

**Diplomarbeit im Rahmen der Abschlussprüfung zur Atem- und  
Körperpsychotherapeutin**

am  
Institut für Atem- & Körperpsychotherapie  
Freiburg i. Br.

**„SCHAM“**

**SCHAMKONFLIKTE UND MÖGLICHE AUSWIRKUNGEN AUF DEN  
THERAPEUTISCHEN PROZESS**

von  
Patricia Candinas  
Strada Curtgin 1  
7130 Ilanz

15.04.2015

## Inhaltsverzeichnis

<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>3</b>
<b>TABELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>3</b>
<b>1 ABSTRACT .....</b>	<b>4</b>
<b>2 EINLEITUNG.....</b>	<b>4</b>
2.1 WARUM GERADE DIESES THEMA.....	5
<b>3 WAS IST SCHAM .....</b>	<b>6</b>
3.1 DIFFERENZIERUNG ZWISCHEN EMOTION, GEFÜHL, AFFEKT UND STIMMUNG.....	7
3.2 WIE WIRKEN EMOTIONEN, GEFÜHLE, AFFEKTE, STIMMUNGEN .....	8
3.3 VERBINDUNGEN UND ABGRENZUNGEN DER SCHAM ZU ANDEREN GEFÜHLEN .....	9
3.3.1 <i>Scham und Schuld</i> .....	9
3.3.2 <i>Scham und Angst</i> .....	9
3.3.3 <i>Scham und Stolz</i> .....	9
3.3.4 <i>Scham und Neid</i> .....	10
3.4 SECHS SCHAMGRUPPEN UND SCHAMFORMEN .....	10
<b>4 PHÄNOMENOLOGIE UND MANIFESTATION DER SCHAM.....</b>	<b>11</b>
4.1 KÖRPERBEZOGENE SCHAMSIGNALE.....	11
4.2 GESUNDE UND KRANKE SCHAM .....	12
4.2.1 <i>Pathologische Scham</i> .....	12
4.2.2 <i>Gesunde Aspekte der Scham</i> .....	13
4.3 SCHAMLOSIGKEIT .....	14
<b>5 ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGIE DER SCHAM .....</b>	<b>15</b>
5.1 WANN ENTSTEHT SCHAM .....	15
5.2 UNTERSCHIEDLICHE ANSÄTZE ZUR ENTSTEHUNG DER SCHAM .....	16
5.3 DIE FÄHIGKEIT ZUR SELBSTREFLEXIVITÄT .....	17
5.4 SCHAM UND DIE AFFEKTREGULIERUNG .....	17
5.5 DIE OBJEKTBEZIEHUNGSTHEORIE VON MARGRET MAHLER .....	18
5.5.1 <i>Die Übungsphase</i> .....	19
5.5.2 <i>Der Kontext, in dem Scham entsteht</i> .....	20
5.5.3 <i>Schamvulnerabler Übergang von der Übungsphase zur Wiederannäherung</i> .....	22
<b>6 NEUROBIOLOGISCHE FAKTOREN IM RAHMEN DYSFUNKTIONALER SCHAM .....</b>	<b>23</b>
6.1 WO IM GEHIRN ENTSTEHEN UNSERE EMOTIONEN .....	23
6.2 DIE AFFEKTREGULATION IN VERBINDUNG MIT DER FRÜHEN GEHIRNENTWICKLUNG .....	24
6.3 SCHAMBEDINGTER STRESS.....	25
6.4 STRESSHORMONE HEMMEN DAS GEHIRNWACHSTUM.....	28
<b>7 DIE AFFEKTREGULATION UND DIE FRÜHE BINDUNGSBEZIEHUNG .....</b>	<b>28</b>
7.1 IM GLANZ DEINER AUGEN WERDE ICH MICH SELBST ERKENNEN KÖNNEN .....	29
<b>8 PRAXEOLOGIE – UMGANG MIT SCHAM IN DER AKPT .....</b>	<b>31</b>
8.1 DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG .....	32
8.2 FEINFÜHLIGKEIT DES THERAPEUTEN .....	33
8.3 SCHAMGEFÜHLE UND IHRE ABWEHR.....	34
8.4 AFFEKTREGULATION .....	34
<b>9 FALLBEISPIELE .....</b>	<b>38</b>
<b>10 SCHLUSSFOLGERUNGEN/DISKUSSION.....</b>	<b>45</b>
<b>11 LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>47</b>

**Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Bildhafte Zuordnung der Zuständigkeiten von rechter/linker Gehirnhemisphäre .....	25
Abbildung 2: Die drei Regulationsebenen des autonomen Kontaktsystems nach der polyvagalen Theorie von Stephen Porges.....	26
Abbildung 3: <i>Baby`s First Caress, Mary Cassat (1890)</i> Mutter und Kind zwei miteinander verwobene Einheiten .....	29

**Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Entwicklungsphasen zur Objektbeziehungstheorie von M. Mahler. ....	18
Tabelle 2: Strukturniveau nach Maaz .....	32

## 1 Abstract

Der Mensch ist ein soziales Wesen. Er braucht andere Individuen, um zu überleben. Damit das Zusammenleben funktioniert, braucht es regulierende und ausgleichende Kräfte. Treibende Kräfte für unsere Gemeinschaft sind Emotionen und Gefühle. Diese Arbeit behandelt die Emotion Scham. Diese zählt zu den Basisemotionen und entwickelt sich bereits in der frühen Kindheit. Sie tritt in verschiedenen Formen, Qualitäten und Ausprägungen auf. Bei der Sozialisation des Menschen spielt Scham eine wichtige Rolle. Obwohl sie vielleicht eine der schmerzhaftesten menschlichen Emotionen ist, wird sie wenig beachtet. Es entsteht die Frage, warum Scham manche Menschen mehr betrifft als andere. Mögliche Antworten dazu werden mit Aspekten aus dem Bereich der Entwicklungspsychologie und Neurobiologie gegeben. Aufgrund dieser Ergebnisse wird versucht, mögliche Therapieansätze zu erklären und mit einem Fallbeispiel zu dokumentieren.

## 2 Einleitung

Eine Arbeit zu schreiben ist für mich, wie wenn ich mich auf eine Reise begeben würde, mit der Hoffnung, dabei Wertvolles zu erfahren, wegweisende Erkenntnisse zu finden und mir, unbekannte Felder zu erschliessen. Mich auf etwas Neues, einzulassen, macht auch ein wenig Angst. Angst, Fehler zu machen, falsche Entscheidungen zu treffen und mich dadurch zu blamieren. Diese Ungewissheit auszuhalten und dabei das Vertrauen und den Mut nicht zu verlieren, zu hoffen, dass doch alles gut wird, ist nicht ganz einfach. Was geschieht, wenn es einmal nicht einfach wieder gut wird? Wenn ich feststellen muss, dass ich trotz ganzem Einsatz den Erwartungen nicht entsprechen kann?

Die Menschen, denen ich in der Klinik oder auch in meiner Praxis begegne, möchten gerne, dass alles wieder gut wird. Sie brauchen Mut und Vertrauen, um sich auf eine Therapie einzulassen. Ich erlebe oft, dass psychisch kranke Menschen sich für ihre Erkrankung schämen. Die Angst nicht verstanden und nicht ernst genommen zu werden, ist gewaltig. Aus Scham vor sich selbst und ihren scheinbaren Mängeln ziehen sie sich zurück und bleiben alleine mit ihrem Schmerz – wie der Trinker, dem „Der kleine Prinz“ von Antoine de Saint-Exupéry begegnet:

*Auf dem nächsten Planeten wohnte ein Trinker. Dieser Besuch war sehr kurz, doch er stürzte den kleinen Prinzen in tiefe Melancholie:*

*"Was machst du da?", fragte er den Trinker, der schweigend vor einer Sammlung leerer Flaschen und einer Sammlung voller Flaschen sass.*

*"Ich trinke", antwortete der Trinker mit finsterner Miene.*

*"Warum trinkst du?", sagte der kleine Prinz.*

*"Um zu vergessen", erwiderte der Trinker.*

*"Um was zu vergessen?", wollte der kleine Prinz wissen und hatte bereits Mitleid.*

*"Um zu vergessen, dass ich mich schäme", gestand der Trinker und liess den Kopf hängen.*

*"Wofür schämst du dich?", erkundigte sich der kleine Prinz, der ihm helfen wollte.*

*"Fürs Trinken!", schloss der Trinker und versank endgültig in Schweigen.*

*Und ratlos machte sich der kleine Prinz davon.*

*"Die Erwachsenen sind wirklich sehr, sehr seltsam", sagte er sich im Stillen während der Reise (de Saint-Exupéry, 2010, S. 42-43).*

Mit einer von Aussichtslosigkeit auf Besserung geprägten Geschichte zu beginnen, erscheint im ersten Moment etwas entmutigend. Andererseits widerspiegelt sich in dieser Geschichte die Eigenart der Scham auf eine gut verständliche Art und Weise.

## 2.1 Warum gerade dieses Thema

Das Thema Scham wurde während der letzten Sequenz der Ergänzungsausbildung AKPT unterrichtet. Eigentlich ein unspektakuläres Randthema, so könnte man meinen. Das Wesen der Scham hat es wohl an sich, dass es weniger beachtet werden will. „Zudem gibt es ein gewisses Ausmass an *Scham über die Scham an sich*, die sie der Betrachtung entzieht“ (Tiedemann, 2013, S.19).

Erinnerungen an meine eigenen, ganz persönlichen Schamerlebnisse tauchten auf. Mir wurde bewusst, welch grossen Schmerz Scham auslösen kann und wie schwer die dadurch entstandenen Verletzungen zu ertragen sind. Wie oft habe ich mich aus Angst, zu versagen oder Erwartungen nicht entsprechen zu können, zurückgezogen. Die Angst vor einer Beschämung kann so stark sein, dass wichtige Bedürfnisse und Wünsche einfach verdrängt oder vermieden werden. „Ebenso ist das Gefühl der *Angst* schwer von dem der Scham abzugrenzen – oft manifestiert sie sich als ‘Schamangst d.h. als Angst vor möglichen Schamerlebnissen oder Beschämungssituationen, die eintreten *könnten*“ (Tiedemann, 2010, S.25). Es gibt jedoch auch die Momente, wo mich die Scham vor einer verletzenden Demütigung geschützt hat. So hat sie mir geholfen, das Gesicht zu bewahren, indem sie mich davor behütet hat, impulsive, unreflektierte emotionale Eingebungen und Verhaltensweisen auszuagieren (z.B. Wut, Intimitäten preisgeben, unangepasste Selbstoffenbarungen). „Die Scham wäre dann im Grunde als ein persönliches Schutzgefühl aufzufassen, das die Integrität des Selbst behüten und beschützen soll“ (Tiedemann, 2013, S.33).

Ich erinnerte mich auch an die Worte einer Klientin: „Immer diese Schamgefühle“ und an meinen unbeholfenen Umgang mit dieser Aussage. Mir wurde klar, dass Scham und ihr Einfluss auf unsere Arbeit ein wichtiges Thema sein könnte. Damit war mein Interesse für dieses Thema geweckt. In unserer täglichen Arbeit, in der, der Körper stark im Fokus der Betrachtung steht, ist Scham noch wesentlich präsenter als in der reinen Gesprächstherapie. Denn Scham hat viel mit Sehen und Gesehen werden zu tun. Wenn unser Körper den gesellschaftlichen Normen nicht entspricht, unseren persönlichen Ansprüchen nicht genügt oder irgendwelche Defizite aufweist, schämen wir uns für ihn. Ob physisch oder psychisch, die Intention und Funktion der Scham besteht darin, die Scham zu verbergen und zu verstecken. „Gemäss der Phänomenologie der Scham geht es um ein Sich-Verbergen vor dem anderen, vor dem Blick des Anderen“ (Tiedemann, 2010, S. 54).

Da die Scham mit ihren Inhalten nicht gesehen werden will, wird sie in der Therapie oft übersehen und es kommt dadurch zur Schamkollusion zwischen Klient und Therapeut. „Wenn wir die Gefühle eines Menschen miterleben, werden in uns selbst Nervenzellnetze in Resonanz gebracht, welche die Gefühle des anderen in unserem eigenen seelischen Erleben auftauchen lassen“ (Bauer, 2009, S. 51). Im Zusammenhang mit Scham handelt es sich dabei wahrscheinlich um ein von Konflikten besetztes Tabuthema. Damit wir in der Therapie Schamkonflikte erkennen können, braucht es vom Therapeuten ein Bewusstsein für das Phänomen dieser Resonanzen. C.G. Jung sagt, man könne beim Anderen nur das erkennen, was man bei sich selbst schon kennt (Bischof, 2009). Dies bedeutet, es kann nur etwas resonieren, was ich bereits bei mir kenne. Aus diesem Grund ist es für den

Therapeuten sehr wichtig, sich über seine eigene Schamgeschichte bewusst zu sein, damit es in der Therapie nicht zu dieser Kollusion kommt.

Die Scham ist ein Interaktionsgefühl par excellence, ein Gefühl, das aus der Wechselwirkung und Korrelation zwischen Menschen entsteht und sich in ihr konstituiert. Die Scham steht als Affekt an der Grenze von Innen und Aussen, Selbst und Anderem....Durch das Nicht-Erkennen dieser interaktiven Schamdynamik kann es zu unbewussten Kollusionen zwischen Patient und Therapeuten kommen (Tiedemann, 2013 S. 51).

Wie oft verzichten Menschen bei psychischen Leiden auf jegliche Hilfe, weil sie sich schämen und Angst vor Stigmatisierung haben. Ein Patient sagte einmal zu mir, wenn er zum Psychotherapeuten gehen müsse, schaue er immer zuerst, dass niemand da sei, der ihn erkennen könnte, denn er schäme sich so sehr für sein psychisches Leiden.

Meine Motivation, mich intensiver und tiefgründiger mit diesem Thema auseinander zu setzen, ist vielfältig. Letztendlich haben mich meine persönlichen Erfahrungen von Hilflosigkeit und das scheinbar Unscheinbare, nur schwer Fassbare und trotzdem Machtvolle dieser Emotion dazu gebracht, mich eingehender mit der Scham zu befassen. Da sie phänomenologisch die Tendenz hat, zu verhüllen oder zu verdecken (s. Etymologie), braucht es umso mehr Mut, sich der darunterliegenden Thematik zu stellen.

Zum Thema „Scham“ interessieren mich folgende Fragen:

- Was ist Scham überhaupt?
- Wann und wie entsteht Scham und wie manifestiert sie sich?
- Wie entsteht dysfunktionale Scham?
- Wie können wir mit „Scham“ in der AKPT umgehen?

Am meisten interessiert mich die Frage, warum es Menschen gibt, welche besonders stark mit Schamkonflikten zu kämpfen haben und andere gar nicht oder nur schwach davon betroffen sind.

### 3 Was ist Scham

Das Herkunftswörterbuch Duden, Etymologie der deutschen Sprache (2013), gibt folgende Erklärung:

Scham: Das agerm. Substantiv mhd. *scham(e)*, *scheme*, ahd. *scama*, afries. *Skome*, eng. *shame*, *schwed. skam* bedeutete ursprünglich „Beschämung, Schande“. Im Dt. hatte es zudem die besondere Bed. „Schamgefühl“. Später wurde es auch verhüllend für „Geschlechtsteile“ gebraucht. Die Herkunft des Wortes, das auch dem Substantiv ↑ Schande zugrunde liegt, ist ungeklärt“ (S. 726).

Eine weitere etymologische Ableitung der Scham habe ich im Buch „Der Blick des Anderen“ von Günther H. Seidler (2012) gefunden:

Folgt man Kluge (1883), geht das Wort „Scham“ auf die indogermanische Wurzel „kâm/kêm“ zurück, mit der Bedeutung „bedecken, verhüllen“, die durch das vorangestellte „s“ zu „skâm/skêm“ wurde und einen reflexiven Sinn annahm: sich bedecken sich verhüllen (S.6).

Scham ist eine Emotion. Uneinigkeit herrscht darüber, ob Scham zu den Primäraffekten/Basisemotionen oder eher zu den sekundären Emotionen gehört. Aus der Literatur über Emotionsforschung lässt sich ableiten, dass Scham zu den Basisemotionen gezählt werden kann. „Scham gehört zur Grundausstattung des Menschen und dient dem Schutz unseres Innenraumes“ (Dehner-Rau & Reddemann, 2011, S. 90).

Dornes (2011) zählt Scham zu den Basisaffekten:

In der Regel werden sieben bis neun Basisaffekte genannt, die in den verschiedenen Kulturen den gleichen Gesichtsausdruck aufweisen und von allen Mitgliedern dieser Kultur als Affektausdruck verstanden werden. Die Basisaffekte sind: Freude, Interesse/Neugier, Überraschung, Ekel, Ärger, Traurigkeit, Furcht, Scham, Schuld (S.113).

### 3.1 Differenzierung zwischen Emotion, Gefühl, Affekt und Stimmung

In der Literatur wird Scham als Emotion, Gefühl oder als Affekt umschrieben. Die drei Begriffe bezeichnen jedoch Unterschiedliches:

Eine *Emotion* ist eine plötzliche Reaktion unseres gesamten Organismus. Sie enthält eine physiologische, eine kognitive und eine Verhaltens-Komponente. Eine Emotion hält in der Regel nur kurz an. Sie kann rasch in eine andere Emotion übergehen. Im Gegensatz zu Affekten sind Emotionen meist milder in ihrer Intensität und deutlicher von Lernen und Erfahrung beeinflusst. Emotionen beziehen sich auf biografische Erlebnisse, Gefühle auf den aktuellen Moment.

Wenn Handlungen ausgelöst werden, die in geringem Masse kontrollierbar sind, spricht man von *Affekten*. Affekte sind einschließende, heftige Gefühle, welche körperlich deutlich erlebbar sind, mit hoher psychischer Erregung einhergehen und meistens eine soziale Reaktion hervorrufen. Sie sind das Ergebnis unbewusster affektiver Verarbeitungsprozesse. Oft werden Affekte als diffusen Zustand erlebt, der sich in körperliche Reaktionen zeigen kann (Anspannung, Druck in der Brust, Verkrampfung im Magen oder Ähnliches). Ein bewusster Zugang zu Auslösereizen besteht bei den Affekten im Gegensatz zu den Emotionen nicht. Emotionen beinhalten nicht nur affektive, sondern auch kognitive Verarbeitungsprozesse und beziehen sich meist auf einen biografischen Erlebniskontext, was sie dem Bewusstsein zugänglicher macht.

Unter einem *Gefühl* versteht man die subjektive Wahrnehmung einer Emotion. Die Fähigkeit, Gefühle zu haben, erfordert ein Bewusstsein seiner selbst und des eigenen Verhältnisses zur Umwelt. Gefühle können wir benennen oder sie können über Bilder mitgeteilt und auch körperlich und im Atem wahrgenommen werden. Wir können sie aber auch verstecken. Die Innerlichkeit des Gefühls steht im Gegensatz zum beobachtbaren Ausdruck von Emotionen. Im Unterschied zu Stimmungen sind Gefühle spezifischer, auf konkrete Ziele, Anlässe oder Personen bezogen. Sie sind von kürzerer Dauer. Gefühle sind mit Kognitionen verbunden, also mit dem Denken, dem Gedächtnis und unseren Weltanschauungen. Sie werden beeinflusst durch unsere früheren Lebenserfahrungen, unsere persönlichen Vorstellungen und

Beurteilungen. Welche Gefühle wir haben, hängt letztendlich von unserer eigenen Interpretation ab. Ohne Gefühle wäre uns alles egal.

Die *Stimmung* ist noch länger andauernd als das Gefühl. Sie ist so etwas wie der atmosphärische Hintergrund unseres Lebens. Als Grundstimmung ist sie das Basisgefühl der Identität (z.B. heitere Grundstimmung oder depressive Grundstimmung).

Eine ganz scharfe Unterscheidung zwischen Affekt, Gefühl, Emotion und Stimmung kann nicht gezogen werden.

Zusammenfassend kann man sagen: Affekt, Emotion, Gefühl und Stimmungen sind Gefühlszustände mit ansteigendem Bewusstseinsgrad und damit ansteigender Regulierbarkeit. (Dehner-Rau & Reddemann, 2011, S. 16-19; Bischof, 2012)

### 3.2 Wie wirken Emotionen, Gefühle, Affekte, Stimmungen

Emotionen wirken im Leben des Menschen regulatorisch. Sie schützen und helfen dem Menschen zu überleben. Emotionen und Gefühle sind der Motor unseres Daseins. Sie geben unserem Leben die nötige Farbe und Würze. Die Wahrnehmung und Erfahrung von Gefühlen formt den Menschen und macht ihn lebendig. Was wäre ein Mensch ohne Gefühle und wie würde ein menschliches Zusammenleben ohne Emotionen und Gefühle wohl aussehen? „Wir erleben Gefühle nicht nur innerlich, intrapsychisch, sondern Gefühle haben immer auch eine zwischenmenschliche, eben ‚intersubjektive‘ Dimension. Sie beziehen sich auf das ‚Zwischen‘, das Menschen miteinander verbindet“ (Tiedemann, 2013, S. 32).

