entwerten und seines Selbstzweckes zu berauben (Broucek 1991). Selbstpsychologisch betrachtet lässt sich Verachtung oder Geringschätzung dergestalt konzipieren, dass die Scham, die man einem selbst gegenüber empfindet, nicht direkt erfahren wird, sondern in eine andere Person umgelenkt wird, die Ähnlichkeit mit dem eigenen Selbstgefühl hat, oder Eigenschaften hat, die man vermeiden möchte.

Ähnlich wie Verachtung stellen **Wut** und **Ärger** Strategien dar, mit unerträglichen Schamgefühlen umzugehen und diese durch erträglichere Affekte zu substituieren. Somit können Wut- und Verachtungsempfindungen als eine weitere „Überlebensstrategie“ gegen Scham angesehen werden. Die meisten narzisstischen Wutreaktionen sind momentane Schamerfahrungen, in denen sich das Individuum unbedeutend und übergangen fühlt. Wut wird auch oft benutzt, um die darunter liegende Scham zu verdecken und so stellt sie eine häufig angewandte Form dar, Schamgefühle dadurch auszumerzen, dass wütende Gefühle gegen das angreifende Objekt gerichtet werden.

In enger Verbindung zu Verachtung und Wut kann **Arroganz** zweierlei bedeuten: einerseits Überheblichkeit, andererseits Verachtung. Um *Überheblichkeit* handelt es sich dann, wenn jemand sein Selbstwertgefühl so übersteigert, dass er glaubt, besser als die anderen zu sein. *Verachtung* ist dann im Spiel, wenn jemand andere herabsetzt, um sie kleiner und unbedeutender erscheinen zu lassen als sich selbst, ein Gefühl also, das entpersönlichen und sozialen Abstand schaffen soll. Diese Form der Arroganz oder Überheblichkeit zeigt sich mimisch darin, dass der Kopf starr hochgehalten wird und auf andere mit Geringschätzung herabgeblickt wird. Zusammengefasst können die Gefühle des Ärgers, der Wut und der Verachtung die Funktion erfüllen, sich gegen das Empfinden zu schützen, sich schwach, verletzlich und beschämt zu fühlen.

Als eine andere Abwehr gegen Scham kann **Neid** betrachtet werden. Neid gegenüber einem anderen bedeutet, per Definition, einen *Vergleich*, in dem man schlechter abschneidet. Unsere eigene relative Negativität oder unser relatives Defizit verursachen dann Scham. Der Inhalt des Neides ist demnach: „Ich möchte an positiven Eigenschaften oder Besitztümern so reich sein wie der andere, damit ich geliebt, bewundert, respektiert werde und mächtig bin.“ Wurmser (1990) weist darauf hin, dass es im Zutagetreten des Neidgefühls immer ein bewusstes oder unbewusstes Gefühl der „schmerzhaften Ungleichheit“ gibt, gewöhnlich mit Schamcharakter. Damit Neidgefühle auf ein mächtiges Objekt auftauchen, muss somit das Objekt mit dem schambeladenen, inkompetenten Selbst verglichen werden. Neid dient somit als Affektabwehr gegen Scham und ist eine der vielfältigen Affektumkehrungen. Der „Gewinn“ dieser Affektumkehrung besteht subjektiv darin, dass die Aufmerksamkeit des Subjekts vom schambeladenen Selbst auf die Macht des Objektes verschoben wird, so dass die Beschäftigung mit dem, als unzureichend empfundenen Selbstzustand in den Hintergrund tritt.

4. Formen und Inhalte der Scham

4.1. Auslösesituationen von Scham

Allgemein kann man die **Inhalte** der Scham folgendermaßen auflisten:

- körperliche Größe, Stärke, Leistung, Attraktivität, Fähigkeiten
- Abhängigkeit/Unabhängigkeit
- Konkurrenz
- Selbstgefühl
- Sexualität und Intimität
- Nähewünsche
- Kastrationsscham
- Angst, die Kontrolle über die Ausscheidungsfunktionen zu verlieren

Diese Liste ließe sich sicherlich noch endlos fortführen, es gibt praktisch keinen Bereich der menschlichen Erfahrung, Gefühle, Gedanken oder körperliche Aspekte, der nicht schambeladen sein kann.

Dies sind nur einige typische Schaminhalte, wie sie uns besonders in der Psychotherapie begegnen. Anders als die *Inhalte* der Scham, besitzen die **Formen** der Scham eine eher globale Qualität, die für das Verständnis psychischer Störungen besonders wichtig ist.

Im Folgenden werde ich mich vier Formen der Scham zuwenden, denen meines Erachtens eine wichtige Rolle zukommt und die besonders für die Psychotherapie relevant sind. Die Unterteilung in vier unterschiedliche Formen scheint etwas künstlich, da sie sicherlich innerseelisch miteinander verbunden sind. Dennoch hat diese Einteilung den Vorteil, die vier Schamformen in ihrer Psychodynamik und ihrer Funktion besser zu verstehen. Zusätzlich sind diese Schamformen jeweils bestimmten Entwicklungsphase zugeordnet und reichen von der präödipalen (z.T. auch intrauterinen) bis zur ödipalen Phase. Diese Schamformen sind erstens die „Urscham“ des Liebesunwertes, zweitens Scham für Bedürfnisse im Allgemeinen, drittens die „Abhängigkeitsscham“ und viertens die „ödipale“ Scham.

4.2. Präödipale Scham oder die „Urscham des Liebesunwertes“

Im Laufe der letzten Jahre wurde zunehmend davon ausgegangen, dass die Scham mit Gefühlen des Mangels und der Inadäquatheit des Selbst verbunden ist, mit einem Absinken des Selbstwertgefühls einhergeht und dass dabei das ganze Selbst beteiligt ist. Dieser Schutzwall an Misstrauen führt oft zum Erleben der Verzweiflung, und jede konsequente Schamanalyse in der Psychotherapie führt unweigerlich zum Erleben dieser innewohnenden Verzweiflung. Das Gefühl der Verzweiflung steht psychodynamisch mit der subjektiven Empfindung, von anderen Menschen getrennt zu sein, in Verbindung.

