

14. Scham im psychotherapeutischen Setting

*Wenn man sein Familienskelett schon nicht loswerden kann,
dann kann man es wenigstens tanzen lassen.*

- Erik Erikson

Liebe ist das probateste Mittel, das Schamgefühl zu überwinden.

- Sigmund Freud

Diesem Abschnitt möchte ich die These voranstellen, dass Therapie selbst ein Setting für das *Hervorbringen* von Scham sein kann, genauso wie es der *Auflösung* von Scham dienen kann. Wenn dies so ist, warum sind Schamkonflikte dann so lange und beständig in der Psychoanalyse übersehen worden? Es gibt etliche Gründe, die hierzu herangezogen werden können. Eine mögliche Erklärung ist meines Erachtens die, dass Scham *ansteckend* ist. 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 bei jemand anderem zu finden, ohne selbst mit eigenen Scham-Erfahrungen konfrontiert zu sein. Die Scham eines Patienten zwingt den Therapeuten, sich mit seinen eigenen Gefühlen des Versagens, der Minderwertigkeit und der Inkompetenz zu konfrontieren. Somit kann das Auftauchen von Scham in der Psychotherapie zu einer *Kollusion* der Vermeidung zwischen Therapeut und Patient führen. Es ist ja häufig davon gesprochen worden, dass Schuld jemand in der Therapie motiviert, zu beichten und sich mitzuteilen, Scham dagegen zu Rückzug und Verheimlichung führt – weshalb sie uns in der psychotherapeutischen Situation selten offen begegnet.

14.1. Sensibilisierung für Scham in der psychotherapeutischen Praxis

Welche Rolle die Scham in einer psychodynamisch orientierten Psychotherapie spielt und welche Implikationen sich daraus ergeben, wenn Schamgefühle mehr in das psychotherapeutische Verständnis einbezogen werden, ist eine Frage, die für den Kliniker von großer Relevanz ist. Wurmser (1986) hat die Bedeutung 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 einen oder anderen Form des Sich-Schämens gewahr werden.“ (S. 16)

Wenn Schamgefühle selten in direkter und unverhüllter Form in der Therapie oder Analyse auftauchen, sondern meist in abgewehrter oder verdeckter Form, an welchen äußerlichen Signalen lässt sich dann ablesen, dass 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 die Körper- und Kopfhaltung beziehen. Mit dem 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 begleiten „selbstreflektorische Gesten“ dieses Verhalten, d.h., dass der Betreffende durch Berührungen des eigenen Gesichtes oder des Körpers einen Selbstbezug herzustellen versucht. Seidler (1995) weist auf eine typische „Scham-Geste“ hin, bei der der Sich-Schämende mit der rechten, überwiegend jedoch mit der linken Hand das Gesicht berührt, meistens am Kinn, aber auch an Wange oder 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 Schamhaftigkeiten 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, das im Falle der Nicht-Erkennung der dahinter liegenden Dynamik u.U. zu „negativen therapeutischen Reaktionen“ führen kann, d.h. zu einer Verschlechterung der Symptomatik. In Therapiesitzungen kann aber auch das andere Extrem vorkommen, dass eine „Flucht nach vorne“ im Sinne einer Überkompensation angetreten wird, um die Scham-Ängste und Peinlichkeitsgefühle durch ein forsches und polterndes Auftreten zu decken. Es ist auch möglich, dass versucht wird, eine übergroße, fast „kumpelhafte Nähe“ herzustellen, z.B. indem der Patient den

Therapeuten duzt, um möglichst schnell eine Intimität zu schaffen, in der die Schamgefühle ihre zerstörerische Wirkung nicht so entfalten.

Der Emotionspsychologe und Psychotherapeut Kaufman (1989, S. 178f.) unterscheidet vier Arten von Schamindikatoren, die als 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. Der erste Bereich umfasst Signale, die im Gesicht lokalisiert sind: das Abwenden des Augenkontaktes, den Boden anstarren, eine Vermeidung des gegenseitigen Anschauens und des direkten Blickkontaktes – all dies sind klare Zeichen von Scham. Andere Patienten nehmen dagegen eine starrende Position als Scham-Abwehr („*counter-shame defense*“) ein. Der zweite Bereich betrifft affektive Signale, bei denen die genaue Beachtung der Phänomenologie der Schamerfahrung wichtig ist. Scham fühlt sich wie eine unerwartete Bloßstellung an, die einen als defizitär und minderwertig erscheinen lässt. Das Selbst fühlt sich den Blicken wie unter einem Vergrößerungsglas ausgesetzt. Wenn die Sprache nicht genau ist, wird die innere Erfahrung der Scham typischerweise als Angst oder sogar als paranoid fehlinterpretiert. Schüchternheit, Peinlichkeit, Selbst-Beobachtung und Schuld stellen die affektiven Indikatoren für Scham dar. Scham als ein Affekt muss jedoch von der verinnerlichten Scham unterschieden werden. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, v.a. einen Zugang zu dieser verinnerlichten Form der Scham zu finden. Den dritten Bereich stellen die kognitiven Signale dar. Das „Hochstapler-Syndrom“ ist ein wichtiges kognitives Zeichen des Schamaffektes. Darüber hinaus sind ein niedriges Selbstwertgefühl, vermindertes Selbst-Konzept und ein defizitäres Körperbild andere Arten der kognitiven Manifestation von Scham. Sie kann sich als ein diffuses Gefühl, substanzlos, „nicht ganz“ oder sogar „innerlich hohl“ zu sein, darstellen. Für andere Menschen ist es ein Gefühl von innerer Minderwertigkeit, als ob etwas grundlegend falsch mit ihnen ist. Sie sprechen davon, sich „anders als andere“ zu fühlen. Eine Art und Weise, Zugang zur Scham eines Patienten zu bekommen, besteht nach Kaufmann (1989, S. 179) eben darin, den Patienten zu fragen: „Haben sie sich jemals so gefühlt, als ob etwas in ihnen *falsch* wäre?“ Die Herausforderung liegt darin, einen sprachlichen Zugang zur Scham zu finden. Einen vierten und letzten Bereich bilden die interpersonellen Signale: Die allgemeinen, interpersonellen Zeichen der Scham lassen sich an unterschiedlichen „Abwehr-Scripts“ wie Wut, Abscheu und Macht-Scripts beobachten. Perfektion, die Verschiebung der Schuld und „innere Rückzugs-Scripts“ können dabei subtil am Werke sein.

14.2. Schamauslöser in der psychodynamischen Psychotherapie

Erfahrungsgemäß ist schon die psychotherapeutische Situation selbst, die durch die Asymmetrie zwischen jemandem, der sein Innerstes preisgeben soll und jemandem, der möglichst wenig von sich Preis gibt, bestimmt ist, mit Schamgefühlen verbunden. Schon das Aufsuchen eines Psychotherapeuten kann von starken Schamgefühlen begleitet sein, da dies für den Betroffenen bedeutet, mit seinen psychischen Problemen nicht mehr alleine fertig zu werden und auf professionelle Hilfe angewiesen zu sein. Psychotherapie wurde in diesem Sinne auch als „Heilung von Abhängigkeit durch Abhängigkeit“ beschrieben (Meyer-Richter et al. 1991). Oft spielt eben diese Angst vor einer allzu großen Abhängigkeit vom Therapeuten eine Rolle. 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 sie Abhängigkeits- und Inkompetenzscham auslösen kann. Viele Menschen warten aufgrund hemmender Schamgefühle lange Zeit, bevor sie einen Therapeuten aufsuchen.

In Bezug 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 suchen.²⁴ 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. Dazu kommt, dass Männer und männlich identifizierte Frauen sich eher schämen, wenn sie weinen. Dies hängt sicherlich mit dem Männlichkeitsstereotyp in unserer Kultur zusammen. Eine starke Scham-Angst bezüglich der Psychotherapie ist die Folge, die bis zur Vermeidung einer Therapie führen kann. Auch schichenspezifische Bewertungen hinsichtlich der Inanspruchnahme von Psychotherapien spielen eine große Rolle (König 1997, Leibig 1998).

In der Psychotherapie muss der Patient Lebens- und Selbstanteilen offenbaren, die er nicht allein bewältigen kann und von denen 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 psychische Störungen oft ein komplexes System innerer Wertvorstellungen und Selbstbilder verletzen. „Bei jeder Beschäftigung mit

²⁴ Interessant ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, die Gabbard (2002) erwähnt, dass es in den USA nach dem Ausstrahlen der amerikanischen Familien-Mafia-Serie „The Sopranos“, in der sich ein Mafia-Boss unter dem Deckmantel der Verschwiegenheit – und unter großer Scham – einer Psychotherapie unterzieht, zu einem auffallenden Anstieg von männlichen Therapiebewerbungen kam.

Werten und mit dem Scheitern, ihnen gerecht zu werden, müssen wir ein wachsames Auge auf das Gefühl der Scham werfen“, schreiben Lichtenberg et al. (1996, S. 431).

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 Psychoanalytikern oder Psychotherapeuten, die ihre Lehranalyse z.T. schon lange Zeit hinter sich haben, oft der rechte Maßstab dafür fehlt, wie sehr man sich seiner unbewussten Phantasien schämen kann, wenn sie schließlich bewusst werden. „Auch hier gibt es ein Sich-Schämen wegen des Inhalts der unbewussten Phantasien und ein Sich-Schämen, weil man etwas in sich hat, das sich der rationalen Kontrolle entzieht, solange es unbewusst bleibt“ (König 1997, S. 117). Dabei entsteht dann leicht eine Therapiesituation, in der der Patient sein (überzogenes) Ich-Ideal auf den Psychotherapeuten externalisiert und dadurch das Gefühl bekommt, sich schämen zu müssen, weil er sich mit tabuisierten Phantasien beschäftigt.

An anderer Stelle betont der Analytiker Micha Hilgers (1997), dass aufdeckende psychotherapeutische Verfahren das Ziel verfolgen, den Patienten durch die therapeutische Beziehung im Hier und Jetzt Einsicht in ihr Erleben, Verhalten und Denken zu vermitteln. Die Natur der Einsicht besteht darin, etwas Neues und Verborgenes über sich selbst zu erfahren, was zwangsläufig zu Schamgefühlen führt. Hilgers bezeichnet die psychoanalytische Behandlung daher als „dosierte Abfolge maßvoller Schamerlebnisse“ (S. 63). Die Psychotherapie berührt die Werte, Selbstvorstellungen und Selbstkonzepte des Patienten und dieses Sichtbarwerden der Diskrepanz zwischen Ist- und Soll-Zuständen wird deshalb als peinlich erlebt. Das ist zwar ein sehr schmerzvoller Prozess, andererseits bietet er aber Hilgers zufolge 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 dieser Argumentation zufolge 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 dabei darauf, dass die Schamgefühle in der therapeutischen Situation „maßvoll“ und „dosierte“ sein müssen. Diese maßvolle Scham ist quasi die „Hüterin des Selbst“ und der Selbstgrenzen. Als eine 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 bis hin zu Gewalt gegenüber der eigenen oder anderer Personen.