Dehner-Rau & Reddemann (2011) geben folgende Umschreibung:

Emotionen, Gefühle, Affekte und Stimmungen sind ein wesentlicher Teil zwischenmenschlicher Kommunikation. Sie zeigen uns, wie wir uns in bestimmten Situationen oder mit bestimmten Menschen fühlen. Sie helfen uns, körperliche und seelische Grenzen wahrzunehmen.... Ohne die Wahrnehmung von Gefühlen in einer Situation würde uns die Triebfeder unseres Handelns, die Motivation fehlen. (S.19)

C.G. Jung sah die Affektivität als Grundlage der Persönlichkeit. Kast (2014) erklärt, wie Jung in seinen Darstellungen zum Thema Emotionen seiner Zeit voraus war:

Unter Affektivität versteht er Gefühl, Gemüt, Affekt, Emotion. Diese Aussage mutet modern an. Es ist eine Idee, die heute weit verbreitet ist. Das menschliche Leben ist von Anfang an bis zum Ende von Emotionalität begleitet – im Wachen und im Träumen.... Jede Erfahrung ist verknüpft mit Emotion. Jede Erinnerung ist mit Emotionalität verknüpft, oder wir erinnern nicht. Wandlung, Veränderung benötigt Emotion. Sowohl Emotionen, die zu stark sind und den Menschen stressen, als auch Emotionen, die zu schwach sind und ihre Funktion als Orientierungsgeber nicht erfüllen [z.B. Schamlosigkeit], müssen verarbeitet werden.... Erst dann ist es wieder möglich, durch die Emotionen und mit den Emotionen die Beziehung zur Aussenwelt, aber auch zur Innenwelt so zu regulieren, dass nicht ständig Stress entsteht. (S. 10 - 11)

### 3.3 Verbindungen und Abgrenzungen der Scham zu anderen Gefühlen

Um ein besseres Verständnis für das Gefühl der Scham zu bekommen, scheint es sinnvoll, die Scham zuerst mit anderen Gefühlen zu vergleichen, abzugrenzen und zu differenzieren. „Scham wird häufig mit anderen Gefühlen verwechselt, vorwiegend mit Schuld. Sie verbirgt sich oft hinter anderen Affekten wie Angst, Wut oder Zorn, d.h. sie zeigt sich meistens in verhüllter Form“ (Marks, 2011, S. 12).

#### 3.3.1 Scham und Schuld

Gemeinsam ist beiden, dass es sich um zwischenmenschliche Emotionen handelt. Scham und Schuld sind, emotionspsychologisch betrachtet, selbstreflektierende Affekte. Ein Selbst betrachtet sozusagen sich selbst und stellt sich in Frage. Schuld hat etwas mit Handeln zu tun, Scham dagegen mit dem Sein und dem Selbst. Während sich Schuld auf eine befürchtete Strafe für etwas bezieht, bezieht sich Scham auf die Qualität des Selbst. Das Erleiden von Scham ist subjektiv fundamentaler und existenzieller als das der Schuld. Der Betroffene empfindet Scham als Bruch seiner Persönlichkeit. Man fühlt sich als Beschämter klein, ignoriert und seiner Würde beraubt. Von zahlreichen Autoren wird darauf hingewiesen, dass der Aspekt des Gesehen Werdens einen entscheidenden Unterschied zwischen dem Erleben von Scham und Schuld darstellt. Bei Schuld kommt es nicht auf die Anzahl der Beobachter an. Schamaffekte sind also stärker sozial eingebunden als Schuldaffekte. (Tiedemann, 2010) „Scham manifestiert sich phänomenologisch in der Tendenz zum Verhüllen, Verbergen und zur Geheimhaltung – sogar vor sich selbst, Schuld dagegen motiviert uns dazu, zu beichten und sich zu offenbaren“ (Tiedemann, 2013, S. 20-21).

#### 3.3.2 Scham und Angst

Scham wie auch Schuld sind ein Ausdruck von Angst. Schamängste sind in ihrer Ausprägung und Intensität sehr unterschiedlich und reichen von einer ausgeprägten Schüchternheit oder Gehemmtheit bis zu einer ausgeprägten sozialen Phobie, welche dann von relevanten klinischen Symptomen begleitet wird. In der Kindheit erlebte traumatische Schamerfahrungen wie Ablehnung, Verspottung und Demütigungen können einen Menschen lebenslang in der Selbstentfaltung und auf der Suche nach Bestätigung stark beeinträchtigen. Angst ist subjektiv immer mit dem Gefühl von Selbstverlust und Fragmentierung gekoppelt. Die moderne Säuglingsforschung hat dargelegt, wie stark das Gefühl für den eigenen Selbstwert mit der Wertschätzung, die von den frühen Bezugspersonen vermittelt wurde, zusammenhängt. (Tiedemann, 2010, S.29-30) „Das Schamgefühl ist – zusammen mit dem Angstgefühl – insgesamt der sich am leichtesten generalisierende, der am schnellsten sich ausbreitende und überflutende von allen Affekten“ (Tiedemann, 2013, S.9).

#### 3.3.3 Scham und Stolz

Stolz wird oft als Gegenspieler von Scham gesehen. Für eine gesunde Entwicklung sind Momente, in denen ein Kind stolz sein kann, sehr wichtig. Erfahrungen von Kompetenz und Effizienz sind für die Entwicklung eines gesunden Selbstwertgefühls überaus wichtig. Scham ist das Gefühl, das mit Erfahrungen von Inkompetenz in direktem Zusammenhang steht. Stolz, im Gegensatz, ist das Gefühlsäquivalent für eine Kompetenzerfahrung. Scham und Stolz sind die Affekte, welche das Selbstwertgefühl regulieren. Das Selbstwertgefühl steht in naher Verwandtschaft zum Gefühl der Würde. (Tiedemann, 2010, S.31-32)

„Schamvulnerable Patienten, die eine Vergangenheit mit nicht resonierenden und wenig einführenden Bezugspersonen vorzuweisen haben, betrachten Gefühle des Stolzes als etwas inhärent Negatives“ (Tiedemann, 2013, S.74). So können dann unglücklicherweise stärkende Rückmeldungen von anderen Menschen von den Betroffenen schlecht oder gar nicht angenommen werden.

### 3.3.4 Scham und Neid

Neid ist ein weiterer Affekt, welcher eine gewisse Verkoppelung mit Scham aufweist. Scham und Neid sind Affekte, bei denen wir uns mit einem anderen vergleichen. Man wird auf etwas neidisch, was man gerne selbst sein oder haben möchte. Im Neid offenbaren sich persönliche Defizite und Mängel. Dadurch wird das Selbstwertgefühl direkt angegriffen und in Frage gestellt. Die meisten Menschen werten den Neid als eine anstößige menschliche Eigenschaft ab. Sie schämen sich über ihren Neid und wehren ihn deshalb vehement ab. Bei Menschen, welche mit einem starken Minderwertigkeitskomplex kämpfen oder eine Störung des Selbstwertgefühls haben, ist offene Rivalität häufig von starker Scham begleitet. (Tiedemann, 2013)

## 3.4 Sechs Schamgruppen und Schamformen

Schamgefühle sind immer subjektiv und können sehr unterschiedliche Ursachen und Auslöser haben. Ihre Intensität und Manifestationen sind deshalb sehr verschieden. Aus diesem Grunde haben einige Autoren die Scham in verschiedene Gruppen und Formen unterteilt. Ich habe mich für die sechs Formen der Scham von Marks (2011) entschieden:

Anpassungsscham bezieht sich auf Schamgefühle, welche dadurch ausgelöst werden, dass man den herrschenden Erwartungen und Normen nicht entspricht. Dies kann sich auf den eigenen Körper beziehen oder auf persönliche Eigenschaften und Fähigkeiten. Diese Form von Scham bezieht sich auf die eigene Person. Die Anpassungsscham sorgt dafür, dass sich die eigenen Erwartungen an den Erwartungen der Gruppe anpassen.

Gruppen-Scham bezieht sich auf andere Personen, wenn man sich z.B. für ein psychisch krankes Familienmitglied schämt. Die Gruppen-Scham ist ein Mechanismus der sozialen Kontrolle.

Empathische Scham bezieht sich ebenfalls auf andere Personen: Wir fühlen mit, wenn wir Zeuge einer Beschämung oder Erniedrigung eines Mitmenschen werden. Sie ermöglicht uns, mit einem anderen Menschen mitzufühlen.

Intimitäts-Scham schützt unsere Privatsphäre gegenüber anderen Menschen. Sie befähigt uns, unsere physischen und psychischen Grenzen im Zusammenleben mit anderen Menschen zu wahren.

Traumatische Scham entsteht dann, wenn die persönlichen Grenzen eines Menschen auf traumatische Art und Weise missachtet und übergangen wurden. Bei Missbrauch oder Vergewaltigung bleibt das Opfer mit traumatischer Scham zurück.

Gewissens-Scham tritt dann auf, wenn wir im Wissen darüber sind, Unrecht getan zu haben, ohne Ehrfurcht und Respekt gehandelt zu haben. Sie bewahrt die Integrität unserer eigenen moralischen Werte und Ideale. (S. 13-14)

## 4 Phänomenologie und Manifestation der Scham

Scham ist ein Gefühl, das wohl jeder Mensch in irgendeiner Art und Weise kennt. Sie ist global und gehört zu unserem menschlichen Leben. Scham ist individuell ausgeprägt und je nach Geschlecht und Kulturzugehörigkeit zeigt sie sich und wird auf unterschiedliche Art und Weise ausgelöst. Da Scham ein sehr schmerzhaftes Gefühl ist, wird sie selten direkt in Worte gefasst.

Tiedemann (2013) gibt folgende Beschreibung:

Scham fühlt sich subjektiv an wie eine unerwartete Blossstellung, die uns defizitär und minderwertig erscheinen lässt. Das Selbst fühlt sich den Blicken des anderen wie unter einem Vergrößerungsglas ausgesetzt. Schüchternheit, Peinlichkeit, Selbstbeobachtung und Schuld stellen die affektiven Indikatoren für Scham dar. (S. 8)

Unsere Reaktionen auf Beschämung sind je nachdem, um welche Art und Intensität von Scham es sich dabei handelt, individuell unterschiedlich. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass Scham, ähnlich wie Angst, relativ rasch heftige Reaktionen hervorruft.

Marks (2011) beschreibt die Reaktion auf Scham wie folgt:

Wenn wir uns schämen, fühlen wir uns „wie überfallen“ oder überrascht. Wir verlieren – zumindest vorübergehend – unsere Geistesgegenwart und Selbstkontrolle; wir fühlen uns geistig wie gelähmt oder verwirrt. Wir empfinden uns als unfähig, unzulänglich, minderwertig, hilflos, schwach, machtlos, wertlos, lächerlich, gedemütigt oder gekränkt. (S. 37).

Wie Stephan Marks (2011) beschreibt, münden die Reaktionen bei Scham sehr ähnlich wie bei der Angst in:

- „Einfrierende“ Reaktionen und Versteck-Impulse: Wir erstarren und verharren im Schmerz. Wir fühlen uns deprimiert, traurig, sind enttäuscht über uns selbst und haben eine geringe Wertschätzung für uns selbst. Wir wollen im Boden versinken, uns verbergen oder verstecken.
- Flucht - Impulse: Wir verlassen fluchtartig die Scham auslösende Situation, laufen weg;
- Kampf - Reaktionen: Wir ärgern uns über uns selbst, werden wütend, aggressiv oder überheblich. Wir haben den Impuls, die Person, die uns beschämt hat, zu beschämen oder anderweitig zu bestrafen. (S. 37)

### 4.1 Körperbezogene Schamsignale

Die Scham ist meistens mit starken Körperreaktionen verbunden, welche die Intention haben, das Selbst zu verkleinern. Dazu gehört zum Beispiel, den Kopf zu senken, das Gesicht zu verbergen, den Körper zu beugen und auch physiologische Symptome, welche die Körpergrenzen akzentuieren

Eines der wohl auffälligsten Schamsignale ist das Erröten, vor allem im Gesicht, an den Ohren, am Hals und im oberen Brustbereich. Selbst Experten sind sich heute noch nicht einig, welchem Zweck das Erröten im Gesicht bei Scham dienen soll. Einerseits könnte es ein Zeichen für Abgrenzung sein, andererseits fordert und verstärkt die Schamesröte die Peinlichkeit des Augenblicks heraus. Man schämt sich sozusagen dafür, dass man sich schämt. Weitere körperliche Manifestationen bei

Beschämung sind vermehrtes Schwitzen, ein erhöhter Puls, Beschleunigung der Herzfrequenz, Erhöhung des Blutvolumens und eine leicht erhöhte Temperatur. Eine wichtige Rolle spielt auch der Blick. Entweder wird der Blick abgewandt, unruhig oder im Gegenteil, auf das Gegenüber fixiert und wirkt dann starr, fordernd oder aufsaugend. Meistens jedoch wird der Blickkontakt abgebrochen, es ist höchstens ein kurzes ängstlich-prüfendes Hochblicken möglich oder der Blick wandert von einer Seite zur anderen. Ähnlich verhält es sich mit der Stimme. Sie wird leise oder laut, man fängt an zu stottern oder verfällt regelrecht in einen Sprechdurchfall. Körperhaltung und Bewegung verändern sich. Es kann vorkommen, dass man sich, während dem man sich schämt, ins Gesicht greift, am Kopf kratzt oder mit der Hand die Augen bedeckt. Manchmal beißen wir uns in Schamsituationen auf die Lippen oder drücken unsere Lippen zwischen die Zähne. Als typisches Zeichen für Scham gilt aber auch ein unpassendes Grinsen oder Lachen. Durch das Abwenden des Kopfes und durch das Zusammensacken der Körperhaltung möchte man sich kleiner machen, sich einigeln oder unsichtbar werden.

„Erröten und das Senken von Blick und Haupt können ebenso gut Anzeichen von Schamgefühlen sein wie der gegenteilige Ausdruck, nämlich das Vorschieben von Kinn und das Zurückwerfen des Kopfes: [Bei diesem Ausdruck von Scham handelt es sich um eine Reaktion, also um eine Schamabwehr] „Mir macht das nichts aus, mich triffst du nicht“, scheint der Betreffende zu sagen“ (Hilgers, 2012, S. 15-16).

## 4.2 Gesunde und kranke Scham

Die Scham hat – wie oben dargestellt – verschiedene Funktionen und wird in unterschiedlichen Formen und Qualitäten erfahren. Die Grenze zwischen gesunder und pathologischer Scham ist oftmals diffus und nicht klar greifbar.

### 4.2.1 Pathologische Scham

Immer dort, wo Grenzen mit Gewalt überschritten werden, wo die Würde des Menschen missachtet und verletzt wird, d.h. dann, wenn Scham zum traumatischen Erlebnis wird, kann sie den Menschen krank machen. Bei Missbrauch, Folter und Vergewaltigung bleibt das Opfer mit traumatischer Scham zurück.

Ob sich eine pathologische Scham entwickelt oder nicht, kann aber auch mit frühkindlichen Erfahrungen einer unsicheren Bindungsbeziehung mit der primären Bezugsperson zusammen hängen. Der Säugling kann seine Affekte nur mit Unterstützung einer emotional abgestimmten Mutter regulieren und modulieren. Die autonome Fähigkeit, sich selbst zu beruhigen und zu trösten, entwickelt sich erst im Alter zwischen eineinhalb und drei Jahren. Wie und ob wir Scham erfolgreich bewältigen und regulieren können, hängt vor allem mit unserer frühkindlichen Entwicklung zusammen. Wird der Säugling Opfer von Vernachlässigung, Gewalt, fehlender Stimulation oder anhaltender Scham kann sich sein Gehirn- und Nervensystem nicht optimal entwickeln. Belastende Erfahrungen dieser Art können sich im impliziten Gedächtnis einprägen und negative Auswirkungen auf das ganze zukünftige Leben haben.

Implizite Erinnerungen sind frühe sensorisch-motorische und emotionale Erinnerungen. Zum sozialen Erinnerungssystem impliziter Inhalte gehören Bindungsmuster, Instinkte, innere Objekte, Übertragung und Über-Ich. Die meisten unserer Erinnerungen sind implizit. Es sind gerade diese Erinnerungen, welche für unser Selbstbild, unsere emotionalen Erfahrungen und unsere Beziehungen prägend sind. In ihnen wurzeln tiefe Assoziationen für Angst, Liebe, Intimität und Scham,

welche den Kern unserer Fähigkeiten zur Emotionsregulation und Bindungsmuster bilden. Sie entwickeln sich früher als die expliziten Erinnerungen. Negative frühkindliche Erlebnisse sind häufig die Ursache für die Herausbildung einer dysfunktionalen Schamproblematik. (Cozolino 2007)

Sobald die natürlichen Intimitätsgrenzen missachtet und die Identität eines Menschen verletzt wird, kann als Folge dieser Erlebnisse traumatische oder pathologische Scham entstehen.

Zur Gruppe der dysfunktionalen Scham zählt ebenfalls die sogenannte „Urscham“ (Wurmser, 1998) oder „Daseinsscham“ (Tiedemann, 2013). Diese Schamform hat ihren Ursprung auch in der frühen Kindheit. Verursacht wird sie durch Vernachlässigung auf der physischen, psychischen und emotionalen Ebene. Da diese frühe Form der Scham in einer Zeit entsteht, in der noch wenig Ich-Struktur vorhanden ist, wird sie meist als sehr existenziell, bedrohlich und in ihrer Intensität als überflutend und lähmend erlebt.

Ob Scham als durchlebte Erfahrung zu einer nützlichen Komponente der Regulierung oder zu einer pathologischen Hemmung wird, ist nach Tiedemann (2013) durch folgende Faktoren determiniert:

- durch die Häufigkeit, mit der die Betreuer Scham aktivieren,
- durch die Länge der Zeit, in der Säuglinge in einem Schamzustand gelassen werden oder verharren müssen, bevor Wiedergutmachungsbestrebungen eintreten, sowie
- durch das Gleichgewicht zwischen Bestätigung als Ermutigung und Scham als Unterbrechung. (S. 37)

#### **4.2.2 Gesunde Aspekte der Scham**

Auf den ersten Blick scheint es, als hätte das Schamerleben nur negative Konsequenzen für den Menschen. Doch einige Autoren betrachten Scham als einen wichtigen Regulator in der Sozialisation des Menschen. Die gesunden Aspekte, die der Scham zugrunde liegen, werden wenig beachtet. Angepasste, massvolle Schamerfahrungen können dem Kind helfen, eine realistische Einschätzung seines Selbst und eine reale Beziehung zur Umwelt zu entwickeln.

Obwohl Schamgefühle meistens als sehr unangenehm und belastend erlebt werden, so erfüllen sie doch auch sehr wichtige sozial regulatorische Aufgaben. Aus diesem Grund ist es für uns Therapeuten sehr wertvoll, den Unterschied zwischen gesunder und pathologischer Scham zu erkennen.

Hilgers (2012) umschreibt den Unterschied zwischen gesunder und kranker Scham wie folgt:

Scham ist also zunächst kein pathologisches Gefühl, sondern gegenteilig ein wichtiger Regulationsmechanismus des Selbst wie auch der Beziehung zwischen dem Selbst und den anderen....Erst ihre überwältigende Qualität – wenn Schamaffekte das Ich überschwemmen – führt zu destruktiven Entwicklungen: Grössengefühlen als Abwehr von Scham, Gewalt, Suchtmittelmissbrauch oder depressive Verstimmungen mit extremer Verletzbarkeit sind Beispiele solcher pathologischer Konsequenzen. (S. 17)

Ein wichtiger und gesunder Aspekt der Scham ist der, dass sie unsere Privatheit, unsere Intimsphäre schützt. Scham, welche infolge eines Regelverstosses oder einer

Normverletzung auftritt, ist ganz natürlich. Sie fördert die Gewissensbildung. Dieser „kleine Schmerz“, dieses massvolle und dosierte Erleben von Scham, ist notwendig, um sich selbst infrage stellen zu können und somit zu lernen. Wenn der Schamaffekt nicht traumatisierend wirkt, entwickeln sich Ideale, Werte und Selbstkonzepte“ (Tiedemann 2010 S. 46-47). Wichtig ist die Erkenntnis, dass man zwischen Scham und Beschämung differenziert. Schamgefühle, welche durch eine persönliche Fehlleistung auftreten, sind nicht mit demütigender Beschämung gleich zu setzen. Marks (2011) „Wir sind damit bei einer Kernfrage angelangt: Müssen Kinder beschämt werden, damit ‚anständige Menschen‘ aus ihnen werden? ... Für eine gelingende Entwicklung sind andere Weisen des Erziehungsverhaltens wichtig. Wärme, Zuneigung und eine sichere Bindung“ (Marks 2011 S. 53).

