

Scham - behandlingstechnische Aspekte

Dipl.-Psych. Micha Hilgers, Aachen

Vorlesung, 16. - 20. April 2007, im Rahmen der
57. Lindauer Psychotherapiewochen 2007 (www.Lptw.de)

Vortragsthemen - Gliederung

MONTAG, 16.04.2007

- Die Gruppe der Schamaffekte
- Scham im klinischen Alltag I
- Probatorische Sitzungen, Indikation und Behandlungsbeginn
- Schamkonflikte in Erstkontakten
- Inflationäre Selbstöffnungen versus Selbstverschlossenheit

DIENSTAG, 17.04.2007

- Scham im klinischen Alltag I
- Vorbereitung, Aufklärung und Transparenz
- Indikation
- Risiken und Nebenwirkungen
- Die Rolle der Angehörigen
- Angehörige bei Einzelbehandlungen
- Kinder als Angehörige

MITTWOCH, 18.04.2007

- Sekundäre Scham bei schweren Störungen
- Exemplarische Schamkonflikte bei Borderline-Patienten
- Gegenübertragungsscham bei der Behandlung von Borderline-Patienten
- Technischer Umgang mit Schamkonflikten I
- Psychotherapeutische Behandlung als dosierte Abfolge maßvoller Schamerlebnisse
- Setting: Couch oder Sitzen?

DONNERSTAG, 19.04.2007

- Technischer Umgang mit Schamkonflikten II
- Negative therapeutische Reaktion als Folge von Schamkonflikten
- Iatrogene Schamquellen
- Antwort oder Spiegel?

FREITAG, 20.04.2007

- Schamkonflikte in Übertragung und Gegenübertragung
- Sexualisierung und erotische Übertragungsbeziehungen
- Das Geschenk in der Psychotherapie
- Typische Schamszenen in der Gegenübertragung

Die Gruppe der Schamaffekte

1. Existentielle Scham:

- a. Das Gefühl, als Person grundsätzlich unerwünscht oder mit einem Makel behaftet zu sein (zum Beispiel bei ungewollten Kindern oder Kindern, die nach Wunsch der Eltern ein anderes Geschlecht hätten haben sollen). Hierzu zählen auch Schamgefühle, die sich auf die eigene Körperlichkeit beziehen, wenn diese grundsätzlich negativ oder makelbehaftet erlebt wird.
- b. Das grundsätzliche Gefühl, nicht wahrgenommen zu werden, wie nicht existent zu sein (zum Beispiel, wenn Eltern alle möglichen Selbstäußerungen - verbal wie nonverbal ignorieren - und sich damit verhalten, als sei das Kind nicht existent).

2. Kompetenzscham,

die bei abbrechenden Kompetenzerfahrungen und (öffentlich sichtbaren) Misserfolgen oder Kontrollverlusten der Ich-Funktionen (zum Beispiel bei Erwachsenen Weinen, Schreien) entsteht.

3. Intimitätsscham,

die bei Verletzung der Selbst- und Intimitätsgrenzen wirksam wird, also bei Übergriffen oder dem plötzlichen Sichtbarwerden von Selbstanteilen, die eigentlich verborgen bleiben sollten. Hierzu zählen auch Verlegenheit oder Scham, wenn ungewollt eigene Körperlichkeit sichtbar wird, die jedoch nicht - wie bei existentieller Scham - grundsätzlich negativ erlebt wird, sondern nur situativ (so) nicht gezeigt werden soll.

4. Schande.

Scham, die bei aktiver Demütigung von außen erlebt wird (z.B. Folter). Der Verlust der Würde oder des Gesichts eines einzelnen oder einer Gruppe oder Großgruppe (religiöser Gemeinschaft, Ethnie oder sozialer Schicht) beschädigt das Gefühl der Würde und Integrität.

5. Idealitätsscham:

- a. Scham, die eine Diskrepanz zwischen Selbst und Ideal anzeigt.
- b. Scham, die sich auf schuldhaftes Handeln bezieht. Der Betroffene empfindet nicht nur Schuldgefühle, sich nicht korrekt verhalten zu haben, sondern schämt sich auch, dass er sich überhaupt in einer gegebenen Situation schuldhaft verhielt („dass ausgerechnet mir das passiert“). Häufig bezieht sich dann die Scham auf eine Diskrepanz zwischen Ich-Ideal und Selbst

6. Scham, die die eigene Abhängigkeit in Beziehung zu anderen oder umgekehrt das Herausfallen aus Beziehungen, die eigentlich gewünscht sind, anzeigt.

Verliebtheit oder unerwiderte Liebe wie auch die Verehrung oder empfundene Abhängigkeit von subjektiv bedeutsamen Personen sind zum Beispiel Auslöser solcher Schamerlebnisse.

7. Ödipale Scham.

Das Gefühl, ausgeschlossener Dritter, zu klein oder zu minderwertig zu sein, nicht dazu zugehören oder aktiv ausgeschlossen zu werden. Hierzu zählt auch der andauernde Eindruck Erwachsener, doch irgendwie kleiner, jünger und weniger kompetent als andere aus der Bezugsgruppe zu sein.

8. Scham-Schuld-Dilemmata.

Widersprüchliche Über-Ich-Forderungen führen zu einem unlösbaren intrasystemischen Konflikt bei dem entweder Schuld oder Scham gefühlt wird. Zum Beispiel angesichts einer bevorstehenden Abschlussprüfung: Nicht-Bestehen bedeutet Scham gegenüber eigenen Ansprüchen und Idealen, Bestehen Schuld gegenüber Eltern, die aus einfachen Verhältnissen stammend, sich gegenüber Akademikern unterlegen fühlen (Scham) und mit Ressentiments reagieren und von denen man sich durch den Prüfungserfolg ablöst (Trennungsschuld).

Scham im klinischen Alltag I

Schamkonflikte begleiten Selbstentwicklung und Selbstaktualisierung lebenslang. Die verschiedenen Empfindungen aus der Gruppe der Schamaffekte wie Verlegenheit, Scham gegenüber Idealen oder Scham zum Schutz der Intimität regulieren das Selbst in seiner Beziehung zu sich und den anderen. Schamaffekten kommt daher an sich keine pathologische Bedeutung zu: Psychopathologisch sind hingegen gänzlich Fehlen oder Hypertrophie einzelner Schamaffekte. Bei zahlreichen psychischen Störungen spielen Schamkonflikte eine primäre Rolle. Umgekehrt löst die Realisierung von krankheitswertigen psychischen Symptomen sekundär ebenfalls häufig Scham aus, zum Beispiel mit dem Ziel, die Symptome vor sich und anderen zu verbergen. Dies gilt zum Beispiel für Borderline-Patienten, die Selbstverletzungen, Essstörungen oder Impulsdurchbrüche oft sehr schamhaft erleben. Auch körperliche Erkrankungen, wie zum Beispiel Hauterkrankungen, Krebs und die Begleiterscheinungen einer Chemotherapie, AIDS oder eine beginnende Demenz können von massiven Schamerlebnissen begleitet werden.

Es gibt demnach keine Schamkrankheiten im eigentlichen Sinne, vielmehr besitzt beinahe jede Psychopathologie eine ihr eigene Schamdynamik - ganz ähnlich der Angstkomponente, die mit wenigen Ausnahmen jede psychische Störung begleitet. Daher geht es um die Untersuchung der speziellen Schamdynamik psychischer Störungen bzw. der bestimmten Behandlungssituationen oder Settings immanenten Schamdynamik.

Probatorische Sitzungen, Indikation und Behandlungsbeginn

Die Inanspruchnahme psychotherapeutischer oder psychiatrischer Hilfe stellt in der Regel an sich schon eine erhebliche Schamquelle dar. Abhängigkeits- und Inkompetenzscham werden ausgelöst, da wesentliche Lebensbereiche offenbar nicht allein bewältigt werden können.

Scham entsteht gegenüber eigenen Idealen, da häufig ein komplexes System innerer Wertvorstellungen über das Selbst verletzt ist. Erfolgt stationäre Aufnahme, so wird die ausgelöste Scham meist noch erheblicher sein. Ähnliches gilt oft auch für die Einnahme von Psychopharmaka. Widerstände gegen eine psychopharmakologische Medikation gründen nicht selten auf der Befürchtung, „nicht mehr ohne zu können“ (Kompetenz- und/oder Abhängigkeitsscham) oder nicht mehr man selbst zu sein (Selbstscham).

Neben dem Eingeständnis, allein nicht mehr oder nur sehr unbefriedigend zurechtzukommen, und den damit verbundenen Schamaffekten wird dieser »Makel« wenigstens gegenüber dem Interviewer, meist aber auch noch gegenüber Krankenkassen, Angehörigen, Kollegen oder einfach Straßenpassanten beim Betreten der Praxisräume plötzlich und unkontrolliert sichtbar. Viele Patienten geben gegenüber Angehörigen oder Arbeitgebern an, sie erhielten Bestrahlungen, Massagen oder andere langwierige Behandlungen oder sprechen bei stationären Behandlungen von einer Kur.

Schamkonflikte in Erstkontakten

Von Bedeutung für das Erstinterview ist nicht zuletzt die spezifische Art und Weise, wie der Patient mit Schamszenen umgeht. Dies gilt besonders für szenische Informationen, die ein Patient gibt (vgl. Argelander 1970). Ohne im einzelnen die besondere Schamproblematik des Erstkontakts explizit zu erwähnen, empfehlen zahlreiche Autoren für die Gestaltung des Erstinterviews und die dabei herzustellende Atmosphäre Maßnahmen mit schamreduzierendem Charakter. Dies betrifft nicht nur die allgemeine Empfehlung, eine Atmosphäre herzustellen, »...in welcher der Patient imstande ist, sich soweit zu öffnen, dass ihn der Therapeut verstehen kann...« (Thomä u. Kächele 1985, S. 184, vgl. auch Balint u. Balint 1961/1980), sondern auch geeignete Hinweise, um Transparenz zu schaffen.

Zum Beispiel dienen Mitteilungen am Telefon oder durch Mitarbeiter, wie lange das Erstinterview dauern wird (vgl. König 1994, S. 23), welchem Zweck es dient und ob gegebenenfalls weitere Gespräche folgen können, der Entwicklung realistischerer Einschätzungen des Patienten, die plötzlichen beschämenden Enttäuschungen entgegenwirken können.

Auch die bei stationären Aufnahmegesprächen wichtige Information, dass der Interviewer voraussichtlich nicht der spätere Therapeut sein wird, ermöglicht dem Patienten, sich zu orientieren und illusionäre Erwartungen nicht oder nicht weiter aufzubauen, so dass anschließende Desillusionierungen weniger schamauslösend sein werden. Außerdem verhilft der Hinweis dem Patienten dazu abzuwägen, welche Informationen er bereits jetzt und welche Details er eventuell erst seinem eigentlichen Behandler geben möchte. Reguliert der Patient dennoch seine Intimitätsgrenzen in für ihn destabilisierender Weise, etwa indem er zu viele intime Details von sich preisgibt, tut der Interviewer gut daran, den Patienten freundlich einzugrenzen, um nachfolgende Schamgefühle in Maßen zu halten.

Ähnliches gilt für das Vorbereitungsgespräch einer psychoanalytischen Kurzzeitherapie (Luborsky 1995, S. 49):

»In der psychoanalytischen Kurzzeitherapie kann eine geeignete Vorbereitung des Patienten auf die verabredete Psychotherapie das Behandlungsergebnis ganz entscheidend beeinflussen. Unmittelbar vor Behandlungsbeginn sollte der Therapeut - oder im Rahmen einer Klinik ein hierfür besonders geschulter Mitarbeiter - die Art der Psychotherapie mit dem Patienten näher besprechen und ihm angemessene Vorstellungen und Erwartungen über die Behandlung und über den Therapeuten vermitteln«.

Ich meine allerdings, dass diese Aufgabe unbedingt von dem die Therapie durchführenden Therapeuten selbst übernommen werden sollte und dass darüber hinaus diese Empfehlung für jede Psychotherapieform Gültigkeit hat.

Dennoch wird man als Interviewer mit allgemeinen wie spezifischen Schamverarbeitungsformen rechnen müssen. Manche Autoren (z.B. Zetzel 1970, Bird 1972, Mertens 1990) halten eine Unterscheidung in »falsche Übertragungen« oder Verhaltensweisen, die eher mit dem Erstinterviewcharakter erklärbar seien, und »richtigen Übertragungen«, die sich erst im weiteren Verlauf entwickelten, für angemessen. Diese Unterscheidung scheint mir theoretisch wie praktisch äußerst problematisch. Vielmehr hat man in der besonderen Situation eines Erstinterviews natürlich auch mit besonderen Übertragungs-)Reaktionen zu rechnen, die eine Mischung darstellen von allgemeinen sich entwickelnden Übertragungsbereitschaften gegenüber dem Interviewer und solchen, die speziell mit der Erstinterviewsituation zu tun haben.

Denn für viele Patienten stellt sich in der Bundesrepublik angesichts der mangelhaften psychotherapeutischen Versorgungslage die bange Frage, ob sie für eine Therapie überhaupt angenommen werden und mit welchen Wartezeiten sie unter Umständen zu rechnen haben. Zweifellos handelt es sich also bei den allgemeinen Rahmenbedingungen des Erstinterviews um zahlreiche potentiell schamauslösende Konditionen: Die Annäherung an ein interessantes und bedeutsames Gegenüber, das für den Patienten weitreichende Entscheidungen (mit)trifft, das Sich-Zeigen und das Sichtbarwerden unbewussten oder gehüteten Materials, das implizite Eingeständnis der Notwendigkeit fremder Hilfe und die damit verknüpfte Rechtfertigung vor sich und anderen führen zu intrapsychischen Spannungen, die sich leicht in skurrilen, aggressiven, sexualisierten oder anderen Verhaltensweisen entladen mögen.

Häufig zeigen sich Patienten im Erstinterview besonders aggressiv oder verschlossen, um sich eventuell mittels aggressiver Verhaltensweisen, gelegentlich auch durch offene Vorwürfe über Psychotherapie zu stabilisieren, indem sie im weitesten Sinn den Interviewer beschämen.