Auch Wurmser (1990) betont in seiner Schamanalyse die Bedeutung des therapeutischen „Takts“. Das Wort „Takt“ ist vom lateinischen „*tangere*“, das „berühren“ bedeutet, abgeleitet. Wurmser (1990) versteht unter Takt die größtmögliche Achtung gegenüber dem Patienten als jemandem, der sich in einer potentiellen Schamsituation befindet. Eine der wichtigsten Aufgaben eines geschickten Analytikers oder Psychotherapeuten besteht darin, dass er versuchen muss, „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 von Wurmser (1987, S. 224) als „die Bewusstheit der Schamnähe des Patienten“ definiert. Die Abwehr des Therapeuten gegenüber diesem empathischen 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. Deshalb kann, wie Wurmser (1986) betont, eine „aggressive deutende Technik“ (S. 37) eine Form der chronischen Beschämung des Patienten sein. 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.²⁵

Die Analytikerin Helen Block Lewis (1971) führt in ähnlicher Art und Weise wie Wurmser aus, dass Deutungen, wie sie z.B. von Freud (siehe den Fall Dora) oder auch Kernberg gegeben werden, von den Patienten oft als beschämend empfunden werden müssen, „da sie an dem Erlebnis der Scham vorbeigehen, dieses nicht in die Formulierung einbeziehen und darum auf kränkende Weise vorgebracht werden“ (S. 149). Ihrer Ansicht nach erklärt sich aus diesem praktischen Verhalten auch die Tatsache, dass Psychoanalytiker wie Otto Kernberg Schamgefühlen in der psychotherapeutischen Theorie kaum eine Beachtung geschenkt haben. Sie interpretiert manche Reaktionen der Patienten, die Kernberg als „narzisstisch“ beschreibt, nicht als inhärente Merkmale dieser Störung, sondern als Reaktionen auf solch eine aggressiv deutende, und damit beschämende Technik. Gewisse Widerstände, die von klassischen, eher

²⁵ Es ist in dieser Hinsicht auffällig, dass aus der Richtung der modernen kleinianischen Psychoanalyse, wie sie von Christopher Bollas und Thomas Ogden vertreten wird, Scham keine Erwähnung findet, obwohl beide Autoren die intersubjektive Seite des psychotherapeutischen Prozesses betonen.

intrasubjektiv arbeitenden Analytikern diagnostiziert werden, wären somit eher „Artefakte“, die aus einer Schamdynamik zwischen Analytiker und Patient entstanden sind. Leibig (1998) schreibt aus diesem Grunde: „Widerstandsartefakte, die durch zu frühzeitig oder grenzüberschreitende Deutungen entstehen, kann der Patient als Ausdruck interpretatorischer Macht erleben und sich beschämt zurückziehen“ (S. 31).

Schon in den 30er Jahren hat der Freud-Schüler Otto Fenichel (1935) immer wieder betont, dort „zu arbeiten, wo der Affekt wirklich sitzt“ (S. 329) und dies nach Möglichkeit an der Oberfläche zu tun, anstatt vorschnelle Tiefendeutungen zu geben. Die psychoanalytische Faustregel im Hinblick auf Deutungen lautet deswegen: „von der Oberfläche zur Tiefe“. Scham, die den therapeutischen Prozess eher behindert, tritt dann auf, wenn plötzlich Tiefendeutungen gegeben werden, die den Patienten beschämen und bei denen er sich in der Tiefe entblößt fühlt. Diese Tiefendeutungen sind oft für den Therapieprozess äußerst kontraproduktiv und können zum Teil auch therapeutische Sackgassen wie die „negative therapeutische Reaktion“ (Kernberg 1996) erklären.

Schamgefühle sind ein emotionales Signal, 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 als Eingriff in die Intimsphäre eines Menschen erlebt wird und dementsprechend Schamgefühle 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“ (S. 144). Er differenziert in der therapeutischen Bearbeitung auch zwischen *Selbstwertproblemen*, die mit Gefühlen der Minderwertigkeit verbunden sind und *Scham*, die mit Problemen der Selbstöffnung und Selbstaufmerksamkeit, des Zeigens von Gefühlen und Einstellungen und der Verletzung moralischer Normen korrespondiert. Die Differenzierung beider Emotionen ist Remschmidts Auffassung nach für eine akkurate Empathie in der Psychotherapie unerlässlich.

Allgemein ist festzuhalten, dass in allen Psychotherapien, die *aufdeckend* arbeiten, die Intimitätsgrenzen des Patienten 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 im Umgang mit Geheimnissen in der Psychotherapie deutlich. Es besteht in analytischen oder tiefenpsychologisch fundierten Therapien zwar die Grundvereinbarung der freien Assoziation, aber häufig ist weniger das Geheimnis an sich relevant, sondern seine Bedeutung für die interpersonale, therapeutische Beziehung, d.h. seine *Beziehungsrelevanz*. 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“ (Kanwischer 2005, S. 68). Dabei kann Psychotherapie als ein *Prozess* verstanden werden, in dem mit fortschreitender Veränderung der interpersonalen Beziehung unterschiedliche Kommunikationsebenen erreicht und durchlaufen werden. Scham käme in dieser Hinsicht eine positive Funktion zu, da sie anzeigt, dass Selbstgrenzen gewahrt werden wollen. Daraus zieht Joraschky (1998) den Schluss:

„Die Schamaffekte können in der Therapie als Indikator für eine Bedrohung des Intimschutzes bewertet werden und gleichzeitig kann die Möglichkeit gewährt werden, mit Hilfe der Scham ein Territorium des Selbstschutzes aufzubauen.“ (S. 110)

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. Häufig ist eben dieses, schon in der Kindheit erlebte empathische Versagen, die Quelle der Schamgefühle. In diesem Sinne kann es also zu einer Retraumatisierung kommen, wenn Scham nicht akzeptiert und respektiert wird. Der Patient hat den Wunsch, in der Therapie „gesehen“ und „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. Der holländische Körperpsychotherapeut und Tiefenpsychologe Marten Aalberse (1998) kommt deshalb zu der Schlussfolgerung: „Der Klient in der aufdeckenden Psychotherapie wird also zwischen Hoffnung und Scham-Angst hin- und herschwingen“ (S. 163).

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 führt dazu, dass bestimmte Intimitätsgrenzen nicht wahrgenommen werden können. Seidler (1995)

deutet dies dahingehend, dass es bei der *Schamlosigkeit* darum geht, dass „Rückbezüglichkeiten weder wahrgenommen noch realisiert werden können“ (S. 267), die damit im Zusammenhang stehen, dass „in der Entwicklung bestimmte Triangulierungsschritte nicht realisiert werden konnten“ (ebd.). Die Hypertrophie der Scham unterscheidet er von einem alles beherrschenden *Unwerterleben*, das durch einen anderen Zusammenhang zur Aggressivität gekennzeichnet ist als übermächtige Schamgefühle. Von einer „Krankheitswertigkeit“ der Scham ist dann auszugehen, wenn dieser Affekt nicht als beziehungsregulierend – entweder nach innen, oder nach außen – zur Verfügung steht. Die Scham ist, wie ich aufzuzeigen versucht habe, also weder eine Krankheit noch ein Symptom. Das Fehlen oder die Hypertrophie des Schamaffektes aber kann diagnostisch relevant sein, da sie ein wichtiger Indikator für den Grad der Subjekt-Objekt-Differenzierung und für die Zugänglichkeit eines „seelischen Binnenraums“ ist. Auf die Rolle der Scham bei der Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen hat – wie an anderer Stelle ausgeführt – der Objektbeziehungstheoretiker Spero (1983) hingewiesen. Der Psychotherapeut Michael Lewis (1991) bemerkt ebenfalls, dass „Scham in diesen Fällen so unerträglich ist, daß es statt einer emotionalen Abwehrbildung zur Desintegration des Selbst kommt“ (S. 149), deren Ergebnis die Borderline-Störung, die Psychosen oder multiple Persönlichkeitsstörung sein kann. Da Scham dabei hilft, sich weiterzuentwickeln und nach außen hin Grenzen zu setzen, spielt sie in der Behandlung von strukturell gestörten Patienten zwingend eine große Rolle, da gerade bei diesen Menschen die Fähigkeit der Subjekt-Objekt-Differenzierung und der Affektdifferenzierung nicht in ausreichendem Maße gegeben ist. Gerade bei Patienten, die auf einem mäßig integrierten Strukturniveau im Sinne der OPD-Diagnostik anzusiedeln sind, kann die archaische Wucht des Schamgefühls dazu führen, dass Scham als existentiell bedrohlich erfahren wird. Aus diesem Grunde misst Krause (1990) der Behandlung der Scham in der Therapie mit schweren Persönlichkeitsstörungen eine hervorragende Bedeutung bei:

„Für die Schwergestörten ist die psychotherapeutische Arbeit mit fehlenden oder hypertrophen Schamgefühlen wichtiger als die Behandlung von Ängsten. Die Entwicklung von Schamgefühlen ist so gesehen eine Voraussetzung für die Akzeptanz von Selbstgrenzen, auf der anderen Seite sind die chronischen Schamgefühle ein schweres Hindernis für die Auseinandersetzung mit allen inneren Phantasien.“ (S. 686)

Die Bearbeitung dieser Schamgefühle in der Übertragung ist für Krause (1990) dabei unumgänglich. Ebenso wie die Hypertrophie der Scham bei Borderline-Patienten oder anderen Persönlichkeitsstörungen kann der Ausfall des Schamgefühls, der z.T. bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen auftritt, äußerst relevant für die Psychotherapie sein:

„Schamlosigkeit bedeutet immer einen Ausfall der Perzeption der Systemgrenzen. [...] Die Empathie bei Ausfall der Scham ist schwerst behindert. Eine Übernahme von Positionen, die außerhalb der eigenen Selbstwertregulation liegen, ist nicht möglich.“ (Krause 1990, S. 684)

Die „schamlosen“ Selbstdarstellungen sogenannter pathologischer Narzissten, wie sie von Kohut 1973 und Kernberg 1983 beschrieben wurden, aber auch das schamlose Eindringen mancher schizophrener Mütter in den Gefühlsbereich der Kinder, geht nach Krause (1990) von der Erwartung aus, dass alle Objekte am Subjekt interessiert sind, und wer nicht interessiert ist, gehört nicht zur perzipierten Welt des Subjektes. Für Krause (1990) bedeutet dabei jede Form der dauerhaften Fusionierung von Ich-Ideal und Ich eine Regression auf eine pathologische Form des Narzissmus. Diese dauerhafte Fusionierung von Ich-Ideal und Ich bedeutet einen Ausfall des Schamgefühls und damit des Meldesystem, das Nichtidentität feststellt. Es werden dann Handlungen ausgeführt, die in einem durchschnittlichen Erwartungshorizont dazu führen müssten, dass die Mitglieder der Gruppe das Subjekt als nicht zur Gruppe gehörig betrachten. Die Intimitätsschranken und die Ich-/Du-Grenzen werden systematisch missachtet und verletzt.

14.3. 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, von der der Patient berichtet, löst automatisch Scham im Therapeuten aus. Aus diesem Grunde kommt dem Schamgefühl meines Erachtens auch die große Bedeutung für die Psychotherapie zu – besonders, weil kein Affekt die interaktionelle Seite der therapeutischen Beziehung mehr betont als der Schamaffekt. Dies bedeutet in der klinischen Realität, dass sich der Schamaffekt besonders dafür eignet, durch interpersonelle Mechanismen wie Verkehrung ins Gegenteil oder projektive Identifikation abgewehrt zu werden. Auch werden häufig Gefühle, die ursprünglich der Scham zugeordnet sind, in leichter zu ertragende Gefühle verwandelt. Die Psychotherapeuten Bastian 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.“ (S. 1103)

Die Beschämung wird in der therapeutischen Beziehung durch das „künstliche Ungleichgewicht“, das zwischen Patient und Therapeut besteht, verstärkt. Aus diesem Grund empfiehlt C.G. Jung (1916) immer wieder, dem Patienten möglichst auf der „gleichen Ebene“, sozusagen von „person to person“, zu begegnen – nicht zu hoch und nicht zu tief. Es war Jung ein Anliegen, seinen Analysanden als Mensch gegenüberzusitzen und auf sie zu reagieren. Dabei ist wichtig zu betonen, dass sich eine „gleiche Ebene“ nicht dadurch hergestellt, dass der Therapeut eigene Schwierigkeiten und Themen mit einbringt und damit persönliche Bekenntnisse liefert. Die Position eines „menschlichen Psychotherapeuten“, der im Sinne Winnicotts „lebendig“ ist (Winnicott 1974), beinhaltet immer auch die Gefahr des Verstrickens mit den neurotischen Arrangements des Patienten.