Tiedemann (2013) und andere Autoren wie zum Beispiel Hilgers (2012) und Wurmser (1998) messen der Scham wichtige Sozialisationsfunktionen bei:

Auf den ersten Blick scheint Scham nur negative Konsequenzen für ein Individuum zu haben. Die evolutionär-biologische Funktion von Scham scheint eher darin zu liegen, dass sie einen Überlebenswert für ein Individuum für die Meinungen und Empfindungen anderer und wirkt somit als Antriebskraft für soziale Kohäsion. In der psychoanalytischen Literatur werden diese positiven Aspekte der Scham oft übersehen. (S. 45)

Die Scham dient also, positiv betrachtet, dem Menschen als Schutz für seine persönliche Intimität und Identität. In kleiner Dosierung hilft die Scham dem Menschen bei der Sozialisation und Gewissensbildung. Wichtig sind also die Art und das Ausmass der Beschämung.

### 4.3 Schamlosigkeit

Schamlosigkeit ist eine Form der Abwehr, also eine Reaktionsbildung: Ein Wunsch oder Impuls wird dadurch abgewehrt, dass er ins Gegenteil verkehrt wird. Das Ziel dieses Verhaltens ist es, die Scham loszuwerden. Das Schamgefühl wird abgewehrt, indem nach aussen Schamlosigkeit demonstriert wird. Schamlosigkeit entsteht nicht aus einem Mangel an Gefühlen, sondern eher aus einem Widerstand dagegen. Der Mensch schämt sich für Gefühle der Freundlichkeit, Loyalität, zärtlichen Rücksichtnahme und taktvollen Zurückhaltung.

Bezugnehmend auf die Grundformen der Scham, s. Kap. 3.4, können:

Anpassungs-Schamgefühle dadurch abgewehrt werden, dass eine Person durch unangemessene Kleidung, schlechte Manieren, einen extravaganten Lebensstil ihre Unabhängigkeit demonstriert.

Intimitäts-Schamgefühle: Schamgrenzen werden betont auffällig missachtet bis zum Exhibitionismus. Intimste Erlebnisse und Phantasien werden öffentlich ausgebreitet, wie beispielsweise im Internet oder im Fernsehen.

Traumatische Schamgefühle werden vielfach dadurch abgewehrt, dass traumatisierte Menschen ihren Mitmenschen wiederum traumatische Verletzungen zufügen, indem sie die Grenzen ihrer Intimsphäre verletzen und sie dadurch entwürdigen.

Empathische Schamgefühle und Gewissensscham: Hier macht die Abwehr den Menschen skrupellos, dreist und rücksichtslos. Mitgefühl ist bei dieser Form der Abwehr ‚etwas für Idealisten‘. Einfühlungsvermögen muss man sich sozusagen leisten können. Sie deklarieren den Hunger in Afrika oder die Arbeitslosigkeit als selbstverschuldet.

## 5 Entwicklungspsychologie der Scham

Welche Bedeutung der Entwicklung von Scham beigemessen wird, hängt vom jeweiligen theoretischen Modell ab, mit dem sie dargelegt wird. Die Autoren widersprechen sich teilweise in ihren Aussagen und Darstellungen, welche den Zeitpunkt der Schamentwicklung betreffen. Der folgende Abschnitt gibt eine kurze Übersicht über die Forschung zur Entstehung und Funktion dieser Emotion.

### 5.1 Wann entsteht Scham

Dank moderner Einsichten und Erfahrungen aus der Säuglings- und Kleinkindforschung weiss man, dass sich die ersten Anzeichen für Schamgefühle bereits beim Kleinkind zeigen. „Verluste jeglicher Art scheinen eine schamähnliche Reaktion im Säugling auszulösen“ (Tiedemann 2010, S. 38).

Die meisten Theoriemodelle zur Entstehung und Entwicklung von Scham beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entwicklung von *Autonomie und Selbständigkeit*. Dieser Zeitpunkt kann, je nachdem mit welchen theoretischen Grundannahmen er betrachtet wird, stark variieren.

Stern (2010) beschreibt treffend, wie der Zeitpunkt für die Entstehung von Autonomie und Selbstständigkeit unterschiedlich definiert werden kann:

Was das allgemeine Thema von Autonomie und Unabhängigkeit angeht, so regulieren die Säuglinge Stimulierung und Sozialkontakt durch das Blickverhalten auf ganz ähnliche Art und Weise wie neun Monate später, wenn sie zu diesem Zweck von der Mutter weglaufen und danach an ihre Seite zurückkehren.... Die Mütter wissen sehr gut, dass Kinder schon früh ihre Unabhängigkeit behaupten und entschieden „NEIN!“ sagen können: mit vier Monaten durch Abwenden des Blicks, mit sieben Monaten durch Gesten und Lautäusserungen, mit vierzehn durch Weglaufen und mit zwei Jahren schliesslich auch verbal. (S. 40f)

Die ersten Schamerlebnisse hat ein Kind in der Interaktion mit seinen primären Bezugspersonen. Dazu zählen kleinere Massregelungen und Übergriffe, Momente der Missachtung, aber auch Demütigungen durch Abwertung, Kritik und aggressive Auseinandersetzungen.

Ob die Motivation, Aufgaben durch Eigeninitiative zu bewältigen und dadurch Scham in Stolz umzuwandeln, wächst, entscheidet sich bereits in der frühen Kindheit. Es spielt eine wichtige Rolle, ob Schamaffekte mittels Blossstellungen oder Demütigungen als Mittel der Erziehung eingesetzt werden, oder ob das Kind bei unvermeidlichen Schamkonflikten adäquat begleitet wird.

Zusammenfassend stelle ich fest, dass die meisten Theorien den Zeitpunkt für die Entwicklung des Schamgefühls im Alter zwischen 10 und 24 Monaten datieren. Moderne Säuglings- und Kleinkindforscher (Stern 2010; Dörner, 2011) gehen davon aus, dass ein schamäquivalentes Verhalten bereits beim Säugling vorhanden ist. Ein Säugling weiss noch nicht, dass er ausgelacht wird, trotzdem wird das Erlebte atmosphärisch wahrgenommen und im impliziten Gedächtnis verankert.

Hilgers (2012) schreibt dazu:

Die Entstehungsphase des Schamerlebens als affektive Reaktionsmöglichkeit überhaupt stellt demnach allenfalls ein sensibles Entwicklungsstadium dar, das für störende Einflüsse besonders anfällig ist, ohne dass später erfolgende schädigende Einflüsse etwa ohne grosse und pathogene Wirkungen bleiben. Schamkonflikte – wie alle anderen Konflikte auch – bleiben daher das ganze Leben über bestimmend. (S. 296)

## 5.2 Unterschiedliche Ansätze zur Entstehung der Scham

*Sigmund Freud*, der Begründer der Psychoanalyse, hat dem Thema Scham in seinen Forschungen der menschlichen Psyche wenig Beachtung geschenkt. Er beschreibt Scham im Zusammenhang mit der psychosexuellen Entwicklung und sieht sie eher als eine weibliche Form der Abwehr, deren Absicht es ist, die Genitalien zu überdecken. (Tiedemann 2010)

„Die Institutionalisierung der Blickvermeidung durch die Couch, die für Freud persönliche Gründe hatte, da er es nicht aushielt, angestarrt zu werden, weist auf Freuds eigene Geheimhaltungstendenz und Schamverletzlichkeit hin“ (Tiedemann, 2013, S. 22). Freud befasst sich in seinen Forschungen vor allem mit dem Thema der Schuld und fast gar nicht mit der Entwicklung und Funktion der Scham.

*Erik Erikson* ist einer der ersten Psychoanalytiker, der sich mit der Entwicklung und der zeitlichen Einordnung von Scham beschäftigt hat. Eriksons Stufenmodell ordnet Scham in die zweite Stufe (zwischen zwei und drei Jahren) ein und betitelt sie mit den folgenden Stichworten: „Autonomie gegen Scham und Zweifel“. Erikson bezieht sich in seinen Beschreibungen zur Entstehung von Schamkonflikten vor allem auf die Reinlichkeitserziehung. (Tiedemann, 2013)

Scheck (2014) hat zum Stufenmodell von Erikson eine Kurzstudie verfasst. Er beschreibt die Thematik der zweiten Stufe nach Eriksons Modell wie folgt:

Scham und Zweifel entstehen, wenn Angestrebtes noch nicht erreicht werden kann und das Kind das Gefühl hat, lächerlich gemacht zu werden; dies kann geschehen, wenn z.B. die Reinlichkeitserziehung zu streng und zu früh durchgeführt wird. Verstärkt wird dieses Gefühl auch, wenn Eltern sich als nicht verlässlich erweisen. In dieser Phase muss eine Balance zwischen Autonomie und Abhängigkeit gefunden werden. (S. 7)

Moderne Säuglings- und Kleinkindforscher wie *Stern* und *Dorner* können dank neuer Erkenntnisse auf dem Gebiet der Entwicklungspsychologie aufzeigen, dass Säuglinge über viel mehr Fertigkeiten und Fähigkeiten verfügen, als bisher angenommen. Stern (2010) und Dorner (2013) gehen davon aus, dass es sich bei der Herausbildung des Schamgefühls um *interaktive* Prozesse handelt, die ein reflektierendes Bewusstsein voraussetzen. Ein „schamäquivalentes Verhalten“ (Stern 2010) könne bereits während der ersten Lebensmonate entstehen und sich manifestieren. Sterns Schichtmodell entsprechend betreffen diese frühen Formen von Scham den Zeitabschnitt des „auftauchenden Selbst“ (2-3 Mt.) und die Entwicklung des „Kern-Selbst“ (7-9 Mt.).

Dass sich bereits beim Säugling ein schamäquivalentes Verhalten zeigt, begründet Stern (2010) wie folgt:

Säuglinge erleben niemals eine Phase völliger Undifferenziertheit zwischen dem Selbst und dem Anderen. Weder zu Anfang noch in irgendeiner späteren Phase des Säuglingsalters gibt es Verwechslungen von Selbst und

Nichtselbst. Säuglinge sind auch von Beginn an in der Lage, auf äussere soziale Vorgänge selektiv zu reagieren, und machen niemals eine Phase durch, die dem Autismus vergleichbar wäre. (S. 24)

### 5.3 Die Fähigkeit zur Selbstreflexivität

Das Schamerleben an sich setzt die Fähigkeit zur Selbstreflexivität voraus. Das Kind muss sozusagen fähig sein, sich selbst als getrennt vom anderen, respektive vom Objekt wahrzunehmen. Das objektive Selbstbewusstsein stellt sich zwischen dem 18 und 24 Lebensmonat ein. (Tiedemann, 2013)

Die Herausbildung der Selbst-Reflexivität, d.h. die Fähigkeit zur Unterscheidung von Ich und Nicht-Ich, ist darüber hinaus an die Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit gebunden und mit der Sprachentwicklung verknüpft. Das Kind kann sich zu diesem Zeitpunkt die Welt, in die es hineingeboren ist, verbildlichen. „Bis zum Alter von achtzehn Monaten scheinen Kinder nicht zu wissen, dass sie im Spiegel ihr eigenes Bild sehen. Nach dem achtzehnten Lebensmonat wissen sie es“ (Stern, 2010, S. 235).

Durch die Fähigkeit, sich getrennt von anderen wahrzunehmen, entwickelt sich ein „objektives Selbstbewusstsein.“ Jetzt wird das Kind mit der Tatsache konfrontiert, dass es von anderen Menschen gesehen, eingeschätzt und beurteilt werden kann. Das objektive Selbstbewusstsein bringt eine Schamkrise mit sich. Die Resonanz des Umfeldes bestimmt grösstenteils, ob sich bei der Entwicklung des Kindes das Schamgefühl als ein entwicklungsfördernder oder hemmender Aspekt erweist. Zu starke Beschämung führt zu Isolations- und Trennungsängsten. Die Folgen dieser Verletzungen können ein in der Entwicklung gehemmtes regressives und anklammerndes Bindungsverhalten nach sich ziehen. (Tiedemann, 2010)

### 5.4 Scham und die Affektregulierung

Die entwicklungspsychologische Entstehung von Scham bzw. dysfunktionaler Scham steht in engem Zusammenhang mit der Reifung und Regulierung der Affekte. *Allan Shore* (2012) hat sich diesem Thema besonders intensiv gewidmet, insbesondere der Entstehung und Funktion von Scham im Leben des Menschen.

In seinen Ausführungen über die Entstehung von Scham bezieht er sich auf das Entwicklungsmodell der Objektbeziehungstheorie von *Margret Mahler* und beschreibt die auftauchende Scham und ihre Rolle im Prozess der Loslösung/Individuation während der Übungsphase und Wiederannäherung. Die Entwicklung der Scham steht im Zusammenhang mit dem Auftauchen des primären Narzissmus während der Übungsphase und dem sekundären Narzissmus während der Wiederannäherung.

Schore's (2012) Kommentar dazu:

Es ist mir wichtig, das Schamregulierende System in der Übungsphase darzustellen, da es für die erfolgreiche Bewältigung der späteren Wiederannäherungskrise notwendig ist – ganz besonders, wenn es um die Modulation der narzisstischen Wut und die weitere Entwicklung der psychologischen und geschlechtsidentifikatorischen Prozesse geht. (S. 38)

## 5.5 Die Objektbeziehungstheorie von Margret Mahler

Mahler beschreibt in ihrem Buch „Die psychische Geburt des Menschen“ (2003) das Modell der Objektbeziehungstheorie. Die Zeit von der Geburt bis zur Vollendung des dritten Lebensjahrs wird insgesamt in vier Entwicklungsphasen mit Subphasen eingeteilt.

Die erste Phase ist die autistische Phase. Sie beginnt nach der Geburt und dauert 4 bis 6 Wochen. Die zweite, die symbiotische Phase, beginnt mit etwa zwei Monaten und endet in einem fließenden Übergang in die Differenzierungssubphase zwischen dem vierten und sechsten Monat. Nach der symbiotischen Phase beginnt der Loslösungs- und Individuationsprozess. Diesen Prozess unterteilt Mahler in Subphasen, welche sich teilweise überschneiden. Die erste Phase, die Differenzierungssubphase, betrifft den 5 bis 12 Monat und überschneidet sich mit der zweiten Subphase, der sogenannten Übungsphase, welche in die Zeit vom 11. bis 18. Lebensmonat des Säuglings fällt. Die Zeit vom 18. bis 24. Monat, die dritte Subphase, bezeichnet Mahler als die Wiederannäherungsphase. Die vierte und letzte Phase, die Konsolidierung, erstreckt sich über das dritte Lebensjahr.

### Entwicklungsphasen zur Objektbeziehungstheorie von M. Mahler

Phase	Zeitraum	Beschreibung
Normale autistische Phase	Geburt bis 4-6 Wochen	Homöostatisches Gleichgewicht nach der Geburt wieder herstellen Es geht vor allem um physische Bedürfnisbefriedigung (Sattheit, Wärme, Verdauung). Das Baby schläft viel. Es besteht eine hohe Reizschranke.
Symbiotische Phase	2. - 5./6. Monat	Mutter und Kind bilden eine untrennbare Einheit. Das Baby kann noch nicht affektiv zwischen Innen und Aussen, Selbst und- Nichtselbst unterscheiden. Aus diesem Grund braucht das Kind die emotionale Einfühlung der Mutter, um ein Gefühl von Sicherheit und Urvertrauen entwickeln zu können. Diese Beziehung bildet die Basis für spätere Beziehungen.
Loslösungs- und Individuationsphase ↓ enthält die folgenden vier Subphasen	5. - 36. Monat	Die Loslösung und die Individuation sind zwei voneinander getrennte Entwicklungen der Sozialisation. Im Idealfall verlaufen sie parallel. Bei der Loslösung geht es um die Kompetenz zur Differenzierung des Körperschemas, Distanz und Abgrenzung. Mit der Individuation entwickelt sich im Idealfall eine innerpsychische Autonomie, kognitive Fähigkeiten und eine emotionale Objektkonstanz.
1. Subphase Differenzierung	5.- 12. Monat	Differenzierung des Körperschemas. Ein von Sensitivität geprägter Körperkontakt mit der Mutter ist nun sehr wichtig. Dadurch erfährt das Kind, dass sein Körper vom Körper der Mutter getrennt ist. Es erkennt die physische,

		aber noch nicht die psychische Trennung. Das Kind betastet die Mutter und vergleicht diese Erfahrungen mit Personen und unbelebten Objekten seiner Umwelt. Sein Blickfeld erweitert sich.
2. Subphase Übungsphase	11. - 18. Monat	Die motorischen Fähigkeiten sind nun so weit entwickelt, dass es sich durch Krabbeln oder Laufen eigenständig von der Mutter weg bewegen kann. Das Kind kann nun Nähe und Distanz selbstständig bestimmen. Die neu erworbene Freiheit erlaubt es dem Kind, seine Umwelt intensiv zu erforschen. Damit sich das Kind während dieser Phase unbeschwert entwickeln kann, braucht es eine Bezugsperson, welche ihm Sicherheit und Vertrauen vermittelt. Ein Übergangsobjekt (Tuch, Plüschtier, Kissen) wird als Ersatz für die Symbiose mit der Mutter konstituiert. Gegenüber Fremden ist es neugierig, es kann aber auch zu Anflügen von Fremdenangst kommen. Grundsätzlich ist die Übungsphase eine glückliche Zeit für das Kind. Es erlebt ein Omnipotenzgefühl.
3. Subphase Wiederannäherung	18. - 24. Monat	Das Kind hat nun laufen gelernt und enorme kognitive Fortschritte gemacht. Die physische Trennung von der Mutter wird immer bewusster. Daraus kann eine mehr oder weniger starke Ambivalenz zwischen Trennungsangst und Gefangensein in der Symbiose entstehen. Das Kind erlebt die Mutter in zwei Personen, eine gute und eine böse. Diese Spaltung ist zu dieser Zeit normal. Sie sollte jedoch überwunden werden, damit sich ein positives Mutterbild entwickeln kann.
4. Subphase Konsolidierung der Individualität und die Anfänge der Objektkonstanz	24. - 36. Monat	Wichtig für diese Phase ist, dass die Spaltung zu Gunsten eines realistischen, ganzheitlichen und vorwiegend positiven Mutterbildes aufgegeben werden kann. Gut und Böse eines Objektes beinhaltet eine Gesamtrepräsentanz. Das Kind erkennt, dass andere Objekte von ihm getrennte und eigenständige Realobjekte sind.  In dieser Phase entwickelt das Kind idealerweise ein realistische Selbst- und Elternbild sowie konstante Selbst- und Objektrepräsentanzen.  Die Stagnation in der Spaltung ist ein häufiges Symptom der Borderline-Störung.

*Tabelle 1: Entwicklungsphasen zur Objektbeziehungstheorie von M. Mahler.*

### 5.5.1 Die Übungsphase

In seinen Ausführungen betont Schore (2012), wie wichtig es ist, ein Verständnis für das Auftauchen der Scham während der 2. Subphase, der Übungsphase, zu haben, um zu begreifen, welche wichtige funktionelle Rolle sie auf die folgenden Entwicklungsschritte hat. Eine grosse Bedeutung misst er auch der Unterscheidung von Scham und Schuld bei. „Bedeutsam ist, dass das Schamsystem in der präverbalen Kleinkindzeit und Schuldgefühle erst beim Kind, das gerade Sprechen lernt, auftauchen“ (Schore, 2012, S.41).

Mit Beginn dieser Phase ist die motorische Entwicklung des Kleinkindes so weit fortgeschritten, dass es durch Krabbeln und etwas später durch Laufen an Autonomie und Eigenständigkeit mächtig dazugewinnt. Es kann sich nun selbstständig von der Mutter distanzieren und so über Abstand und Nähe selbst bestimmen. „Das Kleinkind tut nun den grössten Schritt in der menschlichen Individuation. Es läuft frei in aufrechter Haltung“ (Mahler 2003, S.93-94). In dieser Zeit gehört dem Kleinkind die Welt. Das auffälligste Kennzeichen für diese Phase ist der Narzissmus. Während der Übungsphase erfährt der Narzissmus seinen Höhepunkt. Das Kind ist wie berauscht von seinen Möglichkeiten und der Grösse seiner Welt. „Es freut sich über seine Fähigkeiten, ist ständig entzückt über die Entdeckungen, die es in seiner sich erweiternden Welt macht, und gewissermassen verliebt in die Welt und in seine eigene Grösse und Allmacht“ (Mahler, 2003, S. 94). Während dieser Zeit dient die Mutter als sicherer Hafen. In ihren Armen findet das Kind Halt und Sicherheit, es kann sich erholen und emotional auftanken. Auf die Abwesenheit der Mutter reagiert das Kind in dieser Zeit mit einem Stimmungsabfall. Erstaunlicherweise zeigt es in der Übungsphase eine hohe Frustrationstoleranz gegenüber Schmerz und Verlust. (Mahler, 2003)

Schore (2012) beschreibt diesen Entwicklungsabschnitt wie folgt:

Der Beginn der Übungsphase ist meist durch rapide Veränderungen im motorischen Verhalten gekennzeichnet: Die aufrechte Haltung und die Möglichkeit zur eigenen Fortbewegung unterstützen die ersten Schritte in die Unabhängigkeit des Kindes: aber es sind die affektiven Merkmale, die als einzigartig erscheinen und wert sind, näher bestimmt zu werden. (S.43)

### 5.5.2 Der Kontext, in dem Scham entsteht

Eine Entwicklungsphase kann nur erfolgreich durchlaufen werden, wenn es in den vorangegangenen Entwicklungsphasen keine schwerwiegenden Störungen gab. Der normale Autismus und die Symbiose bilden die Voraussetzung für den Beginn eines optimalen Loslösungs- und Individuationsprozesses.