Dies ist es auch, was Morrison (1998) als „**Kern-Wertlosigkeit**“ („*core unworthiness*“) beschreibt, das Gefühl, dass es etwas im eigenen Inneren gibt, das nicht wert ist, geliebt zu werden:

„*Wertlosigkeit* kombiniert Elemente des Versagens, des Ungeliebtseins, der Minderwertigkeit und des Defizits [...]. Eine Hauptquelle von chronischen Gefühlen der Wertlosigkeit bei Erwachsenen ist die empfundene Ablehnung durch einen idealisierten Elternteil in der frühen Kindheit. Diese Ablehnung wird vom Kind internalisiert als ein Teil seiner oder ihrer Identität. Das Kind fühlt sich unannehmbar und grundsätzlich wertlos.“ (Morrison 1998, S. 47)

Ebenso geht Nathanson (1992) davon aus, dass viele Menschen im tiefsten Inneren das grundsätzliche Gefühl haben, nicht liebenswert und akzeptabel für andere zu sein. Der Ursprung dieses Gefühls kann mit der Tatsache erklärt werden, dass eine Haltung der Eltern vorherrschte, die wenig liebevoll den Kindern gegenüber war. Das Kind wurde so mit zwei Alternativen konfrontiert: Entweder der erschreckenden Tatsache, dass die eigenen Eltern unfähig sind zu lieben, oder der kreativen, wenn auch falschen Theorie, dass die Eltern eigentlich in Ordnung sind und ihr unangenehmes Verhalten eine nachvollziehbare Reaktion von guten Menschen auf „schlechte“ oder „beschädigte“ Kinder ist. „Kinder werden ein Selbstgefühl annehmen“, so Nathanson (1992) „das auf einem persönlichen Defekt basiert, um die elterlichen Fehler und Versäumnisse zu erklären“ (S. 341). Die Annahme eines persönlichen Defektes erlaubt es dem Kind, mit der unerträglichen Angst – dem Grauen des Verlassenwerdens und des Todes – fertig zu werden, indem sie die Angst gegen die akzeptablere, wenn auch unbequeme Scham eintauschen.

Der **Grundfehler**, für den man sich bei der Urscham letztlich schämt, ist diese schmerzliche Wunde: „Ich bin nicht geliebt worden, weil ich im Kern nicht geliebt werden kann – und ich werde nie geliebt werden“. Dieses tiefe Gefühl eines Grundfehlers kann zur Herausbildung eines „falschen Selbst“ (Winnicott 1974) führen, das darauf basiert, sich so zu verhalten, wie es den vermeintlichen Vorstellungen der Eltern entspricht. Einem Kind, das dieses „falsche Selbst“ als Reaktion auf die Anforderungen der Eltern entwickelt hat, kommt es darauf an, „dem Gegenüber im Sinne einer regressiven Wunscherfüllung nach bruchloser Übereinstimmung zu gefallen“ (Seidler 1995, S. 181).

Dieser Herausbildung eines „falschen Selbst“ liegt die **Überzeugung des eigenen Liebesunwertes** („*unlovability*“) zugrunde, die der Objektbeziehungstheoretiker Michael Balint (1969) als Ausdruck der „Grundstörung“ („*primary fault*“) identifiziert hat. Er beschreibt den präambivalenten Zustand der Bezogenheit zum primären Objekt als „primäre Liebe“ oder „primäre Objektbeziehung“. Die Wünsche dieses *primären Objektes* sind für den Säugling mit seinen eigenen Wünschen identisch. Wenn der Säugling diese befriedigende, primäre Objektbeziehung verinnerlicht, entsteht daraus das Gefühl, einen *elementaren Anspruch* auf diese „primäre Liebe“ zu haben. Die Verwundung dieser „Ur Liebe“ bewirkt, dass der Säugling einen Bruch in der Beziehung erlebt. Dies hat zwei Reaktionen zur Folge: Die eine ist der Narzissmus, in dem das Kind versucht, sich das zu geben, was es bislang in seiner Beziehung zum primären Objekt erhalten hat. Die zweite ist der Weg der aktiven Objektliebe, durch die das Kind dem Objekt zu gefallen versucht, um im Gegenzug selbst befriedigt zu werden.

Der von Wurmser (1990) eingeführte Begriff der „**Urscham**“ und seine Beschreibung stellt m.E. die genaueste Darstellung dieser Form von Scham dar. Er geht davon aus, dass man – wenn man die Ursprünge der Scham zurückverfolgt – eine Schicht erreicht, in der sie mit archaischen Formen von Schuld, Ekel und Panik zusammenfließt. Im Gegensatz zu Kernberg (1996), der eher Hass und Neid als die Hauptaffekte der Borderline-Störung betrachtet, stellen für Wurmser diese archaischen Formen der Scham den Hauptkonflikt dieser schweren, neurotischen und psychotischen Patienten dar. Wurmser versteht, anders als zum Beispiel Balint, der von einem Defekt ausgeht, die dahinterliegende Psychodynamik durch einen *Konflikt* verursacht: der Konflikt zwischen den beiden Polen des Wunsches nach totaler Verschmelzung mit dem allmächtigen Objekt und dem Gegenpol, dem Wunsch nach Getrenntheit, der letztlich in absoluter Isolation zu finden ist. Diese Urscham ist für Wurmser das absolute Gefühl des Liebesunwertes, das sich auf das „zerbrochene Selbst“ bezieht (ebda, S. 299). Es ist das „versengende Gefühl“, dass das ganze Selbst „dreckig“, „unberührbar“ und „verdorben“ ist, dass man in seinem eigentlichen Kern niemals geliebt werden kann.

Diese Urscham, verbunden mit dem Schmerz des wesentlichen Liebesunwertes, ist für das Individuum schwer zu ertragen: „Wieviel Grauen liegt in dieser Höllentiefe äußersten Liebesunwertes – als Mann, als Frau, als Kind!“ (ebda, S. 158). Es liegt so viel existentieller Selbstzweifel und Selbstverneinung darin, dass das Erleben dieser Form der Urscham um jeden Preis vermieden werden muss.

„Dieser Abgrund des Liebesunwertes stellt eine solche Tiefe von wortloser und bildloser Verzweiflung dar, dass jegliche begrenztere Scham als willkommene Beschützerin erscheinen muß; ihre Sichtbarkeit und Gegenständlichkeit schützen gegen das graue Gespenst jener absoluten Scham.“ (Wurmser 1990, S. 158)

Dieses Gefühl, in beschämender Weise von Anfang an lästig, unerwünscht und nicht liebenswert zu sein, wird häufig dadurch abgewehrt, dass eine konkrete Form von körperlicher Ursache vermutet wird, wo es eigentlich um die existentielle Zurückweisung des ganzen Selbst geht. So wird das Gefühl der existentiellen Verworfenheit und Scham in einen „kontrollierbaren Zweifel“ hinsichtlich eigener Körperteile oder Attribute verwandelt und leichter erträglich.