Das schnelle Anfluten und auch die Angst vor dem Überflutet-Werden von Schamgefühlen wirkt sich nicht nur auf 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, dreifaches Dilemma für den Therapeuten darstellt: Erstens müssen Psychotherapeuten, wenn ihre Patienten in der Therapie die ursprüngliche Scham und Beschämung nacherleben, was eine unabdingbare therapeutische Aufgabe darstellt, 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, damit die pathogenen Familienmuster des Patienten 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. Aus einer relationalen Perspektive heraus betrachtet ist Psychotherapie eine reziproke Beziehung, in der die „Erfahrung des wechselseitigen Miteinanders“ (Winnicott 1974, Guntrip 1968) im Zentrum steht.

14.4. Psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung der Scham

Hinsichtlich der Bearbeitung der Schamkonflikte und -affekte haben sich in den letzten Jahren innerhalb der breit gefächerten psychoanalytischen Theorien unterschiedliche Ansätze herausgebildet. Obwohl es, wie Tisseron (2000) deutlich hervorgehoben hat, „keine vollständige Theorie der Scham, geschweige denn eine spezifische Therapie“ (S. 15) gibt, lassen sich sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede bezüglich der triebtheoretischen, ich-psychologischen, selbstpsychologischen und relationalen, bzw. intersubjektiven Behandlung der Scham feststellen.

Die Haupttechnik der Schamanalyse, wie sie von Wurmser (1986, 1990) konzipiert wird, besteht in einer sorgfältigen Analyse der Über-Ich-Seite der Konflikte. Die Konflikte werden im Rahmen dieser Konzeption nicht von der Seite der Wünsche und Triebe angegangen, sondern von der Seite der Ängste und Abwehrformen. Dabei ist es besonders wichtig, dass „alles auch noch so verhüllte Tadeln, Kritisieren und Konfrontieren weitmöglichst vermieden, das beobachtende Ich des Patienten zu maximaler Mitarbeit gewonnen und durch größtmöglichen Takt in der sorgfältigen Selbstbeobachtung angeleitet“ wird (Wurmser 1986, S. 33). Gleichzeitig warnt Wurmser davor, dass der Therapeut nicht zu sehr die Position eines gütigen, schonenden und verzeihenden Über-Ichs einnehmen sollte, da dies unter Umständen zu einer ungenügenden Bearbeitung der aggressiven und konkurrierenden Seiten des Patienten führen kann. Ein wesentlicher Teil des psychotherapeutischen Taktes liegt für Wurmser darin, zum *besten Maß der Über-Ich-Einstellung* zu finden: „Takt heißt größtmögliche Achtung für den Patienten als für jemanden, der unter Umständen großer Bedrohung und schmerzlichen Verlustes sein Bestes getan hat“ (1986, S. 38).

Aus einer ich-psychologischen Perspektive heraus weist Levin (1971) darauf hin, dass der aus der Kindheit stammende „Wunsch nach Perfektion“ häufig eine wichtige Motivation für eine therapeutische Behandlung ist. Dieser kindliche Wunsch nach einem quasi *purifizierten Ich-Ideal* muss genauestens analysiert werden und nach darunter liegenden Schamgefühlen exploriert werden. Levin (1971) beschreibt, dass durch das erste Aufzeigen dieses Wunsches nach Perfektion und seiner Interpretation durch den Analytiker als Versuch, Scham dadurch zu umgehen, dass man sich selber unverletzlich gegenüber Kritik macht, ein heftiger Widerstand im Patienten auftauchen wird. Wenn der Analytiker spezifische Schamreaktionen aufzeigt, kann sich der Patient beschweren, indem er ausruft: „Was für einen Sinn hat es, mir dies aufzuzeigen? Ich will die Scham ja loswerden! Ich muss daher diese frühen Kindheitserfahrungen wieder erleben, die dazu Anlass gegeben haben“ (S. 360). Diese Ansicht wird damit in

Verbindung gebracht, dass intensive Scham ausschließlich auf frühen traumatischen Erfahrungen basiert, die nur ins Bewusstsein gebracht werden müssen, um die Scham zu eliminieren. Levin (1971) betont, dass diese Haltung zwar die genetische Analyse der Scham begünstigt, sie stellt aber auch einen Hauptwiderstand gegen die Analyse von aktuellen Schamsituationen dar. Wenn diese Widerstände überwunden werden und eine umfassendere Analyse der Scham erreicht wurde, nimmt der Wunsch nach Perfektion in der Regel ab. Als Folge davon verwandelt sich der Wunsch nach einem „perfekten“ Patienten, einer „perfekten“ Ehefrau, einer „perfekten“ Arbeitsleistung, etc. in eine größere Bereitschaft, Kompromisse einzugehen. Darüber hinaus gelangt der Patient über seine verbesserte Realitätsprüfung zu der Einsicht, dass Gefühle der Scham universell sind, wenn sie in einer angemessenen Intensität erfahren werden. Außerdem lernt der Patient, dass Schamgefühle essentielle Mittler in interpersonellen Beziehungen sind. Wenn eine analytische Therapie erfolgreich ist und Schamgefühle gemildert worden sind, werden dem Patienten viele Gedanken, Gefühle und Impulse, die zuvor wegen der darunter liegenden Scham verdrängt waren, bewusst. Wenn der Patient einiges von seiner charakteristischen Geheimhaltung aufgeben und anderen gegenüber in einer angemessenen Form mehr von seinen Gedanken, Gefühlen und Impulsen mitteilen kann, wird eine weitere Milderung der Scham dadurch erreicht, dass die befürchtete Zurückweisung durch andere nicht erfolgt. Dieser Aspekt des therapeutischen Prozesses ist eine Art Durcharbeiten. Levin (1971) hat durch seine Sicht der Ich-Psychologie zu einem breiteren Verständnis des Durcharbeitens von Scham in der analytischen Psychotherapie beigetragen, indem er die Widerstandsanalyse – ähnlich wie Wurmser (1986, 1990) – ins Zentrum gestellt hat:

„Obwohl viel von der Analyse der Scham in die Kategorie der Ich-Analyse fällt, besteht ein großer Teil davon in einer Ich-Ideal-Analyse, da es die Explorierung von etlichen „positiven“ und „negativen“ Ich-Ideal-Ansprüchen beinhaltet. Darüber hinaus muss Scham in allen Phasen der Behandlung analysiert werden, da sie ein Hauptmotiv für Widerstand darstellt.“ (S. 361, Übersetzung J.T.).

Der Analytiker Leibig (1998) führt aus, dass es für die Therapie hilfreich ist, wenn es gelingt, die Atmosphäre in der Therapie so zu gestalten, dass Angst und Schamhemmung möglichst niedrig gehalten werden, damit der Widerstand gegenüber dem Aufsteigen und Explorieren von Schamgefühlen reduziert wird. Die Asymmetrie der therapeutischen Beziehung verstärkt seiner Erfahrung nach das Unterlegenheitsgefühl, welches seinerseits wiederum Schamgefühle beim Patienten hervorrufen kann. Leibig (1998) geht noch einen Schritt weiter als der, als eher orthodox einzustufende Wurmser (1990), indem er dafür plädiert, dass der Therapeut oder Analytiker sich bemühen sollte, durch seine Vorgehensweise nicht „optimale Frustrati-

on“ zu erzeugen, sondern dem Patienten „optimale Resonanz“ zu geben. Für ihn ist es entscheidend, dass der Therapeut dabei seine zurückhaltende und „neutrale“ Position verlässt:

„Da die Scham immer auf Selbstwertfragen verweist, ist es im therapeutischen Handeln angebracht, nicht schamvoll zu schweigen, wenn wir auf ausgesprochene Scham oder deren Äquivalente in Form von Kleinheit, Minderwertigkeit oder Verdeckungsimpulsen treffen.“ (Leibig 1998, S. 29)

Die Wichtigkeit der Aufgabe einer übertriebenen Abstinenz- und Neutralitätshaltung des Therapeuten bei der Bearbeitung von Schamaffekten des Patienten betonen auch Nathanson (1992) und Kaufman (1989) in ihrem von der Psychoanalyse beeinflussten Therapieansatz. Sie plädieren für einen Ansatz, der offenes Ansprechen und Validieren der Scham in den Mittelpunkt stellt:

„Um die Entwicklungssequenz umzukehren, ist es notwendig, die Scham direkt anzugehen und offen zu bestätigen. Scham braucht einen direkten Ausdruck. Patienten müssen sich ihrer Scham bewusst werden, erkennen, wann sie diese Scham erleben und fähig werden, die Quellen zu identifizieren.“ (Kaufman 1989, S. 182, Übersetzung J.T.)

Kaufman (1989) empfiehlt dabei, ein „Scham-Profil“ zu erstellen, d.h. den Patienten dabei zu unterstützen und zu leiten, frühes Beziehungsversagen der Bezugspersonen zu identifizieren, um herauszubekommen und zu verstehen, wie die Scham in der Kindheit erzeugt wurde. Um diese verinnerlichte oder „vergrößerte“ Scham („*magnified shame*“, ebd., S. 161) zu ihren interpersonalen Ursprüngen zurückzuführen, muss der Patient nach Kaufman dabei unterstützt werden, sich beziehungsrelevante, intersubjektive „Szenen“ bewusst zu machen, die ursprünglich das Gefühl der Beschämung hervorgerufen haben. Diesem Prozess der Auflösung der „Scham-Bindungen“ („*shame binds*“, ebd.) gilt nach Kaufman (1989) der besondere Fokus. Für Patienten, die an überstarken Schamgefühlen leiden, ist es notwendig, dass der Therapeut ihnen dabei hilft, jeden Affekt, jedes zwischenmenschliche Bedürfnis und jeden Trieb zu *erleben*, zu *benennen* und letztendlich *anzuerkennen*.

Kaufman (1989) beschreibt, dass beim Aufkommen von Scham die Aufmerksamkeit nach innen gelenkt wird, als ob das Selbst plötzlich wie unter einem Vergrößerungsglas betrachtet wird. Er empfiehlt dabei als „Werkzeug“ zur Auflösung von Scham, den Aufmerksamkeitsfokus willentlich zurück zur Außenwelt zu verschieben. Indem der Patient angeleitet wird, bewusst und willentlich seine Aufmerksamkeit in Schammomenten auf das Außerhalb seines Selbst zu richten, wird die Scham sofort gemildert oder aufgelöst. Diese Art von „refocusing attention“ (ebd., S. 183) ist nach Kaufman dann besonders hilfreich, wenn damit innere

Scham-Spiralen, die sich das Individuum immer mehr in sich selbst zurückziehen lassen, unterbrochen werden.