In Bezug auf die Übungsphase beschreibt Schore (2012) diesen Übergang wie folgt:

Die Fähigkeit, in der Übungsphase intensive Erregung, Neugier und Hochgefühl zu erleben, hängt von der vorausgegangenen zufriedenstellenden Erfahrung ab, mit der allmächtigen Mutter verschmolzen zu sein. Wenn dies in der vorausgegangenen symbiotischen Phase nicht erlebt wurde, kommt es zu einer dramatischen Verminderung des primären Narzissmus (Schore 2011, S. 45).

Während des ersten Lebensjahres ist der Säugling in seinen Fertigkeiten und Mobilität noch sehr eingeschränkt. Aus diesem Grund sind die Eltern-Kind-Interaktionen während dieser Zeit [normale autistische Phase und Symbiose] vorwiegend positiv, liebevoll und verspielt, wenn das Kind nicht zu viel schreit. Sogenannte Schreibabys können Eltern an ihre Grenzen und zu ablehnendem Verhalten bringen.

Wenn das Baby zum Kleinkind heranwächst und anfängt, seine Neugierde dank neu erworbener motorischer Fähigkeiten und Fertigkeiten auszuleben, werden die Bezugspersonen mit neuen Herausforderungen konfrontiert.

Zur neuen Rolle der Eltern gehört es nun auch, das Kind zu begrenzen und vor sich selbst und seinem impulsiven und grenzenlosen Tatendrang, welcher in dieser Zeit vor Selbstüberschätzung nur so strotzt (Omnipotenz u. Allmacht), zu schützen. Das

Kind wird damit konfrontiert, dass es Regeln und Grenzen gibt, die es einzuhalten gilt. Jetzt wird die bedingungslose Liebe, welche während der vorangegangenen Phasen (normaler Autismus, Symbiose) erlebt wurde, mit dem Verhalten des Kindes abgeglichen. Die Eltern müssen dem Kind beibringen, gefährliche und verbotene Impulse zu hemmen. „Die Interaktionen von Gesicht-zu-Gesicht, die Erregung, Begeisterung und das Wachstum des Gehirns während des ersten Jahres stimulierten, schliessen nun Informationen über das Erkennen von Missfallen, Ablehnung und Enttäuschung mit ein. Dies ist der Kontext, in dem Scham entsteht“ (Cozolino, 2007, S. 292).

Dieses Thema umschreibt Schore (2012) wie folgt:

Noch mehr ins Detail gehende Betrachtungen der Übungsphase erhellen die einzigartige und ganz spezifische Natur der „übenden Objektbeziehungen“, die Scham hervorrufen und die den bislang mehr allgemeinen Prozess der Sozialisation während der frühen Kindheit erklären...Dieser Augenblick der Wiedervereinigung des „heimkehrenden“, hoch erregten und berauschten, übenden Kleinkindes, das sich in einem Zustand aufgeregter Erwartung wieder an die Mutter bindet, stellt die prototypische Objektbeziehung beim Auftauchen von Scham dar. (S. 47)

Das Kleinkind erlebt nun, dass seine Verhaltensweisen und Handlungen nicht immer auf bedingungslose Zustimmung stossen. In dieser Entwicklungsstufe ist es in Bezug auf die Affektregulation noch wesentlich auf seine primären Bezugspersonen und deren Wohlwollen angewiesen. Wenn das Kleinkind nach kurzen Trennungen, stolz und freudig, etwas gemeistert zu haben, zur Mutter zurückkehrt und auf Missfallen statt auf die erwartete Zustimmung trifft, erlebt es in diesem Augenblick eine schockähnliche Entleerung des positiven Affektzustandes. Es erlebt einen Zustand, den es noch nicht selbst regulieren kann. „Die Scham ist das Ergebnis dieser schnellen Zustandsveränderung – von einem zuvor positiven hin zu einem negativen Zustand“ (Schore, 2012, S. 49)...„ist der Narzissmus des Kindes eben dann am stärksten von Entwertung bedroht, wenn es den Gipfel seiner Allmachtsillusion – den Höhenpunkt der Übungsperiode – erreicht hat“ (Mahler, 2003, S. 283).

Zu beachten ist, dass es nicht darum geht, dass das Kind sozusagen keine Dissonanzen erleben darf. Im Gegenteil, es muss lernen, dass es negative Gefühle gibt und dass diese auszuhalten sind. Es kommt sehr darauf an, wie ein Nein von den Bezugspersonen vermittelt wird: klar und liebevoll oder ablehnend, aggressiv und ungeduldig. In diesem Alter kann das Kind diese Affekte jedoch nur mit Hilfe der primären Bezugsperson regulieren. Es kann Dissonanzen, sogenannte negative, affektive Reaktionen (klare Neins oder Reaktionen wie schimpfen, anschreien, weggreissen, abweisendes Gesicht der Eltern) noch nicht selbstständig einordnen und regulieren. „Weiter entwickelt das Kleinkind unter dem Schutz einer feinfühlig und kooperativen Fürsorgeperson eine innere Repräsentanz von Selbstwirksamkeit, d.h. dass die eigenen Interaktionen positiv sind und potentiell der Wiederherstellung dienen und dass die Fürsorgeperson zuverlässig ist“ (Schore, 2012, S. 58). Das Kind lernt aus der Erfahrung einer sicheren, verständnisvollen Bindungsbeziehung, Schamerfahrungen adäquat zu modulieren und regulieren. Diese positiven Erfahrungen der Selbstwirksamkeit werden im besten Fall in Form von positiven Objektrepräsentanzen internalisiert und assimiliert.

Auch andere Autoren betonen die traumatischen Auswirkungen von Demütigung und Verachtung während der Kleinkindzeit. Marianne Bentzen in Marlock und Weiss (2007) schreibt dazu Folgendes:

Der neueren psychoanalytischen Theorie zufolge steht die sozialisierende Funktion des Beschämens und der Scham im Zentrum der Entwicklung des Selbstgefühls .... Im Rahmen dieses Prozesses kann es auch zu pathologischen Interaktionen kommen. Unregulierter elterlicher Ausdruck von Wut und Verachtung ruft intensive Scham- und Demütigungsgefühle hervor, die nicht nachträglich abgemildert werden [In der Therapie erfordert dieses Thematik viel Affektregulationsarbeit] (S. 320).

### **5.5.3 Schamvulnerabler Übergang von der Übungsphase zur Wiederannäherung**

Mit Beginn der Wiederannäherung, im Alter von 15 Monaten, realisiert das Kind mehr und mehr, dass die Mutter ein von ihm getrenntes Wesen mit eigenen Bedürfnissen ist. Diese Erkenntnis löst im Kind eine heftige Trennungs- und Verlustangst aus. Mit Wutausbrüchen (narzisstische Wut, narzisstische Krise) versucht es den Trennungsschmerz zu bewältigen, um die Kontrolle wieder herzustellen. Es ist eine von Ambivalenz geprägte Entwicklungsphase: das Kind ist zwischen Trennungsangst und Autonomiestreben hin und her gerissen. Wie gut es diese bedeutungsvolle Zeit meistern kann, hängt stark von den Reaktionen und dem Verhalten der primären Bezugspersonen ab. In dieser Phase erfährt das Kind schmerzvoll das Auflösen der Illusion über seine Omnipotenz und Allmacht. Deshalb ist es ausserordentlich wichtig, dass das Kleinkind während dieser Zeit unter keinen Umständen Demütigungen ausgesetzt ist. Das Abschwächen dieses illusionären Hochgefühls sollte langsam vor sich gehen. Denn nur so kann sich eine genügend flexible Frustrations- und Stresstoleranz gegenüber narzisstisch geprägten Affekten entwickeln und eine gesunde Selbstachtung heranreifen.

Nach Schore (2012) ist das Schamsystem ein wichtiger Regulator für diese Übergangsphase:

Somit steht fest, dass das Schamsystem als Regulator für überstimulierte Zustände (Aufregung, Hochgefühl, Allmachtserleben, Manie) dient, das wichtig für die Modulation der hochregerten narzisstischen Affekte (wie sie für die Übungsphase charakteristisch sind) und notwendig für die Verminderung des Allmachtserlebens und für die Meisterung der Wiederannäherungs- (narzisstischen) Krise ist. (S. 65)

Aus dieser Ausführung wird klar, dass dysfunktionale Scham vor allem ein Thema der narzisstischen Pathologien ist. Schore und seine Frau erforschten frühe präverbale Emotionen:

Ender der 80er Jahre war für das Forscherpaar klar, dass der nonverbale Schamaffekt und sein Schicksal die narzisstische Persönlichkeitsstörung kennzeichnen. Bedeutsam erschien die interpersonale Dynamik, die in der Säuglingszeit beginnt und nonverbal abläuft und dennoch in allen weiteren Beziehungen und auf allen Entwicklungsstufen eine massgebliche Rolle spielt (Schore, 2012, S. 24).

## 6 Neurobiologische Faktoren im Rahmen dysfunktionaler Scham

Ob der Mensch eine gewisse Vulnerabilität für Scham mitbringt oder nicht, kann nicht eindeutig nachgewiesen werden. Neurowissenschaftlich belegt ist jedoch folgendes: Wenn die für Affektregulierung, Lernen und Gedächtnis zuständigen Gehirnregionen eines Kleinkindes zu häufig und zu lange negativem Stress durch Abwertung, Bedrohung oder Demütigungen ausgesetzt sind, wird die Entwicklung dieser Gehirnregionen beeinträchtigt. In der Folge sind die Betroffenen in ihrem Denken, Fühlen und Handeln auf primitivere neuronale Systeme zurückgeworfen. Sie sind ihrer Reaktivität ausgeliefert. (Marks, 2011).

### 6.1 Wo im Gehirn entstehen unsere Emotionen

Für das Erzeugen und die Funktion unserer Emotionen sind neurobiologische Zentren im Gehirn zuständig. Dazu gehören die Amygdala, der Präfrontale Kortex (PFC), der Hippocampus, der Hypothalamus und der Nucleus accumbens. Das limbische System, bestehend aus Amygdala, Hypothalamus und Nucleus accumbens und wird als das emotionale Zentrum bezeichnet. Die limbischen Regionen sind phylogenetisch älter als die kognitiven Zentren des PFC und des Hippocampus. Die ältesten Hirnstrukturen sind im Hirnstamm lokalisiert. Dieser ist zuständig für die reflexhafte Steuerung von motorischen Aktivitäten und basalen Prozessen wie Atmung und Kreislauf.

Die kognitiven Zentren (u.a. PFC) gehören zur Hirnrinde und werden zum jüngeren Kortex gezählt. Das limbische System befindet sich in subkortikalen Hirnregionen, welche sich evolutionär früher als die kortikalen Hirnareale entwickelt haben. Das menschliche Verhalten wird demnach von Emotionen beeinflusst, welche sich über Jahrtausende erhalten haben. Daraus lässt sich schliessen, dass Emotionen kognitive Prozesse leichter beeinflussen können als umgekehrt. (Lammers, 2011)

- Die **Amygdala** ist eines der wichtigsten emotionalen Zentren des Gehirns. Sie generiert Emotionen, ist aber auch Sitz des emotionalen Gedächtnisses. Implizite emotionale Erinnerungen sind in der Amygdala gespeichert. Auf lebensbedrohliche Reize reagiert sie direkt und unmittelbar, bevor wir darüber nachdenken können. So kann es passieren, dass wir die physischen Reaktionen einer Emotion erleben, ohne dass uns der Zusammenhang mit einem früheren Ereignis bewusst ist.
- Der **Hypothalamus** reguliert vegetative Komponenten emotionaler Vorgänge. Er ist verantwortlich für die Aktivierung des autonomen Nervensystems und dessen zwei Ästen, des Sympathikus und des Parasympathikus. Körperliche Reaktionen wie Druck auf der Brust, Herzklopfen, Schwitzen, welche vom autonomen Nervensystem aktiviert werden, treten häufig vor der Wahrnehmung einer Emotion auf, d.h. vor dem bewussten Gefühl. „Die Patienten erleben also in der Regel nur die körperlichen Korrelate einer Emotion und nicht ein bewusstes Gefühl“ (Lammers, 2011, S. 56).
- Der **Nucleus accumbens** (Belohnungssystem) ist zuständig für das Erleben angenehmer Emotionen. Beeinträchtigungen in dieser Region haben fatale Auswirkungen auf unser Wohlbefinden.
- Der **Hippocampus** bildet zusammen mit den Temporallappen das explizite Gedächtnis. Bewusste Erinnerungen an Orte und Zeit sind bewusst gespeichert und abrufbar. „Eine Beeinträchtigung des Hippocampus infolge von frühem

chronischem Stress kann buchstäblich Auswirkungen auf jeden Aspekt der Entwicklung haben“ (Cozolino, 2007, S. 296).

- Der **Präfrontale Kortex** besteht aus verschiedenen Teilen mit jeweils unterschiedlichen Funktionen. Er ist zuständig für die kognitive Steuerung der Aufmerksamkeit, des Arbeitsgedächtnisses, logischer und vernünftiger Handlungen. Die verschiedenen Bereiche des PFC haben wichtige Funktionen in Bezug auf die Repräsentation und Regulation von Emotionen. Sie können die Amygdala hemmen oder aktivieren. Geraten diese beiden Systeme aus dem Gleichgewicht, kann es zu dysfunktionalen emotionalen Prozessen kommen. (Lammers, 2011)

Schore zufolge steht die traumatische und dysfunktionale Scham in Verbindung mit der rechten Gehirnhälfte. Die rechte Hemisphäre ist eher für die nonverbalen, emotionalen Aktivitäten zuständig (implizites Gedächtnis), die linke Hemisphäre eher für verbale, logische, kontrollierte und ordnende Aktivitäten (explizites Gedächtnis), wie in Abbildung 1 ersichtlich. (Marks, 2011)

„Man weiss, dass der rechte Kortex, der vor dem linken reift, durch frühe soziale Erfahrungen besonders beeinflusst wird...und dass er zur Entwicklung der wechselseitigen Interaktionen im Regulationssystem von Mutter und Kind beiträgt“ (Schore, 2007, S. 36).

In Bezug auf dysfunktionale Scham kann davon ausgegangen werden, dass sich frühkindliche präverbale Erfahrungen von Minderwertigkeit bzw. Scham im impliziten Gedächtnis eingepägt haben. Die Emotion Scham wird nun in unterschiedlichen Lebenssituationen aktiviert, bei denen der betreffende Mensch mit Themen konfrontiert wird, welche einen Bezug zu seinen frühen negativen Erfahrungen haben, sich auf seine Person beziehen.

## 6.2 Die Affektregulation in Verbindung mit der frühen Gehirnentwicklung

Die Fähigkeit, mit Frustrationen und Belastungen des Alltags umzugehen, uns wohl zu fühlen und uns erfolgreich auf Beziehungen einzulassen, hängt von einer geglückten Affektregulierung ab.

Wird die frühkindliche Entwicklung durch unzureichende Fürsorge und unsichere, gefühlsarme Bindungserfahrungen gestört oder geschwächt, kann es zu massiven Defiziten der Gehirnentwicklung kommen, vor allem der rechten Hemisphäre, welche zuständig ist für die Entwicklung von Affekten und der Affektregulation. „Diese Funktionen stehen unter der Herrschaft der rechten Hemisphäre: und so erzeugen auf diese Weise Missbrauch und Vernachlässigung ein ineffizientes rechtes Gehirn“ (Schore, 2007, S. 191).

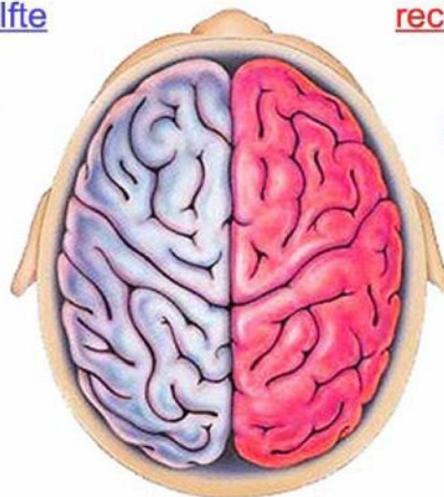
Die rechte Hirnhälfte entwickelt sich früher als die linke Hirnhälfte. Sie wächst und entwickelt sich am stärksten ab Ende des 3. Schwangerschaftstrimesters bis ins zweite Lebensjahr hinein. Die linke Hirnhälfte fängt erst im Alter von zwei Jahren an, intensiver zu wachsen. In der rechten Hirnhälfte entwickelt sich die erste emotionale Erregung. Sie verarbeitet unbewusste und nonverbale emotionale Informationen. Die linke Hirnhälfte ist zuständig für verbale, und rationale Informationsverarbeitung. (Schore, 2012)

Kleine Kinder können die Intensität und Qualität ihrer Affekte noch nicht steuern und regulieren. Sie sind für das Kleinkind jedoch überlebenswichtig. Mittels seiner Affekte

nimmt es wahr, wie die Umwelt auf seine Bedürfnisäusserungen reagiert, und ob diese anschliessend befriedigt werden oder nicht. Eine effiziente Affektregulation kann sich nur dann entwickeln, wenn das Kind genügend Sicherheit und Zustände positiver Aktivität und Exploration erleben kann. „Um die allmähliche Entwicklung der neuronalen Systeme zu gewährleisten, die bei der Affektregulierung involviert sind, muss ein Kind vor intensiven, anhaltenden und überwältigenden affektiven Zuständen geschützt werden“ (Cozolino, 2007, S. 111). Von grosser Bedeutung für die Affektregulierung und die soziale Gehirnentwicklung ist die Anwesenheit einer ausreichend guten Bezugsperson.

### linke Gehirnhälfte

analytisches Denken  
 erfasst Einzelheiten  
 lineares Denken  
 Verstand  
 Vernunft  
 Logik  
 Sprache  
 Mathematik  
 Wissenschaft  
 Zeitempfinden  
 Regeln / Gesetze



### rechte Gehirnhälfte

synthetisches Denken  
 erfasst Zusammenhänge  
 ganzheitliches Denken  
 Gefühle  
 Instinkt  
 Intuition  
 bildhaftes Denken  
 Musik  
 Kunst  
 Raumempfinden  
 Kreativität

Abbildung 1: Bildhafte Zuordnung der Zuständigkeiten von rechter/linker Gehirnhemisphäre.

Quelle: <http://www.aktivzone.at/mentaltraining/>

## 6.3 Schambedingter Stress

Die unmittelbare, sofortige Reaktion auf Bedrohung und Stress ist für das kurzfristige Überleben des Menschen ausserordentlich wichtig. Dabei ist vor allem die rasche Rückkehr aus der Bedrohung zum Normalzustand für das langfristige Überleben wesentlich.

Schore (2012) betont in seinen Erklärungen zur Entstehung von Scham, dass ein Schamerleben stets mit einer Stressreaktion verbunden ist. „Für die Erforschung der Ontogenese der Scham ist es vorab notwendig, diesen einzigartigen Affekt differenziert zu beschreiben, der vermutlich mehr als jedes andere Gefühl unmittelbar mit dem physiologischen Ausdruck einer Stressreaktion verbunden ist“ (Schore, 2012, S. 41).

Bei Scham – sowie bei den übrigen Formen von Stress – wird das zentrale Nervensystem in den Hintergrund gedrängt, weil das vegetative Nervensystem die Regie übernimmt.

Das vegetative Nervensystem kontrolliert lebenswichtige physiologische Funktionen wie Herzschlag, Atmung, Verdauung und Stoffwechsel. Es ist nicht direkt willentlich

beeinflussbar. Aus klassischer Sicht besteht das autonome Nervensystem aus zwei Nervenzweigen, dem Sympathikus und dem Parasympathikus. Der Sympathikus ist zuständig für die Mobilisierung und Erhöhung der metabolischen Aktivitäten (Energieverbrauch). Er reagiert auf Gefahr und Bedrohung mit Kampf oder Fluchtverhalten. Der Parasympathikus dominiert eher bei nach innen gerichteten Körperfunktionen. Er ist für die Erholung, Regeneration und Selbstberuhigung zuständig (Energieaufbau). Wenn in einer von Stress geprägten Situation (wie z.B. einer traumatischen Ohnmachts-Situation) weder Flucht noch Kampf möglich sind, reagiert der Parasympathikus sehr intensiv mit dem Todstellreflex. Die Körperempfindungen werden sozusagen „eingefroren“.

Laut dem Modell der polyvagalen Theorie von Porges besteht das autonome Nervensystem nicht nur aus zwei, wie beim klassischen Modell, sondern aus drei hierarchisch organisierten Subsystemen, wie Abbildung 2 zeigt.