Beispiel:

Eine Studentin vereinbarte telefonisch einen Erstkontakt und wirkte dabei geordnet, klar und zugewandt. Zum Termin erschien sie 15 Minuten zu spät, ohne dafür etwa eine Erklärung abzugeben. Sie lehnte es ab, ihre Garderobe aufzuhängen und nahm auch zunächst nicht Platz. Im krassen Gegensatz zum Telefongespräch stellte sie nun den Sinn von Psychotherapie überhaupt in Frage und begann darüber zu sprechen, was alles an Negativem über Therapie im allgemeinen und Psychoanalyse im besonderen zu lesen und hören sei. Nach kurzer Zeit fühlte ich mich sehr aufgebracht und bemerkte den Impuls, mich gegen Abhängigkeit (mein Warten) und schlechte Behandlung zu wehren. Tatsächlich befand ich mich alsbald in einer heftigen aggressiven Auseinandersetzung mit der Patientin, ohne dass eine konstruktive Wende in Sicht gewesen wäre. Dabei kamen mir meine »Erziehungsmaßnahmen« reichlich idiotisch vor und ich ärgerte mich über mich selbst, bis ich bemerkte, dass ich mich jenseits allen Ärgers zunehmend meiner so offensichtlichen Unprofessionalität zu schämen begann. Das fiel mir besonders auf, weil mir kurz die unbehagliche Phantasie durch den Kopf ging, dass die Patientin ja vermutlich auch noch andere Vorgespräche vereinbart habe und sie bei dieser Gelegenheit erzählen könnte, „wie es beim Hilgers war“. Schließlich konfrontierte ich die Patientin damit, dass ich den Eindruck hätte, mich unversehens wie ein autoritärer Erzieher zu benehmen, und dass ich das mit einigem Erstaunen, Unbehagen und fast so etwas wie Scham an mir feststellen würde. Hierauf änderte sich die gesamte Atmosphäre schlagartig. Was nicht weiter verwundert ist, dass die Patientin meinen Eindruck von mir bestätigte und sich erkundigte, ob ich immer so wäre. Ich versicherte ihr, ich sei der Meinung, dass ich mich meist anders verhielte, und machte ihr den Vorschlag, gemeinsam zu überlegen, was es wohl mit dem Gesprächsverlauf auf sich hätte. Im Folgenden entwickelte sich ein konstruktives Gespräch, in dem die Patientin schnell auf ähnliche Situationen in ihrem Leben zu sprechen kam. Besonders auffällig war in diesem Zusammenhang, dass sich sowohl Vater wie Stiefvater der Patientin sehr despektierlich ihr gegenüber zu äußern pflegten und sich äußerst autoritär gebärdeten.

Die hier geschilderte Szene lässt sich im Nachhinein als projektive Identifizierung beschreiben. Die entscheidende Wende erfolgte durch mein Eingeständnis von Scham mir selbst und nachfolgend auch in Maßen der Patientin gegenüber. Später konnte die Patientin recht gut ihre eigene Scham über die Notwendigkeit einer Therapie schildern und ihre Empfindungen, als sie sich der Praxis näherte und zögerte zu klingeln, wieder wegging und schließlich wütend über sich und ihre Unfähigkeit doch noch klingelte. Diese Abfolge der Gefühle der Patientin entsprach verblüffend genau meinen oben geschilderten Gegenübertragungsempfindungen. Meine Bereitschaft, demgegenüber ein gewisses Ausmaß an Scham anzunehmen und - nach der chaotischen Eingangsphase - der Patientin dosiert zu präsentieren, ermöglichte eine radikale Verbesserung der Gesprächssituation und einen konstruktiven Umgang mit der von uns beiden szenisch dargestellten Schamproblematik. Diese ließ sich letztlich als Ausdruck innerer Konflikte der Patientin verstehen. Die Überlegungen unterstreichen den intersubjektiven Charakter psychoanalytischer Erkenntnis und die Bedeutung der Beziehung zwischen Analytiker und Patient als zentrales Thema für das Interview (Gill u.a. 1954).

Inflationäre Selbstöffnungen versus Selbstverschlossenheit

Neben Patienten mit Verhaltensweisen, die die reine Informationsgewinnung auf verbaler Ebene behindern und daher die Bedeutung szenischen Verstehens und der Bearbeitung der therapeutischen Beziehung von Anfang an deutlich machen, finden sich Patienten, die auf verbaler Ebene im Gegenteil besonders viel Material anzubieten bereit sind. Allerdings wird gerade deshalb die Relevanz des szenischen Materials allzu leicht übersehen. Dies betrifft solche Patientinnen und Patienten, die gelegentlich schon am Telefon, besonders aber beim ersten Gespräch von sich aus und ohne Berücksichtigung eigener Intimitätsgrenzen intime und sehr weitreichende Informationen geben. Beispielsweise neigen Patientinnen mit Missbrauchserfahrungen mitunter dazu, sehr schnell

auf den Missbrauch zu sprechen zu kommen. Im Gegensatz zu den vorgenannten Patienten scheinen sie dabei zunächst keinerlei Widerstände zu haben und liefern ausführliches Material. Die Erstinterviewszene tendiert damit szenisch zur Wiederholung des Missbrauchs, indem einerseits erneut Intimitätsgrenzen durch die Patientin selbst verletzt werden, andererseits aber auch der Interviewer ungefragt mit Material überhäuft wird und potentiell seinerseits eventuell Gefühle von Peinlichkeit oder Scham erlebt. Da die betreffenden Patientinnen im Zusammenhang mit den Missbrauchserfahrungen - besonders, wenn diese über lange Zeiträume anhielten - sozusagen ihre Selbst- und Intimitätsgrenzen suspendierten, um Schlimmeres zu vermeiden, stehen ihnen angemessene Schamgefühle, die dem Schutz dieser Grenzen dienen, häufig nicht zur Verfügung.

Es kommt daher zu einer heftigen und viel zu intensiven Annäherung im Erstinterview mit der Gefahr einer ebenso raschen und nachhaltigen Distanzierung, etwa durch Wegbleiben bei einem weiteren Termin. Gelingt es dem Interviewer nicht, die Szene zu thematisieren und dabei Hilfs-Ich-Funktionen zu übernehmen, indem dem Mitteilungsdrang Grenzen gesetzt werden, läuft man Gefahr, dass die oft nicht parallel, sondern nur sukzessiv erlebbaren Schamgefühle über die allzu große Nähe und die zwangsläufige Enttäuschung illusionärer Erwartungen ein weiteres Kommen unmöglich machen.

Der Interviewer tut in solchen Fällen gut daran, durch entsprechende Hinweise Patient wie Beziehung zu schützen: »Ich merke, dass es Ihnen ganz wichtig ist, mir möglichst viel zu berichten, dass Sie aber eventuell gar nicht darauf achten, ob wir das alles auch auf einmal bearbeiten können, und Sie eventuell nachher enttäuscht oder gekränkt sein könnten. Ich möchte Ihnen deshalb vorschlagen, hier einfach mal einen Punkt zu setzen, damit wir der Bedeutung dessen, was Sie mitgeteilt haben, gerecht werden können«. Tatsächlich schützt sich der Interviewer natürlich auch selbst gegen allzu heftige oder intimitätsverletzende Schamgefühle, die in ihm stellvertretend aufkommen mögen und mithin den Gesprächsverlauf eventuell negativ beeinflussen.

Was für ein psychoanalytisches Erstinterview gilt, ist auch für Initialsituationen in Gruppenpsychotherapien von Bedeutung, worauf Tschuschke (1993) aufmerksam macht (ich komme am Freitag darauf noch einmal ausführlicher zu sprechen). Auch hier ist der Gruppenleiter gefordert, durch Grenzsetzungen die Gruppe wie auch den betreffenden Patient zu schützen.

Schamaffekte führen zu unterschiedlichen Kompensationsversuchen, die - besonders wenn das Ausmaß der Scham hoch und ihre Quellen zahlreich sind - Symptomcharakter annehmen können. Erstarren oder logorrhöisches Reden, aggressives, sexualisiertes oder skurriles Gebaren können solche Abwehrversuche sein, die zunächst der Wiederherstellung und der Aufrechterhaltung des inneren Gleichgewichts, des Affekthaushalts und des Selbstwertgefühls dienen. Die Mitgestaltung der therapeutischen Beziehung mag dabei für den Patienten zunächst in den Hintergrund treten, was auf Seiten des Interviewers den Eindruck schwerer Pathologie hervorrufen kann. Dies mag sich im Nachhinein als zutreffend herausstellen. Im Hinblick auf mögliche stark interferierende Schamaffekte sind die von Thomä und Kächele (1985, S. 184) gegebenen Empfehlungen nützlich, inwieweit soziale Erwartungsdifferenzen den Gesprächsverlauf so und nicht anders gestalteten und welche situativen Bedingungen auf den Patienten solcherart eingewirkt haben könnten, dass entweder

- keine Beziehung zwischen Patient und Interviewer zustande kam oder diese rudimentär und fragil bis zum Ende des Gespräches blieb;
- Störungen der Beziehung oder erhebliche Symptome im Hier und Jetzt sichtbar wurden;
- Reinerlei Beziehung zwischen Hier und Jetzt und geschilderter Symptomatik beziehungsweise Anlass erkennbar wurde.

Wegen der Möglichkeit solcher maßgeblich das Geschehen bestimmender, eventuell aber unbewusst bleibender oder noch nicht besprechbarer Schamaffekte ist immer mit einer Verzerrung

der Erstinterviewsituation zu rechnen. Pointiert formuliert: Patienten können sich sehr verrückt geben, entweder weil sie es tatsächlich sind oder weil sie es sind, wenn sie von Schamgefühlen überschwemmt zu werden drohen. Und wie die oben geschilderte Fallvignette zeigt, gilt dies bisweilen auch für den Interviewer.

Allerdings ist immer damit zu rechnen, dass sich ein Patient angemessener verhält, als man zunächst glaubt. Steife Zurückhaltung seitens des Interviewers wird dann an sich zur Schamquelle, wenn sich der Patient adäquat verhält, der Behandler aber nicht.

Ein Mitte vierzigjähriger Patient vereinbart einen Erstkontakt. Er beginnt das Gespräch mit der Bemerkung, „Sie haben aber schöne Räume“. Ich bedanke mich freundlich für das Kompliment, weiß es aber nicht einzuschätzen: Will sich der Patient einschmeicheln? Ist dies der Beginn einer eventuell distanzlosen Annäherung? Im Laufe des Gespräches stellt sich heraus, dass der Patient Architekt ist. Damit ist seine erste Bemerkung eine Selbstmitteilung, die er aus seiner Kompetenz als Architekt heraus macht und zugleich der Versuch, Kontakt aufzunehmen, ohne sich selbst aufzugeben - also das Gegenteil von Distanzlosigkeit oder Einschmeicheln. Ein kühles und kommentarloses Zurkenntnisnehmen seiner Eingangsbemerkung hätte als massive beschämende Zurückweisung wirken können, die im Kontext dieses Patienten gänzlich unangemessen gewesen wäre. Allerdings hätte es auch ganz anders sein können, was ich vorab natürlich nicht wissen konnte. Indem ich mich bedankte, setzte ich mich späteren potentiellen Beschämungen aus, wenn sich beispielsweise herausgestellt hätte, dass ich mich für ein einschmeichelndes „Eingekauftwerden“ auch noch bedankte. Der Interviewer stellt demnach ein gewisses Maß an Schamtoleranz zur Verfügung, statt durch starres, angeblich klassisch psychoanalytisches Verhalten potentiellen Beschämungen auszuweichen. Solange die Situation offen ist, wie in einem beginnenden Erstinterview, darf man erwarten, dass es der Interviewer ist, der über mehr Schamtoleranz verfügt und daher nicht prophylaktisch seinen Patienten beschämt, um sich selbst vor Schamangst zu schützen.

Kaum Berücksichtigung fand bisher die Art und Weise, wie Kandidaten an psychoanalytischen Ausbildungsinstitutionen Aufnahme finden (oder nicht) und wie sehr diese Auslesesituation mit massiven Schamaffekten auf Seiten der potentiellen Kandidaten verknüpft ist. Für die Bewerber ist die Interviewsituation bei zwei oder drei verschiedenen Lehranalytikern existentiell bedeutsam. Eine Ablehnung kommt wegen der besonderen Qualität der Fragestellung nach der so genannten „persönlichen Eignung“ einer Entwertung und Zurückweisung der eigenen Person gleich. Die Bewerbungskandidaten werden daher wenig Renitenz zeigen und stattdessen möglichst bereitwillig über auch sehr persönliche - intime Dinge Auskunft geben. Intimitätsgrenzen sind auf diese Weise wenig geschützt - Quelle oft erheblicher und andauernder Schamkonflikte nach den Interviews. Die ängstigende und schambesetzte Initialsituation an psychoanalytischen Ausbildungsinstituten stellt nicht nur eine unreflektierte Schamquelle dar, sondern dient zugleich auch als „Einstimmung“ der Kandidaten gegenüber den ausbildenden Autoritäten, dem Umgang mit Aggression, Autonomie - und eben Scham. Immerhin verblüfft ja die langjährige Schamblindheit vieler Psychoanalytiker wie auch die Tatsache, dass Auseinandersetzungen in der Psychoanalyse häufig mit dem Mittel der Beschämung geführt werden (Broucek 1991). Langsame und den Intimitätsgrenzen von Interviewer und Interviewtem angemessene Annäherungsschritte dürften eher ein Zeugnis von der Eignung des künftigen Psychotherapeuten wie seiner Ausbilder ablegen.

Nach Abschluss probatorischer Sitzungen und der Ausbildung von Hypothesen über Konflikte und mögliche Fokussierungen in der Therapie stellt der Beginn jeder Sitzung erneut eine Initialsituation für den aktuellen Fokus der Stunde dar. Innerhalb des so genannten Ulmer Prozessmodells (Thomä u. Kächele 1985) bleibt offen, »...ob die nächste Sitzung eine Fortsetzung des Themas bringt oder ob aufgrund situativer Anregungen ein anderer Fokus belebt wird. In jeder Stunde entsteht unvermeidlich eine Situation der Entscheidung, wohin der Weg nun weitergehen soll. Der analytische Prozess lebt in der dialektischen Spannung, dass ›der Weg das Ziel ist‹ (v. Blarer u. Brogle 1983) und es gleichzeitig kein zielloses Wandern gibt« (S. 364).