Der Patient, der an übermässiger Scham leidet, braucht nach Kaufmans (1989) Auffassung in der Psychotherapie eine Art „Sicherheit-gebender Beziehung“ („*security-giving relationship*“ ebd., S. 162), die ihm bisher gefehlt hat. Für den Therapeuten bedeutet dies, dass er authentisch und ehrlich gegenüber seinen Patienten sein muss. Kaufman nennt die therapeutische Beziehung, die nach seiner Meinung essentiell ist, um Scham zu bearbeiten, die „Identifikations-Beziehung“ („*identification relationship*“, ebd., S. 171): „Psychotherapie muss eine reparative, Sicherheit-gebende Beziehung beinhalten, eine, die Scham durch neue Erfahrungen der Identifikation heilt“ (ebd., S. 161). Ein Therapeut, der sich dem Patienten gegenüber als Mensch erfahrbar macht, lädt diesen dazu ein, sich mit ihm zu identifizieren. Vielen schamerfüllten Patienten wird gerade diese Art von Beziehung und Erfahrung vorenthalten. Für Kaufman schließt sich an diese therapeutische Haltung auch ein „reparenting“ an, bei dem der Therapeut Distanz und Neutralität zugunsten einer natürlichen und authentischen Haltung aufgibt, da sonst das Selbstwertgefühl des Patienten entschieden verletzt wird und es somit zu einer Retraumatisierung bezüglich der Scham kommen kann. Kaufman (1989) formuliert damit eine scharfe Kritik an der klassischen Neutralitätshaltung der orthodoxen Analytiker:

„Der weitverbreitete Glaube, dass die traditionelle therapeutische Haltung der ‘weißen Leinwand’ eine reinere ist, ist schlichtweg falsch. Diese therapeutische Haltung ‘zieht’ mehr Feindseligkeit der Patienten auf sich, da sie unweigerlich Scham erzeugt. Traditionelle psychoanalytische Arten von Therapie stellen ein schamerzeugendes System dar.“ (S. 172, Übersetzung J.T.)

Eine vergleichbare therapeutische Haltung im Umgang mit Schampatienten empfiehlt der Analytiker Tisseron (2000) in seinem Buch *Phänomen Scham*. Ähnlich wie die von Kaufman (1989) vorgeschlagene „Identitäts-Beziehung“ postuliert Tisseron, dass zum Patienten eine „symbiotische Beziehung“ hergestellt werden sollte und Verleugnungen damit aufgehoben werden sollen. Der Patient, der nach schweren psychischen Traumata die Bürde einer nicht mitteilbaren Scham trägt, braucht nach Tisserons (2000) Auffassung als erstes eine symbiotische Beziehung zu seinem Therapeuten. Er stützt sich dabei auf Winnicott, wenn er von der Möglichkeit des Patienten spricht, den Therapeuten zu „benutzen“, um eine Beziehung aufzubauen. Dazu muss der Therapeut einiges von der Reserviertheit aufgeben, die sonst im Umgang mit Neurotikern angezeigt ist. Er sollte nicht bloß schweigend zuhören, sondern ab und zu auch eine aktive, warmherzige Haltung einnehmen.

Tisseron (2000) geht mit seiner Konzeption der Scham schon sehr in eine intersubjektive Richtung, wenn er davon ausgeht, dass „die Scham in den meisten Fällen aus der Verinnerli-

chung der Haltung eines 'beschämenden' Dritten stammt“ (S. 145). Er empfiehlt deshalb, dass der Therapeut zuerst die narzisstischen Kränkungen und Demütigungen seines Patienten anerkennen muss, bevor dieser das Leugnen der Aggression, dessen Opfer er in der Kindheit geworden ist, aufgeben kann. Ebenso darf der Therapeut oder Analytiker nie die Faktoren, die das schambehaftete Trauma ausgelöst haben, mit dem Wiederaufleben der vom Betroffenen verinnerlichteten Objekte verwechseln. Als Reihenfolge der Bearbeitung von Schamkonflikten und -traumen schlägt er zuerst eine Stärkung der Sekundärprozesse vor, die bei weniger traumatisch empfundenen Ereignissen ansetzen muss, bevor den schamerzeugenden nachgegangen werden kann. Die vollständige Aufarbeitung der Scham gelingt nach Tisserons Auffassung nur durch die Identifikation des Angreifers, der diese ausgelöst hat.

Letztlich muss der Scham ihr Wert gegeben werden. Scham ist Tisserons (2000) Ansicht nach der Ausdruck „der Distanz, die ein Individuum gegenüber sich selbst einnimmt“ (S. 148), denn wer sich schämt, kann sich selbst als einen anderen vorstellen. In der psychotherapeutischen oder analytischen Behandlung ist das Bloßlegen der Schande und das Zeigen der Scham die entscheidende Etappe, die das Individuum erreichen muss, wenn es mit dem bisherigen Lauf seines Lebens wieder versöhnt werden will. Dies fordert vom Therapeuten eine bestimmte Art von Präsenz:

„Die Schwierigkeit dabei besteht darin, dass die Scham ein Gefühl ist, das dem Betroffenen ursprünglich von einem Dritten aufgezwungen wurde. Ein Dritter hat ihn beschämt, deshalb kann auch nur ein anderer ihn wieder von der Scham befreien, indem er bestätigt, dass sie existiert und dass sie begründet ist. Der Schamerfüllte braucht tatsächlich weniger ein Übertragungsobjekt als einen Zeugen, der ihm hilft, seinen Platz in der Gemeinschaft wiederzuerlangen.“ (S. 148)

Der Analytiker, der dem Patienten bei der Überwindung der Scham helfen soll, muss daher auch fähig sein, dem Patienten quasi zu verordnen, „die Scham vor der Scham“ abzulegen. Es ist die Scham, die den Betroffenen an der Artikulation der Scham hindert. Tisseron (2000) unterstreicht, dass der Analytiker deshalb nicht nur Sensibilität für die Scham haben soll, die sich zeigt, sondern auch für die, die sich *nicht* zeigen kann. Er empfiehlt, eine übertrieben neutrale und abstinente Haltung aufzugeben und unter Umständen auch als Therapeut auf die eigene Vergangenheit hinzuweisen. Wenn dem Patienten klar wird, dass auch der Therapeut eine Geschichte hat, so Tisserons Argumentation, könne er seinem Gegenüber 'unterstellen', auch einmal in Schwierigkeiten gewesen zu sein und diese dann überwunden zu haben. Das wiederum lässt ihn an die Möglichkeit glauben, seine eigenen Schwierigkeiten zu überwinden. Als weiteren therapeutischen Ansatz im Umgang mit Schamkonflikten erwähnt Tisseron die Bedeutung der „Vermittlung durch Bilder“: Nachdem der Therapeut für die Hauptschwierigkeiten des Patienten sensibilisiert wurde, kann in der Therapie die Verwendung psychischer

Bilder als Vermittler zwischen nicht mitteilbaren Affekten und geistigen Vorstellungen einen unschätzbaren Wert haben. Charakteristisch für Scham ist ja, dass sie selten als solche erlebt und deshalb auch nicht als solche benannt wird. In der Regel führt sie zu einem Verlust von Orientierung, der in schweren Formen Funktionsstörungen der „psychischen Hülle“ (Anzieu 1991) zur Folge haben kann. Nach Tisseron (2000) kann die Behandlung von Patienten mit solchen Funktionsstörungen durch die Mobilisierung psychischer Bilder erleichtert werden:

„In der Konfrontation mit den Grenzsituationen erlebt der Patient erneut den Augenblick der einschneidenden Erfahrung, als sein Empfindungsvermögen verbrannt oder betäubt wurde. Er erhält nun die Möglichkeit zur Regenerierung seiner Sensibilität, indem er abgespaltene Teile seines Selbst wieder re-introjiziert. Freilich sind solche Konfrontationen nur möglich, solange der Patient die Kraft hat, sich ihnen zu stellen. Andernfalls wiederholen sie nur das ursprüngliche Trauma mit allen Risiken für das psychische System. An dieser Stelle kommt der Vermittlung durch Bilder eine wichtige Rolle zu.“ (S. 157f.)

Es ist deshalb so wichtig, im Falle der Scham die verstreuten Fragmente der Erfahrung wieder zusammenzusetzen, da nur so verhindert werden kann, dass sie zu einem dauerhaften Symptom gerinnen. Für Tisseron nötigt die Arbeit des Zusammensetzens der psychischen Bilder schließlich zu der Unterscheidung zwischen äußeren Schamursachen, die einen beschämenden Dritten voraussetzen und inneren Schamursachen, die in der psychischen Realität verwurzelt sind. Ein volles Verständnis der Scham in allen ihren Aspekten kann laut Tisseron nur dann erreicht werden, wenn in die Analyse außer den Situationen, in denen das Kind selbst die Erfahrung der Scham gemacht hat, auch all die Situationen einbezogen werden, in denen es seine Eltern in beschämenden Umständen gesehen hat. Dabei definiert Tisseron (2000) das Ziel der Schamanalyse und die Rolle des Analytikers darin folgendermaßen:

„Die spezifische Aufgabe des Analytikers besteht nicht darin, vom Patienten erlebte Situationen bewusst zu machen und sie zu verstehen, auch nicht darin, verlorene Emotionen wieder zu finden, sondern vielmehr darin, psychische Landschaften neu zu arrangieren, in denen bestimmte Züge des Erlebens unter dem Eindruck eines Traumas oder einer unmöglichen Ausformung verdrängt oder vorübergehend oder dauerhaft abgespalten und verleugnet wurden.“ (S. 178)

Dabei sind es v.a. die Nachwirkungen der Scham, die den Analytiker in seiner Arbeit leiten müssen. Tisseron führt aus, dass die Scham nicht nur aus dem Bestreben kaschiert wird, sie vor sich selbst zu verbergen. Eine offen gezeigte Scham hat soziale Folgen für den Betroffenen. Die Haltung der anderen wirkt wieder auf den Schamerfüllten, manchmal lindernd, meist aber noch verschlimmernd, weil die Scham „ansteckend“ wirkt. Das Durchleben der Scham kann aber unerlässlich sein, um eine Identitätskrise in mentale Bilder zu übersetzen und sie damit zu überwinden.

Der an anderen Stellen schon mehrfach erwähnte Analytiker Andrew Morrison (1996, 1999) beschreibt den Schamaffekt aus stark selbstpsychologisch orientierter Perspektive. Er stellt dabei die typischen Abwehrmechanismen gegen das Erleben der Scham und den therapeutische Umgang mit ihnen in den Mittelpunkt seines Interesses. Morrison (1999) führt aus, dass sich Scham dadurch von Angst und Schuld unterscheidet, dass sie eher zur Verheimlichung motiviert, nicht zum Offenlegen. Dies mache es schwieriger, die Scham in der therapeutischen Situation zu identifizieren und an die Schamaffekte heranzukommen. Er plädiert deshalb dafür, bei Gefühlen von Wut oder Neid, die der Patient beschreibt und zeigt, von der Möglichkeit auszugehen, dass diese Gefühle als Schutzschild und Abwehrmechanismus gegen darunter liegende Scham dienen können. Als nächsten Schritt, nachdem die hinter der Maskierung liegende Scham identifiziert wurde, ist es seiner Meinung nach notwendig, dass dies vom Therapeuten verbalisiert wird, beispielsweise durch eine Frage wie: „Wissen sie, ich frage mich, ob sie sich nicht unter diesem Ärger beschämt gefühlt haben von soundso – was vielleicht dazu geführt hat, dass sie sich unwichtig (klein, unzulänglich, etc.) gefühlt haben?“ (1999, S. 104). Seiner Erfahrung nach führt schon die Identifizierung der Scham durch die eigene Sprache, die der Patient ihr gibt, zu einer großen Erleichterung.