Porges geht von einem zweigeteilten Vagus aus. Dieser gilt als grösster Nerv des Gehirns und wird als zehnter Gehirnnerv deklariert. Er ist an einem vielschichtigen, Kommunikationssystem zwischen Gehirn und Körper beteiligt.

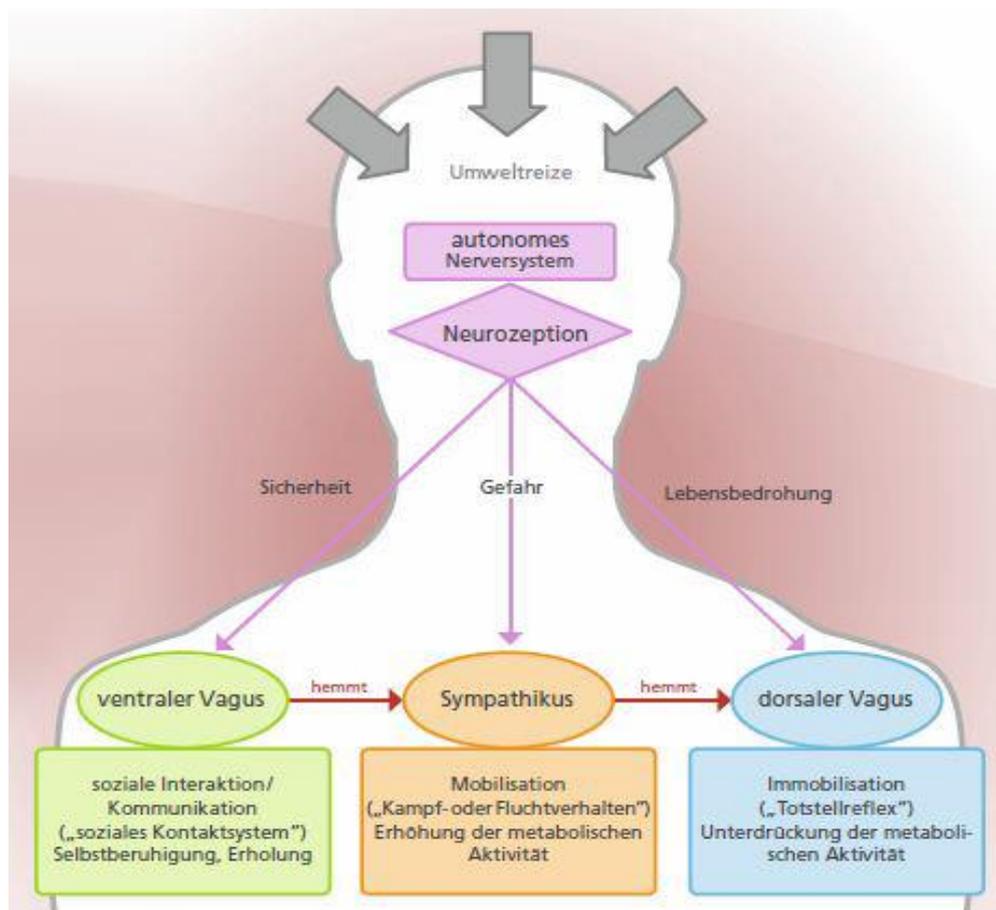


Abbildung 2: Die drei Regulationsebenen des autonomen Kontaktsystems nach der polyvagalen Theorie von Stephen Porges.

## I. Der ventral-parasympathische Zweig des Vagusnervs

Er ist der jüngste Zweig des Vagusnervs und wird als der intelligente Vagus bezeichnet. Er tritt in Aktion, wenn wir uns im Zusammensein mit anderen Menschen sicher, geborgen und gut aufgehoben fühlen. Er hat eine fundamentale Bedeutung für das System des sozialen Engagements. Der ventrale Vagus ermöglicht es uns, eine Aufregung des autonomen Nervensystems auf eine soziale Art und Weise zu modulieren. Wichtige Aufgaben des ventralen Vagus sind:

- Öffnung der Augenlider – das Sehen
- Steuerung der Gesichtsmuskeln – emotionaler Ausdruck
- Die Muskeln des Mittelohres – filtern von Stimmen aus den Hintergrundgeräuschen
- Die Kaumuskeln – Nahrungsaufnahme, Verdauung
- Kehlkopf- und Rachenmuskeln – Stimmbildung
- Neigen und Drehen des Kopfes – soziale Gesten und Orientierungsreaktionen

Der intelligente Vagus ermöglicht, dass wir die Muskeln unseres Gesichtes, unserer Augen, unseres Mundes und unserer inneren Ohren für die soziale Kommunikation und Interaktion gezielt einsetzen können. Er befähigt uns, mit interpersonell schwierigen Situationen souverän umzugehen.

## II. Das sympathische Nervensystem

Das sympathische Nervensystem bleibt in Porges' Modell die Struktur, welche bei Gefahr das Arousal- und das Muskel- und Bewegungssystem aktiviert, um die Bedrohung und Gefahr abzuwenden oder ihr zu entgegenen. Die sympathische Aktivierung ist sehr bedeutungsvoll für den Teil des lebendigen Funktionierens. (Spannungslust). Im chronischen Zustand beeinträchtigt das sympathisch aktivierte Nervensystem die Anpassungsfähigkeiten eines Menschen, sein Verhalten wird impulsiv und reflexartig.

## III. Der dorsal-parasympathische Zweig des Vagus

Der dorsale Vagus ist entwicklungsgeschichtlich der älteste und primitivste Zweig dieses Systems. Wenn die Gefahrenabwehr erfolglos bleibt, bewirkt der dorsale Vagus eine Immobilisierung (Lähmung, Erstarrung, Regungslosigkeit). Es ist eine Überlebensstrategie in Form von Totstellen.

Traumatisierte Menschen zeigen oft somatoforme dissoziative Symptome einer chronischen Immobilisation, wie Lähmungserscheinungen, Ataxie, Störungen der Wahrnehmung der Körperempfindung, Aufmerksamkeitsdefizite, Taubheit und Verwirrungszustände. Diese defizitären Reaktionen sind verwirrend und werden häufig fälschlicherweise als Widerstand eingeschätzt.

Schore (2012) vertritt die Meinung, dass das Schamerleben immer erhöhte dorsal-vagal - parasympathische Reaktionen auslöst. „Dieser Zustand wird durch dorsal-motor - vagale Aktivität herbeigeführt und ist mit Bewegungslosigkeit und einem Sich-fast-unsichtbar-Machen verbunden“ (S. 52).

Die Stressreaktion bei Scham im Zusammenhang mit der Übungsphase umschreibt er wie folgt:

Man weiss auch, dass den intensiven narzisstisch überbesetzten Affektzuständen eine dominante sympathische Aktivität und den eher düsteren Gefühlzuständen eine dominante dorsal-motor-vagale parasympathische Funktion zugrunde liegt... Es darf somit nicht vergessen werden, dass die Übungsphase eine Phase des Ungleichgewichts und der unregulierten sympathischen Übererregung darstellt. (S. 54).

#### **6.4 Stresshormone hemmen das Gehirnwachstum**

Eine vom ANS physiologisch ausgelöste Reaktion auf Stress ist die Ausschüttung von Stresshormonen. Die sogenannte (HPA) Hypothalamus - Hypophyse - Nebennierenrinde - Achse wird bei Stress aktiviert und reagiert mit der Ausschüttung von Stresshormonen. (Cozolino, 2007)

Beim Kleinkind hemmen Stresshormone die Bildung neuer Synapsen und verengen die Nervenbahnen des limbischen Systems. Muss ein kleines Kind zu oft und zu lange negativen Stress ertragen, wird das Wachstum, die Integration und die Regulierung wichtiger neuronaler Netzwerke unterbrochen und geschädigt. Diese Erfahrungen prägen sich ins somatische und vegetative Nervensystem ein und können zur Folge haben, dass ein Mensch lebenslang unzureichende Fähigkeiten besitzt, um Stress adäquat zu regulieren. (Schore, 2012)

Langanhaltende und wiederholte negative Schamzustände im Kleinkindalter können die Folge einer solchen Fehlregulierung sein.

Bauer (2010) beschreibt die Auswirkungen von schädigenden Erlebnissen auf die Entwicklung des Stresssystems folgendermassen: Frühe Erfahrungen des Kindes, insbesondere die Bindung zur Mutter, haben also biologische Langzeitfolgen: sie regulieren bzw. justieren die Empfindlichkeit des neurobiologischen Stresssystems bis in die Erwachsenenzeit ... Kleinkinder mit einer beeinträchtigten Bindung zur Mutter, hatten – im Vergleich zu Kindern mit sicherer Bindung – in Stresssituationen deutlich erhöhte Konzentrationen des Stresshormons Cortisol. (S. 53)

### **7 Die Affektregulation und die frühe Bindungsbeziehung**

Die Fähigkeit, Affekte selbstständig und erfolgreich zu regulieren und zu modulieren, bildet sich parallel zur Gehirnentwicklung aus. Weil das Gehirn des Menschen vor allem postnatal heranreift, prägt die Bindungsbeziehung zur primären Fürsorgeperson den Aufbau der neuronalen Schaltkreise, insbesondere die Strukturen des limbischen Systems und jene für die Stressregulierung. (Schore 2012)

Damit ein Kleinkind eine gesunde Affektregulierung und ein gutes Selbstwertgefühl entwickeln kann, muss es die Möglichkeit haben, folgende Erfahrungen mit der Fürsorgeperson zu internalisieren:

- Beruhigende Berührungen
- Sicher und sanft gehalten werden
- Genügend wohltuende Wärme
- Homöostatisches Gleichgewicht in Bezug auf Schlaf, Hunger, Stimulation
- Wiederholte Übergänge aus emotional leidvollen Zuständen in Zustände der Ruhe
- Anhaltend positiver emotionaler Zustand

Dieses Geschehen der Verinnerlichung früher Beziehungen ist ein wichtiger Aspekt für die Festigung unseres Selbst und bildet die Fähigkeit, Traumata und Stress adäquat bewältigen zu können. (Cozolino, 2007) Letzten Endes hängt es von der Kompetenz der primären Bezugsperson ab, ob ein Mensch Affekte, insbesondere negative Affekte, kontrollieren und regulieren kann. Damit sich beim Kind eine gesunde Affektregulierung ausbilden kann, darf es nicht zu intensivem, anhaltendem und überwältigendem Stress ausgesetzt sein.

### 7.1 Im Glanz deiner Augen werde ich mich selbst erkennen können

Eine grosse Bedeutung in Bezug auf die Entwicklung einer guten Affektregulation- und Modulation messen die Experten im Bereich der Kleinkindforschung dem Blickkontakt mit der primären Bezugsperson zu.

„Säugling und Mutter schauen einander in die Augen und stellen dabei eine Verbindung zwischen ihren Herzen, Gehirnen und Seelen her“ (Cozolino, 2007, S. 129).



Abbildung 3. *Baby's First Caress*, Mary Cassatt (1890)  
Mutter und Kind zwei miteinander verwobene Einheiten

Schore (2007) beschreibt diese Interaktion mit folgendem Zitat:

Heute weiss man, dass der Glanz in den Augen der Mutter mehr als nur eine Metapher ist. Im Alter von zwei bis drei Monaten, in der Zeit der wachsenden Myelinisierung der visuellen Areale des okzipitalen Kortex des Säuglings, wird das Auge der Mutter, insbesondere ihre Pupillen, zum Fokus der Aufmerksamkeit des Kindes....Und noch faszinierender ist, dass das Wahrnehmen von erweiterten Pupillen sofort erweiterte Pupillen beim Baby auslöst und dass grosse Pupillen des Säuglings bei den Pflegepersonen zu Pflegeverhalten führen. (S. 32).

Wenn der Blick der Mutter auf das Kind eine ablehnende Haltung widerspiegelt oder ihr Blick von Kälte und Leere geprägt ist, kann beim Kind ein Gefühl von verkehrt oder nicht richtig zu sein entstehen. Solche Erfahrungen können ein Gefühl tiefer Scham auslösen und das Kind kann nicht das Geringste daran ändern. Dies zeigt, dass Scham ein interaktiver Affekt ist. Schamgefühle entspringen aus der Interaktion mit anderen, meist als übermächtig erlebten Menschen. Um ein sicheres kohärentes Bild seiner selbst und ein Gefühl persönlicher Identität zu erlangen, braucht das Kind von Geburt an, genügend positive Erfahrungen in Form von empathischer Resonanz durch die primäre Fürsorgeperson. (Tiedemann, 2010)

Die ersten Beziehungserfahrungen im Leben eines Kindes sind also tief im Unbewussten eingepägt. Sie beeinflussen die Entwicklung des psychischen Systems für den Rest des Lebens. Auf diese Art und Weise dient die Beziehung zur Mutter oder zur primären Bezugsperson als eine Matrix, welche alle späteren emotionalen Beziehungen eines Menschen beeinflussen kann. Alle affektiven Erfahrungen eines Kleinkindes werden im prozeduralen Gedächtnis als interaktive Repräsentationen eingepägt und auch aufbewahrt. (Schore, 2007)

Das folgende Zitat von Schore, (2007) beschreibt alle Aspekte, welche eine Rolle spielen bei der Entstehung einer ineffizienten Affektregulation:

...Durch die beeinträchtigte Entwicklung des rechtskortikalen vorbewussten Systems, das emotionale Reize durch tatsächlich gefühlte emotionale Reaktionen auf Reize entschlüsselt, zeigen Menschen mit unzureichenden Bindungserfahrungen *Empathiestörungen*, d.h. eine beschränkte Fähigkeit, den emotionalen Status der anderen wahrzunehmen. Die Unfähigkeit, Gesichtsausdrücke zu lesen, führt zu einer Fehleinschätzung emotionaler Zustände und zu einer Falschinterpretation der Intentionen der anderen. Somit liegen Beeinträchtigungen in der Verarbeitung sozioemotionaler Informationen vor. Zusätzlich zu diesem *Defizit an sozialer Kognition* manifestiert sich das *Defizit in der Selbstregulation* durch eine begrenzte Fähigkeit, die Intensität und die Dauer von Affekten zu modulieren: das gilt besonders für biologisch primitive Affekte wie Scham, Wut, Erregung, Begeisterung, Ekel, Panik, Schrecken und hoffnungslose Verzweiflung. Unter Stress erfahren solche Menschen keine diskreten oder differenzierten Affekte, sondern diffuse, undifferenzierte und chaotische Zustände, die von überwältigenden somatischen und viszerale Sensationen begleitet werden. Diese mangelnde Fähigkeit...führt zu einer *eingeschränkten Fähigkeit, über den eigenen emotionalen Zustand zu reflektieren*. (S. 74 f)

## 8 Praxeologie – Umgang mit Scham in der AKPT

Es gibt keine Schamkrankheit im eigentlichen Sinn. Es ist eher so, dass fast jede psychische Erkrankung, gleich wie bei der Angst, eine ihr eigene Schamdynamik entwickeln kann. Trotzdem gibt es grosse Unterschiede in der Intensität und Qualität dieses Affekts. Es ist deshalb für den Therapeuten wichtig zu wissen, um welche Schamform es sich in der jeweiligen Therapiesituation handelt. Bei meinem Fallbeispiel betrifft es die traumatische Scham einer frühen Störung. Deshalb begrenzen sich meine Ausführungen zur Praxeologie vor allem auf diese Form der Scham. Wie im theoretischen Teil bereits beschrieben, zeigt sich eine dysfunktionale Schamdynamik oft bei Menschen mit frühen Störungen oder bei schwer Traumatisierten. Schamaffekte entwickeln sich aus einer unsicheren und inkonstanten Bindungsbeziehung mit der primären Fürsorgeperson. Es gilt in der Therapie also zu lernen, die Schamaffekte genügend zu regulieren. Ebenfalls leiden diese Menschen an einem verminderten Selbstwert. Eine angemessene Affektregulation und ein gesunder Selbstwert sind Kompetenzen eines starken Ichs. Anhand der Ich - Stärke bzw. Ich - Schwäche wird in der AKPT das Strukturniveau eines Menschen bestimmt. Die AKPT passt ihre Interventionen dem jeweiligen Strukturniveau an und arbeitet, wie aus der Tabelle ersichtlich, mit Beziehungsleitsätzen. Die Beziehungsleitsätze geben Hinweise, wie frühkindliche, konfliktbesetzte Beziehungserlebnisse in der Therapie vermieden werden können. In der Therapie geht es also darum, dass wir mit der Klientin vereinbaren, dass wir die Beziehung halten wollen, auch wenn die Klientin die Scham (oder auch ein anderes Gefühl) fast nicht aushalten kann und beispielsweise nicht mehr in die Stunde kommen möchte. Die Vereinbarung geht dahin, dass die Klientin sich in der Not mit der Therapeutin in Verbindung setzt und den Kontakt zu ihr nicht abbricht.

Die Voraussetzung, um an und mit Gefühlen arbeiten zu können, ist ein stabiles und flexibles Ich. Da Klienten mit frühen Störungen meist kein genügend stabiles und flexibles Ich haben, d.h. starke Gefühle nicht halten können, besteht die Gefahr einer Dekompensation in Form von Fragmentierung und Dissoziation. In solchen Situationen braucht es Halt und Sicherheit vermittelnde Interventionen. Ein anerkennendes Würdigen, ein empathisches Spiegeln und ein sorgsames, langsames Vorgehen können helfen, z.B. bei Schamkonflikten, nicht auszuagieren, sondern für den therapeutischen Prozess zu nutzen.

Konflikt	SN	Störung	Ichstärke	negative Mutterbotschaft	Beziehungsleitsatz (n. Bischof)	Angst
(Liebes-) Sehnsucht	Hohes Strukturniveau	Neurose	Ich stark	„Du darfst leben, du bist mir auch etwas wert, wenn du so bist wie ich dich brauche.“	Ich bleibe in Beziehung mit Dir, auch wenn Du anders bist als ich	Liebesverlustangst
Wertschätzung	Mittleres Strukturniveau	Narzisstische Störung	Ich-Schwäche	„Du darfst leben, aber du bist mir nichts wert.“	Die Beziehung wird gehalten, egal, wie schmerzhaft es ist	Objektverlustangst
Existenzberechtigung	Niederes Strukturniveau	Borderline	Ich-Schwäche	„Sei nicht, lebe nicht.“	Die Beziehung wird gehalten, egal, was passiert	Vernichtungsangst
		Psychose	Ich-Schwäche			

**Tabelle 2:** Strukturniveau nach Maaz

Quelle: S. Bischof (2010) nach: Maaz, H.j., in Marlock, G & Weiss (2007)

## 8.1 Die therapeutische Beziehung

Die therapeutische Beziehung bildet in der AKPT die Grundvoraussetzung für die therapeutische Arbeit. Die AKPT nimmt die Beziehung zwischen Therapeut und Klient in den Fokus ihrer Betrachtung und arbeitet mit den psychodynamischen Konzepten der Übertragung und Gegenübertragung, mit Projektion, Widerstand, Regression und Progression. Sie leitet und passt ihre atemtherapeutischen Interventionen (Würdigen, Spiegeln, Begleiten, Aufnehmen, Interpretieren Deuten und Konfrontieren), den jeweiligen diagnostischen Informationen und dem damit zusammenhängenden Strukturniveau ab. (Bischof, 2009b; Bischof, 2009a)

Affekte spielen eine wichtige Rolle in Beziehungen, sie schaffen Verbindungen und wirken beziehungsregulierend. Beziehungen wirken aber auch regulierend auf Affekte. Da dysfunktionale Scham in nahen Beziehungen entsteht, welche von Abwertung, Vernachlässigung und Missbrauch geprägt sind, können belastende Affekte auch in der therapeutischen Beziehung unvermittelt aktiviert werden. Der Klient kann sich gegenüber dem Therapeuten minderwertig, unsicher, hilflos fühlen oder er entwickelt vor allem am Anfang, bis es zu einer Schamsituation kommt, gegenüber dem Therapeuten positive bis zärtliche Gefühle (Therapeut in der Übertragung, idealer Vater', ideale Mutter'). Auf diese Weise können frühe Beziehungserfahrungen vom Klienten auf die Beziehung zum Therapeuten übertragen und re-inszeniert werden. Wenn der Therapeut diese Übertragungen als solche erkennt, kann er sie für den therapeutischen Prozess nutzen. Bei traumatischer Scham erfolgt dies im Sinne einer empathischen, verständnisvollen Beziehungsgestaltung. Auf diese Weise können die ursprünglichen destruktiven Beziehungserlebnisse mit den primären Fürsorgepersonen durch positive korrigierende Erfahrungen mit dem Therapeuten im besten Fall umgewandelt und ein neues, positives Introjekt gebildet werden.