In diesem Sinn plädieren Thomä und Kächele für »eine Konzeption des Prozesses als fortgesetzte, zeitlich nicht befristete Fokalthherapie mit sich qualitativ veränderndem Fokus«. Eine solche Vorstellung vom psychoanalytischen Prozess bringt eine stets wiederkehrende Verunsicherung für Patient wie Therapeut mit sich, die sich besonders zu Beginn jeder Stunde manifestiert. Worum geht es, was könnte das Thema der kommenden Stunde(n) sein? Zahlreiche Patienten spüren diese Herausforderung und fühlen sich bisweilen verlegen oder befangen angesichts der Verunsicherung, die sie (hoffentlich) mit ihrem Analytiker teilen. In diesem Sinn ist der Beginn jeder Sitzung potentiell eine mit Verlegenheit und Scham einhergehende Initialsituation, der sich beide Beteiligten in unterschiedlichem Ausmaß und mit unterschiedlicher Bewusstheit stellen können.

Manche Patienten neigen angesichts dieser Zumutung zu schnellem Benennen eines Themas, zum Rekurreren auf Umstände oder Begebenheiten oder bisweilen auch zu entlastenden Scharmützeln mit ihrem Therapeuten. Die Herausforderung, sich der Offenheit des Weges zu stellen und neugierig, verlegen, befangen, betreten oder schamvoll zu warten, bis sich eventuell Wegweiser ausmachen lassen, macht hypothesengeleitete flexible Psychoanalyse aus. Ähnliches gilt auch für den Beginn einer Gruppensitzung oder einer Teamsupervision:

Dementsprechend kommt dem respektvollen Umgang mit diesem Möglichkeitsraum und der vorsichtigen Hypothesenbildung über einen möglichen Fokus große Bedeutung zu, um unnötige Abwehrprozesse und Widerstände zu vermeiden. Vorzeitige und zu tiefe Interventionen bewirken eine Behinderung (noch) unbewusster kreativer Prozesse. Die sich häufig einstellende Spannung in Anfangssituationen stellt eine Herausforderung an die Spannungstoleranz von Patienten wie Analytiker dar. Die in ihr enthaltenen kreativen Potentiale bedürfen des Schutzes vor unkontrollierter Beschämung, Kontrolle oder Bemächtigung. Geißler (1989, S. 151) formuliert für pädagogische Arbeitszusammenhänge treffend: »Mit dieser vernünftigen Ratlosigkeit gilt es pädagogisch sinnvoll umzugehen, denn produktiv wird das Problem des Beginns dort angegangen, wo es nicht gelöst, d.h. nicht durch eine Lösung beseitigt wird«.

Scham im klinischen Alltag I

Vorbereitung, Aufklärung und Transparenz

Eine der banalsten, aber eventuell gerade deshalb auch wenig beachteten Schamquellen ist die mangelnde oder fehlerhafte Kenntnis des Patienten, „wie Psychotherapie eigentlich geht“. Mit Selbstverständlichkeit erwartet man, dass ein Chirurg vor der Operation ausführliche Informationen über die Operation, die Vorgehensweise, mögliche Komplikationen und alternative Therapievorschläge gibt. Angesichts der Aufregung des Patienten vor dem Eingriff werden diese Informationen in der Regel vermutlich nur mangelhaft verstanden. Im Unterschied zum Chirurgen jedoch kann jeder Psychotherapeut auch während seiner Interventionen mit dem Patienten über seine Hypothesen, sein Vorgehen oder den Zweck der Intervention sprechen. Dies nicht zu tun und vor allem, dem Patienten keine hilfreichen Erklärungen zu geben, wie Psychotherapie - ob es sich um psychoanalytische Verfahren oder Verhaltenstherapie handelt - funktioniert, belässt den Patienten in verunsicherndem Ungewissen, mit der schambesetzten Frage, ob er denn alles richtig mache oder sich eventuell total blamiere.

Der Hinweis psychoanalytischer Gralshüter, gerade dies sei nun der Beginn wichtiger Über-Ich-Übertragungen (der Patient überträgt oder projiziert seine innere Strenge auf den Behandler und fürchtet daher dessen strenges Urteil), die nicht durch Aufklärung gestört werden dürfe, ist abwegig: Tatsächlich wird man bei der vermuteten Über-Ich-Strenge ein Persistieren der Befürchtungen auch nach ausführlichen Erläuterungen finden weshalb es sich ja gerade um die übertragene Über-Ich-Rigidität handelt), bei Patienten mit mildem Über-Ich aber nicht. In beiden Fällen erreicht man durch Transparenz des Vorgehens diagnostische Klarheit und eine zielgerichtetere Form der Mitarbeit.

Die verbreitete Geheimniskrämerei vieler Behandler dürfte eine andere Ursache haben: Ein Psychotherapeut, der sein Vorgehen transparent macht, Hypothesen erklärt und Alternativen mit dem Patienten überlegt, gibt weniger Anlass zu überzogenen Idealisierungen, die im übrigen die Therapie eher erschweren. Allerdings muss in diesem Fall auch der Behandler fürchten sich zu „blamieren“, wenn er nämlich falsch liegt und dies für Patient wie Therapeut offensichtlich wird. Genau hierin besteht jedoch eine Chance im Umgang mit Kompetenzscham: Irrt sich nämlich der Therapeut, verwechselt lebensgeschichtliche Details oder kann der Patient ihn eines Besseren belehren, liefert der Behandler ein Modell (im Sinne verhaltenstherapeutischen Modelllernens) wie man mit mäßigen Schamszenen umgehen kann: „Sie haben mich ja jetzt bei einem dicken Hund erwischt und ich musste zugeben, dass ich daneben lag und ein bisschen beschämt war ich auch. Wie haben Sie mich dabei eigentlich erlebt?“ Im Anschluss an eine solche Intervention können hilfreiche Unterschiede zwischen dem Verhalten und Erleben des Patienten und des Therapeuten bei Schamszenen herausgearbeitet werden, um dem Patienten eventuelle Alternativen zu seinen bisherigen problematischen Schamverarbeitungen zu ermöglichen.

In dieser und vielen anderen Sequenzen erlebt der Patient den Kern aufdeckender, psychoanalytischer Therapieverfahren: Das Oszillieren zwischen Selbsterleben und Selbstdistanzierung (vgl. Broucek 1991). Patient und Therapeut (oder ggf. Gruppe) erleben etwas miteinander und überlegen dann, was sie eigentlich erlebt haben und ob es dazu alternative Verhaltensweisen gibt, die im Alltag anwendbar sind.

Beispiel:

Eine 45-jährige Lehrerin erzählt von einem offenbar erfreulich verlaufendem Klassenausflug, kommentiert ihre eigenen Äußerungen und ihr Verhalten jedoch ständig mit kurzen eingeschobenen

Entwertungen, wie „ist natürlich blöd“, oder „mal wieder typisch“. Der eigentlich erfolgreiche Ausflug führt daher nicht zu einer Verbesserung des Selbstwertgefühls, sondern nach ausreichend langer Schilderung (und Entwertung) eher zu seiner Verschlechterung. Unterbricht man die Patientin in ihrem Selbsterleben und weist sie auf die Entwertungen hin („da gibt es eine Stimme in ihnen, die ständig alles schlecht macht“), so wird sie sich in eine Position der Selbstdistanzierung begeben und beispielsweise mit einer Mischung aus Erstaunen und Betroffenheit einräumen, dass das eigentlich immer so sei. Wiederholen sich solche Therapiesequenzen, wird die Patientin voraussichtlich zweierlei lernen: Erstens wird sie auf die innere Strenge aufmerksam und damit überhaupt erst in die Lage versetzt, sich gegen die inneren Entwertungen zu empören. Und zweitens beginnt sie, eine Haltung einzunehmen, die zwischen Erleben und Erkunden abwechselt. Diese Fähigkeit des Wechsels zwischen Selbsterleben im Fluss der Ereignisse und Empfindungen einerseits und Selbstdistanzierung als Reflexion andererseits ist eine der wesentlichsten Voraussetzungen psychischer Gesundheit.

Dies lässt sich an zwei Störungsformen, die in dieser Hinsicht extrem auseinander liegen, illustrieren: Histrionische Patienten haben das Gefühl, „das Leben kommt von vorne“, sie taumeln förmlich durch ihr Leben, ohne jede Selbstreflexion fühlen sie sich den jeweiligen Katastrophen und Tagessensationen ausgeliefert, auf die sie scheinbar nur reagieren können: Das Selbst im Fluss des Erlebens und der Ereignisse gewinnt keinerlei Raum für Besinnung und distanzierte Selbstreflexion. Demgegenüber haben schizoide Menschen den Eindruck, neben sich zu stehen, keine Gefühle zu haben und mit sich und der Welt nicht in Kontakt zu sein. Sie sehen sich von außen, erleben Derealisations- und Depersonalisationserscheinungen, können aber nicht in unmittelbares emotionales Erleben eintauchen.

Zwischen diesen Extremen liegt die Fähigkeit flexiblen psychischen Funktionierens: Lustvolles wie schmerzliches Erleben wechselt ab mit Selbstreflexion. Die Möglichkeit, zwischen diesen beiden Seinsformen des Selbst hin und her zu schwingen, kann der Patient am Modell seines Therapeuten lernen, der sich auf ihn einlässt, mit ihm gemeinsam Konflikte erlebt, sich aber dann aus dem unmittelbaren Erleben löst mit der Frage, was eigentlich gerade geschieht: „Sie haben gerade überlegt, wie es eigentlich wäre, wenn Sie in Ihrem Leben mehr Erfolg und Freude hätten und ihr nächster Einfall war, dass Sie schwer erkranken. Das ist doch eigenartig. Lassen Sie uns doch sehen, ob Sie tatsächlich befürchten, Glück würde irgendwie Strafe nach sich ziehen“.

Anhand solcher Sequenzen kann der Therapeut die Grundidee psychoanalytisch fundierter Therapien erläutern: Patient und Therapeut erleben gemeinsam etwas, zum Beispiel durch die Schilderungen des Patienten von aktuellen Erlebnissen. Beide tauchen in den Fluss des Geschehens und Erlebens ein. Möglicherweise unterbricht der Behandler zum gegebenen Zeitpunkt und fordert damit zu einem Wechsel des Selbsterlebens auf: Es erfolgt eine Selbstdistanzierung, mit der beide gemeinsam auf die Schilderung, ihr gemeinsames Erleben und ihre Interaktion schauen. Mithin wechseln Patient und Behandler immer wieder zwischen der Ebene unmittelbaren Erlebens und der des Als-Ob. Dieser Wechsel als Prinzip psychoanalytischer Behandlung sollte bereits in den ersten probatorischen Stunden erläutert werden, so dass der Patient eine Idee bekommt, „wie Psychotherapie geht“. Die entstehende Kontrolle und Transparenz hilft dem Patienten, adäquater mit dem Verfahren umzugehen, sich zu orientieren und damit alle möglichen behindernden Schamquellen zu minimieren.

Dies gilt selbstverständlich und besonders auch für die Stützung, Aufrechterhaltung oder den Aufbau von Ich-Funktionen. Bereits in den ersten probatorischen Sitzungen werden ichstrukturell gestörte Patienten in der Regel charakteristische Defizite zum Beispiel bei Affektregulation oder Impulskontrolle zeigen (eventuell kommt es zu selbstverletzendem Verhalten zwischen den Sitzungen oder auf Station nach einem Gespräch). Das Versagen der Kontrolle zieht bereits per se Schamgefühle nach sich und wird verstärkt und unproduktiv für den weiteren Verlauf auftreten,

wenn man nicht aktiv und regulierend eingreift und dem Patienten bei der Ausübung der relevanten Ich-Funktionen behilflich ist: „Diese Themen sind offenbar sehr belastend für Sie. Ich schlage vor, wir beschäftigen uns nur mit den Überschriften, werden uns aber den Kapiteln erst später zuwenden, wenn Sie sich dem besser gewachsen fühlen werden“. Dieses Vorgehen empfiehlt sich besonders bei der Exploration und der beginnenden Behandlung traumatisierter Patienten.

Diese Intervention ist stützend und zudem stark suggestiv, da sie unterstellt, dass der Patient später tatsächlich besser selbstregulativ mit dem relevanten Material umgehen können wird. Natürlich gibt es Patienten, auf die dies - trotz gegenteiliger Einschätzung - dann doch nicht zutrifft. Glaubt der Therapeut jedoch, dass sein Patient von der Behandlung so profitieren wird, dass sich seine Ich-Funktionen deutlich verbessern werden, unterstützt er die gesunden Anteile des Patienten und die Hoffnung, von der Therapie profitieren zu können. Dies ist solange keine Infantilisierung des Patienten, wie seine Verantwortung für das eigene Schicksal nicht vom Behandler übernommen wird, sondern grundsätzlich beim Patienten verbleibt. Das erreicht man bereits zu Beginn der Behandlung durch entsprechende Hinweise: „Ich habe Sie jetzt gerade gebeten, sich wieder auf unser Thema zu konzentrieren und nicht in Ihren Gefühlen unterzugehen. Im Moment übernehme ich das noch, Sie aufzufordern, Ihre Gefühle zu steuern. Das ist jetzt noch wichtig, damit Sie nicht von Gefühlsstürmen weggerissen werden. Die Therapie zielt auch darauf ab, dass Sie diese Funktion später selbst übernehmen.“ Auch dies ist mitnichten eine Infantilisierung des Patienten. Indem man ihn erstens auffordert, die betreffenden Ich-Funktionen auszuüben oder dies eventuell selbst tut und ihm zweitens sagt, dass man es und wie man es tut, kann sich der Patient mit der Hilfs-Ich-Funktion seines Behandlers identifizieren und diese später übernehmen. Der suggestive Charakter der Intervention („im Moment mache ich das, später werden Sie das selbst tun“) macht zugleich deutlich, dass die Verantwortung beim Patienten verbleibt und er sich nicht in dauerhafte beschämende (und eventuell auch entlastende) Abhängigkeit begibt.

Indikation

Wesentlicher Teil der Transparenz und der Verdeutlichung der grundsätzlichen Eigenverantwortlichkeit des Patienten ist die gemeinsame Besprechung der Differentialindikation. Hierzu ist die gemeinsame Formulierung expliziter Behandlungsziele, des dazu sinnvoll erscheinenden Behandlungsverfahrens, seiner Dauer und Frequenz erforderlich. Freuds berühmter Hinweis, man könne niemand in Abwesenheit erschlagen, kann dem Patienten zu verstehen helfen, wie wichtig es ist, dass die Symptome zwar in der Behandlung (und nicht nur außerhalb) auftreten müssen, um zu besseren Lösungen zu kommen, zugleich aber das Ausmaß der Symptome so beschaffen sein sollte, dass die therapeutische Beziehung und der Alltag des Patienten einigermaßen stabil bleiben.