4.3. Scham für Bedürfnisse

Eine andere wichtige Form der Scham ist das sich-Schämen für Bedürfnisse überhaupt. Häufig ist es gerade die *Abwesenheit* einer Elternfigur während entscheidenden Abschnitten in der Entwicklung, die zu Schamsensitivität führt, weil die abwesenden oder nicht antwortfähigen Eltern nicht idealisiert werden konnten. Daraus folgt das „vergebliche Sichsehnen des Kindes nach Verbundenheit und dies kann sich auf das *Bedürfnis* selbst ausdehnen. Das Kind kommt unbewusst zum Schluss: *Es ist böse, jemanden zu benötigen.*“ (Hilgers 1996, S.77). So kann ein Teufelskreis entstehen, in dem negativ konnotierte Gefühle und Bedürfnisse zu Scham führen, die intrapsychisch mit Selbstverachtung beantwortet werden, die wiederum weitere Scham auf sich zieht. Dadurch werden bestimmte Bedürfnisse (z.B. nach Nähe und Gehaltenwerden) so groß und unersättlich, dass sie einer massiven Verdrängungs- und Verleugnungsschranke unterliegen.

In gewisser Weise ist der Ausdruck von Bedürfnissen für jeden Erwachsenen in kleinerem oder größerem Ausmaß schambeladen, da dies oft als ein Zeichen der eigenen Schwäche gewertet wird. Das Ausmaß, in dem ein Gefühl oder Bedürfnis eines erwachsenen Menschen schamgebunden ist, hängt jedoch von dem entweder zurückweisenden oder annehmenden Kontakt ab, den der Erwachsene als das Kind mit seinen Eltern erfahren hat. Dieser Kontakt wird verinnerlicht und führt dazu, dass das Kind diese Gefühle oder Bedürfnisse selbst annehmen kann oder verdrängen muss. Diese Scham bezieht sich häufig nicht nur auf Gefühle und Bedürfnisse, sondern auch auf das *Begehren* an sich. In extremen Fällen kann diese Abwehr des Begehrens zu Zuständen von psychischem Tod, „*psychic deadness*“ (Eigen 1996) führen und das Individuum völlig lähmen.

Das **Zeigen von Emotionen** ist oft auch mit der Befürchtung verbunden, sich verwundbar zu machen nach dem Motto: „Wenn ich mich jemandem öffne und Vertrauen fasse, werde ich verletzt, abgewiesen, mit Kälte, Verachtung oder Hohn behandelt!“ Besonders Gefühle der Liebe, Zärtlichkeit und Sehnsucht müssen vor dem Zugriff anderer geschützt werden. Psychodynamisch kann das Zulassen von Emotionen auch mit der fehlenden Kontrolle der Ausscheidungsfunktionen assoziiert sein, da beide durch die Befürchtung einer „überflutenden“ Qualität miteinander verbunden sind. Bestimmte Schamformen beim Kind und später beim Er-

wachsenen rühren daher, dass ein Elternteil oder beide gegenüber den Erwartungen und den Leiden ihres Kindes nicht genügend Verständnis gezeigt haben. Die fehlende elterliche Reaktion auf normale emotionale Bedürfnisse des Kindes kann dazu führen, dass das Kind seine Gefühle für deplaziert hält und sich ihrer schämt. Daraus kann sich ein „falsches Selbst“ im Sinne Winnicotts (1974) entwickeln, das seinen wahren Gefühlen gegenüber Scham empfindet.

4.4. Abhängigkeitsscham

Abhängigkeitsscham tritt dann auf, wenn die eigene Abhängigkeit in Beziehung zu anderen, oder das Herausfallen aus Beziehungen, die eigentlich gewünscht sind, deutlich wird. Die Abhängigkeitsscham verweist auf ein Grunddilemma des Menschen: die Suche nach Beziehung auf der einen und das Streben nach Autonomie auf der anderen Seite. Nach Mentzos (1997) stellt dies einen „primären Konflikt“ dar, nämlich den Konflikt zwischen *Abhängigkeit* und *Autonomie* bzw. zwischen *Bindung* und *Freiheit*.

Der Grundkonflikt zwischen Autonomie und Abhängigkeit (oder Bindung versus Freiheit) wird in dieser Zeit gelegt und bestimmt im weiteren Verlauf, wie das Individuum mit diesem Grundkonflikt in Beziehungen umgeht. Im gelungenen Fall führt das „Entweder-Oder“ zu einem „Sowohl-als-Auch“. Im Misslingen der Bewältigung kann es zu einer Polarisierung zwischen objektbezogenen und narzisstischen (Selbst-) Bedürfnissen kommen.

Diese Abhängigkeit von den primären Objekten wird in der psychotherapeutischen Beziehung erneut reaktualisiert, da hier ebenfalls primäre Wünsche und deren Abwehr geweckt werden. Das ganze Kaleidoskop der Gefühle, das mit diesem Grunddilemma zwischen Autonomie und Abhängigkeit verbunden ist, wird besonders bei der therapeutischen Behandlung von schweren Persönlichkeitsstörungen deutlich. Wurmser (1990) hebt in diesem Zusammenhang auch hervor, welche wichtige Rolle bei den schweren Neurosen der **Konflikt Abhängigkeitsscham gegen Trennungsschuld** spielt (S. 114). Bei Patienten, die in der Tiefe symbiotisch an ihre Eltern gebunden sind, können die Entwicklungsschritte in Richtung Autonomie mit einer starken unbewussten Trennungsschuld assoziiert werden. Diese Trennungsschuld kann so weit gehen, dass die Betroffenen das Gefühl haben, den Elternteil zu verraten, ihn im dramatischsten Fall sogar zu töten, wenn sie sich innerlich verselbständigen und von ihm trennen. Dies wird häufig bei Borderline-Störungen, die ätiologisch genau diesen Autonomie-Abhängigkeitskonflikt betreffen, in dramatischer Form erfahren. Bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen, die wir in einem späteren Kapitel eingehender behandeln werden, spielen schamweckende Bindungssehnsüchte eine große psychodynamische Rolle.