Bereits im Erstgespräch können Schamkonflikte aktiviert werden. Schon die Tatsache, dass ein Mensch Hilfe in Anspruch nehmen muss, kann schambesetzt sein. Sich mit intimsten, vielleicht ein Leben lang geheim gehaltenen Inhalten, gegenüber einem fremden Menschen zu offenbaren, ist immer mit Angst vor Entblössung besetzt. Deshalb sind Empathie und Feingefühl vom Therapeuten eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Bildung einer vertrauensvollen, therapeutischen Beziehung. Da Scham nicht gesehen werden will, kann sie den Therapeuten aber auch leicht anstecken.

Tiedemann (2010) gibt folgendes zu Bedenken:

In der Folge kann diese Scham auch den Psychotherapeuten ergreifen und anstecken, ohne dass ihm das bewusst sein muss. Diese Art der "Gefühlsansteckung" durch Scham hat demnach eine besondere Relevanz in Psychotherapien. (S. 28)

Die AKPT betrachtet die Erstbegegnung als besonders bedeutungsvoll. Denn bereits im ersten Kontakt, wie bei jeder anderen Begegnung, entsteht ein Wirkfeld (Rupert Sheldrake, C.G.Jung). Unter Wirkfeld verstehen wir einen ermöglichenden Raum (C.R.Heyer), in dem die Wahrnehmung sich öffnen kann. Die dabei bewusst und unbewusst auf allen Ebenen wahrgenommenen Botschaften und Resonanzen entsprechen leib-seelischen Gegenübertragungsphänomenen bis hin zur Syntonie. (Bischof, 2003, S. 1)

## 8.2 Feinfühligkeit des Therapeuten

Die Affekttoleranz des Therapeuten ist ein entscheidender Faktor, wie er mit den heftigen Affekten, die sich in Form von Übertragung und Gegenübertragung in der therapeutischen Beziehung zeigen, umgeht und diese selbst regulieren kann. Die Möglichkeit, Empathie zu entwickeln und in den Gefühlszustand des anderen einzutreten, hängt stark mit der Fähigkeit zusammen, unterschiedliche Intensitäten und die Dauer von Gegenübertragungszuständen zu ertragen – besonders wenn es sich um negative Affekte wie Scham, Ekel, Furcht und Verzweiflung handelt und diese von Gedanken und Gefühlen der Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit begleitet sind. Weil dysfunktionale Scham in Zusammenhang mit einem Beziehungstrauma und emotionalem Schmerz steht, wird sie meistens, mittels Dissoziation vom Bewusstsein ferngehalten. (Tiedemann, 2013)

Wenn sich der Therapeut nicht mit der eigenen Scham-Geschichte auseinandersetzt, kann es leicht zur Schamkollusion zwischen Therapeut und Klient kommen. (Therapeut ist selber betroffen und wehrt Schamgefühle ab). Schamkonflikte bleiben dann unbewusst und können so den therapeutischen Prozess stören und behindern.

Der Weg des Therapeuten, kompetent mit schwierigen Affekten in der Therapie umzugehen, führt über die Aufarbeitung der eigenen persönlichen Geschichte mittels Einzeltherapie und Selbsterfahrung. Der AKPT Therapeut stärkt seine persönlichen Kompetenzen und die Selbstwahrnehmung durch das Anwenden der gegenständlichen, Ich – stärkenden Meditation. Der erste bedeutende Schritt dieser Meditationsform ist das achtsame und wertfreie Wahrnehmen „des Da-Seins“ im grundlegenden „Gutsein“ (Bischof, 2012). Der AKPT Therapeut bleibt dabei im Zeugenbewusstsein, gleicht seine Wahrnehmungen mit der Realität ab und orientiert sich über die vier Bewusstseinsfunktionen Denken, Fühlen, Empfinden und Intuieren nach C.G. Jung.

„Die *Empfindung* (das heisst die Sinneswahrnehmung) sagt, das etwas existiert; das *Denken* sagt, was es ist; das *Gefühl* sagt, ob es angenehm oder unangenehm ist; und die *Intuition* sagt, woher es kommt und wohin es geht“ (Bischof 2012b zitiert nach: Jung & Franz, 1968, S. 61).

Die Beziehungssituation und das Feld/der Raum zwischen Klient und Therapeut bleiben dabei immer im Fokus seiner Aufmerksamkeit und Wahrnehmung. Eine grundlegend wohlwollende, achtsame und wertfreie Haltung des Therapeuten unterstützt den Klienten in seinem Heilungsprozess. Ein Gefühl wie Scham kann nur dadurch enttabuisiert und verstanden werden, indem es in einem ersten Schritt erst mal erkannt und anerkannt wird. (Marks, 2011).

Die wohlwollende und wertfreie Haltung des Therapeuten und die Gestaltung des Settings (wieviel Nähe und Blickkontakt) schafft für den Klienten einen sicheren Raum und die Grundlage für eine vertrauensvolle Beziehung. Damit der Therapeut die Scham in der Therapie erkennen kann, braucht er viel Feingefühl für deren äusserliche, sichtbare Manifestationen (siehe auch Abwehrformen der Scham im folgenden Kapitel) und den unterschiedlichen Resonanzen im eigenen Innern. In diesem Raum darf die Scham gespürt und erkannt werden.

### 8.3 Schamgefühle und ihre Abwehr

Die Scham ist im therapeutischen Setting oft schwer fassbar. Schwierige und schmerzhaft Affekte möchten nicht gefühlt werden. Wenn wir uns schämen, werden wir direkt mit unseren Mängeln, Defiziten und Unzulänglichkeiten konfrontiert. „Kein Gefühl ist dem Selbst und der eigenen Identität näher als die Scham“ (Tiedemann, 2013, S. 31). Bei Scham werden die Abwehrmechanismen fast blitzartig aktiviert. Es ist manchmal auch schwierig, Scham von anderen Widerstands- und Abwehrformen zu unterscheiden. Gelegentlich lösen von Scham besetzte Situationen Emotionen wie Wut, Zorn, Hass, Neid, Schuld oder Verzweiflung aus. Neben der Vermeidung, Verdrängung, Umgehung oder Verleugnung kann es auch zur Reaktionsbildung kommen. Hier eine Aufzählung mit einer Kurzbeschreibung zu den wichtigsten Abwehrformen der Scham:

*Gehorsam und Anpassung*, bis zu Unterwürfigkeit: Menschen tun alles um nicht aufzufallen, denn dann ist die Gefahr, sich für etwas schämen zu müssen, kleiner.

*Emotionale Erstarrung*: Weiche Gefühle, welche den Menschen verletzbar machen werden versteckt und eingefroren. Der Mensch erstarrt emotional. Diese Erstarrung führt zur Depression, im Extremfall bis zum Suizid.

*Projektion*: Damit man sich der eigenen Schwächen und Mängel nicht schämen muss, werden sie anderen Menschen zugesprochen. Weil man die eigene Scham nicht fühlen will, werden Mitmenschen schikaniert, blossgestellt und beschämt. Mobbing ist ein Beispiel für die Form der Abwehr.

*Perfektionismus*: Wenn man sich mit Fachbegriffen schwerverständlich ausdrückt, wird man unantastbar. Stattdessen werden die Kommunikationspartner eingeschüchtert. Dadurch entstehen beim Gegenüber Gefühle der Inkompetenz.

*Süchtiges Verhalten*: Eine tiefe Wunde des Ungeliebt seins wird durch süchtiges Verhalten wie Suchtmittelmissbrauch oder Essstörungen, kompensiert (Marks, 2011).

*Dissoziation*: Bereiche des Erlebens und Handelns werden ganz oder teilweise abgespalten. Dies kann sich zum Beispiel dadurch äussern, dass Körperbereiche nicht mehr spürbar sind, es zu einer Gefühlsleere kommt, dass Verwirrung im Denken entsteht oder Handlungsimpulse nicht mehr vorhanden sind.

Wir müssen die Schamabwehr unserer Klienten als persönliche Schutzfunktion betrachten, welche ihnen geholfen hat, Schamerfahrungen zu überleben ohne seelisch zu zerbrechen. Der Weg der Heilung führt über die Verwandlung. (Marks, 2011)

In erster Linie geht es darum, die Scham als solche zu erkennen. Als Therapeutin kann ich der Klientin meinen Umgang mit Scham vorleben und sie so indirekt dazu ermutigen, sich ihrer Scham zu stellen. Mit einer grundlegend offenen nicht wertenden Haltung kann ich als Therapeutin einen Raum für die Bearbeitung solcher schwieriger Gefühle, wie die der Scham, ermöglichen.

### 8.4 Affektregulation

Ist ein Mensch von dysfunktionaler Scham betroffen, wird er von unkontrollierbaren physischen und psychischen Symptomen überwältigt. Schamaffekte entstehen präverbal und sind immer auch verkörpert. Sie können sich durch Symptome wie Erstarrung, völliger Lähmung, Leeregefühlen, blockierten Denkprozessen und Dissoziation ausdrücken. Das Ich ist destabilisiert und fragmentiert. Bei frühen

Störungen steht die Bewusstseinsfunktion des Denkens meistens im Vordergrund und dient als Hilfs – Ich. Die Bewusstseinsfunktion des Fühlens ist zu bedrohlich und steht deshalb im Schatten oder wird abgespalten. Aus diesem Grund können die Empfindung und das Intuieren in der Therapie als unterstützende Funktionen eingesetzt werden. Affekte sind meistens mit hoher Aktivierung des VNS verbunden. Deshalb geht es bei der Affektregulation in einem ersten Schritt um Stabilisierung und Selbstregulierung. Im Folgenden werde ich die Interventionen beschreiben, welche ich bei der Klientin im Fallbeispiel angewendet habe.

Für die Stabilisierung und Selbstregulation wird ein sog. „Notfallkoffer“ eingerichtet. Im besten Fall enthält ein Notfallkoffer vier spezifische Bewältigungsstrategien. Diese Übungen sollen bei akuter Scham-Not schnell wirken. Sie stärken das Ich in seiner Selbstwirksamkeit. Wenn die Klientin spürt, dass sie selber etwas machen kann und der Macht der Scham nicht völlig ausgeliefert ist, kann dabei ein Kompetenzgefühl entstehen. Diese Übungen setzte ich bei dysfunktionaler Scham am Anfang der Therapie ein. Die Wirksamkeit der Übungen bedingt, dass sie über einen längeren Zeitraum geübt werden. Sie müssen verinnerlicht werden, sozusagen im Gehirn eingemeisselt, damit sie in der Not sofort abrufbar sind.

### **Die 5-Sinne-Achtsamkeit - Übung**

Sie dient der Reduktion von Anspannung und ist eine Strategie, um starke Affekte zu vermeiden. Dabei wird die Wahrnehmung auf jeweils einen Sinnesreiz gelenkt, z.B. Hören, Sehen, Riechen, Tasten oder Schmecken. Die Klientin benennt dabei ihre Wahrnehmungen, ohne sie zu bewerten, das heisst, ohne darüber nachzudenken, woher sie kommen, ohne sie verändern zu wollen oder auf sie zu reagieren. Hilfreich ist es, wenn mit dem Sinn begonnen wird, welcher der Klientin am meisten liegt. Die Klientin konzentriert sich zum Beispiel beim Hören auf die Lautstärke, Tonhöhe, Kürze oder Qualität eines Geräusches und weniger darauf, dass das Rauschen der Bäume sie an die Ferien erinnert. Oder beim Sehen zum Beispiel auf die Farben und Formen und nicht darauf, was sie konkret sieht. Die Klientin beschäftigt sich nur mit der Wahrnehmung des Sinnesreizes. Am Anfang steht die Therapeutin beim Einüben dieser Intervention als Hilfs-Ich zur Verfügung. Sie hilft der Klientin bewertende Gedanken zu normalisieren. (Lammers, 2011)

### **5,4,3,2,1 - Übung**

Diese Übung kann eingesetzt werden, sollte die 5-Sinne-Achtsamkeit noch zu anspruchsvoll sein. Dabei wird der Blick im Raum auf einen Punkt fixiert und dann werden nacheinander fünf Dinge genannt, die man sieht, dann fünf Dinge die man hört und schliesslich fünf Dinge die man spürt, riecht und schmeckt. Danach wiederholt sich der gleiche Ablauf mit vier Dingen, welche man sieht, hört, spürt, riecht und schmeckt, mit drei Dingen, mit zwei usw. Der Ablauf der Übung kann den Bedürfnissen entsprechend abgeändert werden. So ist es vielleicht einfacher, wenn am Anfang nur drei Sinne, z.B. Sehen, Hören und Spüren eingesetzt werden. Diese Übung kann, wenn die Gefahr einer Dekompensation (Psychose) besteht, helfen, mit der Wahrnehmung in der Realität zu bleiben und sich so zu strukturieren. Im Fall einer Notsituation ist es sinnvoll, das Mitzählen mit der Hand einzusetzen, dann wirkt die Übung noch strukturierender.

## **Arbeit mit einem Zwischenobjekt**

Die Arbeit mit einem Zwischenobjekt hilft, die Körpergrenzen besser wahrzunehmen und aufzubauen. Dadurch kann ein Gefühl von Sicherheit und Halt entstehen und den Zugang zu Schamkonflikten erleichtern. Der direkte Körperkontakt ist bei Menschen mit frühen Störungen zu bedrohlich. Traumatische Verletzungen während der frühen Kindheit, welche mit Gefühlen von Ohnmacht und Hilflosigkeit, Ablehnung und Entwertung zusammenhängen, sind meistens verkörpert. Deshalb kann es bei direktem Körperkontakt leicht zu dekompositorischen Gefühlsüberflutungen kommen. Bezug nehmend auf die Entwicklungspsychologie (siehe Kap. 5.5), steht die Arbeit mit einem Zwischenobjekt in Zusammenhang mit der Übungsphase. Ein Übergangsobjekt wird als Ersatz für die Symbiose mit der Mutter konstituiert. Die Intention oder das Ziel dieser Methode ist der Aufbau von Ich – Kraft, im Sinne einer Nachreifung. (Bischof, 2011) Als Zwischenobjekte können Steine, Noppenbälle, Sand- oder Kernsäckchen, Holzstäbe aber auch die Wand, der Boden oder ein Stuhl, usw. dienen.

Meine Klientin benutzt zwei verschieden grosse Noppenbälle. Ihr Einsatz hilft ihr, sich vor überflutenden und lähmenden Schamaffekten zu schützen (Aufmerksamkeitslenkung weg von den Gefühlen zum Gegenstand, zur Handlung, zum Atem). Einen kleinen Noppenball trägt sie immer bei sich in der Tasche und benutzt ihn für akute Notfälle. Dafür nimmt sie den kleinen Noppenball in die Hand und drückt ihn während der Ausatmung so lange, bis sie sich wieder beruhigt hat (über den Spannungsaufbau zum –abbau, rhythmisierter Atem). Den grossen Noppenball benutzt sie zuhause, sie rollt ihn über ihre Beine, die Fusssohlen und über den Rücken um die Empfindungswahrnehmung zu aktivieren. Diese Übung hilft ihr, ihre Körpergrenzen besser wahrzunehmen und auch zum Spannungsabbau (Abgrenzung nach aussen, Unterscheidung Selbst/Objekt). Ebenfalls zum Spannungsabbau dient ihr das Stampfen mit den Fersen oder mit der ganzen Fusssohle gegen den Boden.

## **Notfall - Atem- und Körperübungen**

Auf heftige Scham reagiert das autonome Nervensystem, mit dem dorsal-vagal-parasympathischen Teil, welcher Immobilisierung/Erstarrung auslöst. In diesem Zustand wird die Atmung reduziert. Deshalb wirkt der Einsatz von Atemübungen wie beispielsweise die Lippenbremse, das Atemzählen, Tönen mit „SCH“ in der Ausatmung und der rhythmisierte Atem sehr beruhigend und ausgleichend. Auch bei diesen Übungen geht es darum, die Wahrnehmung umzulenken und wieder ins Hier und Jetzt zurück zu kommen.

Im Zustand der Erstarrung braucht es eine klare und direktive Anleitung der Therapeutin, damit die Klientin die Übungen ausführen kann. Das Ziel ist es, dass die Klientin mit der Zeit ihre Schamauslöser kennt oder die Anzeichen dafür frühzeitig wahrnehmen kann, damit sie sich rechtzeitig schützen und die Notfallübungen so einsetzen kann, dass es gar nicht zur Erstarrung kommt .

## **Ressourcenaktivierung**

Ressourcen werden als Kraftquellen genutzt. Sie helfen beim Heilungsprozess. Ressourcen müssen erarbeitet sein, bevor Problembereiche thematisiert werden können. Als Ressource können all die oben beschriebenen (und viele andere) Übungen, die die Selbstwirksamkeit unterstützen und die Ohnmacht verringern,

positiv besetzte Körperbereiche, positive imaginative Bilder von Kraftorten, Krafttieren, der Atem, etc. dienen. Die Ressource meiner Klientin sind u.a. ihre Füße verbunden mit einem imaginativen Bild von einem Wohlfühlort und einer Erinnerung an ein körperliches Wohlgefühl „Ich stehe im Wald in einem Bach, das kalte Wasser plätschert über meine Füße.“

Sind die Ressourcen erarbeitet, kann zwischen Ressource und Problem gependelt werden. Bei dieser Arbeit sind der Respekt, das langsame Vorgehen und die Feinfühligkeit der Therapeutin für die Grenzen der Klientin sehr wichtig. Gerade bei so schwierigen Gefühlen wie der Scham darf die Klientin auf keinen Fall überfordert werden. Ansonsten besteht die Gefahr einer Re-traumatisierung. Die Aktivierung der Ressourcen stärkt die Selbstwirksamkeit und dadurch auch die Selbstregulation. Das Schwierige verliert an Macht. Die Bedrohung ist nicht mehr so existenziell.

### **Arbeit mit dem Widerstand**

Widerstände sind psychisch unbewusst ablaufende Mechanismen. Sie sind ins Unbewusste verdrängte Konflikte. Hinter jedem Widerstand ist eine Verletzung, ein Trauma. Scham ist ein Konflikt des Liebesunwertes, ein direkter Angriff auf das Selbst und somit sehr existenziell. Widerstand in der AKPT bedeutet immer, dass ein Schutzmechanismus aktiviert wird. Bei Scham hat der Mensch Angst vor Zurückweisung verursacht durch ein ungenügendes Selbst. Der Therapeut macht sich den Widerstand des Klienten bewusst und respektiert ihn als Schutz. Widerstandsarbeit kann nur bei genügend Ich – Kraft erfolgen, d.h. Grenzen und Ressourcen müssen erarbeitet und integriert sein.

Wilhelm Reich hatte beobachtet, dass Widerstand und Unterdrückung von starken Emotionen wie Wut und Angst immer mit entsprechenden Muskelverspannungen verbunden waren. Wenn dem Kind ein Bedürfnis nicht befriedigt wird, nimmt es sich zusammen, auch muskulär, irgendwann gibt es u.U. auf und resigniert. Die Empfindung geht mit der Zeit weg und damit auch die Erinnerung an die mit der Verletzung verbundenen Gefühle. Jede muskuläre Verkrampfung enthält die Geschichte und den Sinn ihrer Entstehung.

In der praktischen Anwendung der Widerstandsarbeit in der AKPT werden z.B. durch Druck gegen ein Objekt (Fuss gegen Stein) oder, als Steigerung, in Beziehung zu einem Menschen, gegen die Hand des Therapeuten, körperliche Widerstände / Spannungen erzeugt. Anhand der Reaktionen auf den Widerstand können psychische Bezüge bewusst gemacht werden. Wie geht der Klient mit dem Druck um? Gibt er Gegendruck oder ergibt er sich und resigniert? Welche Gefühle entstehen dabei, narzisstische Wut oder Trauer?

Bei der Arbeit am Widerstand darf der Energielevel immer nur so hoch sein, wie der Klient die Gefühls- Wahrnehmung mit Hilfe der Empfindung halten kann. Ansonsten kommt es zur Dissoziation. Der Widerstand muss nicht weggehen. Er muss integriert werden, in Besitz genommen werden.

Übersetzt auf die Schamabwehr geht es nicht darum, sie zu zerschlagen, sondern vielmehr darum, sie mutig anzuerkennen, anzunehmen und auszuhalten (gleich wie bei anderen Gefühlen auch): schmerzhaftes Erinnerungen erfahrener Scham akzeptieren und aufarbeiten, die daraus entstandene Wut oder Trauer über versäumte Sehnsüchte oder unterdrückte Potentiale betrauern und integrieren.

In der therapeutischen Arbeit geht es darum, die Schamauslöser herauszufinden und zusammen zu schauen, wo die Scham beginnt, wo sie auftaucht und wie die Klientin

ihr begegnen, sich wappnen kann, ohne auszuagieren oder in die Vermeidung zu gehen. Sie kann zum Beispiel probieren, sich Situationen zu stellen, welche sie aus Scham vermeidet. Sie kann beispielsweise versuchen, sich für Bedürfnisse einzusetzen, welche sie aus Angst vor Beschämung gewöhnlich nicht einfordert. Dabei kann es sich um ganz normale menschliche Bedürfnisse handeln, wie zum Beispiel während der Arbeit auf die Toilette zu gehen, auch wenn es gerade stressig ist. Wichtig ist, dass die Therapeutin die Klientin nicht überfordert und gut darauf achtet, um welche Schamform es sich dabei handelt.