Ausformulierte Ziele erschweren nicht nur illusorische Heils- und Erlösungsideen, sondern machen konkrete Erfolgserlebnisse auch wahrscheinlicher. Damit kann der Patient im Laufe der Behandlung von selbst oder auf Hinweis Gefühle von Stolz über das Erreichte entwickeln, so dass umgekehrt Schamgefühle über das, was doch nicht erreicht wurde, begrenzt bleiben. Unabhängig davon, für welche Therapieverfahren der Therapeut ausgebildet ist, sollten dem Patienten realistische Entscheidungskriterien an die Hand gegeben werden, also auch solche Verfahren Erwähnung finden, die der Behandler nicht beherrscht, aber eventuell alternativ in Frage kommen. Neben der Frage, ob beispielsweise Verhaltenstherapie oder ein psychoanalytisch begründetes Vorgehen sinnvoll ist, ist die im ambulanten Setting viel zu wenig beachtete Frage zu erörtern, ob Einzel- oder Gruppentherapie das Verfahren der Wahl ist (vgl. hierzu die von Tschuschke, 2001). Obwohl in vielen Fällen Gruppenbehandlungen nicht nur zeit- und kostengünstiger sind (ebenda), werden Gruppentherapien ambulant kaum durchgeführt, Angebote für homogene Patientengruppen (z.B. Krebspatienten, emotional instabile Persönlichkeitsstörungen, Nachsorgegruppen für postpsychotische Patienten oder Angehörige) fehlen - obgleich äußerst wirksam und sinnvoll - fast

völlig. Nach der Gruppeneuphorie der siebziger Jahre des letzten Jahrhunderts wünschen viele Patienten heute Einzelbehandlung, nicht selten aus Scham vor dem Offenbarwerden ihrer Symptome in der Gruppe und der Schwierigkeit, sich in Gruppen überhaupt frei zu äußern. Erläuterungen zum Beispiel gegenüber einem sozial rückzüglichen Patienten mit starken Schamängsten, dass sich seine Problematik in einer Gruppe viel besser abbilden wird, eine Einzeltherapie aber Gefahr läuft, als Ersatz für Außenkontakte zu dienen, können den Patienten durchaus motivieren, sich dennoch seinen Ängsten in einer Gruppe auszusetzen.

Eine besondere Schamquelle ist die Erörterung der Frage, wie lange die Behandlung voraussichtlich dauern wird und damit, wie bedürftig (im Sinne von Abhängigkeitsscham) der Patient eigentlich ist. Häufig ist der Beginn mit einer Kurzzeitherapie hilfreich, in deren Verlauf Patienten realistischere Vorstellungen vom Tempo des Veränderungsprozesses erwerben und einer späteren Umwandlung in eine Langzeittherapie gelassener zustimmen können.

Risiken und Nebenwirkungen

Jede verantwortliche psychotherapeutische Maßnahme beinhaltet auch die Abklärung von Nebenwirkungen und Risiken zu Beginn, um den Patienten in den Stand zu versetzen, selbst und eigenverantwortlich über die Möglichkeiten und Gefahren einer Behandlung zu entscheiden. Mögliche Verschlechterungen unter der Einwirkung aufdeckender und belastender Therapie werden sonst allzu leicht als eigenes schuldhaftes Versagen oder schambesetzte Makelhaftigkeit erlebt.

Bei psychosomatischen Erkrankungen, Psychosomatosen oder somatopsychischen Störungen, also psychischen Reaktionen auf primär körperliche Erkrankungen, können nicht angemessene Settings oder Interventionstechniken zu massiven Verschlechterungen der körperlichen Befindlichkeit führen.

Beispielsweise wird man bei einer Krebserkrankung zunächst zu klären haben, ob der Patient lediglich lebensalltagspraktische Unterstützung benötigt, psychoedukative Verfahren über den Umgang mit der Erkrankung, Krankheitsverlauf und Coping angemessen, eine Bearbeitung einer eventuellen Traumatisierung durch Diagnose und Behandlung und ihren Folgen erforderlich sind oder der sogenannte fighting spirit gestützt oder entwickelt werden muss (vgl. Tschuschke 2002). Unangemessene, die Ich-Funktionen und mithin auch die Abwehr zu sehr belastende oder destabilisierende Interventionen führen zu einer Verschlechterungen des Krankheitsbildes. Gänzlich verfehlt ist die interpretative Bearbeitung der Krankheitsursache in dem Sinne, der Patient habe sozusagen selbst seine Erkrankung herbeigeführt. Solche zum Beispiel von selbsternannten Heilern wie Bernd Hellinger und seinen Jüngern verfolgte Strategien stellen eher eine Körperverletzung des Patienten dar, der sich plötzlich als schuldhaft verursachend für seine Krankheit erlebt und zudem schambesetzt feststellen muss, seine Lage nicht ändern zu können (vgl. hierzu Hilgers 2001, 2003a, Goldner 2003).

Die Rolle der Angehörigen

Angehörige bei Einzelbehandlungen

Außer bei systemischen oder familientherapeutischen Settings wird die Rolle der Angehörigen meist wenig beachtet. Mehr oder weniger läuft der Behandler Gefahr, entweder die komplementäre Rolle der Angehörigen einzunehmen (sich also mit dem Interaktionspartner zu identifizieren) oder sich mit dem Patienten unbewusst zu verbünden, was schnell zu einer gemeinsamen Verurteilung des Partners oder des sozialen Umfeldes führt. Es liegt nahe, dass weder das eine noch das andere hilfreich ist und lediglich eine Wiederholung der Interaktions- und Übertragungsmuster des Patienten einschließlich seiner Angehörigen darstellt.

Tatsächlich befinden sich die Angehörigen eines Psychotherapiepatienten in einer recht unkomfortablen Position: Von Veränderungen genauso wie von Stagnationen oder gar Verschlechterungen des Patienten sind sie unmittelbar betroffen, müssen seine Hochs und Tiefs ertragen - ohne selbst direkten Einfluss auf die Behandlung nehmen zu können. Sie haben somit, wie mir ein Angehöriger einer Patientin in drastischen, aber realistischen Worten übermitteln ließ, „die Arschkarte gezogen“. Das soziale Umfeld des Patienten muss die Folgen, besonders die negativen Auswirkungen einer Therapie gemeinsam mit dem Patienten durchstehen, die Angehörigen können aber nichts richtig stellen oder gar den Verlauf unmittelbar beeinflussen.

„Eine psychoanalytische Behandlung wirkt nicht nur auf den Patienten, sondern auch auf seine Angehörigen. Wir können diese Auswirkung des psychoanalytischen Prozesses auf die Angehörigen des Patienten nicht ernst genug nehmen“ (Thomä u. Kächele 1985, S. 198). „Oftmals trifft der Patient aufgrund seiner Erkenntnisse durch die Analyse wichtige und seine Angehörigen mit betreffende Entscheidungen für sein Berufsleben und seine private Situation. Es ist also wesentlich, den Angehörigen das Gefühl zu vermitteln, dass der Analytiker um ihre Belastungen weiß und ihr Mitbetroffensein von den Auswirkungen des psychoanalytischen Prozesses beim Patienten zur Kenntnis nimmt“ (Thomä u. Kächele 1985, S. 199). Mithin befinden sich Angehörige in der klassischen ödipalen Position des ausgeschlossenen Dritten. Von wichtigen, die eigene Person betreffenden Vorgängen ausgeschlossen und explizit nicht erwünscht zu sein (wie bei einer Behandlung, die die Angehörigen nicht einbezieht), ist eine massive Schamquelle, die in Folge Ohnmachtsgefühle und offenen Zorn oder versteckten Groll auslöst. Im schlimmsten Fall torpedieren Ressentiments der Angehörigen Fortschritte der Behandlung oder machen ihre Fortsetzung gar unmöglich.

Was im Rahmen der psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen selbstverständlich ist, nämlich möglichst die Angehörigen zu gewinnen, statt sie gegen die Therapie aufzubringen, kann auch bei der Psychotherapie Erwachsener nicht nur sinnvoll sondern notwendig werden. Angehörige, besonders jedoch Eltern oder Erziehungsberechtigte fühlen sich latent auf der Anklagebank, die Schwierigkeiten des Patienten wenn nicht verursacht, so doch wenigstens mit bedingt zu haben. Es ergibt sich ein typisches Scham-Schuld-Dilemma für die Angehörigen:

- Verbessert sich beispielsweise der Zustand eines stationär aufgenommenen Kindes dramatisch, bedeutet dies für die Eltern umgekehrt, dass der Aufenthalt daheim die Symptomatik verursachte, was natürlich mit Schuldgefühlen über das vermeintlich schlechte Elternhaus einhergeht.
- Bessert sich jedoch die Pathologie nicht, entlastet dies zwar von den erwähnten Schuldgefühlen, fördert aber das Gefühl, ein makelbehaftetes Kind in einer ebenso makelhaften Familie zu haben, was wiederum massive Schamgefühle auslöst. Manche Familiensysteme entlasten sich durch die Zuschreibung der Sündenbockrolle und des schwarzen Schafes an das Kind, so dass Hass und Ablehnung dominieren.

Ähnliches gilt für Angehörige erwachsener Patienten:

Deutliche Besserung unter der Behandlung ist mit der Frage nach eigener Verschuldung der Erkrankung des Partners oder Angehörigen verknüpft, während Stagnation wiederum von schuldhaftem Erleben entlastet, aber das schambesetzte Gefühl auslöst, mit einem psychisch behinderten Menschen liiert zu sein. Nicht zuletzt aus diesem Grund beharren viele Angehörige (und Patienten) auf dem subjektiven Krankheitskonzept einer organischen Ursache, die von der schwierigen Beschäftigung mit Scham-Schuld-Fragen suspendiert.

Eine typische Intervention gegenüber Eltern im Rahmen der Behandlung eines Kindes zur Entlastung des Über-Ich-Drucks von Scham- und Schuldgefühlen könnte zum Beispiel so lauten:

„Sie haben schon ganz viel für Ihr Kind getan und es war bestimmt nicht leicht, den Schritt zu einer stationären/ambulanten Behandlung zu machen. Daran können wir/kann ich die Ernsthaftigkeit Ihrer Bemühungen erkennen. Jede psychische Erkrankung hat zahlreiche Ursachen, zum Beispiel organische, dispositionelle, biologische und Umweltfaktoren. Es ist ein verbreiteter Irrglaube, lediglich die Eltern seien die Ursache für Schwierigkeiten eines Kindes. Hier geht es vielmehr darum herauszufinden, wie Sie Ihrem Kind noch besser bei der Bewältigung seiner Probleme zur Seite stehen können“. Diese Intervention kann man durchaus authentisch machen, selbst wenn sich das Elternhaus - wie im übrigen jedes - als nicht unproblematisch herausstellt. Lediglich bei explizit feindseligen, ablehnenden oder misshandelnden Familien verbietet sich dieses Vorgehen (näheres dazu bei Fegert 2002, Frank 2002, Hilgers 2002c).

Auch wenn man die explizite Einbeziehung von Angehörigen für nicht indiziert hält, macht es Sinn, sich danach zu erkundigen, ob und wie der (erwachsene) Patient die Behandlung seinem Partner vermittelt. In manchen Fällen ist es durchaus angezeigt, bereits im Rahmen der Aufklärung über Risiken den Patienten darauf aufmerksam zu machen, dass Angehörige und Partner eine Behandlung als Zumutung empfinden können und auf ein gewisses Maß an Transparenz angewiesen sind, ohne dass der Patient umgekehrt alles von sich ungefiltert und unreflektiert mitteilt.

Häufig missverstehen Angehörige auch Interventionen des Behandlers oder bekommen sie verkürzt oder tendenziell übermittelt. Es ist eine Illusion zu glauben, technisch neutrale Interventionen würden so auch weiter vermittelt. In den meisten Fällen stellen Patienten bereits gegenüber ihren Therapeuten seine rezenten Bemerkungen als Ratschläge oder Meinungen dar (etwa: „Sie haben in der letzten Stunde gesagt, ich müsste mich mehr durchsetzen...“). Entsprechend werden Angehörige durch die Patienten „gebrievt“. Bevor sich daraus sekundäre, belastende und destabilisierende Konflikte in der Partnerschaft ergeben, die den therapeutischen Prozess erschweren, sind Richtigstellungen, Deklarationen oder gar Aufforderungen an den Patienten angezeigt.

Beispiel:

Ein Patient mit rezidivierenden depressiven Episoden, der in depressiven Phasen zu sozialer Rückzüglichkeit neigte, hatte häufig Konflikte mit seiner eher impulsiven Frau, die in der Partnerschaft für Aktivität und soziale Kontakte sorgte. Umgekehrt schien sie selbst von der beruhigenden Art des Patienten zu profitieren, explodierte zwar gelegentlich wegen seiner Passivität, nahm aber insgesamt durchaus Rücksicht auf seine Schwierigkeiten. Eines Tages berichtete mir der Patient, seine Frau habe meinen Hinweis auf die oft hilfreiche „Arbeitsteilung“ in der Ehe so verstanden, dass ich glaubte, sie sei die falsche Frau für ihn, weil sie ihn durch ihre Impulsivität noch mehr in die Depression treibe. Ich stellte diesen Eindruck gegenüber dem Patienten noch einmal richtig und forderte ihn dann auf, seine Frau von mir herzlich zu grüßen und ihr mitzuteilen, dass ich keineswegs dieser Auffassung sei, sondern glaubte, sie beide ergänzten sich in guten Zeiten durchaus positiv und hülften sich bei ihren jeweiligen persönlichen Eigenarten. Die Angehörige ließ meinen Gruß durch den Patienten in der nächsten Sitzung erwidern. In nachfolgenden Stunden berichtete der Patient wie beiläufig, dass sich die Konflikte zwischen ihm und seiner Frau deutlich beruhigten und seine Frau sehr liebevoll versuche, einerseits auf seine Depression Rücksicht zu nehmen, andererseits ihn immer wieder auch zu gemeinsamen Aktivitäten anrege, was ihm gut tue.