Morrison (1999) weist darauf hin, dass Scham häufig von depressiven Verstimmungen begleitet wird, wobei in der analytischen Therapie häufig nur die Depression behandelt wird. Ebenso wird bei der Manifestation von narzisstischer Wut die Scham, die häufig im Hintergrund steht, vernachlässigt. Nach Morrisons selbstpsychologischer Auffassung drückt sich in Schamkonflikten primär das *entleerte* Selbst aus, das zu wenig Spiegelung vom idealisierten Selbstobjekt erhalten hat. Die fehlende Akzeptanz von sich selbst und anderen, die in der Folge als zentrale narzisstische Thematik entstanden ist, stellt für Morrison (1989) das Hauptziel der Behandlung von narzisstischen Persönlichkeitsstörungen dar.

Wie bereits erwähnt motivieren Schuldgefühle den Patienten eher, diese zu beichten, während ihn Scham demgegenüber motiviert, diese geheim zu halten. Hierin sieht Morrison auch den Grund dafür, dass die Scham in der Vergangenheit in der psychoanalytischen Literatur selten und wenig umfassend behandelt worden ist. Für Schuld ist das Gegenmittel das *Vergeben*; für Scham ist die *Selbst-Akzeptanz* das probateste Gegenmittel, ungeachtet der eigenen Schwäche, Defekte und Fehler. Der als Selbstobjekt fungierende Therapeut muss diese Selbst-Akzeptanz durch seine empathische Versenkung in die psychologischen Tiefen des Patienten erleichtern.

Hinsichtlich der Intersubjektivität der Scham in der psychotherapeutischen Situation beschreibt Morrison (1989), dass

„Scham die Erinnerung des Therapeuten an seine eigenen Scham-Erfahrungen blockiert und somit die gleiche Tendenz zum Verheimlichen und Verstecken hervorbringt, die die Erfahrungen des Patienten verhüllen und die deshalb so häufig zu Kollusion und dem kollektiven Ignorieren der Scham führen.“ (S. 192, Übersetzung J.T.)

Wegen dieser Kollusion blieb die Scham auch häufig in der persönlichen Erfahrung und Lehranalyse des Therapeuten unbehandelt und führte in der Folge zu einem Nicht-Erkennen in der Behandlung von Patienten.

Einen letzten, hier zu zitierenden Ansatz in der Auseinandersetzung mit Schamkonflikten stellt Nancy McWilliams (2004) in ihrem Buch *Psychoanalytic Psychotherapy* vor. Sie plädiert dafür, dass der Therapeut versuchen sollte, eine Haltung zu vermitteln, die Gefühle der Scham und Erniedrigung darüber, was offenbart wird, verhindern oder reduzieren soll. Sie schreibt: „Während der ganzen Behandlung, aber besonders am Anfang, hat das Ansprechen und Reduzieren der Scham, wann immer sie auftaucht, eine vorrangige Bedeutung“ (S. 137). Ähnlich wie Morrison sieht sie die *Selbst-Erkenntnis* als Ziel der psychodynamischen Behandlung, aber als ein noch tiefergehendes die *Selbst-Akzeptanz*. Je mehr jemand die Aspekte seines Selbst annehmen kann, die als schamhaft angesehen werden, umso weniger wird er von ihnen kontrolliert. Eine Art, Akzeptanz zu vermitteln und somit Scham aufzulösen, liegt McWilliams Erfahrung nach in einer Art „Ja... und?“-Bemerkung des Therapeuten, die entweder verbal oder nonverbal sein kann. Der Therapeut kann auch Kommentare wie „Ja, natürlich...“ machen oder einen überraschten Gesichtsausdrucks annehmen, wenn der Patient einen für ihn sehr beschämenden Aspekt erzählt. Wenn ein Patient in Scham zu ertrinken scheint, während er etwas für ihn Furchtbares offenbart, kann der Therapeut auf die Scham mit einer betont lapidaren Frage wie: „Und was ist so schlimm daran?“ reagieren. Manchmal hilft es auch zu fragen: „Haben sie eine Vorstellung, warum dies für sie eine derartige Menge von Scham beinhaltet?“. All diese aktiven Reaktionen des Therapeuten oder Analytikers sollen dem Patienten helfen, die zutiefst beschämenden Aspekte seines Selbst zu akzeptieren und ihm vermitteln, dass nichts „Unnatürliches“ an den so mit Scham besetzten Aspekten ist.

Helen Block Lewis (1971) hat die Scham als eine „Implosion“ oder momentane Vernichtung des Selbst beschrieben. Dies weist auf die zentrale Bedeutung der Scham in der psychotherapeutischen Situation hin. Diese momentane „Implosion“ des Selbst in Momenten der Scham beinhaltet auch für den Therapeuten, dass er diese Gefühle selber ertragen und realitätsangemessen damit umgehen können muss. Alle hier aufgeführten Ansätze der Schambearbeitung teilen die Auffassung, dass sich der Therapeut *natürlich* und *aktiv* verhalten sollte, wenn er es in der analytischen oder psychodynamischen Behandlung mit diesem Affekt zu tun hat. Letztendlich kommt auch keine konsequente Schamanalyse ohne die Bearbeitung der *Ver-*

zweiflung aus, wie dies Seidler (1995, S. 46) treffend formuliert hat. Diese Bearbeitung der Scham und der mit ihr verbundene Verzweiflung, dem drohenden Zusammenbrechen der „interpersonalen Brücke“ (Kaufman 1989), verlangt vom Therapeuten eine Aktivität, die mit einer übertriebenen analytischen Abstinenzhaltung unvereinbar scheint. Letztendlich stellt sich hierbei die Frage des Menschenbildes (oder des Blickes auf den Menschen), das der Therapeut seiner Arbeit zugrunde legt und das in einer therapeutischen Beziehung wirkt. Die analytische Arbeit erfordert dabei einen flexiblen Standpunkt, der von der Position einer „gewichtlosen Präsenz“ (Bose 1995, S. 405) bis zur Fähigkeit zu einem aktiveren Engagement reicht.

14.5. Schamaffekte und -konflikte in der Gruppentherapie

Die Rolle der Schamgefühle und -konflikte im Rahmen der tiefenpsychologischen Gruppentherapie stellt ein weiteres Feld dar, in dem sich „intersubjektive Scham“ manifestieren kann. Im Folgenden werde ich mich auf unterschiedliche Gruppentherapiekonzepte wie der analytischen Gruppentherapie nach Bion, der tiefenpsychologisch fundierten Gruppentherapie nach Foulkes und Yalom und der interaktionell-psychoanalytischen Gruppentherapie nach Heigl-Evers beziehen und diese unter dem Aspekt der Scham beleuchten.

Wie schon Freud in seiner Schrift *Massenpsychologie und Ich-Analyse* (1921) hervorgehoben hat, kommt es in der Gruppe zu einer „Steigerung der Affektivität“ und einer „Regression der seelischen Tätigkeit“ in der Masse, die mit einer Projektion des Ich-Ideals auf den „Führer“ verbunden ist. Man kann daraus schließen, dass in einer Gruppensituation eine Verstärkerwirkung der Gruppe auf Gefühle zu erwarten und zu beobachten ist, insbesondere im Zusammenhang mit Scham-Angst und Schamerleben.

Die Befürchtungen vor Entblößung und Demütigung, sowie die verächtliche Zurückweisung und vernichtende Ablehnung durch die Gruppe führt nach Palmowski (1992) dazu, dass „Patienten mit starken Schamkonflikten sowie gestörtem Selbst- und Selbstwerterleben“ dazu neigen, „aufgrund des so motivierten Widerstands, die Therapie in der Frühphase abzuberechen“ (S. 143). Er stützt sich dabei auf eine kritische Evaluationsstudie von Malan (1976) zur analytischen Gruppentherapie, die Patienten beschreibt, die wenig oder gar nicht von einer Gruppentherapie profitieren konnten. Diese Patientengruppe weist hinsichtlich ihrer Selbsteinschätzung charakteristische Gemeinsamkeiten auf, die darin bestehen, dass diese Patienten sich als besonders unattraktiv, unbeliebt, wenig geachtet beschreiben und hohe Werte hin-

sichtlich des Minderwertigkeitsgefühls angeben. Auch in den von Erikson (1959) beschriebenen Kategorien von „Urvertrauen versus Urmisstrauen“, sowie „Autonomie versus Scham und Zweifel“ erscheinen diese Patienten als besonders gestört. Im Vergleich zu anderen Patienten aus der Gruppe beschreiben sie sich als besonders verschlossen, misstrauisch, retentiv und in ihren Anlehnungswünschen als eher zurückhaltend. Diese Eigenschaften lassen sich psychodynamisch mit einer tiefen Angst vor einer feindlichen Umwelt, die mit Verachtung und Ausbeutung droht, in Verbindung bringen. In der genaueren Untersuchung der Biographie dieser Patienten fanden sich fast immer beschämende Ereignisse, für die es eine besonders große Hemmschwelle gibt, diese in der Gruppe mitzuteilen. Palmowski (1992) kommt zu dem Schluss: „Maßgeblich für die subjektive Bewertung dieser Inhalte war das Gefühl der Scham“ (S. 137).

Die Gruppentherapie zeichnet sich nach Palmowski (1992) durch folgende Vorteile gegenüber dem psychoanalytischen oder tiefenpsychologischen Einzeltherapie-Setting aus:

„Die gruppentherapeutisch Situation mit Anwesenheit mehrerer anderer, und die im Gegensatz zum klassischen Setting zugewandte Beobachtung von Angesicht zu Angesicht zulassende Sitzordnung führen zu einer deutlichen Verstärkung des Schamerlebens. Mit der Möglichkeit multipler face-to-face-Interaktionen gibt die gruppenanalytische Behandlung so Raum für eine umfassende Entfaltung und Analyse diesbezüglicher Konflikte.“ (S. 140)

Besonders zu beachten ist dabei jedoch die genaue Indikationsstellung für eine Gruppe, d.h. die Frage, wann ein Patient in seinem Selbst- und Selbstwelterleben so schwer gestört ist, dass er das Angebot der Gruppentherapie (noch) nicht für sich nutzen kann. Nach Heigl-Evers (1998) ist für die Indikation zur Gruppenpsychotherapie die Beachtung der Toleranzgrenze und das Angst- bzw. Scham-Angst-Niveau der jeweiligen Patienten ausschlaggebend. Es muss vom Therapeuten abgewogen werden, ob der Patient noch den Schutz einer dyadischen Beziehung im Einzeltherapie-Setting benötigt, oder ob er von einer Gruppentherapie profitieren kann, die in weit höherem Maße eine soziale Realität, sowie mannigfaltige Übertragungsangebote bietet.