4.5. Ödipale Scham

In der klassischen trieb- und strukturtheoretischen Sichtweise Freuds umfasst der Ödipuskomplex die Gesamtheit der kindlichen Liebes-, Hass- und Schuldgefühle den Eltern gegenüber. Freud zufolge unterdrückt und verdrängt der Junge aufgrund der Angst, vom Vater kastriert zu werden, die libidinösen und aggressiven Impulse und Phantasien mit dem Beginn der Latenz. Von der affektiven Seite her gesehen ist in klassisch, triebpsychologischer Perspektive mit dem Ödipuskomplex der Affekt der Schuld verbunden. Etliche Autoren haben

in den letzten Jahren dazu beigetragen, parallel zur Gewichtung des Schuldaffektes eine umfassende Relevanz des Schamaffektes zu betonen.

Die Phantasien des Kindes, stark, groß und mächtig zu werden, stehen im Gegensatz zu der zunehmenden Bewusstwerdung, aus der Beziehung der Eltern ausgeschlossen zu sein. Morrison (1999, S. 101) fasst das Schamelement in diesem ödipalen Drama folgendermaßen zusammen: „Wie beschämend fühlt es sich an, nach jemandem zu verlangen, der diese Gefühle nicht auf der gleichen Ebene erwidert!“. Dieser selbstpsychologische Autor betont dabei, dass ein zentrales Thema der Ödipus-Interpretation Freuds der Begriff der *Kastration* sei. Auf intrapsychische Konflikte in Erwachsenen bezogen lässt sich „Kastrationsangst“ als sexuelle Beschämung oder als die Angst vor dieser, beschreiben. Kastrationsangst wird in diesem Zusammenhang selten als eine Ausformung der Scham anerkannt, obwohl sie immer Schamdynamiken beinhaltet. Die Scham erscheint nach Morrison (1997) dann im ödipalen Drama, wenn die Bewusstheit der Kleinheit des Kindes – genital und insgesamt – im Vergleich zum gleichgeschlechtlichen Elternteil erfolgt.

Die ödipale Situation ist mindestens genauso sehr eine Tragödie der Scham, wie ein Drama der Schuld und Kastrationsangst. Diese Scham-Schuld-Dialektik ist nicht nur in markanter Form in den griechischen Tragödien ein zentrales Thema, sie beherrscht auch die Psychodynamik von Patienten, die Therapien aufsuchen.

5. Scham im psychotherapeutischen Setting

5.1. Sensibilisierung für Scham in der psychotherapeutischen Praxis

Wurmser (1986) hat die Relevanz von Schamgefühlen in der psychotherapeutischen und psychoanalytischen Behandlungspraxis anschaulich beschrieben:

„Es vergeht wohl kaum eine Stunde der Analyse oder der Psychotherapie, in der wir nicht im Schweigen des Patienten oder im **Gerede**, im **Zorn** oder in der **Einschüchterung**, und v.a. in der **Überzeugung eigenen Unwertes**, der eine oder anderen Form des Sich-Schämens gewahr werden.“ (S. 16)

Wenn Schamgefühle selten in direkter und unverhüllter Form in der Therapie sichtbar werden und meist in abgewehrter oder verdeckter Form auftauchen, an welchen **äußerlichen Signalen** lässt sich dann ablesen, wann wir es mit einem Schamphänomen zu tun haben? Auf diese klinisch relevanten Fragen möchte ich ansatzweise in diesem Abschnitt eine Antwort geben.

In der therapeutischen Situation lassen sich mehrere äußerlich ablesbare Schamsignale erkennen, die sich besonders auf das **Blickverhalten**, die **Art zu sprechen** und besonders die **Körper- und Kopfhaltung** beziehen. Mit einem subjektiv empfundenen Gefühl der Beschämung ist ein allgemeiner **Tonusverlust** im ganzen Körper verbunden. Der Patient zieht sich häufig durch ein **körperliches Vermeidungsverhalten** aus dem Beziehungskontakt zurück, wendet seinen Kopf und seinen Blick ab, er oder sich möchte „im Erdboden verschwinden“, sich „in einem Mäuseloch verkriechen“. Häufig wird dies begleitet durch „**selbstreflektische Gesten**“, d.h. durch Berührungen des eigenen Gesichtes oder des Körpers. Dies weist darauf hin, daß der Betreffende einen Selbstbezug herstellt. Seidler (1995) erwähnt dabei eine

typische Geste bei Schamgefühlen, bei der der Sich-Schämende mit der rechten, überwiegend jedoch mit der **linken Hand das Gesicht berührt**, meistens am Kinn, aber auch an der Wange oder an der Stirn. Eine noch deutlichere selbstreflektorische Geste stellt das Verdecken des Gesichtes durch die Hände dar, wobei der Kopf abgesenkt wird.

Ein Hinweis auf Schamgefühle kann sich durch die **Lautstärke und die Modulation der Stimme** ergeben. Häufig ist die Stimme sehr unmoduliert und leise, das Gesicht dabei sehr starr und maskenhaft. Dieses **Erstarren der Mimik** weist auf eine grundlegende Abwehr von „Entgleisungen“ und damit auch auf Schamanfälligkeiten hin. Auch Tomkins (1962) und Wurmser (1990) sehen in der „eingefrorenen Mimik“ oder der „Versteinerung“ eine Abwehr gegen das Erleben von Verwundbarkeit, die mit offen eingestandener Scham einhergeht. Ebenfalls kann Schweigen in den Therapiestunden eine wichtige Form des **Schamwiderstandes** sein, die im Falle der Nicht-Erkennung der dahinter liegenden Dynamik u. U. zu „negativen therapeutischen Reaktionen“ führen kann, d.h. zu einer Verschlechterung der Symptomatik. Es kann aber auch das andere Extrem in Therapiesitzungen vorkommen, in denen eine „**Flucht nach vorne**“ im Sinne einer **Überkompensation** angetreten wird und die Scham-Ängste und Peinlichkeitsgefühle durch ein **forsches und polterndes Auftreten** verdeckt werden sollen. Es ist auch möglich, dass eine übergroße, fast „kumpelhafte Nähe“ hergestellt werden soll (z.B. indem der Patient den Therapeuten duzt), um möglichst schnell eine Intimität zu schaffen, bei der die Schamgefühle nicht so eine zerstörerische Wirkung entfalten.