Erhebliche Schamgefühle der Angehörigen resultieren jedoch nicht nur aus der Position desjenigen, der betroffen ist, aber nicht dazugehört sondern ausgeschlossen bleibt. Intimitätsscham wird ausgelöst durch die meist realistische Befürchtung, intime Details der Beziehung oder der Person des Angehörigen würden in der Behandlung angesprochen. Auch hier entsteht der Eindruck, ohnmächtig daneben zu stehen, ohne selbst eingreifen oder gar wichtige Elemente klarstellen zu können.

Besonders ärgerlich und schambesetzt ist schließlich, einen unbekanntem Dritten am Tisch und im Schlafzimmer zu wähen, der alles beobachtet, scheinbar Urteile abgibt und die Exklusivität der Beziehung wie ein heimlicher Liebhaber in Frage stellt. Der heimliche Bettgenosse sieht und weiß alles (besser), muss aber für seine Kommentare und Interventionen nicht im Alltag eintreten.

In einer Gruppentherapie verschärft sich diese missliche Lage der Angehörigen noch, wenn zahlreiche unbekannte andere womöglich die eigene Liebesbeziehung beobachten und kommentieren und mithin mit dem Partner in Rivalität treten. Anders als in einer Einzeltherapie befinden sich in einer Gruppe auch reale Rivalinnen und Rivalen, die mit dem oder den Angehörigen konkurrieren. Und ebenfalls im Unterschied zu einer Einzelbehandlung ist die Handhabung der Schweigepflicht in einer Gruppe mitnichten immer gewährleistet. Ist es bereits eine Zumutung für Angehörige, dass der Patient gegenüber einem professionellen Helfer nicht nur von seinen Schwierigkeiten mit sich und anderen berichtet, sondern unter Umständen auch intime Details seiner Partnerschaft mitteilt, so stellt die Vorstellung von einer Gruppe, die über alles Mögliche in Kenntnis gesetzt wird, eine weitaus größere Belastung dar. Unbekannte Laien, die zwar zur Verschwiegenheit aufgefordert werden, sich aber nicht unbedingt daran halten, teilen Intimität mit dem Patienten, von der die Angehörigen ausgeschlossen bleiben und auf die sie keinen Einfluss nehmen können.

Es ist daher nicht verwunderlich, dass Angehörige gelegentlich um einen (Einzel-)Termin nachsuchen oder anrufen, um auf die Behandlung Einfluss zu nehmen. Dies kann sehr manipulativ geschehen und den Charakter eines Übergriffs haben, es kann aber auch aus berechtigter Sorge um den Patienten, die familiären Beziehungen oder das berufliche Umfeld geschehen. Bei Dissozialen ist der Behandler sogar auf solche Angaben angewiesen, um nicht wesentliche destruktive Entwicklungen zu übersehen. Man tut daher gut daran, nicht von vorne herein Übergriffe zu vermuten, wenn sich Angehörige melden, sondern zunächst Verständnis für Ihr Anliegen zu äußern, mit dem Behandler Kontakt aufzunehmen. Ein Verweis auf die Schweigepflicht muss nicht kühl und steif erfolgen, sondern kann auch mit einem Ausdruck des Bedauerns um Verständnis werben, damit der Angehörige nicht beschämt und damit zu einem dauerhaften und mächtigen Gegner der Behandlung wird.

Kinder als Angehörige

Sind bereits die Partner eines Psychotherapiepatienten, seine Eltern oder Freunde von der Behandlung erheblich betroffen, so gilt dies umso mehr für gemeinsame Kinder oder Kinder, die mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben. Können sich Erwachsene noch einigermaßen gegen die ärgsten subjektiven oder tatsächlichen Bedrohungen, die aus Veränderungen und Erschütterungen durch eine Therapie resultieren, wehren, so sind kleine Kinder den Stimmungsschwankungen und Belastungen eines Psychotherapiepatienten besonders ausgesetzt. Die ausschließliche Konzentration auf den Patienten ohne Berücksichtigung seiner Lebenssituation und seines sozialen Netzwerks ist immer ein schwerer Behandlungsfehler. Mangelnde Beachtung der Existenzgefährdung von Lebensgemeinschaften mit Kindern oder das Unterlassen von expliziten Fragen nach dem Befinden der Kinder unter dem Einfluss der Behandlung stellen eine besondere, aber nicht eben seltene Unverantwortlichkeit dar. Kinder werden die für sie unverständlichen neuen Reaktionen und Befindlichkeitsschwankungen eines für sie wichtigen Erwachsenen letztlich immer auf eigenes Verhalten oder Versagen attribuieren - eine Quelle von anhaltenden Schuld- und Schamkonflikten, die beim Patienten aufzulösen die Behandlung ja aufgebrochen war. Ihr Erfolg bemisst sich jedoch nicht nur an Lösungen der unmittelbaren Konflikte des Patienten, sondern auch daran, inwieweit andere für diese Erfolge mit ebensolchen Konflikten künftig bezahlen müssen.

Beispiel (vgl. Hilgers 2002c, S. 99f):

Auf der Psychotherapiestation einer psychiatrischen Klinik wird eine 35jährige Frau wegen Depressionen, Ängsten und generalisiertem Vermeidungsverhalten behandelt. Sie verlässt das Haus praktisch nicht mehr und lässt Ehemann und achtjährige Tochter alle Besorgungen unternehmen. Die Patientin zeigt im stationären Setting darüber hinaus ich-strukturelle Defizite bei Impulskontrolle, Mangel an Affektwahrnehmung und -regulation sowie selbstverletzendes Verhalten. Im Laufe der strukturierten und interaktionellen psychotherapeutischen Behandlung stellt sich heraus, dass die Patientin ihre achtjährige Tochter immer wieder plötzlich und unvermittelt anschreit und Stimmungsschwankungen oder aufkommende Spannungen an ihr abreagiert. Häufig erhält das Kind kein Essen. Seit mehr als zwei Jahren befindet sie sich bei einem Psychoanalytiker, Lehranalytiker an einem psychoanalytischen Ausbildungsinstitut und Gutachter für Richtlinienpsychotherapie, in ambulanter Behandlung. Dieser wisse um die Vernachlässigung der Tochter, das interessiere ihn aber nach seinen Worten nicht, denn da ginge es um freie Assoziationen und Fantasien.

Als der stationäre Therapeut auf mein Anraten als Supervisor nach Zusendung von wechselseitigen Schweigepflichtsentbindungen den Analytiker anruft, verweist dieser auf sein psychoanalytisches Setting und die angebliche Notwendigkeit, mit den Fantasien der Patientin zu arbeiten. Direkte Interventionen oder eine Zusammenarbeit mit der Klinik lehnt er ab. Obendrein macht er darauf aufmerksam, dass der stationäre Therapeut „nur“ Sozialpädagoge sei, er aber Arzt. In der nächsten Supervisionssitzung berichtet der stationäre Therapeut fassungslos und beschämt von der ignoranten Behandlung durch den Lehranalytiker. Das stationäre Team regt daraufhin eine sozialpädagogische Familienhilfe beim Jugendamt an.

Auch wenn der Psychoanalytiker sein Verhalten ideologisch zu rechtfertigen trachtet, kann von angewandter Psychoanalyse keine Rede sein. Mittels psychoanalytischem Verständnis der Borderline-Struktur der Patientin würde man sich tatsächlich zunächst den ich-strukturellen Defiziten im Hier und Jetzt der Behandlung und dort und jetzt der aktuellen Situation zuwenden - gerade weil die mangelnde Symbolisierungsfähigkeit der Patientin für anderes Vorgehen überhaupt keinen Raum lässt. Im Übrigen lässt sich das Zusehen bei der Schädigung der Tochter durch keine psychoanalytische Theorie begründen - höchstens durch Unfähigkeit und Unkenntnis.

In manchen Fällen wird daher der Psychotherapeut zu einer Abwägung der Rechtsgüter von einerseits Schweigepflicht und andererseits dem Schutz Minderjähriger kommen - eventuell mit dem Ergebnis, das Jugendamt in Kenntnis von Verwahrlosungen, Misshandlungen oder Übergriffen zu setzen. Meist genügt bereits eine Konfrontation des Patienten oder der Patientin mit dem Eindruck, dass Minderjährige unter den gegebenen Verhältnissen Schaden nehmen und man daher erwarte, dass der Patient geeignete Schritte unternehme, um diese Missstände abzustellen: „Bei dem, was sie mir da von Ihrem Kind berichten, handelt es sich um Verwahrlosung / Feindseligkeit / Missbrauch. Ich erwarte von Ihnen, dass Sie sich aktiv darum kümmern, diese Missstände abzustellen. Was wollen Sie dafür unternehmen?“

Oder noch deutlicher, dabei aber immerhin die Kontrolle beim Erziehungsberechtigten des Kindes belassend: „Wer von uns beiden soll nach Ihrer Meinung das Jugendamt verständigen?“

Sekundäre Scham bei schweren Störungen

Schamaffekte können als primärer Teil einer psychischen Störung und als Folge der Primärerkrankung auftreten. Ein Jugendlicher mit Dysmorphophobie schämt sich zum Beispiel seines Äußeren, da er von irgendwelchen tatsächlich für andere nicht erkennbaren Hässlichkeiten überzeugt ist (siehe den Abschnitt über körperdysmorphe Störungen weiter unten). Viele Patienten kämpfen jedoch mit sekundären Schamkonflikten, die nicht primärer Teil ihrer Störung sind (Seidler 1995). So schämen sich Zwangskranke mit ausgeprägten Zwangssymptomen in der Regel ihres »unsinnigen« Verhaltens. Borderline-Patienten suchen häufig Behandlung wegen schwerer sozialer Probleme, die unter anderem zu erheblichen Schamkonflikten zwischen ihnen und ihrem Umfeld führen. Unabhängig von der vorliegenden Diagnose wird man bei allen Störungen, die mit erheblicher Beeinträchtigung des Alltags, des Berufs-, Ausbildungs- oder Familienlebens einher gehen, sowie bei allen Störungen mit psychosenahen oder psychotischen Elementen definitionsgemäß ich-strukturelle Defizite erwarten. Beeinträchtigungen der Realitätsprüfung, der Affekt- und Impulskontrolle, der Wahrnehmung, des Gedächtnisses oder der Motorik führen zwangsläufig zu sekundären Schamkonflikten, ganz unabhängig vom Vorliegen einer primären Schamdynamik, die eventuell mitverursachend wirkt.

Mangelnde Kompetenz bei wesentlichen Ich- Funktionen weckt tendenziell erhebliche Schamgefühle mit dem Wunsch, die Kompetenzdefizite vor anderen (und dem Selbst) zu verbergen. Da dies in der Regel nicht gelingt, steigern sich die Schamkonflikte durch unkontrolliertes, häufig abruptes Sichtbarwerden der betreffenden Ich-Störungen. Die Plötzlichkeit der Demaskierung struktureller Defizite ist wiederum eng mit der Eigenart der Störung verknüpft, wenn mangels ausreichender Affekt- und Impulskontrolle Inhalte durchbrechen oder kompensatorisch dauerhaft gehemmt sind. Zudem können Ich-Defekte Scham-Schuld-Spiralen auslösen. Aggressive Durchbrüche, die Vernachlässigung nahe stehender Personen, besonders zum Beispiel eigener Kinder, können erhebliche Selbstvorwürfe und schamvolle Versagensgefühle fördern.

Kommt es als Reaktion zu Rückzug oder lärmendem Agieren, droht der Patient in eine Spirale aus sich selbst verstärkenden Scham-Schuldgefühlen zu geraten, aus der er kaum ohne Hilfe herausfindet. Insbesondere im psychiatrischen oder stationären Rahmen müssen solche schamverstärkenden Teufelskreise unterbrochen werden, um dem Patienten eine Regulation von Affekten und Selbstsystem zu ermöglichen.

Nicht selten wird man sich auch mit der (sozialpsychiatrisch/sozialarbeiterischen) Bearbeitung sekundärer Schamkonflikte und der Vermittlung einzelner Alltagskompetenzen zufrieden geben müssen. Gelegentlich lösen sehr begrenzte Behandlungsziele bei den Behandlern wiederum die schambesetzte Frage aus, ob man sich mit sehr beschränkten Behandlungserfolgen gegenüber Hausärzten oder zuweisenden niedergelassenen Psychiatern sehen lassen könne und das Ergebnis nicht doch allzu bescheiden (!) sei. Oft werden die geschilderten Schamgefühle allerdings nicht oder nicht vornehmlich von den betreffenden Patienten selbst erlebt, sondern von Angehörigen, Mitpatienten oder Behandlern. Die dauerhafte und heftige Externalisierung von Schamaffekten auf Sündenböcke oder ihre Delegation an Angehörige oder Opfer (etwa bei Dissozialen) stellt in der Regel einen negativen Prognosefaktor dar.

Exemplarische Schamkonflikte bei Borderline-Patienten

Im Mittelpunkt der Borderline-Störung stehen Impulsivität, affektive Instabilität, Instabilität der sozialen Beziehungen, Unsicherheit über die Identität (das Selbstbild und die Vorlieben oder Abneigungen, einschließlich sexueller Orientierung bis hin zu sexueller Identität/Transsexualität).

Selbstverletzendes Verhalten zum Zweck der Selbst- und Spannungsregulation können in Einzelfällen sehr ausgeprägt sein, ebenso wie Suizidalität und dissoziative Zustände (vgl. Herpertz, Wenning¹ 2003, S. 84).

Abgleichungen einer Diskrepanz oder eines Unterschieds im Selbsterleben und der Selbstdarstellung fehlen häufig, weil diskrepante Selbstzustände relativ unabhängig von einander existieren (im Sinne der Spaltung resp. Dissoziation). Scham als Indikator eines Diskrepanz- oder Differenzerlebens (Seidler 1995, S. 312) wird daher primär nicht wirksam. Dennoch erleben die Patienten ihre heftigen emotionalen Schwankungen mit großem Leidensdruck, wenn auch ohne ausreichende Integrationsleistung des Ichs. Das zerrissene Selbsterleben mit der Unfähigkeit, unterschiedliches emotionales und Selbsterleben zu integrieren, wird literarisch in einer Passage auf den Punkt gebracht Adele C. 2005, in einer pers. Mitteilung: „Es ist, als bin ich eine Hülle, ein Hotel, in dem manchmal der eine, manchmal der andere Gast einkehrt“.