Die Analytiker König und Lindner (1991) beschreiben die Indikation für eine Gruppentherapie folgendermaßen: „Gruppentherapie eignet sich vor allem für solche Patienten, deren innere Konflikte sich in interaktionellen Konflikten äußern, aber auch zur Behandlung von Psychoneurosen, bei denen dies nicht der Fall ist oder nicht der Fall zu sein scheint“ (König und Lindner 1991, S. 203). Für Heigl-Evers (1998) ist die Indikation für eine psychoanalytisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie besonders bei prä-ödipalen, strukturellen oder basalen Störungen gegeben. Im Gegensatz dazu stehen die Methoden der analytischen Gruppenpsychotherapie, die für Neurosen stärkeren Grades indiziert ist, oder die tiefenpsychologisch fun-

dierten Gruppentherapie, die bei Neurosen geringerer Schwere wirksam ist. Bei den beiden Letztgenannten besteht die Wahrnehmung der Gruppe durch den Therapeuten als Ganzes – im Sinne einer Analogie zum psychischen Apparat einer Einzelperson. Die Interventionsform der Deutung, die der Gruppentherapeut vorwiegend verwendet, deutet die Wünsche und Befürchtungen der gesamten Gruppe vor dem Hintergrund einer „Dyade“ von Therapeut und Gruppengesamtobjekt. Im Gegensatz zu dieser Interventionsform, die Heigl-Evers (1998) als „Prinzip Deutung“ bezeichnet, wird in der von ihr konzipierten analytisch-interaktionellen Gruppentherapie vom „Prinzip Antwort“ Gebrauch gemacht, d.h. der Gruppentherapeut drückt seine eigenen Emotionen und Urteile selektiv aus. Diese Gefühlsantworten des Therapeuten haben einen ich-stärkenden Charakter und verhelfen dem Patienten zu einer korrigierenden Erfahrung. Bei einer eher deutenden und interpretierenden Interventionsform, bei der die persönliche Emotionalität des Therapeuten verbal nicht berücksichtigt wird, kommt es eher zu einer Schwächung der Abwehrmechanismen des Ich und es werden latente, vorbewusste Wünsche stimuliert. Diese beiden Interventionsformen nach dem „Prinzip Deutung“ oder nach dem „Prinzip Antwort“ schließen sich für Heigl-Evers jedoch nicht aus, sondern stellen eher Endpunkte eines Kontinuums dar.

Hinsichtlich der Strukturen des Über-Ichs bedarf es bei der Indikation für eine Gruppentherapie einer genauen Überprüfung, da die vermuteten Auswirkungen der „Pluralität“, d.h. des „unter-mehreren-Seins“, auf das Verhalten des Patienten in Betracht gezogen werden müssen. Heigl-Evers (1998) schreibt dazu:

„Die Einschätzung der Fähigkeit eines Patienten, unter den Bedingungen der Pluralität Nähe beziehungsweise Distanz zu anderen so zu regulieren, dass die Grenze der Erträglichkeit, der Angsttoleranz, nicht zu schnell überschritten wird, ist für die Differentialindikation Einzel- versus Gruppentherapie ganz besonders wichtig.“ (S. 239)

Bezüglich der Entwicklung des Über-Ichs ist darauf zu achten, ob dem Patienten ein hinreichend integriertes Über-Ich mit signalgebenden selbstreflexiven Affekten wie Schuld, Stolz und v.a. Scham zur Verfügung steht.

Als Merkmale dieser Pluralität in der Gruppe beschreibt Heigl-Evers (1998) vier unterschiedliche Erlebensformen, die auch diagnostisch und prognostisch von hohem Wert sind: (1) Das „unter mehreren Sein“ legt es dem Einzelnen nahe, sich auf andere zu beziehen. Dabei ist prognostisch und diagnostisch zu beachten, wie der Patient die interpersonelle Beziehung im Rahmen einer halböffentlichen Gruppe gestaltet. (2) „Als Glied einer Vielheit einzigartig zu sein“ legt nahe, die narzisstische Regulierung des Patienten zu erfassen. Dabei liegt eine autonome und flexible Regulierung dann vor, wenn der Betreffende sich als Mit-

glied einer Gruppe in seiner Einzigartigkeit erleben kann, aber sich auch der Vielheit zugehörig und verbunden fühlen kann. (3) „Nicht souverän sein“ weist auf das grundlegende Autonomie und Abhängigkeitsdilemma hin. Dabei ist zu prüfen, inwieweit der Betreffende sein Streben nach Autonomie auf der einen Seite und die Akzeptanz der Abhängigkeit auf der anderen Seite ausbalancieren kann, oder an einem der beiden Pole chronisch fixiert bleibt. (4) „Relative Unabsehbarkeit der Folgen des eigenen Tuns“ bezieht sich auf die Tatsache, dass in der Vielheit der Gruppe die Folgen des eigenen Tuns augenfälliger werden als in der therapeutischen Zweiersituation. Die Risikobereitschaft des einzelnen ist dabei herausgefordert und kontrastiert mit dem gegenteiligen Bedürfnis nach Wahrung von Sicherheit, Intimität und Scham-Angst.

Besonders dem von Palmowski (1992) hervorgehobenen Aspekt von „Öffentlichkeit versus Privat“ kommt bei der Untersuchung des Schamerlebens und der Indikation für eine Gruppentherapie besondere Bedeutung zu. Das individuelle Schuld- und Schamerleben des Patienten muss berücksichtigt und in seiner Bedeutung eingeschätzt werden. Besonders dann, wenn Hinweise auf einen Ausfall oder eine Hypertrophie, d.h. eine Übersteigerung des Schamerlebens vorliegen. Dabei sind ausgeprägte Stigmatisierungen relevant, die sich zu einem großen Teil auf körperliche Erscheinungen beziehen. Hilgers (1997) bemerkt dazu:

„Schampatienten beziehen – mehr noch als andere Patienten – zahlreiche Schamempfindungen auf ihre Körperlichkeit, die sie entweder ganz ablehnen oder abgelehnt sehen, zu verbergen trachten und die daher Ort zahlreicher Phantasien ist.“ (S. 99)

Dabei ist die subjektive Empfindung und Bewertung des eigenen Körpers als hässlich oder unförmig für bestimmte Schampatienten charakteristisch, besonders, wenn wirkliche körperliche Verunstaltungen vorliegen. Ebenso muss für die Indikationsstellung eine traumatische Scham als Folge eines sexuellen Missbrauchs berücksichtigt werden, da hiermit bestimmte Toleranzgrenzen verbunden sind.

Eine besondere Schwierigkeit stellt die Tatsache dar, dass Scham in Gruppen sprachlich schwer fassbar oder erlebbar ist, weil Schamkonflikte besser abgewehrt werden können und somit der genaueren Untersuchung in der Gruppe entgehen können. Viele Schampatienten „verstecken“ sich durch psychophysisches Unsichtbarmachen in der Gruppe, so dass ihre besondere Thematik nicht sichtbar wird. Ein solches Vermeiden der Schamthematik hat für den einzelnen und die Gruppe eine wichtige Relevanz: „Technisch geht es in der Gruppentherapie daher nicht zuletzt um das Besprechbarmachen von Schamkonflikten, um die Arbeitsfähigkeit der Gruppe herzustellen und aufrechtzuerhalten“ (Hilgers 1997, S. 91). Die Scham wird häufig auch in Form von Beziehungsideen und massiver Sozialangst auf andere projiziert und

stellt damit einen wichtigen Teil der zu bearbeitenden Psychodynamik des einzelnen in der Gruppe dar.

Nach dem Gruppentherapiekonzept von Yalom (1996) stellt die *Gruppenkohäsion* eine wichtige Grundvoraussetzung dar, damit andere gruppentherapeutische Faktoren wirksam werden können. Er definiert Gruppenkohäsion als „die Anziehungskraft, durch die sich einzelne Mitglieder in die Gruppe eingebunden fühlen und die sie mit anderen Mitgliedern verbindet“ (S. 87). Die Gruppenkohäsion stellt für ihn das Gegenstück zur *Beziehung* in der Einzeltherapie dar. Dabei ist das affektive Teilen der eigenen inneren Welt mit anderen und das anschließende Angenommenwerden besonders wichtig. Das Angenommenwerden von anderen und das Annehmen von sich selbst sind dabei wechselseitig voneinander abhängig: Auf der einen Seite hängt das Sich-selbst-Annehmen vom Angenommenwerden durch die anderen ab, auf der anderen Seite ist das vollständige Annehmen anderer erst dann möglich, wenn der einzelne sich selbst akzeptieren kann.

Nach Yaloms (1996) Erfahrung zeigen alle Menschen, die therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, zwei wichtige Schwierigkeiten: Sie haben erstens Probleme im Herstellen und Aufrechterhalten tiefer interpersonaler Beziehungen und zweitens in der Erhaltung eines stabilen Selbstwertgefühls. Die Gruppentherapie stellt in besonderer Hinsicht einen Vorteil in der Bearbeitung dieser Schwierigkeiten dar, da sich alle Gruppenmitglieder in diesem „Mikrokosmos“ der Gruppe früher oder später so verhalten, wie sie dies auch im Alltag tun. Sie erschaffen damit ihr soziales Universum und „früher oder später werden sie die Krankheit vor den Augen der Gruppenmitglieder ausleben“ (Yaloms 1996, S. 48). Die Selbstoffenbarung ist dabei eine wichtige therapeutische Funktion, die die Voraussetzung zur Bildung wichtiger interpersonaler Beziehungen schafft. Yalom betont, dass „Selbstoffenbarung, von den Teilnehmern ebenso gefürchtet wie geschätzt, in allen Gruppentherapien eine wesentliche Rolle [spielt]“ (ebd., S. 376). Dabei ist jede Selbstoffenbarung mit einem großen Risiko – und einem mehr oder weniger großen Schamgefühl verbunden.²⁶

An anderer Stelle beschreibt Yalom (2001) die Funktion der Gruppentherapie anhand der „vier Selbste“, die in der Therapie relevant werden. Diese sind erstens das „öffentliche Selbst“, das mir selbst und den anderen bekannt ist. Es ist die für alle Augen sichtbare „Persönlichkeit“ im ursprünglichen Sinne von „*persona*“ als Maske. Das zweite ist das „blinde Selbst“, das mir selbst unbekannt, den anderen jedoch bekannt ist. Das dritte stellt das „geheime Selbst“ dar, das zwar mir selbst bekannt ist, jedoch den anderen unbekannt ist. Das

²⁶ Yalom (2005, S. 274) empfiehlt in diesem Zusammenhang auch, daß kein Gruppentherapiemitglied jemals für eine Selbstoffenbarung bestraft werden darf. Im Gegenteil, das Eingehen von Risiken muss stets (vom Gruppenleiter) unterstützt und bestätigt werden.

letzte ist das „unbewusste Selbst“, das mir selbst und anderen unbekannt ist. Die Verteilung und die Größe dieser vier Selbste ist jeweils unterschiedlich bei den einzelnen Personen. In der Therapie – besonders in der Gruppentherapie – geht es nach Yalom (2001) darum, die Größe dieser Selbste so zu verändern, dass das öffentliche Selbst auf Kosten der anderen drei wachsen kann. Das geheime Selbst wird dabei immer kleiner. Für Yalom hat die Gruppentherapie hinsichtlich der Erkundung des „blinden“, „geheimen“ und „unbewussten Selbst“ gegenüber der Einzeltherapie zwei Vorteile, dass sie erstens der sozialen Realität mehr entspricht als die Einzeltherapie und dass zweitens die Wahrscheinlichkeit, dass sich Übertragungen entwickeln, aufgrund der Anwesenheit von mehreren Personen höher ist als in der dualen Situation.