Der Emotionspsychologe und Psychotherapeut Kaufman (1989, S. 178f.) unterscheidet **vier Arten von Schamindikatoren**, die klinisch relevant erscheinen. Der Affekt der Scham ist in dieser Sicht multidimensional, er operiert im **Gesicht**, im **Gefühl**, in der **Kognition** und im **zwischenmenschlichen Erleben**.

- (1) sind es Signale, die im **Gesicht** lokalisiert sind: das Abwenden des Augenkontaktes, den Boden anstarren, eine Vermeidung des gegenseitigen Anschauens und des direkten Augenkontaktes – all dies ist ein klares Zeichen von Scham. Andere Patienten nehmen dagegen eine starrende Position als Scham-Abwehr ein.
- (2) sind dies die affektiven Signale, die genaue Beachtung der phänomenologischen Erfahrung der Scham ist hierbei wichtig. Scham fühlt sich wie eine unerwartete **Bloßstellung** an, als **defizitär, minderwertig** bloßgestellt zu werden. Das Selbst fühlt sich den Blicken ausgesetzt an, wie unter einem Vergrößerungsglas. Weil die Sprache nicht genau ist, wird die innere Erfahrung der Scham typischerweise als Angst oder sogar als paranoide Gedanken fehlinterpretiert. **Schüchternheit, Peinlichkeit, Selbst-Beobachtung** und **Schuld** stellen die affektiven Indikatoren der Scham dar. Scham als ein **Affekt** muss jedoch von der **verinnerlichten Scham** unterschieden werden. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, einen Zugang zu der Scham des Patienten zu finden.
- (3) sind die kognitive Signale. Das „**Hochstapler-Syndrom**“ ist ein wichtiges kognitives Zeichen des Schamaffektes. Auf der anderen Seite sind ein **niedriges Selbstwertgefühl, vermindertes Selbst-Konzept** und ein **defizitäres Körperbild** andere Arten, wie sich Scham kognitiv manifestieren kann. Es kann sich wie ein diffuses Gefühl, **substanzlos, „nicht ganz“** oder sogar „**innerlich hohl**“ anfühlen. Für andere Menschen ist es ein Gefühl von innerer Minderwertigkeit, als ob etwas **grundlegend falsch** mit ihnen sei. Sie sprechen davon, sich anders als andere zu fühlen. Eine Art und Weise, Zugang zur Scham eines Patienten zu bekommen, schlägt hierbei Kauf-

mann (1989, S. 179) vor, indem er Patienten fragt: „Haben sie sich jemals so gefühlt, als ob etwas in ihnen *falsch* wäre?“ Die Herausforderung liegt darin, einen **sprachlichen Zugang** zur Scham zu finden.

- (4) Als vierten und letzten Punkt stehen die interpersonalen Signale: die allgemeinen interpersonellen Zeichen der Scham können durch die unterschiedlichen „**Abwehr-Scripts**“ beobachtet werden. **Wut**, **Abscheu** und **Macht-Scripts** können häufig beobachtet werden. **Perfektion**, die **Verschiebung** der Schuld und „**innere Rückzugs-Scripts**“ dabei können subtil am Werke sein.

Therapie kann selbst ein Setting für das *Hervorbringen* von Scham sein kann, genauso wie es der *Auflösung* der Scham dienen kann. Scham ist *ansteckend*. Im Gegensatz zu Schuld (die eher damit zu tun hat, daß bestimmte, als schädlich wahrgenommene Handlungen gegen andere verübt worden sind), ist es bei der Scham schwierig, sie in jemanden zu finden, ohne selbst die eigenen Scham-Erfahrungen zu konfrontieren. Die Scham eines Patienten zwingt damit den Therapeuten, seine eigenen Gefühle des Versagens, der Minderwertigkeit und der Inkompetenz zu konfrontieren. Somit kann das Auftauchen der Scham in der Psychotherapie zu einer *Kollusion* der Vermeidung zwischen Therapeut und Patient führen. Es ist ja häufig davon gesprochen worden, daß die Schuld jemand in der Therapie motiviere zu beichten und sich mitzuteilen, die Scham dagegen führe zu Rückzug und Verheimlichung – weshalb sie uns offen in der psychotherapeutischen Situation selten begegnet.

5.2. Schamauslöser in der psychodynamischen Psychotherapie

Erfahrungsgemäß ist die psychotherapeutische Situation selbst, mit ihrer Asymmetrie zwischen jemand, der sein Innerstes preisgeben soll und jemand, der möglichst wenig von sich Preis gibt, schon mit Schamgefühlen verbunden. Schon das Aufsuchen eines Psychotherapeuten kann mit starken Schamgefühlen verbunden sein, da dies für den Betroffenen bedeutet, nicht mehr alleine mit seinen psychischen Problemen fertig zu werden und auf professionelle Hilfe angewiesen zu sein. Psychotherapie wurde in diesem Sinne auch als „Heilung von Abhängigkeit durch Abhängigkeit“. Oft kann auch eine Angst vor dieser allzu großen Abhängigkeit vom Therapeuten damit verbunden sein kann.

Dabei wird der Therapeut nicht selten als „allwissender“ Mensch idealisiert, der mit einer Art „psychischem Röntgenblick“ die Probleme und Schwierigkeit sofort erkennt. Die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe stellt somit eine große Schamquelle dar, da Abhängigkeits- und Inkompetenzscham ausgelöst wird. Viele Menschen warten aufgrund beklemmender Schamgefühle lange Zeit, bevor sie einen Therapeuten aufsuchen.

In Hinsicht auf die Entwicklung von (Pseudo-)Autonomie sind in unserer Gesellschaft Männer wohl anfälliger als Frauen. Dies betrifft auch die Bereitschaft von Männern, sich „professionelle Hilfe“ in Form von Psychotherapie zu holen. Die Schamschwelle scheint für männliche Patienten, denen ihr Ich-Ideal vorschreibt, allein zurechtzukommen, höher zu sein als für Frauen. Sie schämen sich mehr, wenn sie die Hilfe anderer – noch dazu wildfremder Menschen wie Psychotherapeuten – in Anspruch nehmen müssen.

Auch schichtenspezifische Bewertungen hinsichtlich der Inanspruchnahme von Psychotherapie spielen eine große Rolle.