Für den Außenstehenden erstaunlich sind besonders die häufig wechselnden Präferenzen und emotionalen Bewertungen, die entsprechend der mangelnden Integrationsfähigkeit des Ichs krass alternieren können, ohne dass diese Widersprüche durch das Ich diskutiert würden (etwa: „Wissen Sie, gestern habe ich Ihre Bemerkung zu meiner Kündigung durchaus treffend gefunden, aber im Nachhinein habe ich mich schon sehr über Ihre arrogante Art geärgert“). Stattdessen stimmt der Patient in der Stunde zu, kommt aber zur nächsten voller Empörung und wirft dem Therapeuten totale Ignoranz und arrogantes Verhalten vor, ohne dass die Reaktion der letzten Stunde noch Erwähnung fände, meist auch ohne dass sie noch spontan erinnert würde.

Übernimmt der Behandler Hilfs-Ich-Funktion bei der Verbindung von Widersprüchen, kann Scham wirksam werden, die - falls sie das Ich nicht überschwemmt, sondern regulierbar ist - motiviert, Selbstrepräsentanzen abzugleichen: „In der letzten Stunde habe ich mich tatsächlich nach Ihrer Kündigung erkundigt und die Sorge ausgedrückt, Sie könnten sich dadurch in Schwierigkeiten bringen. Allerdings konnten Sie da meine Sorge nachvollziehen und ich hatte den Eindruck, Sie fühlten sich verstanden.“ Stimmt der Patient zu, könnte man ihn auf die eklatanten Widersprüche vorsichtig aufmerksam machen:

„Vielleicht ist es ja so, dass Sie zunächst nachvollziehen konnten, was ich gesagt habe, Sie sich aber später andererseits darüber ärgerten, dass ich mal wieder alles besser zu wissen scheine“. Bei erneuter Zustimmung könnte man in einem nächsten Schritt den entscheidenden Satz sagen: „Manche Menschen erleben Ambivalenz nicht zeitgleich als einerseits und andererseits, sondern zeitlich versetzt. Erst fühlen Sie sich verstanden, dann sind sie sauer. Aber es ist wohl beides zugleich. Ich schlage vor, wir achten auf solche Situationen und ich ermutige Sie dann, beide Gefühle gleichzeitig auszudrücken.“

Häufig kommt es zu aggressiven Reaktionen, wenn die Patienten um ihre Autonomie fürchten, ihre Selbstgrenzen bedroht sehen, irgendeine Form von Schwäche offenbar zu werden droht, von der befürchtet wird, sie könne missbraucht werden, oder thematische Nähe zu vorangegangenen Traumatisierungen entsteht. Nicht zuletzt aus solchen Gründen verlaufen die Beziehungen der Patienten sehr chaotisch. Nicht nur die Klarifizierung von Zusammenhängen und ihre Interpretation im Hier und Jetzt können Schamgefühle auslösen, die durch das Ich nicht beherrschbar sind. Auch das ständige Autonomie bedrohende Wissen des Therapeuten, das dem Patienten selbst bei behutsamen Vorgehen rasch als Besserwissen erscheint, kann als demütigend erlebt werden - mit nachfolgenden heftigen Autonomie- und Stärkebeweisen.

Entsprechend empfiehlt sich, nicht zu viel zu wissen und der technischen Empfehlung Fenichels (1935a) zu folgen, möglichst von der Oberfläche in die Tiefe zu gehen. Besonders zu Anfang der

¹ Britta Wenning publiziert heute unter dem Namen Britta Winter.

Behandlung verbieten sich alle Arten von Deutungen (also Zusammenhänge zwischen dem aktuellen Konflikt und historischen Erfahrungen), weil der Patient in diesen Fällen von Eindrücken und Affekten überschwemmt wird, erneute heftige affektive Reaktionen zeigt und sich damit ein weiteres Mal mit Kompetenzscham konfrontiert sieht, da er sich nicht steuern und seine Gefühle nicht regulieren kann.

Mithin sind Therapeutenvariablen von entscheidender Bedeutung für Behandlungsverlauf und relativen Erfolg (Linehan 1993; Herpertz u. Wenning 2002). Alle Interventionen sind affektregulierend und schamreduzierend zu formulieren:

- Der Therapeut verhält sich aktiv, strukturierend, direktiv und fordert - entsprechend dem Behandlungsvertrag - Veränderungen ein.
- Er ist respektvoll gegenüber dem Patienten und akzeptiert (zunächst) auftretende Symptome (Motto: Jetzt ist es erst einmal so, aber wie können Sie das verändern?).
- Der Therapeut übernimmt von Anfang an deklarierte Hilfs- Ich-Funktionen: Beim Versagen von z.B. Affektregulation, Impulskontrolle, Integration von Widersprüchen, Urteilsbildung, Antizipation kommender (eventuell bedrohlicher) Entwicklungen, Affektwahrnehmung und - etikettierung verhält er sich klarifizierend, benennend (besonders bei lediglich als arousal erlebten Affekten) und konfrontierend gegenüber Leugnungstendenzen („kein Problem“, „alles klar“), Selbstschädigung oder Vermeidung. Die übernommenen Hilfs-Ich-Funktionen werden benannt und suggestiv angeboten: „Gerade eben haben wir eine Situation erlebt, in der Sie sehr erregt waren und das Gefühl hatten, ich wollte Sie genauso vereinnahmen wie ihre Eltern. Ich habe Sie aufgefordert, dass noch einmal zu überprüfen und sich etwas zu beruhigen. Im Moment übernehme ich das für Sie, bis Sie selbst Ihre Gefühle immer besser steuern können.“
- Hilfs-Ich-Funktionen werden auch bei Urteilsbildung und Hierarchisierung anstehender Aufgaben übernommen, wo Borderline-Patienten rasch den Überblick verlieren, sich verzetteln oder Prioritäten nicht erkennen: Strukturierung des Tages, von Arbeitsaufgaben, Versorgung oder Prüfungsvorbereitung verringern das Risiko beschämender Misserfolgserebnisse. Damit entstehen mehr Ressourcen für wichtige Therapieaufgaben wie die Ordnung von Beziehungen, bei denen anfangs ebenfalls häufig Hilfs-Ich-Funktionen durch den Behandler wahrgenommen werden müssen. Um die Autonomie des Patienten zu stärken, um die ja häufig sehr destruktive Konflikte entbrennen, sind auch hier alle Hilfs-Ich-Funktionen in ihrer Vorläufigkeit zu benennen.
- Der Therapeut verhält sich lösungs- und zielorientiert und in Hinblick auf die vereinbarten Ziele suggestiv und manipulativ: „Im Moment übernehme ich das für Sie“. Erfolge - auch, wo der Patient sie noch nicht sehen kann - werden benannt und anerkannt. Eine positives Feedback oder Lob ist kein Kunstfehler sondern Anregung, das Selbstwertgefühl zu stimulieren und Modell, wie der Patient selbst mit realistischem Stolz seine erfolgreichen Anstrengungen wertschätzen kann.
- Der Therapeut erläutert sein Vorgehen und beantwortet Fragen des Patienten nach Ätiologie und Theorie seiner Störung. Fragen zu Störung oder dem Sinn und der Geschichte von Symptomen sind in der Regel nicht als Ablenkung oder Abwehr zu verstehen, sondern als sinnvoller Versuch, Kontrolle und Verständnis für bestehende Schwierigkeiten zu erlangen. Es handelt sich also häufig nicht um Intellektualisierung sondern um den Versuch, die Integrationsfähigkeit oder Urteilsbildung zu verbessern. Antwortverweigerung des Therapeuten ist demnach kontraproduktiv, wirkt demütigend und löst Scham aus, wo Erläuterungen den Patienten ernst nehmen und seine Kompetenzen steigern. „Sie haben mich nach den Gründen gefragt, warum Sie die Welt so oft in Schwarz und Weiß einteilen und wie das entstanden ist. Ich glaube, Sie haben das damals sehr weise gemacht, sich die Mutter als Zufluchtsstätte und damit als einen Ort der Sicherheit und Geborgenheit zu erhalten, als Ihr Vater immer mehr trank und übergriffig wurde. Das hat es Ihnen als Kind ermöglicht, in dieser schwierigen Situation psychisch zu überleben. Jetzt als Erwachsene

merken Sie, dass Ihre Mutter auch sehr problematisch war und ist und Sie oft im Stich gelassen hat. Heute haben Sie eher die Kraft, die Hypothek abzutragen, die Sie damals sinnvoller Weise aufgenommen haben. Und Sie merken, wie schwer das selbst für Sie als erwachsene Frau immer noch ist. Jetzt können Sie vielleicht besser verstehen, dass Ihnen das als Kind nicht möglich war und Sie deshalb die Welt in gut und böse einteilen.“

- Der Therapeut gibt psychoedukative Informationen über die Borderline-Störung, die bio-psycho-sozialen Grundlagen der Störung, der Affektregulation, über die Entlastung verschaffenden und stimmungshebenden Impulshandlungen, die Bedeutung eventueller Traumata, Flash-Backs, Traumagedächtnis, Spaltungen (dichotomes Denken und Fühlen) und besonders über alternative Spannungs- und Affektregulation.
- Der Therapeut validiert traumatische Beziehungserfahrungen („das war Übergriff / Verwahrlosung / Feindseligkeit / Misshandlung“) und ist authentisch und mitfühlend in seinen Reaktionen. Eine für oder mit dem Patienten gemeinsam vergossene Träne der Anteilnahme ist kein Versagen professioneller Kompetenz, sondern Ausdruck menschlicher Anteilnahme als Voraussetzung von Professionalität. Häufig jedoch schämen sich Behandler, wenn sie sich von den Erzählungen des Patienten angerührt fühlen. Dabei kann der Therapeut Modellfunktion übernehmen und verkörpern, dass Gefühle durchaus möglich und regulierbar sind, selbst dann, wenn sie scheinbar ein Zeichen von Schwäche sind.

Gegenübertragungsscham bei der Behandlung von Borderline-Patienten

Die Arbeit mit und die Nutzung von Gegenübertragungsreaktionen ist bei Borderline-Patienten von außerordentlicher Bedeutung - und häufig ebenso belastend. In stationären Einrichtungen kommt es häufig zu Schuldvorwürfen, Ärger und Missverständnissen zwischen den Teammitgliedern (siehe den Abschnitt „Supervision im Team“). Unabhängig vom Realitätsgehalt können Schuldzuweisungen über reale Ohnmacht und die oftmals frustrierenden Begrenztheiten bei der Behandlung von Borderline-Patienten hinwegtäuschen. Die Verortung von Schuld ist demnach auch eine Flucht aus der tragischen Lage des Patienten, die den engagierten Zuschauer und Helfer ebenfalls identifikatorisch erfasst. Umgekehrt kann die Bewusstwerdung der so häufigen Gegenübertragungsreaktion auch einen Eindruck von der unerträglichen intrapsychischen Spannung des Patienten und seines Suchens nach Entlastung durch Agieren, Selbstverletzung, Beziehungsabbruch, suchtartiges Verhalten usw. erleichtern.

Im stationären wie ambulanten Setting sehen sich Behandler heftigen eigenen Gefühlsreaktionen ausgesetzt, nicht zuletzt, weil sie regelmäßig Zielscheibe der Affekte des Patienten werden. Die oft mit Rückschlägen im Zusammenhang mit selbstverletzendem Verhalten, destruktivem Agieren, Impulsdurchbrüchen oder Suizidalität verbundenen Ohnmachtserfahrungen münden gerade bei engagierten Behandlern leicht in Schamgefühle oder ihre Abwehr aus.

Daraus ergeben sich typische Fehler bei der Behandlung, die durch die Abwehr von Ohnmacht, Scham, Verwirrung über die zunächst oft nicht verständlichen Reaktionen des Patienten oder die emotionale Verstrickung und die eigenen emotionalen Reaktionen bedingt sind (vgl. Herpertz u. Wenning 2003, S. 97):

- Impulsive Durchbrüche oder Selbstverletzungen werden als böses Agieren gegen den Therapeuten, Erpressung, Hass oder Neid missverstanden. Die Gegenübertragung ist dann nicht von (eventuell gemeinsamer) Ohnmacht oder von Scham des Therapeuten über seine vergeblichen Hilfeversuche geprägt, sondern von der aggressiven Abwehr solcher Emotionen - und damit identisch mit dem Abwehrverhalten des Patienten.
- Versuche der Affektregulation und Impulskontrolle werden - in Identifikation mit dem rigiden und sadistischen Über-Ich des Patienten - ebenfalls wertend und verfolgend vorgenommen oder in Vermeidung dieser Schwierigkeit völlig unterlassen. Im ersten Fall werden Scham- und Schuldgefühle durch den Behandler agiert, im zweiten Fall die mögliche Verstrickung mit ihnen vermieden.

- Emotionale Disregulationen der Patienten sind häufig Reaktionen auf konkrete Beziehungskonflikte innerhalb wie außerhalb der Therapie. Der Behandler kann hier nach zwei Seiten vom Pferd fallen: Entweder er interpretiert omnipotent alle Stimmungsschwankungen des Patienten als Reaktion auf die therapeutische Beziehung oder er konzentriert sich auf Außenereignisse und schützt sich so vor Angriffen des Patienten. In beiden Fällen würde - borderline-typisch - die Unsicherheit über die wirklichen Zusammenhänge mittels Schwarz-Weiß-Raster abgewehrt. Die Fähigkeit zu Ambivalenz, Vorläufigkeit des Wissens oder Ertragen von Unsicherheit stellt demgegenüber ein therapeutisches Verhalten dar, das dem Patienten als Modell zur Selbstregulation dienen kann. Der Therapeut ist dabei angreifbar und (schamhaft) verletzbar in seiner partiellen Unsicherheit und Unwissenheit - wiederum Modell für den Patienten.

Dieses grundsätzliche therapeutische Vorgehen setzt eine nicht unerhebliche Spannungs- und Schamtoleranz beim Behandler voraus. Der Psychotherapeut oder das stationäre Team stellen in Maßen Schamtoleranz bereit - mit Grenzen, die der Patient zu würdigen hat, wie auch mit einer gewissen Fähigkeit zur Kränkbarkeit, die jeder gelingenden menschlichen Beziehung zu Grunde liegt und damit Modell für außertherapeutische Beziehungen darstellt.