### **Rehabilitation – ein Weg zur Selbstachtung**

Das Ziel der Therapie einer dysfunktionalen Schamthematik sollte vor allem die Rehabilitation der Selbstachtung und Selbstwertschätzung sein. Das soziale menschliche Gehirn erhält lebenslang seine Plastizität und kann deshalb durch gute liebevolle Beziehungen geheilt werden. Neurobiologisch bedeutet dies, alte vertraute Netzwerke zu verlassen, um neue Verknüpfungen zu schaffen. (Marks, 2011)

„Wenn wir das Glück haben, jemanden zu finden, der uns liebt, haben wir eine Chance auf Heilung“ (Cozolino, 2007, S. 393).

## **9 Fallbeispiel**

Die im Fallbeispiel vorgestellte Klientin ist von traumatischer Scham betroffen und leidet infolge dessen unter starken Minderwertigkeitsgefühlen begleitet von dissoziativen Störungen. Mit meinen Darstellungen gebe ich einen Einblick darüber, wie ich versucht habe mit dieser Schamthematik im therapeutischen Setting umzugehen.

**Anamnese:** Zum Zeitpunkt der ersten Therapiesitzung, hat Luisa bereits viele Jahre Erfahrung, in unterschiedlichsten Arten von Therapien. Im Alter von 14 Jahren zeigten sich die ersten Symptome in Form einer Essstörung (Anorexie). Im Jugendalter entwickelte Luisa weiteres selbstschädigendes Verhalten: Alkoholmissbrauch, Nikotinsucht und physische Selbstverletzungen (Schnitte in den Unterarmen) kamen hinzu. Aus der Magersucht entwickelte sich eine 20 Jahre lang anhaltende Ess- Brechsucht (Bulimie). Luisa hatte einige Liebesaffären, auf längere Beziehungen konnte sie sich nicht einlassen. Trotz intensiver Psychotherapie konnte sich Luisa über viele Jahre nicht erklären, was mit ihr los war. Erst eine Hypnosetherapie, deckte einen jahrelangen sexuellen Missbrauch durch den Grossvater auf. Von da an besserte sich ihr Zustand etwas. Ausser der einmal mehr einmal weniger aufflackernden Bulimie, stabilisierte sich ihr Zustand. Sie absolvierte eine Ausbildung als Fachangestellte Verkauf und lebte sozusagen ein fast normales Leben. Mit 38 Jahren wurde sie schwanger und brachte eine gesunde Tochter zur Welt. Nach der Geburt der Tochter ging es ihr zusehends schlechter. Sie musste sich in stationäre psychiatrische Behandlung begeben. Seither war Luisa wegen massiven depressiven Einbrüchen, begleitet von emotionaler Instabilität und Suizidalität dreimal über mehrere Monate in stationärer und durchgehend in ambulanter psychiatrischer Therapie. Während eines Klinikaufenthalts kam sie zu mir in die Gruppentherapie. Dort hat sie sich wohl gefühlt und sich entschieden, zu mir in die Einzeltherapie zu kommen.

Luisa äussert den Wunsch, sich und ihren Körper besser spüren zu wollen, zu merken, wo ihre Grenzen sind und den Umgang mit ihnen zu lernen. Sie möchte sich besser entspannen können, ruhiger werden, besser schlafen können und ihr Selbstvertrauen stärken.

Luisa ist 41 Jahre alt. Vom Kindsvater hat sie sich mittlerweile getrennt. Sie lebt zusammen mit ihrer Tochter in einer kleinen Wohnung. Sie kann wegen psychischer Labilität keiner Arbeit nachgehen. Deshalb ist sie auf Alimente und Sozialhilfe angewiesen. Ihre zweieinhalbjährige Tochter wird zweimal wöchentlich von einer Tagesmutter betreut. Von ihren Eltern und von den Grosseltern väterlicherseits bekommt Luisa ebenfalls viel Unterstützung in Bezug auf die Betreuung der Tochter. Jedes zweite Wochenende verbringt die Tochter beim Vater. So hat sie immer wieder Zeit, sich zu erholen und neue Kraft zu tanken.

Mit ihren Eltern pflegt Luisa eine enge Beziehung, sie sind täglich mehrmals in Kontakt. Ihre Eltern leben im gleichen Dorf. Luisa hat eine drei Jahre ältere Schwester und einen fünf Jahre jüngeren Bruder. Mit ihren Geschwistern hat sie weniger Kontakt. Luisa lebt ein bescheidenes, eher zurück gezogenes Leben. Ausser mit der Familie, den Grosseltern der Tochter, dem Kindsvater und einigen Freundinnen, pflegt sie wenig soziale Kontakte.

**Ärztliche Diagnose:** Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10:F60.32) sowie eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.1).  
Medikamente: Verschiedene Antidepressiva, Schlaf- und Beruhigungsmittel.

Luisa hat eine schwere Lebensgeschichte, sie wurde seit ihrem 3. bis zum 14./15. Lebensjahr vom Grossvater sexuell missbraucht. Die traumatischen Erlebnisse haben tiefe Spuren in ihrer Psyche hinterlassen. Neben immer wiederkehrenden Erinnerungen, Flashbacks, Alpträumen, ausgeprägten Schlafstörungen sowie Suizidgedanken, leidet die Patientin infolge der Missbrauchserfahrung vor allem unter einer starken Identitätsstörung im Sinne einer ausgeprägten und andauernden Instabilität der Selbstwahrnehmung.

**Biographische Bezüge:** „Eigentlich hätte ich ein Junge werden sollen. Mein Vater wünschte sich so sehr, dass ich ein Junge geworden wäre.“ Luisas Start ins Leben war nicht ganz einfach. Nach der Geburt musste sie, weil sie zu klein war, einen Monat lang in den Brutkasten. ihre Eltern waren alkohol- und nikotinabhängig. Die Mutter hatte mit Depressionen zu kämpfen. Gemäss Luisas Aussagen, hatte ihre Mutter grosse Schwierigkeiten damit, schwanger zu sein. Sie wollte eigentlich gar keine Kinder. Deshalb wurde Luisa während der frühen Kindheit mehrheitlich von der Grossmutter versorgt. Die Grossmutter war eine strenge, wenig einfühlsame Person. Luisas Eltern waren sehr mit sich selbst beschäftigt. Die Faktoren einer emotional und physisch ablehnenden und wenig resonierenden Mutter und die Enttäuschung des Vaters über das Geschlecht des Kindes förderten bei ihr wahrscheinlich die Entstehung einer „Daseinsscham“ (Tiedemann, 2013). Luisa berichtet, dass ihr Vater immer hohe Erwartungen an sie hatte. So musste sie zum Beispiel auf hohem Niveau skifahren, obwohl sie das nie wirklich selber wollte. Im Alter von 16 Jahren hat sie sich geweigert und mit dem Training aufgehört. Daraufhin hat ihr Vater lange nicht mehr mit ihr geredet. „Es war eine harte Kindheit, ich und meine Geschwister mussten viel arbeiten.“ Luisa hat das Gefühl, dass sie nur dann gesehen wurde, wenn sie eine sehr grosse Leistung zeigen konnte.

**Reflexion:** Luisa spricht das Thema, warum ihre Eltern den jahrelangen Missbrauch durch den Grossvater nicht bemerkt haben, nie direkt an. Diese Geschehnisse sind wahrscheinlich mit so viel Scham und Schmerz besetzt, dass sie sie verdrängen muss. Momentan ist sie, trotz den schwerwiegenden Erlebnissen ihrer Kindheit, eng mit ihren Eltern verbunden und pflegt, wie bereits erwähnt, täglichen Kontakt mit ihnen, insbesondere mit der Mutter. Diese ist in allem, was Luisa macht und entscheidet, involviert. Da Luisa über wenig Resilienz verfügt, kann sie nicht selbst entscheiden und braucht deren Zustimmung (Regression zur Wiederannäherungsphase, die Phase, in der dysfunktionale Scham entsteht). Das Verhalten der Mutter deutet auf Wiedergutmachungsversuche hin.

**1. bis 3. Sitzung:** Luisa kommt aufgestellt und scheinbar sehr motiviert zur ersten Therapiestunde. Im Erstgespräch berichtet sie, dass sie fast immer nur sehr schlecht schlafen könne. Deshalb sei sie tagsüber immer so angespannt und müde, obwohl sie innerlich irgendwie ständig nervös und aufgeregt sei. Sie ist sehr dünn und blass, und hat auffallend starke Augenringe. Ihr Körper weist einen hohen Muskeltonus auf, ihre Schultern sind hoch gezogen, der Atem gehalten. Mir kommt es vor, wie wenn sie jeden Moment bereit sein müsste, um weglaufen zu können. Dann gibt es wieder Momente während des Gesprächs, da sitzt sie in sich zusammen gesunken da, streicht sich mit der Hand über ihre Stirn und hält so ihre Augen bedeckt. Sie schaut mich kaum an und wenn sie mich doch einmal anschaut, dann nur ganz kurz, wenn ich ihr eine Frage stelle. Im Erstgespräch erzählt sie viel über die Konflikte mit dem Kindsvater und dass sie ihm nicht trauen könne. Sie hat das Gefühl, dass er die Tochter gegen sie aufbringt. „Immer wenn die Kleine bei ihm gewesen ist, sagt sie andauernd *Mami geh, Mami geh*“ (für eine zweieinhalbjährige ein normales Verhalten der Wiederannäherungsphase, Differenzierung von Selbst und Objekt). Luisa kann dem Vater ihrer Tochter nicht vertrauen und fühlt sich von ihm nicht ernst genommen.

**Nähe – Distanz – Übung:** Ich habe Luisa die Intention dieser Übung so erklärt, dass es darum geht herauszufinden, wieviel Nähe beziehungsweise Distanz sie braucht, um sich wohl und sicher zu fühlen, damit wir miteinander arbeiten können. Ich lasse ihr die Wahl, ob sie diese Übung lieber im Sitzen, Liegen oder im Stehen durchführen möchte. Sie wählt das Stehen. Bevor wir mit der Übung beginnen, mache ich Luisa darauf aufmerksam, dass sie jederzeit aussteigen kann, indem sie sich wieder hinsetzt (im Sinn von Sicherheit vermitteln). Insbesondere, wenn ich diese Übung das erste Mal mit einer Klientin mache, bleibe ich stehen und lasse die Klientin sich bewegen (die andere Variante, dass die Klientin still steht und ich mich bewege, kann rasch zur Überforderung führen). Luisa wählt zu Beginn der Übung die grösstmögliche Distanz. Sie benennt auf Distanz ein Gefühl von Verlassenheit und starker Unsicherheit und Angst, verbunden mit der Frage, was jetzt da genau abläuft. Sie beschreibt ihre Gedanken im Zusammenhang mit der Unsicherheit so, dass sie meine Haltung nicht wirklich einschätzen könne und Angst habe, ich könnte jeden Moment auf sie zuspringen und sie angreifen. Sie äussert grosse Mühe damit, angeschaut zu werden, und sagt „immer diese Schamgefühle“. Sie kommt näher, sogar ziemlich nahe, und äussert das Bedürfnis, mich zu umarmen. Sie schaut mich fragend an. Plötzlich verändert sich ihr Zustand, sie steht da wie erstarrt, schaut mich mit leblosen, starren Augen an, als ob sie durch mich hindurch blicken würde (Immobilisation, dorsal – vagal – parasympathische Reaktion des ANS bei traumatischer Scham). In diesem Moment wird mir kalt und schwindlig. Ich breche die Übung ab, indem ich Luisa auffordere, fest mit den Füssen gegen den Boden zu

stampfen und dabei durch den Raum zu laufen. Ich gehe mit ihr mit und stehe ihr als Hilfs-Ich zur Verfügung (direktive Anleitung aufgrund der Dissoziationssymptome). Nach einer kurzen Weile spüre ich wieder Wärme im ganzen Körper. Luisa macht weiter und stampft wie verrückt und immer stärker mit den Füßen auf den Boden. In der Gegenübertragung nehme ich eine ohnmächtige Wut wahr. Mit den Worten „jetzt ist es genug“, helfe ich ihr die Übung zu beenden. (Sie ist mit Hilfe der Therapeutin aus der Dissoziation heraus und ins Hier und Jetzt zurückgekommen).

**Reflexion:** Mir wurde nach der Nähe-Distanz-Übung klar, dass es sich bei Luisa um ein existenzielles Thema handeln musste. Gefühle sind zu bedrohlich und müssen durch Dissoziation abgespalten werden (Borderline). Trotzdem konnte sie auch immer wieder beschreiben, was passiert ist, die Veränderung benennen, was auf etwas mehr Ich – Stärke hindeutet (Narzissmus). Während der Nähe – Distanz – Übung gab es eine negative Übertragungssituation „mit einer unberechenbaren, unzuverlässigen Mutter.“ Ihre Bewegungen, die Körperhaltung und ihr Blickverhalten während des Gesprächs lassen eine Schamthematik vermuten (körperbezogene Schamsignale).

**5. Sitzung:** Luisa kommt ganz aufgewühlt zur Therapie. Sie habe ganz schlecht geschlafen und werde von Alpträumen geplagt. Luisa erzählt mir aus ihrem Traum.

Im Traum war ihr Körper überall geschwollen und schmerzte, sie fühlte sich wie gelähmt. Es gab viele eitrige Stellen am ganzen Körper. Im Traum habe sie ihren Grossvater gesehen, wie er ihre Tochter anschaute. Sie wollte ihre Tochter umarmen, aber konnte nicht, weil ihre Arme zu stark schmerzten. Aus diesem Grund hätte sie sie sich vor den Grossvater gestellt, damit dieser ihre Tochter nicht sieht. Genau in diesem Moment sei sie aufgewacht.

An diesem Abend erzählt mir Luisa das erste Mal über den jahrelangen Missbrauch durch den Grossvater, den Essstörungen und den Selbstverletzungen. Während sie erzählt, spüre ich eine starke Wut, gepaart mit einer tiefen Beschämung. Ich würdigte sie für ihre Offenheit und ihr Vertrauen und spiegelte ihr meine Wahrnehmungen. Luisa bestätigt ihre Beschämung über den Missbrauch und die Wut auf ihre Eltern, betont aber gleichzeitig, eine grosse Erleichterung zu spüren, mit mir darüber geredet zu haben. Ich frage sie, ob sie diese Erleichterung im Körper spüren könne. Sie äussert die Wahrnehmung, etwas leichter und tiefer atmen zu können.

Luisa meint, dass der Auslöser für diesen Traum mit ihrem Verdacht zu tun habe. Sie hegt die Sorge, dass ihre Tochter von einer Tante, der Schwester väterlicherseits, sexuell belästigt werde. Ihr ist aufgefallen, dass ihre Tochter, im Intimbereich immer ganz rot ist, wenn sie bei den Grosseltern väterlicherseits gewesen ist. Luisa macht sich grosse Sorgen, dass ihrer Tochter das Gleiche passieren könnte wie ihr damals als kleines Mädchen. Ich rate Luisa, zur Sicherheit einen Kinderarzt aufzusuchen.

**Reflexion:** Luisa konnte das Gefühl der Beschämung und Wut verbalisieren und musste es nicht abspalten. Ein möglicher Übertragungswunsch könnte die verständnisvolle, Sicherheit und Halt gebende Mutter sein. Ihre Offenheit zeigt, dass ich ihr einen sicheren Raum schaffen konnte und sie Vertrauen in mich gefunden hat.

**Diagnose:** Eine eindeutige Diagnose kann aufgrund der Symptomatik nicht gestellt werden. Die Schamreaktion deutet auf Narzissmus im Minderwert, die Dissoziation

und teilweise Abspaltung auf eine Borderline- Symptomatik hin. Die Kommunikation läuft über das Denken und über die Intuition als Hauptfunktion (Träume, Bilder). Über die Empfindung kann sich Luisa gut stabilisieren und regulieren (mit den Füßen stampfen). Das Fühlen ist noch bedrohlich, kann nur teilweise gehalten werden.

**Behandlungsziele:** Stabilisierung und Selbstregulierung durch den Aufbau von Ich-Kraft. Körperwahrnehmung und Körpergrenzen durch Arbeit an der Empfindung fördern. Entwicklung der Fähigkeit zur Abgrenzung nach Aussen gegenüber anderen Menschen (Objekte), nach Innen gegenüber Impulsen und Affekten. Erhöhung des Selbstwerts und der Selbstachtung durch einüben von Selbstfürsorge und erleben von Selbstwirksamkeit.

**Behandlungsplan:** Einrichten eines Notfallkoffers mit Struktur bildenden Übungen, um dadurch die Fähigkeit zur Selbstregulierung und Selbstwirksamkeit zu fördern.

*Bei Verwirrung, Ohnmacht, leere im Kopf:* 5,4,3,2,1, Übung s.Kap.8

*Bei Erstarrungs- oder Taubheitsempfinden:* mit Gegenständen arbeiten, Fusssohle gegen Noppenball drücken oder Noppenball/Stein/Holz mit der Hand drücken, Noppenball über die Beine/Rücken/Arme rollen. Füße gegen den Boden drücken oder mit den Füßen stampfen und dazu U tönen, während der Einatmung still stehen die Schultern heben und mit der Ausatmung die Schultern wieder nach hinten unten sinken lassen, die Ausatmung mit einem Seufzen begleiten. Mit den Armen und ganzem Körpereinsatz gegen die Wand drücken.

*Bei Druck und Beklemmungsgefühl auf der Brust:* Lippenbremse, Ausatmen mit „SCH“ und gleichzeitig mit den Füßen stampfen. Mit dem Fuss gegen einen Noppenball/Stein drücken und in der Ausatmung ein „SCH“ tönen.

*Bei Unruhe, Erregung und innerer Anspannung:* kaltes Wasser über die Hände, Arme oder Füße laufen lassen. Achtsamkeit durch Sinneswahrnehmung, s. Kap. 8.

Aktivierung und Aufbau von Ressourcen durch Erarbeiten eines imaginären, in der Körperempfindung verankerten, sicheren Ortes. Durch Vorarbeit an der Empfindung und durch Erlangen von mehr Stabilität, kann, orientiert am Wohlgefühl, ein sicherer Ort gewählt werden. Als sicherer Ort kann ein Bereich im Körper gewählt werden. Ist der Körper als sicherer Ort noch zu bedrohlich, kann auch ein Ort im Aussen dafür gewählt werden: ein Tier, ein Baum, ein Stein, ein Ort in der Natur, u.a.

Erkennen von Bedürfnissen durch die Arbeit am Widerstand. Eigene Bedürfnisse selbstfürsorglich anerkennen und respektieren. Das Pendeln von der Ressource zum Widerstand.

Ein Beispiel: Die Klientin stösst mit der Fusssohlen solange gegen die Hand der Therapeutin, wie sie den Widerstand gut halten kann, dann kehrt sie wieder zurück in die Ausgangsposition (in Sicherheit, die Ressource, zurück). Schritt für Schritt können so unterdrückte Gefühle und Bedürfnisse zum Ausdruck kommen und anerkannt werden.

Durch Erfahrungen der Selbstwirksamkeit entwickeln sich ein adäquater Selbstwert und mehr Selbstachtung. Situationen aus dem Alltag können im therapeutischen Setting in Form von Rollenspielen erprobt werden und dadurch das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten gefunden werden.

**6. - 12. Sitzung:** Während den nächsten Sitzungen erarbeite ich mit Luisa Notfall-Übungen. Es hilf ihr, sich über Zwischenobjekte zu strukturieren und dadurch Impulse und Affekte zu regulieren. Sie arbeitet sehr gerne mit den Füßen: die Füße gegen den Boden zu stampfen, mit den Fusssohlen über ein Noppenball zu rollen oder ihn mit den Füßen zu drücken, aber auch kaltes Wasser über die Füße laufen zu lassen. Atemübungen, bei denen der Atem geführt wird, wie die Lippenbremse, Ausatmen mit „SCH“, u.a. helfen ihr, sich zu beruhigen. Es dauert 5 Sitzungen bis Luisa die Notfall-Übungen gut gelernt hat und im Alltag erfolgreich einsetzen kann. Die Therapeutin würdigt ihren Einsatz und bestärkt sie damit in ihren Bestrebungen nach Selbstwirksamkeit.