In der Psychotherapie muss der Patient sich dann mit Lebens- und Selbstanteilen offenbaren, die er nicht allein bewältigen kann und die er manchmal noch keinem anderen Menschen erzählt hat. Die Schamschwelle ist dabei natürlich besonders hoch. Außerdem besteht oft eine erhebliche Scham gegenüber den eigenen Idealen, da mit psychischen Störungen oft ein komplexes System innerer Wertvorstellungen und Selbstbilder verletzt ist. Die Angst vor einem Sichtbarwerden bestimmter Selbstanteile wird von Wurmser (1990) dabei betont:

„Scham kann sehr wohl als der am leichtesten sich generalisierende, am schnellsten sich ausbreitende und überflutende von allen Affekten genannt werden. In jeder Objektbeziehung und besonders in der Behandlungssituation droht ständig eine Bloßstellung“ (S. 82).

Ein weiterer essentieller Bestandteil der analytischen Behandlungstechnik, die therapeutische Regression, bietet zusätzlich genügend Anlaß, sich beschämt zu fühlen. König (1997) weist darauf hin, daß es Psychoanalytikern oder Psychotherapeuten, die ihre Lehranalyse z.T. schon lange hinter sich haben, oft der rechte Maßstab dafür fehlt, wie sehr man sich seiner unbewussten Phantasien schämen kann, wenn sie schließlich bewusst werden. Dabei entsteht leicht die Situation in der Therapie, in der der Patient sein (überzogenes) Ich-Ideal auf den Psychotherapeuten externalisiert und der Patient dann dies so erlebt, dass er sich schämen sollte, wenn er sich mit tabuisierten Phantasien beschäftigt.

Der Analytiker Micha Hilgers (1997) betont, dass aufdeckende psychotherapeutische Verfahren das Ziel verfolgen, dem Patienten Einsicht in ihr Erleben, Verhalten und Denken zu vermitteln und dies über die therapeutische Beziehung im Hier und Jetzt zu thematisieren. Die Natur der Einsicht besteht darin, daß man damit etwas Neues und Verborgenes über sich selbst erfährt und dies führt zwangsläufig zu Schamgefühlen. Er bezeichnet die psychoanalytische Behandlung daher als „dosierter Abfolge maßvoller Schamerlebnisse“.

Die Psychotherapie berührt damit die Werte, Selbstvorstellungen und Selbstkonzepte des Patienten und dieses Sichtbarwerden der Diskrepanz zwischen Ist- und Soll-Zuständen wird peinlich aufgedeckt. Dies ist zwar ein sehr schmerzvoller Prozeß, er bietet aber andererseits in der Psychotherapie nach Hilgers eine grundsätzliche Motivation zur Veränderung:

„Psychotherapie kann überhaupt nur dort funktionieren, wo maßvolle Schamaffekte Anreiz sind, Konzepte von sich und den anderen zu modifizieren“ (S. 63). Ohne maßvolle Schamaffekte kann es demnach keine Selbstentwicklung geben. Somit fordern Schamgefühle dazu heraus, Selbstkonzepte und auch Konzepte von anderen und der umgebenden Realität zu überprüfen und zu verändern.

Die Betonung liegt darauf, daß diese Schamgefühle „maßvoll“ und „dosiert“ in der therapeutischen Situation sein müssen. Diese maßvolle Scham ist quasi die „Hüterin des Selbst“ und der Selbstgrenzen. Als solche ist sie für die persönliche Weiterentwicklung im Rahmen einer Psychotherapie elementar wichtig. Wenn die Angst vor Schamgefühlen überhand nimmt, führt dies häufig zu Rückzug, Isolation und Gewalt an der eigenen oder anderer Personen.

Auch Wurmser (1990) betont in seiner Schamanalyse die Bedeutung des therapeutischen „Takts“. Das Wort Takt leitet sich vom lateinischen „*tangere*“ ab, mit der Bedeutung von „berühren“. Für Wurmser (1990) bedeutet Takt die größtmögliche Achtung des Patienten als jemanden, der sich in einer potentiellen Schamsituation befindet. Eine der wichtigsten Aufgaben eines geschickten Analytikers oder Psychotherapeuten besteht darin, daß er versuchen sollte „den Narzissmus des Patienten vor ungebührlicher Verletzung zu bewahren und damit seine Neugierde zu vergrößern“ (S. 428). Die Psychoanalyse ist nach Wurmser im Kern eine „Selbst-Beobachtung“ und jede analytische Erkundung produziert auf eine Weise Schamgefühle, gegen die sich der Patient immer wieder wehren muß. Dem Psychotherapeuten kommt dabei die Aufgabe zu, dies empathisch und geduldig zu begleiten.

Der „Takt“, der dabei erforderlich ist, wird als „die Bewusstheit der Schamnähe des Patienten“ definiert. Die eigene Abwehr als Therapeut gegen dieses empathische Mitgehen und – fühlen der Scham – definiert als Gegenübertragung – kann dabei im Wege stehen. Der Psychotherapeut kann diese Gefühle ebenso wie der Patient verleugnen oder die Spur des Schmerzes der ursprünglichen Wunde aus den Augen verlieren und sich in tiefenpsychologische Deutungen stürzen. Wurmser (1986) betont dabei auch, dass eine „aggressive deutende Technik“ eine Form chronischer Beschämung des Patienten sein kann. Eine Art der direkten Triebdeutung, wie sie besonders in der kleinianischen Psychoanalyse häufiger praktiziert wird, erlebt der Patient mitunter als sehr eingreifend, autoritär und beschämend.

5.3. Scham als Faktor des Widerstandes

Schamgefühle sind als ein emotionales Signal verstanden worden, das mit dem Offenbarwerden von Intimität verknüpft ist. In der Psychotherapie spielt Scham vor allem als Faktor des *Widerstandes* eine große Rolle, da Psychotherapie immer ein Eingriff in die Intimsphäre eines Menschen erlebt wird und dementsprechend Scham weckt (Schneider 1987). Psychotherapie kann nur insofern erfolgreich sein, wie es gelingt, mit diesen Schambarrieren taktvoll umzugehen. Der Psychotherapeut Remschmidt (1991) geht noch einen Schritt weiter, wenn er schreibt: „Besonders bei aufdeckenden psychotherapeutischen Verfahren muß die Technik speziell darauf eingerichtet sein, schockartiges Auftreten des Schamgefühls zu vermeiden und dosiert mit Enthüllung oder Aufdeckung der privaten Welt umzugehen“ .