Technischer Umgang mit Schamkonflikten I

Psychotherapeutische Behandlung als dosierte Abfolge maßvoller Schamerlebnisse

Psychotherapie hat die Veränderung menschlichen Verhaltens und Erlebens zum Ziel. Aufdeckende psychotherapeutische Verfahren verfolgen zudem das Ziel, Patienten Einsichten in ihr Erleben, Verhalten und Denken zu vermitteln und dies über die therapeutische Beziehung im Hier und Jetzt zu thematisieren. Jede Einsicht über sich selbst, die Neues, Verborgenes oder Unbekanntes aufzeigt, führt zwangsläufig zu Schamgefühlen. Dies gilt natürlich auch für verhaltenstherapeutische Verfahren: Der Patient wird zum Beispiel mit seinem Vermeidungsverhalten konfrontiert und aufgefordert, sich angstbesetzten Situationen via Exposition auszusetzen. Auch hier erfährt der Patient Neues über sich, sein Erleben und Verhalten, seine irrationalen Kognitionen, Erwartungshaltungen gegenüber der Umwelt und unbewussten maladaptiven Copingstrategien.

Es ist das Ausmaß, die Art und Weise und der Zeitpunkt der in der Behandlung ausgelösten Schamgefühle, die über Widerstände oder konstruktive Zusammenarbeit entscheiden. »Dass der das sieht und ich hab's noch nicht mal geahnt« oder »seit wann wissen Sie das eigentlich?« pflegen Patienten gelegentlich nach einem Hinweis zu sagen und drücken damit ihre maßvolle Scham aus, gesehen zu werden, wo sie selbst blind waren.

Psychotherapie kann überhaupt nur dort funktionieren, wo solche maßvollen Schamgefühle Anreiz sind, Konzepte von sich und den anderen zu modifizieren. Scham- und Stolzempfindungen sind alltägliche affektive Reaktionen.

Lediglich allzu häufige, in ihrer Intensität das Ich überschwemmende und daher traumatische Schamempfindungen oder - kompensatorisch als Stolz - Größengefühle sind in ihrer Wirkung für das Selbst und für die Objektbeziehungen verheerend. Demzufolge kann es auch in der Behandlung nicht um Vermeidung jeglicher Scham gehen, sondern um ein dem Patienten zuträgliches Maß an entwicklungsfördernden Scham- wie Stolzgefühlen. Schamgefühle und im weiteren Verlauf auch realistische Empfindungen des Stolzes können für die Entwicklung von Selbstgrenzen und Identität im therapeutischen Rahmen genutzt werden, wenn sie nicht traumatisierend wirken. Nur dort, wo im weitesten Sinn Ideale, Werte oder Selbstkonzepte des Patienten von den therapeutischen Interventionen berührt werden, indem Diskrepanzen zwischen Ist- und Soll-Zuständen »peinlich« offenbar werden, gibt es innere Motivation zur Veränderung. Ohne maßvolle Schamaffekte kann es

demnach keine Selbstentwicklung geben. Daher ist hinsichtlich Indikation und Prognose darauf zu achten, ob und in welcher Weise der Patient über welche Gefühle aus der Gruppe der Schamaffekte überhaupt verfügt. Ein Patient, der sich überhaupt nicht schämt, ist demnach nur über äußeren Druck begrenzt behandelbar, da ihm innere Motivation zur Veränderung fehlt. Dieser intrinsische Veränderungswunsch, der durch die ausgelöste Scham aus der Diskrepanz zwischen Ist-Zustand und Idealen entsteht, entsteht bei „unverschämten“ Patienten entweder überhaupt nicht oder wird durch kompensatorische Größenideen rasch abgewehrt („hab ich nicht nötig“).

Scham, die den therapeutischen Prozess eher behindert, tritt dort auf, wo plötzliche Tiefendeutungen gegeben werden, auf die der Patient nicht vorbereitet ist und die daher zumeist nicht nur wirkungslos, sondern kontraproduktiv sind. Wachsende Kompetenzen des Patienten im Verlauf seiner fortschreitenden Therapie verändern seine Intimitäts- und Selbstgrenzen gegenüber seinem Therapeuten.

Manche Themen gehen den Therapeuten im Zuge wachsender Autonomie des Patienten nichts mehr an. Für den Therapeuten bedeutet dies, ein sensibles Gespür dafür zu entwickeln, welche Bereiche zu dieser neuen Eigenständigkeit zählen. Andere Themen jedoch werden gerade erst wegen wachsender Autonomie besprechbar, weil ihre Schambesetzung mittlerweile ein das Ich nicht mehr überforderndes Maß angenommen hat.

»Eine aggressiv deutende Technik ist eine Form chronischer Beschämung des Patienten. Nehmen wir andererseits zu sehr die Stellung des gütigen, schonenden, verzeihenden Überichs ein, erlauben wir natürlich auch nur eine ungenügende Bearbeitung der aggressiven, kompetitiven Seiten unserer Patienten. Ein ganz wesentlicher Teil des analytischen Taktes scheint mir daher gerade darin zu liegen, wie wir das dem Einzelnen gerechte und *beste Maß der Über-Icheinstellung* finden« (Wurmser 1986, S.37).

Technische Überlegungen hinsichtlich des Ausmaßes an förderlicher Scham sollten Freuds (1919a, S. 187) Aufforderung gerecht werden, dem Patienten »...dadurch zu helfen, dass wir ihn in jene psychische Situation versetzen, welche für die erwünschte Erledigung des Konflikts die günstigste ist«.

Setting: Couch oder Sitzen?

Landläufig verstehen Laien unter psychoanalytischer Behandlung ein Setting mit Couch. Umgekehrt wirkt es fast wie Aufforderung zur Amtsanmaßung, wenn man darauf aufmerksam macht, dass natürlich auch Behandler mit Zulassung lediglich für tiefenpsychologisch fundierte Verfahren vor der Wahl stehen, ob sie eine Behandlung im Liegen oder Sitzen durchführen möchten. Die Couch ist ein Einrichtungsgegenstand, kein Ausweis einer bestimmten Behandlung, noch ist sie ideologischer Teil psychoanalytischer Identität. Es wäre auch schlecht um die Identität der Psychoanalyse bestellt, wenn diese von einem Möbelstück abhinge. Demzufolge stellt sich die pragmatische Frage, ob und bei welchen Patienten mit welchen Behandlungszielen welches Setting den therapeutischen Prozess fördert.

Ist bereits das Aufsuchen einer psychotherapeutischen Behandlung mit erheblichen Schamgefühlen verbunden, so stellt die Couch zumindest anfangs eine weitere mögliche Schamquelle dar. Die Vielzahl an Witzen und Karikaturen über psychoanalytische Behandlungen auf der Couch unterstreicht ihre verunsichernde wie emotional bedeutsame Qualität. Manche Patienten, die zum ersten Mal kommen, schauen etwas erschrocken oder befangen zur Couch hinüber oder befürchten gar, sich augenblicklich hinlegen zu müssen. Dabei kann die Couch sowohl schamauslösende wie -vermeidende Funktionen erfüllen: Mit ihrem Schutz vor dem durchdringenden Auge des Behandlers kann die Couch dem Patienten einen Raum zur Verfügung stellen, der erst die Preisgabe

intimer Details ermöglicht. In dieser Funktion schützt die Couch zudem vor der Preisgabe eigener Grenzen, indem sie die Möglichkeit bietet, in Anwesenheit des anderen mit sich allein zu sein.

Umgekehrt benötigen viele Patienten jedoch direkten Blickkontakt, um das Gefühl zu haben, »gesehen zu werden«. Die mögliche Schamquelle besteht in diesen Fällen in dem Eindruck, übersehen und missachtet zu werden und auf der Couch sozusagen aus der Beziehung heraus zu fallen. Ähnliches gilt für ein sitzendes Setting: Bereits Abstand und Winkelstellung der Stühle zueinander können sowohl Schamquelle wie sicherer Rahmen bedeuten: Patienten können sich entweder übersehen beziehungsweise hinreichend abgegrenzt fühlen oder sich in frontaler Stellung ausreichend beachtet oder schutzlos durchdrungen erleben. Ich selbst benutze bequeme Sessel auf Rollen, so dass meine Patienten selbst - anfangs oft ohne dies bewusst zu registrieren - eine Position ihres Sitzmöbels so wählen, dass sie sich in ihrer Regulation von Nähe und Distanz hinsichtlich Abstand wie Winkelstellung ausreichend sicher fühlen.

Hilfreich ist demnach ein flexibler Umgang mit Couch und Bestuhlung. Wenn Patienten selbst die Stellung ihres (leichten und beweglichen) Stuhles verändern können, vermögen sie selbst das ihnen gemäße Setting mit der für sie hilfreichen Mischung aus Intimität und Abgrenzung einerseits, wie Nähe und Selbstöffnung andererseits zu regulieren. Beim Liegen ist das oft nicht so leicht möglich, weil der Patient der (irrigen) Annahme sein kann, er dürfe sich auf keinen Fall umdrehen und sich der Anwesenheit, Zugewandtheit oder Freundlichkeit seines Analytikers versichern. Häufig wird ein solches Bedürfnis schamhaft erlebt, weil es »nicht erlaubt« ist und einer »echten« psychoanalytischen Behandlung zuwiderläuft. Auch hier ist ein flexibler, patientenzentrierter Umgang hilfreich, um es dem Patienten zu ermöglichen, sich soweit wie möglich auf den therapeutischen Prozess einzulassen. Die Frage ist, wie das Bedürfnis nach Verhüllung und Wahrung der Intimitätsgrenzen mit dem Wunsch, nicht aus der hilfreichen Beziehung heraus zu fallen und angemessen wahrgenommen zu werden, integriert werden kann. Selbstverständlich sollte nicht jedes aufkommende Bedürfnis oder jeder Impuls in Handlung umgesetzt werden (im Sinne der Verbesserung von Aufschub, Spannungstoleranz und Impulskontrolle). Bei einem reflektierten Umgang mit den genannten Variablen ist es aber auch möglich, dass der Analytiker sich so platziert, dass dem Patient beide Optionen zur Verfügung stehen - freilich ohne dass er sie in inflationärer Weise nutzt. Unter diesen Umständen kann man mit dem Patienten auch gemeinsam eine Position des Analytikersessels (hinter der Couch) ausprobieren, die ein subjektives Optimum an Selbstöffnung und Schutz der Selbstgrenzen ermöglicht.

Der Einsatz der Couch kann jedoch unerwünscht, weil nicht steuerbare Regression fördern oder zu länger anhaltenden regressiven Entwicklungen führen, die innerhalb eines zeitlich viel begrenzteren Verfahrens, wie fokussierten Behandlungen gegenüber psychoanalytischen Therapien, nicht sinnvoll sind.

Massive Regression, die durch das Ich nicht steuerbar ist, löst fast zwangsläufig Schamgefühle über den erlittenen Kontrollverlust aus, was wiederum die Regression noch verstärken und in einen Teufelskreis ausmünden kann. In solchen Fällen muss die Indikation neu überdacht werden und unter Umständen zu einem sitzenden Setting gewechselt werden. Auch hier erhält der Patient meist bereits das Gefühl der Kontrolle wieder, wenn man diese Fragen mit ihm gemeinsam bespricht. Diese pragmatischen und indikationsbezogenen Überlegungen lassen Couch und Stühle als das erscheinen, was sie sind: Möbelstücke, von deren Gebrauch es abhängt, ob sie sich als nützlich für den psychotherapeutischen Prozess erweisen.

Technischer Umgang mit Schamkonflikten II

Negative therapeutische Reaktion als Folge von Schamkonflikten

Unter einer negativen therapeutischen Reaktion werden Verschlechterungen des Patienten verstanden, die sich nach einschneidenden Lösungen oder Verbesserungen, nach angeblich zutreffenden Deutungen oder Interventionen oder auf die Zufriedenheit des Analytikers mit dem Patienten einstellen (vgl. z.B. Thomä u. Kächele 1985, S. 122-126). Als ursächlich für negative therapeutische Reaktionen wurden zahlreiche Motive genannt:

- unbewusste Schuldgefühle des Patienten (z.B. Freud 1933a) eventuell in Zusammenhang mit Trennungsschuld;
- masochistischer Triumph des Patienten über den Analytiker (Freud 1923b, Wurmser 1990);
- Betonung von entweder Autonomie (und Ablösung) vom Analytiker (Grunert 1979) oder Aufrechterhaltung der Symbiose mit einem mütterlichen Objekt und einem hiervon ausgeschlossenen Analytiker (Asch 1976).

In allen Fällen spielt die therapeutische Beziehung eine wesentliche Rolle: Patienten betonen ihre Unabhängigkeit vom Behandler oder agieren Neid auf den vermeintlichen Erfolg und die Kompetenz ihres Therapeuten. Schubart (1989) sieht deshalb negative Wirkungen von Ambitionen und Ansprüchen des Therapeuten, da diese mit den selbstbezogenen Forderungen und Wünschen der Eltern gleichgesetzt werden könnten - von Patienten teilweise projektiv identifikatorisch im Analytiker provoziert. Gegen den anscheinenden Berufserfolg ihres Therapeuten setzten sich manche Patienten konsequent zur Wehr, indem sie jeden Erfolg, den sie nicht als den eigenen erleben können, torpedieren. Umfang und Bedeutung des Konzepts der negativen therapeutischen Reaktion können hier nicht näher gewürdigt werden, ich beschränke mich auf Überlegungen zur Dynamik von Schamkonflikten bei negativen therapeutischen Reaktionen nahe.

Beispiel:

Eine 30jährige Akademikerin mit glänzenden Zeugnissen wurde wegen massiver Gefühle von Leere und Sinnlosigkeit ihres bisherigen Lebensweges auf einer psychiatrischen Station aufgenommen. Sie war kaum bereit, ausgiebig über ihre Lebensgeschichte Auskunft zu geben, so dass man weitgehend auf die Interaktionen auf Station und das Verhalten im Hier und Jetzt angewiesen war. Niemand auf Station hatte vor ihren vernichtenden Urteilen Bestand und keiner schien ihr intellektuell gewachsen zu sein; wer sich aber doch mit ihr abgab, musste in den Augen der Patientin schon ein Idiot sein, sich von ihr so schlecht behandeln zu lassen. Die Patientin verweigerte sich aktuell jeder Behandlung, hungerte sich auf ein bedrohliches Untergewicht herab und beeindruckte durch einen ausgeprägten, zwanghaften Negativismus. Schließlich entwickelte sich eine konstruktive Beziehung zu einer Stationsschwester, mit der sie auch begann, zu Mittag zu essen. Als der Stationsarzt dies anerkennend während der Visite erwähnt, bricht die Patientin ihre gemeinsamen Mahlzeiten und die Beziehung zu der Schwester abrupt ab, um sich mehr denn je zu verweigern.