In ähnlicher Weise wie Yalom geht Hilgers (1997) davon aus, dass innerhalb einer Gruppenpsychotherapie „die Variable Selbstöffnung von beträchtlicher Bedeutung für den Erfolg der Therapie“ ist (S. 88). Dabei kommt es aber speziell im Gruppensetting auf eine Balance zwischen „nicht zu früh“, bzw. „nicht zu viel“ oder „nicht zu wenig“ an. Dem Gruppenleiter fällt dabei die Aufgabe zu, den einzelnen Patienten, wie die gesamte Gruppe vor frühen, quasi „eruptiven“ Selbstöffnungen und Selbstoffenbarungen zu schützen. Besonders bei Patienten mit einer lebenslangen Geschichte von Missbrauchserfahrungen oder körperlichen Misshandlungen sind die selbstregulativen Funktionen der Wahrung der Selbstgrenzen und der Schutz der Intimität erheblich beeinträchtigt. Hilgers (1997) bemerkt dazu:

„Im Wesentlichen wird also die intime Nähe, die mit befürchteten oder tatsächlichen Schamgefühlen verknüpft ist, nicht ertragen und daher durch Selbstöffnung abgebaut, auf die dann erneute Scham erfolgt.“ (S. 89)

Daraus ergeben sich in der Gruppentherapie oft festgefahrene „Scham-Entlastungs-Entblössungs-Scham-Spiralen“, aus denen der Betroffene nicht ohne den Schutz und die Unterstützung des Gruppentherapeuten herauskommt. Wenn diese Schutzfunktion nicht vom Gruppentherapeut stellvertretend wahrgenommen wird, bricht der Patient häufig die Gruppentherapie ab. Diese Selbstöffnung im Übermaß oder mit einem falschen Timing – und damit das Nicht-Spüren der eigenen Scham- und Intimitätsgrenzen – stellt für die Mitarbeit und den Erfolg des einzelnen, wie der ganzen Gruppe eine Gefahr dar. Auch für Yalom (1996, S. 376) ist diese Balance zwischen „zuviel“ und „zuwenig“ Selbstoffenbarung in der Gruppentherapie zentral. Für ihn ist die Beziehung zwischen Sympathie und Selbstoffenbarung dabei aber nicht linear, sondern umgekehrt proportional, d.h. jemand der zuviel von sich preisgibt, erzeugt bei anderen eher Angst als Zuneigung. Dabei bedeuten das Zuviel und das Zuwenig an Selbstoffenbarung ein fehlangepasstes interpersonales Verhalten. Wenn sich jemand zu wenig

selbst offenbart, führt dies oft zu einer eingeschränkten Möglichkeit der Realitätsprüfung, der Mensch versäumt die Gelegenheit, ein für seine Entwicklung wichtiges Feedback herauszufordern.

Dabei bemerkt Yalom (1996), dass bestimmte Menschen die Selbstoffenbarung nicht in erster Linie deswegen fürchten, weil sie sich schämen oder befürchten, nicht akzeptiert zu werden, sondern weil bei diesen Menschen schwere Konflikte bezüglich des Themas der Kontrolle vorliegen. Wenn die Selbstoffenbarung von einzelnen blockiert wird, führt dies zu einer starken Behinderung der einzelnen Mitglieder und der gesamten Gruppe. Gleichzeitig kann die unterschiedslose Selbstoffenbarung nicht das Ziel der geistig-seelischen Gesundheit sein, noch ein Weg zu ihr. Die Angemessenheit der Selbstenthüllungen und die Rücksicht auf die Beziehung zum Zuhörer sind wichtig, um das Verhältnis nicht zu gefährden. Yalom (1996, S. 143) verweist in diesem Zusammenhang auch auf die therapeutisch wichtige Unterscheidung zwischen „vertikaler“ und „horizontaler“ Enthüllung. Wenn jemand in der Einzel- oder Gruppentherapie ein großes Geheimnis enthüllt, dann muss der Therapeut dabei helfen, nicht noch mehr über das Geheimnis zu enthüllen, d.h. *vertikal* zu arbeiten. Dabei ist die Enthüllung auf *horizontaler* Ebene genauso, wenn nicht fast noch wichtiger. Die Empfindungen und Gefühle *über* die Selbstenthüllung – also auf horizontaler Ebene – zu erforschen, stellt quasi eine Meta-Offenbarung dar. Häufig drängt die Gruppe auf eine *vertikale* Enthüllung und verlangt weitere Einzelheiten aus der Vergangenheit, die mit offenbarten Geheimnissen in Verbindung stehen. Yalom (1996, 2005) rät jedoch, die *horizontale* Offenbarung zu fördern, das heißt die *Offenlegung der Offenbarung* zu fokussieren – was es zum Beispiel dem Gruppenmitglied ermöglicht hat, in der Sitzung ein derartiges Wagnis einzugehen.

Die Selbstoffenbarung ist dabei immer ein interpersonaler Akt, bei dem das Schamgefühl als „Schnittstellenaffekt“ (Seidler 1995), als ein Gefühl des Getrenntseins oder Andersseins, besonders intensiv und schmerzlich bewusst wird. Als Grundvoraussetzung für solche Selbstoffenbarungen ist es wichtig, dass die Gruppe unstrukturiert, spontan und frei interagiert. Yalom (1996) betont, dass dies nicht automatisch in der Gruppe passiert, da sich ein solches Vorgehen nicht von selbst entwickelt, „dazu ist von Seiten des Therapeuten sehr viel aktive Gestaltung der Gruppenkultur nötig“ (S. 144). Der Gruppenleiter dient als „Modell interpersonaler Ehrlichkeit und Spontaneität“ (S. 136) und muss dabei aber gleichzeitig die aktuellen Bedürfnisse der Gruppenmitglieder im Auge behalten. Yalom betont, dass „der wohlüberlegte Einsatz der persönlichen Gefühle des Therapeuten ein unschätzbare Teil seines Rüstzeugs als Gruppenleiter [ist]“ (S. 136). Die Grundeinstellung des Therapeuten zum Patienten muss von Anteilnahme, Annehmen, Echtheit und Einfühlung bestimmt sein. Nach Yalom (1996) stellen

sich für den Gruppentherapeuten insgesamt drei Grundaufgaben: erstens die Zusammenstellung und Erhaltung der Gruppe; zweitens die Schaffung einer Gruppenkultur und drittens die Aktivierung und Klärung des Hier und Jetzt. Gerade auf den letztgenannten Punkt legt Yalom großen Wert, da die Lenkung der Aufmerksamkeit der Gruppenmitglieder von der Erörterung äußerer Dinge und Gegebenheiten auf die Beziehungen untereinander den Gruppenprozess und die Kraft der Gruppe enorm steigern.

Hinsichtlich der Selbstoffenbarung und des Schamerlebens in der Gruppe ist der gruppentherapeutische Faktor, den Yalom (1996) die „Universalität des Leidens“ (S. 26) nennt, von besonderer Bedeutung. Viele Patienten haben eine Hemmschwelle und empfinden ein extremes Peinlichkeitsgefühl hinsichtlich bestimmter Inhalte, Gedanken oder Gefühle, da sie insgeheim davon ausgehen, dass nur sie diese haben. In der Therapiegruppe ist mit einer Selbstoffenbarung oft ein enormes Gefühl der Erleichterung verbunden, da die negativen Gefühle der Einzigartigkeit abgebaut werden. Der Betreffende kann die Erfahrung machen, dass nichts, was Menschen tun oder denken, dem Erleben anderer Menschen völlig fremd ist. Hilgers (1997) kommentiert diese Erfahrung der „Universalität des Leidens“ folgendermaßen:

„Im Gegensatz zu einer Einzeltherapie ist die Öffentlichkeit der Gruppe sowohl zusätzliche Quelle von Scham als auch später Möglichkeit ihrer Linderung, wenn andere Gruppenmitglieder ähnlich fühlen oder ähnliche Schwierigkeiten zu haben scheinen.“ (S. 91)

Aufgrund seiner langjährigen Erfahrung als Gruppentherapeut fasst Yalom (1996) diese am häufigsten anzutreffenden Geheimnisse, die für den Aspekt des Schamerlebens relevant sind, in drei Gruppen zusammen. Das am häufigsten anzutreffende, gut gehütete Geheimnis ist die „Überzeugung, fundamental unzulänglich zu sein – das Gefühl, daß man im Grund unfähig ist, daß man sich nur mittels intellektuellem Bluff durch das Leben mogelt“ (1996, S. 26). Dieses Gefühl, das wir an anderer Stelle als „Urscham“ (Wurmser 1990) bezeichnet und beschrieben haben, begründet die Überzeugung eines grundsätzlichen Liebesunwertes und den sekundären Aufbau eines „falschen Selbst“, einer „Als-ob-Persönlichkeit“. Als zweites nennt Yalom das tiefe Gefühl zwischenmenschlicher Entfremdung. Die dritthäufigste Kategorie stellt für ihn jegliche Art von sexuellem Geheimnis dar. Diese drei Kategorien der am häufigsten anzutreffenden Geheimnisse spiegeln deutlich eine ausgeprägte Schamthematik hinsichtlich der Unzulänglichkeit des eigenen Selbst, der Fähigkeit zur zwischenmenschlichen Kontaktaufnahme und der sexuell-körperlichen Dimension wider. Yalom (1996) charakterisiert dies folgendermaßen:

„In einer medial immer offeneren Gesellschaft werden, im Gegensatz zum ausgehenden 19. Jahrhundert, als Freud die psychoanalytische Behandlungsmethodik entwickelte, Schamgrenzen zunehmend weniger beachtet, die zur Wahrung von Intimität unentbehrlich sind.“ (S. 71)

Nach Kanwischer (2005) entstehen Geheimnisse an den Grenzen der Öffentlichkeit. Dort, wo die Öffentlichkeit sich abschließt, beginnt das Geheimnis. Öffentlichkeit und Geheimnis sind somit sich ergänzende Pole. Kanwischer definiert das Geheimnis im engeren Sinne als eine „Nicht-Mitteilung von beziehungsrelevantem Wissen wider Erwarten“ (S. 56). Ein Geheimnis ist „*sozial erzeugtes Nicht-Wissen*“ (S. 58). Geheimnisse zu haben und haben zu dürfen ist ein Individualisierungsfaktor ersten Ranges. Man kann Kinder bei dem Spiel mit Geheimnissen in unzähligen Variationen beobachten, wobei dieses Spiel oft der Austestung sozialer Rollen, Wertigkeiten und insbesondere der eigenen Macht dient. „Ich weiß was, was Du nicht weißt!“ ist beispielsweise ein beliebtes Spiel von Kindern. Oft ist dabei das zu Verratende „objektiv“, auch für das spielende Kind, völlig belanglos, es wird allein durch das Beziehungsspiel wertvoll. Die Bedeutsamkeit von Geheimnissen im Zuge von Individualisierungsprozessen reaktualisiert sich dann nochmals in der Pubertät, wenn Jugendliche sich von den Elternfiguren abgrenzen, indem sie eigene, ihren Eltern nicht zugängliche Welten schaffen.

Bezogen auf die Gruppentherapie beschreibt Kanwischer (2005) die möglichen positiven, aber auch negativen Effekte auf das Individuum:

„So kann ein Geheimnisträger – und dies besonders in Gruppentherapien – im Idealfall seine Isolationsangst überwinden, ohne den Schutz zu verlieren, den die Heimlichkeit ihm bislang geboten hat. Da er sich innerhalb eines Gesprächsreservates offenbart, in dem alle sich zur Verschwiegenheit nach außen verpflichtet haben, kann es geschehen, dass die Veränderung in Alltagsbeziehungen aufgrund der subjektiven Entlastung ausbleibt. Hier sollte dann das therapeutische Augenmerk auf das ‘Schicksal’ der Mitteilung im weiteren Verlauf gelegt werden.“ (S. 67)

Es ist auch nicht so, dass sich durch eine Selbstoffenbarung in der Therapiegruppe nur der Betroffene mit Schamgefühlen und -konflikten beschäftigen muss. Auch das zuschauende Teilhaben an peinlichen und schambesetzten Konflikten und Inhalten kann – wie schon mehrfach betont – Scham auslösen. Hinsichtlich der Beziehungskomponente hat die Selbstoffenbarung und das Sich-Zeigen den Effekt, dass man etwas preisgibt, das im Zusammenhang mit der Beziehung zu anderen relevant ist.