Allgemein kann man sagen, daß in allen Psychotherapien, die *aufdeckend* arbeiten, die Intimitätsgrenzen des Patienten einerseits gewahrt werden müssen, um das Überfluten von Scham- und Ohnmachtgefühlen zu vermeiden. Der Therapeut muss u.U. das Bedürfnis des Patienten respektieren, sich hinter Schichten von Intellektualisierungen, Schweigen oder Rückzug zu verbergen. Nathanson (1987) beschreibt dies anschaulich: „Wir müssen unsere Patienten ermutigen, ein privates Leben auch innerhalb der therapeutischen Beziehung zu haben – der Patient hat ein *Recht* auf Enthüllung, nicht die Pflicht“ (S. 196).

Diese Dialektik von *Mitteilen* und *Verschweigen* in psychotherapeutischen Behandlungen wird besonders in der Bedeutung von Geheimnissen in der Psychotherapie deutlich. Es besteht in analytischen oder tiefenpsychologisch fundierten Therapien zwar die Grundvereinbarung der freien Assoziation, aber unter Umständen sollte verdeutlicht werden, dass oft nicht ein Geheimnis an sich relevant ist, sondern in der Therapie primär seine Beziehungsrelevanz verstanden werden sollte. Dies sollte aber nicht dahingehend mißverstanden werden, daß dafür plädiert wird, Dinge nicht anzusprechen. Es stellt sich aber die Frage des respektvollen Umgangs mit Geheimnissen des Patienten, eventuell sogar des „fürsorglichen Verzichtes und des Verzichtes auf einen Kampf um Unterwerfung durch Mitteilung“.

Dabei kann Psychotherapie als ein *Prozess* verstanden werden, in dem mit fortschreitender Veränderung der interpersonalen Beziehung unterschiedliche Kommunikationsebenen erreicht und durchlaufen werden. Der Scham käme dieser Ansicht nach eine positive Funktion zu, da sie anzeigt, daß Selbstgrenzen gewahrt werden wollen.

Auf der anderen Seite findet keine Selbsterkenntnis ohne begleitende Schamkonflikte statt. Wenn der Psychotherapeut die Scham beim Patienten übersieht oder ignoriert, kann dies als schwere Form des empathischen Versagens empfunden werden. Dieses Versagen ist jedoch häufig auch die Quelle der aus der Kindheit stammenden Schamgefühle. In diesem Sinne kann es also zu einer Retraumatisierung kommen, wenn die Scham des Betroffenen nicht akzeptiert und respektiert wird.

Der Patient kommt mit dem Wunsch, in der Therapie „gesehen“, „anerkannt“ zu werden, dieser Wunsch ist jedoch mit der Angst verbunden, entblößt zu werden und löst somit Scham-

Angst aus. Diese Ambivalenz des Patienten zwischen dem Wunsch nach Gesehen-Werden und der Scham-Angst stellt eine besondere Herausforderung an die Sensibilität des Therapeuten oder Analytikers dar.

Zusammenfassend ist festzuhalten, daß bei der Therapie von Schamgefühlen zwei Extreme zu beobachten sind: auf der einen Seite der „Ausfall des Schamgefühls“, auf der anderen die „Hypertrophie von Schamreaktionen“. Der Ausfall des Schamaffektes in der Therapie läßt sich dadurch bemerken, daß bestimmte Intimitätsgrenzen nicht wahrgenommen werden können. Das Fehlen oder die Hypertrophie des Schamaffektes kann aber diagnostisch relevant sein, da sie ein wichtiger Indikator für den Grad der Subjekt-Objekt-Differenzierung ist und der Zugänglichkeit eines „seelischen Binnenraums“.

Das Bedürfnis eines Patienten nach Hilfe und Unterstützung bei der Lösung seiner Schwierigkeiten stellt ihn früher oder später vor ein Dilemma: der Wunsch nach mehr Autonomie und Selbstbestimmung, der ihn letztlich in Behandlung führte, kollidiert mit der aktuell erlebten Abhängigkeit von seinem Therapeuten. Patienten können sich durch den Erfolg ihrer Therapie und damit auch ihres Therapeuten kontrolliert, verschlungen oder depotenziert fühlen. Besonders in Endphasen von Behandlungen können Patienten demnach mit Verschlechterungen sozusagen ihre Besserung unter Beweis stellen, indem sie sich von den Berufserfolgswünschen ihres Therapeuten und seinen Bemühungen unabhängig geben, um zu zeigen, wie wenig sie sich von ihrem Behandler haben manipulieren lassen: Scham über ihre eigene Bedürftigkeit, Scham über intime Gefühle von Dankbarkeit, über den Neid auf den offenbar erfolgreichen oder kompetenten Therapeuten verschwinden hinter dem Lärm von Schuldvorwürfen oder dem masochistischen Triumph des Scheiterns. Die in jeder masochistischen Auflehnung inhärente Weigerung, sich völlig zu unterwerfen, ist immer auch Zeichen verbliebener Eigenständigkeit, die durch Schamaffekte geschützt werden soll.

Gerade weil Scham und Stolz als die narzisstischen Affekte schlechthin das Selbstwertgefühl entscheidend beeinflussen, ist das einigermaßen angstfreie Erleben von angemessenem Stolz angesichts eigener Leistungen ebenso notwendig wie maßvolle Gefühle von Scham und Trauer gegenüber den in der Therapie und im Leben nicht einlösbaren Hoffnungen und Wünschen.