**10. - 15. Sitzung:** Während der folgenden Zeit werden die Betreuung und das Umfeld in Bezug auf die Erziehung und Betreuung der Tochter zum ständigen Thema. Luisa kommt in der Betreuung ihrer Tochter immer wieder an ihre Grenzen. Einerseits verausgabt sie sich, indem sie alles Mögliche macht, um ihrer Tochter eine gute Mutter zu sein, andererseits verliert sie dabei so viel Energie, dass sie sich wiederum kaum um die Tochter kümmern kann. „Manchmal, wenn ich mit meiner Tochter zusammen bin, spüre ich mich kaum.“ Luisa äussert ihre Beschämung darüber, keine gute Mutter zu sein. Momentan sei sie so verzweifelt, müde und erschöpft. Sie spüre eine innere Leere gepaart mit Trauer. Sie wisse nicht, was los sei mit ihr, am liebsten würde sie ihre Tochter für drei Wochen abgeben. Der Kindsvater verhalte sich seinem Kind gegenüber gleichgültig. Die Tochter sei immer so hyperaktiv, wenn sie übers Wochenende beim Vater war. Aus diesem Grund möchte Luisa ein Gespräch mit allen Beteiligten organisieren. Mittlerweile holt sie sich für die Erziehung Hilfe und Unterstützung von einem Kinderpsychologen. Die Kinderärztin konnte Luisas Verdacht, ihre Tochter sei sexuell missbraucht worden, zum Glück nicht bestätigen. Sie berichtet, dass sie so erschöpft sei, dass es ihr mittlerweile nicht mehr gelingt, den Notfallkoffer im Alltag einzusetzen. Obwohl sie oft tagelang alleine ist und eigentlich genügend Zeit hätte für die Übungen, kann sie sich nicht dazu motivieren. Wir treffen die Vereinbarung, dass sie einmal pro Tag nach draussen spazieren geht und zweimal am Tag eine Übung anwendet (Struktur gibt Halt und Orientierung). Luisa äussert nun den Wunsch, einmal auf der Liege behandelt zu werden. Sie meint, dann könne sie sich vielleicht etwas entspannen. Bevor sie sich auf die Liege legt, vereinbare ich mit ihr ein STOP - Zeichen (rechte Hand heben). Ich erkläre Luisa die Methode der Arbeit mit dem gläsernen Kopf (Therapeutin vermittelt Sicherheit, indem sie ihre Bewegungen und Wahrnehmungen verbalisiert). Sie legt sich auf den Rücken. Ich setzte mich in die Nähe ihrer Füße und behandle die Füße. Luisa äussert ein Wohlbefinden bis zu den Unterschenkeln. Sobald ich jedoch weiter zu den Oberschenkeln gehen möchte, macht sie das STOP - Zeichen (Ich-Kraft, die in ihrem Fall nicht selbstverständlich ist). Ich spüre, wie meine Arme ganz schwer und unbeweglich werden und ein Gefühl tiefer Scham auftaucht. Aus einem Impuls heraus frage ich sie, ob sie sich auf den Bauch drehen möchte, was sie sogleich tut. Luisa dreht sich auf den Bauch. Ich behandle ihre Füße und die Unterschenkel mit kreisenden Bewegungen, was sie als sehr wohltuend empfindet. In der Nachbesprechung berichtet sie, dass sie sich geschämt habe, so da zu liegen und von mir angeschaut zu werden. Auf dem Bauch liegend sei das Schamgefühl verschwunden und sie habe sich wohl gefühlt. Ich frage Luisa, ob sie eine Erinnerung daran hat, wann und in welchem Zusammenhang das Schamgefühl erstmals aufgetaucht sei. Sie meint, dass sie sich andauernd schäme. Sie fühle sich dann so schmutzig und schlecht.

**Reflexion:** Während der ganzen Therapiestunde bemerke ich bei mir eine mehr oder weniger starke Hemmung, Luisa anzuschauen. Ganz ausgeprägt empfinde ich diese Hemmung, als Luisa auf dem Rücken liegt und ich ihre Füße behandle. Auch als sie auf dem Bauch liegt, kann ich sie fast nicht anschauen. Es entsteht bei mir das Bild (intuitive und gefühlsmässige Resonanz) einer tiefen, offenen und verletzlichen Wunde und ein Gefühl starker Bedrohung. Ich spiegle nonverbal über meine Hände meine tiefe Betroffenheit, indem ich ihre Füße behutsam zwischen meinen Händen halte, im Bewusstsein einer Schutz und Sicherheit spendenden Mutter und würdige gleichzeitig ihr Vertrauen, sich mir so zu zeigen. Dank einer vertrauensvollen Beziehung und einem sicheren Raum konnte Luisa sich öffnen. Mir wird klar, dass ich noch lange mit Luisa an der Stabilisierung und am Aufbau der Ich – Kraft arbeiten werde, also an den Ressourcen, bevor Gefühle angesprochen werden können.

**20. - 30. Sitzung:** Luisa ist immer sehr erschöpft und müde, wenn sie zur Therapie kommt. Sie klagt über starke Rückenschmerzen. Sie sitzt mir gegenüber mit gesenktem Kopf, in sich zusammen gesunken und schaut mich während des Gesprächs kaum an. Einmal hat sie im Gesicht überall Kratzer, wie wenn sie von einer Katze gekratzt worden wäre. Luisa sagt zunächst nichts. Erst als ich sie darauf anspreche, erzählt sie, dass ihre Tochter sie manchmal im Gesicht kratze. Ihr Kommentar dazu: „Ach sie kratzt halt, wenn sie wütend ist“. Luisa berichtet, dass sie mit ihrer Tochter völlig überfordert sei. Sie getraue sich aber nicht etwas zu sagen, weil sie Angst habe, man würde ihr dann die Tochter entziehen. Luisa äussert die Befürchtung, nicht genügend an sich arbeiten zu können, weil sie so viel Energie und Kraft für die Erziehung der Tochter braucht. Sie berichtet, dass sie sich nicht mehr spürt, wenn es mit der Betreuung der Tochter anstrengend wird. Luisa lässt ihre Tochter dann stundenlang fernsehen. Wir besprechen zusammen, wie sie auf das Verhalten ihrer Tochter reagieren kann und wie sie sich selbst darin begleiten kann, ohne zu dissoziieren. Zum Beispiel die Tochter beim Üben mitmachen lassen oder einander die Füsse massieren, eine Geschichte erzählen und mit ihr kuscheln. Drei Wochen lang gelingt es Luisa, das Besprochene gut im Alltag umzusetzen. Kurze Zeit später geht es ihr wieder schlechter. Sie teilt mir mit, dass es ihr nach der Stunde bei mir immer gut geht. Aber zuhause kann sie sich nicht dazu motivieren, das Geübte umzusetzen. In der Gegenübertragung spüre ich Ärger und Ungeduld (gehe nicht darauf ein). Auf mein Angebot, dass sie zweimal in der Woche für jeweils eine halbe Stunde, anstatt nur einmal in der Woche für eine ganze Stunde, in die Therapie kommen könnte, will sie nicht eingehen. Etwas geniert eröffnet sie mir nun auch dass sie grosse Probleme mit der Ernährung hat: Sie isst wenig, sehr unregelmässig und trinkt nicht genügend. Sie kann nicht mit einem vollen Bauch umgehen. Wenn sie einmal etwas mehr isst, nimmt sie Abführtropfen. Sie schämt sich für das, was sie macht und möchte es ändern. In der Gegenübertragung spüre ich eine starke Anspannung im unteren Bauchbereich. Ich spiegle Luisa meine Gegenübertragung, welche sie mir bestätigt. Sie erinnert sich, dass sie als kleines Mädchen oft Bauchschmerzen bekam, wenn sie das Gefühl hatte, nicht zu genügen und sich dafür schämte. Sie äussert spontan den Wunsch, dass sie die kleine Luisa am liebsten in den Arm nehmen möchte (Impuls, Intuition). Ich mache ihr den Vorschlag, sich einen Gegenstand im Praxisraum auszusuchen. Sie wählt ein grosses Kissen und legt es sich auf den Bauch (Zwischenobjekt). So kann sie sich auf das imaginative Bild der kleinen Luisa einlassen und sie sogar in den Arm nehmen. Die Intention meines Vorgehens beinhaltet, den Kontakt mit dem Schmerz, und mit der Verletzung der kleinen Luisa aufzunehmen, das Gefühl anzunehmen,

anzuerkennen und zu integrieren (an das Selbst anbinden, im Sinne einer Rehabilitationsleistung).

Beim Verabschieden umarmt mich Luisa und bedankt sich herzlich. Leider wird dies unsere letzte Therapiestunde bleiben.

**Reflexion:** Ein kleines Kind braucht viel Aufmerksamkeit. Luisa ist durch die traumatischen Erlebnisse ihrer Kindheit stark belastet. Die Betreuung ihrer zweieinhalbjährigen Tochter bedeutet für sie eine grosse Herausforderung. Trotz der schwierigen Umstände lässt sie sich auf die Therapie ein und macht bemerkenswerte Fortschritte. Luisa kann die Beziehung zu mir aufrechterhalten. Sie hat nun in der Therapiestunde genügend Ressourcen zur Verfügung und kann ihre Scham mittlerweile erkennen und annehmen. Die Aufarbeitung dieses Themas erfordert sehr viel Zeit und Geduld.

**Abschluss:** Luisa teilt mir mit, dass ihre Krankenkasse die Atemtherapie bei mir nicht mehr bezahlen will. Daraufhin habe ich ihrer Krankenkasse zweimal einen Bericht geschrieben und eine Verlängerung der Therapie beantragt. Leider ohne Erfolg. Sogar ein Bericht ihrer Psychiaterin, in dem diese ausdrücklich für eine Weiterführung der Therapie bei mir einsteht, zeigt keine Wirkung. Da Luisa auf Sozialhilfe angewiesen ist, kann sie die Therapiestunden nicht selber finanzieren. Aus diesem Grund blieb ihr keine andere Wahl, als die Therapie bei mir abubrechen. Zwei Wochen später musste Luisa wieder zur stationären Behandlung in die Psychiatrie. Sie schreibt mir hin und wieder und erzählt, wie es ihr geht. Sie vermisst unsere Zusammenarbeit sehr. Leider ist es heute oft eine Realität, dass unsere Arbeit von den Krankenkassen nicht anerkannt wird.

**Anmerkung:** Das zweite Fallbeispiel wird nicht veröffentlicht.

## 10 Schlussfolgerungen/Diskussion

In dieser Arbeit wollte ich mir mehr Wissen und dadurch mehr Kompetenz in der Behandlung von Menschen mit einer Schamthematik und im Umgang mit dieser Emotion aneignen. Es war sehr spannend zu recherchieren, was Scham überhaupt ist und wie sie entsteht und zu erfahren, welchen prägenden Einfluss die erste frühkindliche Beziehung auf die Entwicklung und Manifestation der Schamdynamik haben kann. Sehr gefreut habe ich mich über Forschungsergebnisse aus der Neuropsychologie, welche aufweisen, dass unser Gehirn eine hohe Plastizität besitzt und sich, vorausgesetzt es herrschen gute Bedingungen, ständig umformen kann.

Menschen sind bereit, viel dafür zu tun, um die Scham nicht spüren zu müssen. Sie isolieren sich, arbeiten sich zu Tode oder sie versuchen, dem Schmerz mit süchtigem oder selbstschädigendem Verhalten zu entfliehen. Nun kann ich mit dem Wissen, dass Scham präverbal entsteht und eng mit der Entwicklung des Selbstwerts verbunden ist, die von mir gestellte Eingangsfrage, „warum es Menschen gibt, die mehr mit Scham zu kämpfen haben als andere“, nahezu beantworten. Die Ursache für die Entstehung einer dysfunktionalen Scham liegt in der frühen Kindheit. Entsprechend seiner Bindungs- resp. Schamerfahrungen wird ein Mensch im späteren Leben ganz unterschiedlich mit diesem Thema konfrontiert sein.

Eine auf Leistung orientierte Gesellschaft erwartet ein stabiles, starkes und selbstbewusstes Ich. Der Weg, eine dysfunktionale Scham umzuwandeln, führt über

das Erkennen und Anerkennen dieser Emotion. Dafür ist meiner Meinung nach die .Atem Körperpsychotherapie eine hervorragende Methode. Ihre Stärke liegt ausserdem insbesondere in der Körperwahrnehmung, in der Affektregulation und in der Wahrnehmung und Erfahrung der eigenen Grenzen. Beispielsweise beim Üben: zu merken, wann es zu viel wird, d.h. ein Arm oder ein Bein zu schwer, eine Haltung zu anstrengend wird und das Ausführen der Übung somit unangenehm wird. In der Atem Körperpsychotherapie läuft der Zugang zu den Emotionen über den Körper und den Atem. Deshalb besteht bei der AKPT die hohe Wahrscheinlichkeit, dass präverbale, verkörperte Verletzungen, wie beispielsweise die traumatischen Scham, umgewandelt und geheilt werden können.

Abschliessen möchte ich mit einer Aussage, welche Daniel Hell (Psychiater u. Autor) in einem Interview gegenüber der NZZ gemacht hat:

Ich habe andere Patienten als noch vor dreissig oder vierzig Jahren. Sie fühlen sich weniger herumkommandiert und kritisiert, dafür häufiger beschämt und gekränkt. Sie haben vermehrt Selbstwertprobleme. Manche sagen: Ich bin überfordert, ich bin gescheitert. Überspielte Scham spielt eine riesige Rolle. Kurz: Die depressive Problematik hat sich verändert, weg von der Schuld, hin zur Scham (Hell, 2015 S. 6).

## 11 Literaturverzeichnis

Bauer, J. (2009). Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone (Bd. 61501, 12. Aufl). München: Heyne.

Bischof S. (2012a). Skript Verletzung, Wut, Krise, Version v. 28. 5. 2012, überarbeitet 18.05.2014. am 24.01.2015 auf [http://www.atempsychotherapie.de/files\\_common/main.php?page=653&lg=d](http://www.atempsychotherapie.de/files_common/main.php?page=653&lg=d)

Bischof S. (2009a). Skript Beziehungsarbeit, Version v. 23.01.2009  
Gefunden am 31.01.2015  
[http://www.atempsychotherapie.de/files\\_common/documents/module\\_ea/beziehungsarbeit.pdf](http://www.atempsychotherapie.de/files_common/documents/module_ea/beziehungsarbeit.pdf)

Bischof S. (2003). Skript Diagnostik, Version v. 21.09.2014  
gefunden am 15.02.2015  
[http://www.atempsychotherapie.de/files\\_common/documents/module\\_ea/diagnoseerstgesprach.pdf](http://www.atempsychotherapie.de/files_common/documents/module_ea/diagnoseerstgesprach.pdf)

Bischof S. (2009b). Skript Atempsychotherapeutische Interventionen Version 19.05.2009  
gefunden am 16.03.2015  
[http://www.atempsychotherapie.de/files\\_common/documents/module\\_ea/diagnoseerstgesprach.pdf](http://www.atempsychotherapie.de/files_common/documents/module_ea/diagnoseerstgesprach.pdf)

Bischof S. (2012b). Skript Der Mensch im Feld des Atems Version v. 11.03.2012  
gefunden am 20.03.2015  
[http://www.atempsychotherapie.de/files\\_common/documents/module\\_ea/dermenschimfelddesatems.pdf](http://www.atempsychotherapie.de/files_common/documents/module_ea/dermenschimfelddesatems.pdf)

Bischof S. (2011). Skript Das "Mehrstufenkonzept" in der AKPT-Arbeit mit Borderline-Patienten Version 03.10.2011  
gefunden am 1.04.2015  
[http://www.atempsychotherapie.de/files\\_common/documents/module\\_ea/borderlinemehrstufenkonzept.pdf](http://www.atempsychotherapie.de/files_common/documents/module_ea/borderlinemehrstufenkonzept.pdf)

Bischof S. (2010a). Tabelle: Strukturniveau nach Maaz, Version 12.08.2010  
gefunden am 06.04.2015  
[http://www.atempsychotherapie.de/files\\_common/documents/module\\_ea/strukturniveaumaaz.pdf](http://www.atempsychotherapie.de/files_common/documents/module_ea/strukturniveaumaaz.pdf)

Bischof S. (2010b). Skript Atem und Meditation Version 20.01.2010 überarbeitet am 29.07.2012  
gefunden am 1.04.2015  
[http://www.atempsychotherapie.de/files\\_common/documents/module\\_ea/atemundmeditation.pdf](http://www.atempsychotherapie.de/files_common/documents/module_ea/atemundmeditation.pdf)

Bild: Baby's First Caress, Mary Cassatt (1890). gefunden auf:  
<http://underthegables.blogspot.ch/2010/02/mary-cassatt-studies-in-mothers-and.html>

Bild Gehirnhälften gefunden 21.03. 2015  
Mentaltraining - AKTIVZONE by Weissenböck  
Quelle: <http://www.aktivzone.at/mentaltraining/>

Cozolino, L. J. (2007). *Die Neurobiologie menschlicher Beziehungen*. Kirchzarten bei Freiburg: VAK Verl.-GmbH.

Dr. med. Cornelia Dehner-Rau, Prof. Dr. Luise Reddemann. (2011). Gefühle besser verstehen. Wie sie entstehen ; was sie uns sagen ; wie sie uns stärken ; mit 31 Übungen bei belastenden Gefühlen (1. Aufl). Stuttgart: Trias.

Die drei Regulationsebenen des autonomen Kontaktsystems nach der polyvagalen Theorie von Stephen Porges. Gefunden am 26.03.2015 unter. <http://www.sonnenblick-zempin.de/avwf/avwf-erwachsene.html>

Das Herkunftswörterbuch. Etymologie der deutschen Sprache. (2013) (5. Aufl). Berlin: Bibliographisches Institut.

Entwicklungsmodell von M. Mahler gefunden am 20.03.2015 unter [http://de.wikipedia.org/wiki/Margaret\\_Mahler](http://de.wikipedia.org/wiki/Margaret_Mahler)

Günter H. Seidler. (2012). *Der Blick der Anderen. Eine Analyse der Scham* (3 // 3. Aufl). Stuttgart: Klett-Cotta.

Hell Daniel 2015. Interview mit Reto Hunziker. NZZ am Sonntag 29.03.2015 S.6.

Jens L. Tiedemann. (2010). *Die Scham, das Selbst und der Andere. Psychodynamik und Therapie von Schamkonflikten* (Orig.-Ausg). Gießen, Lahn: Psychosozial-Verlag.

Kast, V. (2014). *Die Tiefenpsychologie nach C.G.Jung. Eine praktische Orientierungshilfe*. Ostfildern: Patmos Verlag.

Lammers, C.-H. (2011). *Emotionsbezogene Psychotherapie. Grundlagen, Strategien und Techniken; mit ... 9 Tabellen* (2., vollständig überarb. und erw. Aufl). Stuttgart: Schattauer.

Léon Wurmser. (1998). *die Maske der Scham. Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten* (3. Aufl). Springer-Verlag Berlin Heidelberg:

Mahler, M. S., Bergman, A. & Pine, F. (2003). *Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation* (Bd. 6731, 18. Aufl). Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verl.

Marks, S. (2009, November): Scham – ein Thema für alle, die mit Menschen arbeiten. Vortrag am Zentrum für Lehre und Forschung, Universitätsspital Basel. Verfügbar unter: <http://www.psychosomatik-basel.ch/deutsch/bildung/dienstagmittagfortbildung/pdf/2009/marks03110-9v.pdf>

Marks, S. (2011). *Scham - die tabuisierte Emotion* (3. überarbeitete Neuauflage // 3. Aufl., überarb. Neuauflg). Düsseldorf: Patmos.

Marlock, G. & Weiss, H. (Hrsg.). (2007). *Handbuch der Körperpsychotherapie. Mit 3 Tabellen* (1., korrigierter Nachdr). Stuttgart [u.a.]: Schattauer.

Martin Dornes. (2011). *der kompetente Säugling. die präverbale Entwicklung des Menschen* (13. Aufl.): Fischer Taschenbuch Verlag.

Micha Hilgers & Hilgers, M. (2012). *Scham. Gesichter eines Affekts* (4. Aufl.). [s.l.]: Vandenhoeck & Ruprecht.

Saint-Exupéry, A. d. (2010). *Der kleine Prinz* (Neue Ausg., 17. Aufl., 889. - 914. Tsd). Düsseldorf: Rauch.

Scheck, S. (2014). *Das stufenmodell von erik h. erikson*. [S.l.]: Bachelor + Master Publish.

Schore, A. N. (2007). *Affektregulation und die Reorganisation des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Schore, A. N. (2012). *Schaltstellen der Entwicklung. Eine Einführung in die Theorie der Affektregulation mit seinen zentralen Texten*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Stern, D. N., Krage, W. & Vorspohl, E. (2010). *Die Lebenserfahrung des Säuglings. Mit einer neuen Einleitung des Autors* (10. Aufl). Stuttgart: Klett-Cotta.

Tiedemann, J. L. (2013). *Scham* (Bd. 7, Orig.-Ausg). Giessen: Psychosozial-Verl.

5,4,3,2,1, Übung gefunden am 3.4.2015 unter. [http://www.opferhilfe-berlin.de/downloads/54321\\_uebung.pdf](http://www.opferhilfe-berlin.de/downloads/54321_uebung.pdf)

**Autorenerklärung**

„Hiermit erkläre an Eides Statt, dass ich diese Abschlussarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet und die den benutzten Quellen und/oder Abbildungen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Brigitte Obrecht betreute mich als Mentorin.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Diplomarbeit öffentlich einsehbar ist und der wissenschaftlichen Forschung zur Verfügung steht.

*Kanz, 30. März 2016*

---

Ort, Datum

*Patricia Candinas*

---

Vorname, Name