Demnach ist nicht nur die Selbsterleichterung wichtig, die mit seinem solchen Offenlegen verbunden ist, noch viel wichtiger ist der Umstand, dass die Enthüllung eine tiefere, reichere und komplexere Beziehung zu anderen zur Folge hat. Yalom (1996) bringt die damit verbundene Ambivalenz anschaulich zum Ausdruck:

„Etwas von sich preiszugeben, und *dann* akzeptiert und unterstützt zu werden, ist sehr beängstigend. Die Phantasien von Patienten bezüglich der Selbstoffenbarung sind oft unheilswanger: *Etwas von sich preisgeben und dann diese trübe Phantasie entkräftet zu sehen, wirkt höchst therapeutisch.*“ (S. 377)

Die subjektive Überzeugung von der persönlichen Einzigartigkeit der Symptomatik, der Konflikte oder der eigenen Minderwertigkeit löst bei vielen Menschen eine solche Scham-Angst aus, dass sie diese Gedanken oft verschweigen. Die diffusen Phantasien bezüglich der Offenbarung kreisen dabei um verächtliche Zurückweisung, vernichtende Bestrafung oder Verstoßung aus der Gruppe. Im negativen Falle fühlt sich das Individuum der „Last der tausend unbarmherzigen Augen“ (Wurmser 1986) ausgesetzt und fühlt sich gegenüber einer idealisierten Instanz exponiert, entblößt und erniedrigt. Diese Kraft der Gruppenerfahrung beschreibt Yalom (1996) als „eine[n] der faszinierendsten Aspekte der Gruppentherapie [...], dass *jeder neu geboren wird, in der Gruppe und durch die Gruppe*“ (S. 188). Wenn der Mensch dann real das Risiko wagt und sich mit einer solchen Selbstoffenbarung und den damit verbundenen Schamgefühlen in die Gruppe wagt und erfährt, dass seine Befürchtungen und Phantasien nicht wahr werden, hat dies einen enormen therapeutischen und heilenden Effekt.

14.6. Scham in der analytischen Körperpsychotherapie

Die Zeit ist reif, den Körper wieder in die Psychoanalyse einzuführen.

- Daniel Stern

Der Behandlung und dem Auftreten des Schamaffektes kommt in der Körperpsychotherapie eine besondere Bedeutung zu, da sich hier durch das veränderte, therapeutische Setting, das auch Körperkontakt und -ausdruck zulässt und fördert, potentiell schambeladene Situationen einstellen können. Die häufig in der Körperpsychotherapie zitierte Devise „Der Körper enthüllt alles!“ bringt zum Ausdruck, dass ein gewisser Schutzraum, der in rein verbalen Therapien durch die Möglichkeit der Rationalisierung und Intellektualisierung gegeben ist, in der Körperpsychotherapie an Relevanz verliert. Micha Hilgers (1997) schreibt:

„Scham ist das Gefühl, das unter anderem die Verletzung der Selbst- und Intimitätsgrenzen anzeigt und in dieser Funktion einen Bereich des im Wortsinne Unberührbaren hütet. Es gibt keine Psychotherapie und keine Selbstöffnung ohne die Möglichkeit des Rückzugs, des Geheimes und Nicht-Gesagten. [...] Die Notwendigkeit der Existenz eines Bereichs prinzipieller Unberührbarkeit ist sowohl in Körpertherapien einerseits als auch bei psychoanalytischen Verfahren andererseits gewährleistet.“ (S. 119)

Dieses direkte Einbeziehen der Körperlichkeit birgt neben den Befürchtungen, auch enorme therapeutische Möglichkeiten und Vorteile, da hier das „darüber-Reden“ (was meistens dazu führt, das wirklich *darüber* geredet wird, d.h. nicht aus dem Gefühl und Erleben, sondern distanziert berichtet wird) zugunsten der Betonung einer ganzkörperlichen Erfahrung in den Hintergrund tritt. Der nicht-verbale Ausdruck von Gefühlen – sei es in einer Körperpsychotherapie im Einzelsetting, aber noch mehr in einer körpertherapeutischen Gruppentherapie – kann dabei sehr intensiv und unkontrolliert sein. Besonders der Ausdruck von „primitiven“ Gefühlen, die sich kathartisch entladen können, kann sehr schambeladen sein, oft aber auch sehr befreiend wirken. In regressiven Körperarbeiten kann Scham sehr umfassend, schmerzhaft und intensiv erlebt werden. Hier ist besonders die Feinfühligkeit und angemessene Spiegelung bzw. Berührung auf Seiten des Therapeuten bzw. Begleiters wichtig. Die Körpertherapie bietet auch eine besondere Chance, da viele Schampatienten – mehr noch als andere Patienten – zahlreiche Schamempfindungen auf ihre Körperlichkeit beziehen. Der Körper wird häufig als hässlich, grob, starr oder unförmig erlebt („grober Klotz“). Schampatienten lehnen ihren Körper ganz oder nur teilweise ab und versuchen, die schambeladenen Merkmale zu verbergen. Dadurch wird der Körper aber gleichzeitig zu einem Ort zahlreicher Phantasien und Empfindungen. Schampatienten beschäftigen sich deshalb auch häufig mit der körperlichen Erscheinung anderer Menschen und idealisieren deren Körperlichkeit. In literarischer Hinsicht ist vor allem Franz Kafka zu erwähnen, der insgesamt als einer der Autoren gewertet werden kann, dessen Schilderungen die vernichtende und ohnmächtige Wirkung der Scham am lebhaftesten zum Ausdruck gebracht haben. Bezogen auf die Scham seiner Körperlichkeit schreibt Kafka (1983) in dem *Brief an den Vater*:

„Ich war ja schon niedergedrückt durch Deine bloße Körperlichkeit. Ich erinnere mich zum Beispiel daran, wie wir uns öfters zusammen in einer Kabine auszogen. Ich mager, schwach, schmal, Du stark, groß, breit. Schon in der Kabine kam ich mir jämmerlich vor, und zwar nicht nur vor Dir, sondern vor der ganzen Welt, denn Du warst für mich das Maß ALLER Dinge. Traten wir dann aber aus der Kabine vor die Leute hinaus, ich an Deiner Hand, ein kleines Gerippe, unsicher, bloßfüßig auf den Planken, unfähig Deine Schwimmbewegungen nachzumachen, die Du mir in guter Absicht, aber tatsächlich zu meiner tiefen Beschämung immerfort vormachtest, dann war ich sehr verzweifelt und alle meine schlimmen Erfahrungen auf allen Gebieten stimmten in solchen Augenblicken großartig zusammen.“ (S. 123)

Viele Schamkonflikte machen sich an der Körperlichkeit fest und die Körperpsychotherapie kann „dem Klienten helfen, sich in seinem Körper nicht mehr schlecht zu fühlen (eine Hauptquelle von Scham), sondern ein körperliches Wohlbefinden wiederzuerlangen“ (Aalberse 1998, S. 163).

Die Körperpsychotherapie hat durch das Miteinbeziehen und die Förderung der Regression zur Folge, dass eine starke emotionale Abhängigkeit zum Therapeuten hergestellt wird. Der analytische Körpertherapeut George Downing (1996) betont, wie wichtig es ist, die speziellen Folgen für die Übertragung mit zu berücksichtigen, die mit der Möglichkeit der Berührung in der therapeutischen Situation verbunden sind. Selbst wenn am Anfang oder Zwischendrin keine einzige Körperintervention stattfindet, weiß der Klient,²⁷ dass die Arbeit am Körper jederzeit möglich ist und ansteht:

„Das hat Folgen für seine Phantasien über die Therapie und den Therapeuten. [...] Diese Befürchtungen erreichen ihren akuten Höhepunkt *unmittelbar vor* und *direkt nach* den ersten Sitzungen, in denen die Arbeit mit dem Körper eingeführt wird.“ (Downing 1996, S. 307)

Der Therapeut muss deshalb in den Phasen, in denen er mit dem Körper arbeitet, auf Übertragungsängste (und Scham-Ängste) achten, die sich auf eine befürchtete sexuelle Verführung beziehen können. Diese sollten möglichst bald durch verbindende Übertragungsinterventionen thematisiert werden. Dies bedeutet nicht, dass mit diesen Verführungsängsten (oder -wünschen) sofort tiefgehend gearbeitet werden muss – im Gegenteil, es ist besser, die Situation erstmal zu klären.

Die Drohung einer existentiellen Abhängigkeit, die wohl jede langfristige Therapie mit sich bringt, wenn sie tief genug geht, löst ebenfalls Übertragungsängste aus und reaktualisiert eventuell eine Abhängigkeitsscham. Einzigartig ist für die Körperpsychotherapie das *Ausmaß* der Befürchtungen vor einer solchen existentiellen Abhängigkeit, ebenso wie die Regressionssehnsucht. Downing erwähnt noch ein weiteres Phänomen, das in dieser Form wohl nur in den Körperpsychotherapien vorkommt: Es kann beim Therapeuten der Eindruck entstehen, dass nicht eine, sondern zwei Übertragungen stattfinden: „Die eine kreist um die rein verbale Arbeit und die andere um die Arbeit mit dem Körper. Das fühlt sich an wie zwei Parallelstraßen, die mit etwas Abstand verlaufen“ (ebd., S. 305). Hinsichtlich der Übertragung ergeben sich allgemein einige Unterschiede zu rein verbalen Therapien, die insgesamt betrachtet mehr Vorteile als Nachteile mit sich bringen. Besonders vorzuheben ist hier meines Erachtens die Arbeit an prä-ödipalen Themen, die eine besondere „Stärke“ der Körperpsychotherapien sind – wenn sie nicht nur Körpertherapien sind, d.h. wenn die psychische Seite nicht vernachlässigt wird. Die Arbeit mit körperlichen Regressionszuständen in der Körperpsychotherapie liefert zusätzlich wichtige Informationen über entscheidende Erlebens- und Beziehungsmuster der Patienten, die auf einem rein verbalen Wege schwer zu gewinnen wären. Hinsichtlich der

²⁷ In den Körpertherapien ist es üblich, das medizinische „Patient“ durch ein eher humanistisch-neutrales „Klient“ zu ersetzen.

Bearbeitung der Schamaffekte und -konflikte besteht in körperpsychotherapeutischen Verfahren die Möglichkeit, diese auf einer viel stärkeren Körper- und Gefühlsebene zu erleben und zu bearbeiten, als dies in verbalen tiefenpsychologischen Therapien oder Analysen der Fall ist. Die Betonung des Hier-und-Jetzt der Körperpsychotherapie im Gegensatz zur Psychoanalyse, die viel mehr mit „Nachträglichkeit“ zu tun hat, verstärkt aus vorliegender Sicht die Intensität des Schamerlebens in der therapeutischen Situation und Beziehung, bietet aber auch u.U. eine umfassendere Bearbeitung dieser Thematik. Die Gleichwertigkeit der nicht-sprachlichen und der sprachlichen Dimension ist vielleicht auch *der* Unterschied, der körperpsychotherapeutische von psychoanalytischen und psychodynamischen Verfahren trennt.