6. Die Scham des Therapeuten

Da Schamgefühle an der Grenze zwischen dem Selbst und dem anderen angesiedelt sind, sind sie **ansteckend**: das Teilhaben an einer Schamszene, die der Patient berichtet, löst automatisch Scham im Beobachter aus. Aus diesem Grunde kommt meines Erachtens auch die große Bedeutung des Schamgefühls für die Psychotherapie zu – besonders, wenn sie die **Beziehung** in den Mittelpunkt stellt, da kein Affekt die interaktionelle Seite der therapeutischen Beziehung mehr betont als der Schamaffekt. Dies bedeutet in der klinischen Realität, daß der Schamaffekt sich besonders dafür eignet, durch interpersonelle Abwehrmechanismen wie Verkehrung ins Gegenteil oder projektive Identifikation abgewehrt zu werden. Auch die Verwandlung von Gefühlen, die ursprünglich der Scham zugeordnet sind, in leichter erträglichere Gefühle passiert häufig. Die Psychotherapeuten Bastain und Hilgers (1989) stellen fest:

„Fast sieht es so aus, als ob es eine **unbewusste Übereinkunft** zwischen Patienten und ihren Therapeuten gäbe: Scham ist ein allseits unerwünschtes Gefühl, dessen **Verwandlung** in zwar gleichfalls

unangenehme, jedoch **leichter ertragbare Affekte** (vor-)schnell und wie selbstverständlich vonstatten geht.“ (1989, S. 1103)

Die Beschämung wird in der therapeutischen Beziehung dadurch verstärkt, dass hier ein „**künstliches Ungleichgewicht**“ herrscht zwischen Patient und Therapeut. Dabei ist wichtig zu betonen, dass die Herstellung einer „gleichen Ebene“ nicht dadurch erstellt wird, dass der Therapeut eigene Schwierigkeiten und Themen mit einbringt und damit persönliche Bekenntnisse liefert. Diese Position eines „**menschlichen Psychotherapeuten**“, der im Sinne Winnicotts „lebendig“ ist (Winnicott 1976) beinhaltet immer auch die Gefahr des Verstrickens mit den neurotischen Arrangements des Patienten.

Das **schnelle Anfluten und auch die Angst vor dem Überfluten von Schamgefühlen** wirkt sich nicht nur für den Patienten bedrohlich aus – auch der tiefenpsychologisch arbeitende Therapeut oder Analytiker wird davon angesteckt. Aus diesem Grund schreibt zum Beispiel Helen Block Lewis (1987): „**Scham ist ansteckend. Sie ist so schmerzhaft, dass der Zeuge von Scham normalerweise wegschaut.** Moderne Psychoanalytiker sind keine Ausnahme von dieser Tendenz.“ (S. 210). In ähnlicher Weise erwähnt der Selbstpsychologe Morrison (1989, S. 82), daß der Therapeut gewillt sein muss, seine eigene Scham und den Schmerz, der sie begleitet, anzuerkennen.

Kaufman (1989) geht noch einen Schritt weiter, indem er davon spricht, daß die therapeutische **Arbeit mit schamanfälligen Patienten ein ernsthaftes Dilemma für den Therapeuten** in sich birgt. Indem diese Patienten in der Therapie die ursprünglich Scham und Beschämung nacherleben, die eine unabdingbare therapeutische Aufgabe darstellt, müssen erstens auch die Psychotherapeuten ähnliches wagen. Die Psychotherapie kann in Kaufmans (S. 162) Augen nur dann effektiv sein, wenn sie **keine „intellektuelle Übung“** bleibt. Damit der Patient lernen kann, seine Scham besser zu tolerieren und zu meistern, braucht er einen Therapeuten, der gewillt ist, dasselbe zu tun.

Zweitens aktiviert Scham immer Scham im Gegenüber. Die Scham eines Patienten kann und wird spontan die Scham im Therapeuten stimulieren. Kaufman (1989) postuliert, daß Therapeuten, die diese eigene Scham abwehren und verleugnen, die pathogenen Familienmuster des Patienten damit wiederholen und es somit zu einer Retraumatisierung kommen kann. Drittens können Therapeuten ihren Patienten nicht dabei behilflich sein, Gefühle und Bedürfnisse zu erleben, die sie sich selber nicht erlauben.

Literatur

- Bastian, Till (1998) *Der Blick, die Scham, das Gefühl – eine Anthropologie des Verkannten*. Göttingen: Vandenhoeck.
- Bastian, Till (2006) Schäm dich! Das unangenehmste Gefühl in unserer Zeit. *Psychologie Heute* 5:49-55.
- Broucek, Francis (1991) *Shame and the Self*. New York: Guilford.
- Goldberg, Carl (1991) *Understanding Shame*. Northvale: Jason Aronson Inc.
- Hilgers, Micha (1997) *Scham – Gesichter eines Affekts*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Jacoby, M. (1991). *Scham-Angst und Selbstwertgefühl. Ihre Bedeutung in der Psychotherapie*. Olten: Walter.
- Lansky, Melvin R./Morrison, Andrew P. (Eds.)(1997) *The Widening Scope of Shame*. Hillsdale: Analytic Press.
- Leibig, Bernd (1998) Aspekte der Scham in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 43: 26-31.
- Lewis, Helen Block (1971) *Shame and guilt in neurosis*. New York: Int. Univ. Press.
- Morrison, Andrew (1989) *Shame – the underside of narcissism*. Hillsdale: Analytic Press.
- Morrison, A. (1998) *The Culture of Shame*. New Jersey: Jason Aronson.
- Nathanson, Donald L. (ed.) (1987) *The many faces of shame*. Guilford Press, New York.
- Nathanson, D. L. (1992) *Shame and Pride – Affect, sex, and the birth of the self*. New York: Norton & Company.
- Palmowski, Bernhard (1992) Zur Bedeutung von Scham und Selbsterleben für Indikation und Verlauf in der analytischen Gruppenpsychotherapie. *Forum der Psychoanalyse* 8: 134-146.
- Piers, G. /Singer, M.B. (1953) *Shame and guilt*. New York: Norton.
- Schüttauf, K./Specht, E./Wachenhausen, G. (2003) *Das Drama der Scham – Ursprung und Entfaltung eines Gefühls*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruchrecht.
- Seidler, Günter (1995) *Der Blick des anderen – eine Analyse der Scham*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Seidler, Günter (2001) Phänomenologische und psychodynamische Aspekte von Scham- und Neidaffekten. *Psyche* 55: 43-62.
- Seidler, Günter (2002) Scham. In: Mertens, Wolfgang und Waldvogel, Bruno (Hg.) *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Kohlhammer Verlag.
- Tiedemann, Jens (2006) *Die intersubjektive Natur der Scham*. Dissertation, FU-Berlin.
- Tisseron, Serge (2000) *Phänomen Scham*. München: Reinhardt.
- Tomkins, S. (1963) *Affect, Imagery, Consciousness*. Vol. II. New York: Springer.
- Wurmser, Léon (1990) *Die Maske der Scham – die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten*. Berlin: Springer.