Die gut gemeinte Bemerkung des Arztes hatte die Patientin in heftige Schamkonflikte gestürzt: Hatte sie nicht etwa zu essen begonnen, weil sie sich in der Beziehung zu der Schwester völlig aufgab? Oder war ihr die Beziehung etwa soviel wert, dass sie sich total angepasst verhielt? Und war nicht obendrein für alle Welt sichtbar geworden, wie lächerlich sie sich an die freundliche Schwester anhängte und wie gut ihr dies tat? Schließlich, wenn man sich ihr so freundlich zuwandte, würde sich nicht doch erweisen, dass sie dies nicht wert sei und würden sich dann nicht alle voller Verachtung von ihr abwenden? Mithin erlebte die Patientin zahlreiche Schamgefühle: Abhängigkeitsscham in der Beziehung zu der Schwester, Scham über das Sichtbarwerden intimer

Regungen von Freundschaft und Abhängigkeit, als der Stationsarzt und eventuell weitere Teammitglieder diese Beziehung zu der Schwester wahrnahmen, Scham über den Verlust von Autonomie und ihr »Bravsein« im Zusammenhang mit ihrer Besserung und schließlich antizipatorische Schamängste über mögliche (narzisstische) Enttäuschungen der an ihrer Besserung interessierten Umstehenden.

Endlich dürfte die lebensgeschichtliche Scham über den Missbrauch eigener Kompetenzen und Erfolge als narzisstischer Schmuck für die Eltern reaktiviert worden sein. Die konstruktive und nahe Beziehung zu der Schwester durfte - jedenfalls zum gegebenen Zeitpunkt - nicht öffentlich bemerkt werden. Der starke Wunsch nach unbedingter Annahme und Anlehnung wurde wegen seines autonomiebedrohenden Charakters als bedrohlich und schambesetzt erlebt. Zugleich schien die Patientin früh erlebte Ablehnung, mit der eigenen Interpretation, sie sei Annahme nicht wert, wieder zu beleben. Erfuhr die Patientin nun aktuell Verständnis und steigerte sich daher ihr Anlehnungsbedürfnis, unternahm sie gerade deshalb Befreiungsversuche, die ihre Unabhängigkeit unterstreichen und zugleich die archaische Selbstverurteilung besänftigen sollten. Diese Bestrebungen, übergroße Autonomie zu beweisen, endeten jedoch in Beschämungen, da die Hilfsbedürftigkeit erneut hervorbrach und weitere Selbstverurteilungen evozierte.

Die übliche und nahe liegende Reaktion auf solche Behandlungssituationen besteht in noch stärkerer Zuwendung, die aus den genannten Gründen das Agieren weiter verschärft. Gleichzeitig wird der entstehende Ärger über den »widerborstigen« Patienten nur oberflächlich abgewehrt. Für den Patienten bleibt diese Ablehnung jedoch spürbar, was eine weitere Wiederholung seiner Erfahrung von Zurückweisung bedeutet. Die Relevanz der Schamdynamik liegt hier in ihrem heuristisch-pragmatischem Wert: Destruktives Agieren wird erklärbar und zugleich Handlungskompetenz verfügbar, besonders, wenn etwa weitere Angaben über den lebensgeschichtlichen Hintergrund fehlen oder deren Kenntnis zunächst keine wesentliche Verbesserung brächte. Im geschilderten Fall entspannte sich die Situation, nachdem das Team auf weitere positive Feedbacks verzichtete und die Patientin ohne weitere Über-Ich-Interventionen angenommen wurde.

Wurmser (1990, Hervorhebung im Original, S. 184) schildert eindrucksvoll, wie eine Patientin in Zorn über ihre beschämende Abhängigkeit gerät, mit der sie immer pünktlich zur Stunde erscheint: »Warum komme ich pünktlich hierher? Um Ihnen zu beweisen, dass eines Tages Sie nicht kommen werden, dass Sie wie alle anderen sind, denen man nicht trauen kann«. Der imaginierte masochistische Triumph, den die Patientin bei Nicht-Erscheinen ihres Analytikers erleben würde („Ich wäre zwar auch wirklich verletzt, ja zerschmettert, aber es wäre auch eine Art Sieg, dass ich wiederum Recht behielte“) überdeckt die Abhängigkeitsscham und die Rivalität, in die die Patientin mit ihrem Analytiker eingetreten ist. Wenn sie sich jedoch als mächtiger, unabhängiger und depotenzierender als der Analytiker erweisen sollte, löst dies wiederum mächtige Schuldgefühle aus, mit der vorbeugenden Abwehr, sich beständig »als Abfallhaufen« darzustellen.

Das Bedürfnis eines Patienten nach Hilfe und Unterstützung bei der Lösung seiner Schwierigkeiten stellt ihn früher oder später vor ein Dilemma: Der Wunsch nach mehr Autonomie und Selbstbestimmung, der ihn letztlich in Behandlung führte, kollidiert mit der aktuell erlebten Abhängigkeit von seinem Therapeuten. Patienten können sich durch den Erfolg ihrer Therapie und damit auch ihres Therapeuten kontrolliert, verschlungen oder depotenziert fühlen. Besonders in Endphasen von Behandlungen können Patienten demnach mit Verschlechterungen sozusagen ihre Besserung unter Beweis stellen, indem sie sich von den Berufserfolgswünschen ihres Therapeuten und seinen Bemühungen unabhängig geben. Sie demonstrieren damit, wie wenig sie sich von ihrem Behandler haben manipulieren lassen:

Scham über eigene Bedürftigkeit, Scham über intime Gefühle von Dankbarkeit, über den Neid auf den offenbar erfolgreichen oder kompetenten Therapeuten verschwinden hinter dem Lärm von Schuldvorwürfen oder dem masochistischen Triumph des (scheinbaren) Scheiterns. Negative

therapeutische Reaktionen sind für Behandler oft beunruhigend. Die beim Patienten auftretenden Schamaffekte können jedoch dem Ziel wachsender Autonomie, dem Schutz der Selbstgrenzen und der späteren Ablösung dienen, falls sie den Patienten nicht überschwemmen oder zu einem zu frühen Zeitpunkt auftreten. Die in jeder masochistischen Auflehnung inhärente Weigerung, sich völlig zu unterwerfen, ist immer auch Zeichen verbliebener Eigenständigkeit, die durch Schamaffekte geschützt werden soll. Es kommt nicht zuletzt auf die Handhabung dieser Schamaffekte an, ob sich die Autonomie des Patienten in konstruktiveren Schritten zeigen kann als in der Zerstörung der Therapie, des Therapeuten - oder gar der Selbstzerstörung.

Schließlich ist die Beunruhigung, die negative therapeutische Reaktionen im Behandler auslösen, bisweilen auch komplementär zu jener Beunruhigung des Patienten über seine wachsenden Möglichkeiten und Kompetenzen - gekoppelt mit dem Gefühl von Stolz. In zahlreichen Kulturen gilt Stolz als unmoralisches Zeichen von Hochmut und Arroganz, weshalb auch Gefühle realistischen Stolzes in der Erziehung sanktioniert werden (vgl. Kaufmann 1989). Viele Patienten schämen sich daher ihres wachsenden und realistischen Stolzes und fürchten Strafe - repräsentiert durch den Therapeuten, der in der Übertragung als missbilligend erlebt wird. Wenn kompensatorische Größengefühle, die aus früherem Scheitern und damit verknüpften Scham- und Minderwertigkeitsgefühlen herrühren, in einer gelingenden Therapie allmählich durch realistische Gefühle von Stolz über das Erreichte abgelöst werden, entsteht oft eine Quelle erneuter Scham und verschiedener Ängste, da Stolz mit unerlaubtem Hochmut gleichgesetzt wird.

Stolz bedeutet den meisten Patienten zudem Rivalität mit ihrem Behandler - Quelle von (ödipalen) Ängsten und befürchteter nachfolgender Beschämung. Häufig erweist es sich als hilfreich, mit Patienten nicht nur über ihre Größengefühle und -ideen zu sprechen, sondern auch über die sie ängstigenden, doch für die Selbstregulation notwendigen Gefühle von Stolz und Kompetenz. Gerade weil Scham und Stolz als die narzisstischen Affekte schlechthin das Selbstwertgefühl entscheidend beeinflussen, ist das einigermaßen angstfreie Erleben von angemessenem Stolz angesichts eigener Leistungen ebenso notwendig wie maßvolle Gefühle von Scham und Trauer gegenüber den in der Therapie und im Leben nicht einlösbaren Hoffnungen und Wünschen.

Iatrogene Schamquellen

Freuds Metapher von der Chirurgen-Haltung hat häufig dazu geführt, dass Analytiker dazu neigten, »ihre Menschlichkeit zu verleugnen« und »dass ein großer Teil der Feindseligkeit, auf die sie sich konzentrieren, die Reaktion des Patienten auf diese Zurückweisung und dieses Missverständnis war...« (Heimann 1964, S. 483). Die häufig beschriebene narzisstische Wut von Borderline-Patienten könnte wenigstens teils Folge problematischer Interventionstechniken sein (Wile 1984, Lewis 1987). Es fällt tatsächlich auf, dass zum Beispiel bei Autoren wie Kohut oder Kernberg Scham kaum Erwähnung findet oder als Widerstand gegen Einsicht betrachtet wird (Kohut 1976, S. 173).

Während des ersten Jahres der Analyse des Herrn Z. macht Kohut eine regressive Mutterübertragung als augenfälligstes Thema aus, »... insbesondere, soweit es sich auf den Narzissmus des Patienten bezog, d.h., wie wir es damals sahen, auf seine unrealistische, illusionäre Grandiosität und seine Forderungen, die psychoanalytische Situation solle die Position ausschließlicher Kontrolle, des Bewundert- und Umsorgtseins durch eine in ihn vernarrte Mutter wiederherstellen... Lange Zeit wehrte sich der Patient mit intensiven Widerständen gegen diese Deutungen« (Kohut 1976, S. 175).

Es stellt sich die Frage, wie diese Deutungen eigentlich ausgesehen haben mögen und wie sie dem Patienten präsentiert wurden. Die oben gegebene Beschreibung stellt keine konflikt- und beziehungsorientierten Hypothesen, sondern eher Beschimpfungen dar, wie Wile (1984) anmerkt. Es nimmt daher nicht wunder, dass der Patient sich lange Zeit »...mit intensiven Widerständen gegen diese Deutungen [wehrt]. Er wurde wiederholt wütend auf mich - in der Tat war das Bild, das

er während der ersten anderthalb Jahre der Analyse bot, von seiner Wut beherrscht. Die Attacken kamen entweder als Reaktion auf meine Deutungen [!] bezüglich seiner narzisstischen Forderungen und seiner arroganten Überzeugung von der fraglosen Berechtigung seiner Ansprüche zustande oder wegen so unvermeidlicher Frustrationen wie Wochenend-Unterbrechungen, gelegentliche Verschiebungen der Sitzungen oder und vor allem meine Ferien... Nach etwa anderthalb Jahren wurde er ziemlich plötzlich viel ruhiger, und sein Insistieren darauf, dass sein Ärger berechtigt sei, weil ich ihn nicht verstehe, ließ auffallend nach« (Kohut 1976, S. 175).

Die Veränderung versteht Kohut zunächst als Frucht des Durcharbeitens, sieht sich aber zu seiner Überraschung von seinem Patienten freundlich-ruhig korrigiert:

»Er sagte, die Veränderung habe nicht in erster Linie wegen eines Wandels in ihm stattgefunden, sondern wegen etwas, das ich getan hätte. Ich hätte, so sagte er, eine meiner Deutungen bezüglich seiner unersättlichen narzisstischen Forderungen mit den Worten eingeleitet: ›Natürlich tut es weh, wenn man etwas nicht bekommt, von dem man annimmt, dass es einem zusteht« (Kohut 1976, S. 175 f., Hervorhebungen im Original).

Während also Kohut zunächst entweder zu Interventionen greift, die im üblichen sozialen Sprachgebrauch als herabsetzende Beschimpfungen und Beschuldigungen aufgefasst würden oder er wenigstens seinen Patienten in dieser Weise versteht, was sich selbstverständlich einem intuitiven und empfindsamen (nämlich narzisstisch-kränkbaren) Menschen erschließt, äußert er offenbar wenigstens ein einziges Mal Verständnis für die Reaktionen seines Patienten. Tatsächlich reagiert der Patient auf die Beschuldigungen mit so genannter narzisstischer Wut, während er Kohuts Verständnis sofort mit einer Verbesserung der Beziehung quittiert. Die beschämenden und herabsetzenden Deutungen der ersten anderthalb Jahre führten offenbar zu dem, was als weiterer Beweis einer narzisstischen und infantilen Unersättlichkeit zu gelten hatte, nämlich zu wütenden Reaktionen, die sich auflösten, als Kohut Verständnis äußerte, damit Scham vermied oder wenigstens nicht evozierte und statt dessen die Universalität des Phänomens betonte. Offenbar »...verstand Kohut in den ersten anderthalb Jahren nicht, dass Mr. Z. zu seiner Scham-Wut ›berechtigt‹ war, wenn er spürte, dass Kohut ihn mit Interpretationen seines Verhaltens wie ›infantil‹, ›illusionär‹, ›arrogant‹ oder ›grandios‹ beschämte« (Lewis 1987, S. 101, Übersetzung von M.H.). Kohuts erste, von ihm als klassisch verstandene Analyse ignorierte Scham, während seine Selbst-Psychologie hierfür mehr Raum einräumte (Lewis 1987), allerdings ohne Scham beim Namen zu nennen. Scham- und Schuld-Phänomene werden hier offenbar als Widerstand missverstanden. Tatsächlich können (unerkannte) Schamkonflikte zu beträchtlichen Behinderungen beim Fortschreiten der Behandlung werden:

»Die sorgfältige Analyse der Scham erfordert großes Taktgefühl und Geduld. Wir müssen das aus der Angst vor Entblößung gehorchende Bedürfnis des Patienten respektieren, sich hinter Schichten von Schweigen, Ausweichen, Auslassungen und Intellektualisierungen zu verstecken... « (Wurmser 1987, S. 90, Übersetzung von M.H.).

»Andererseits ist es keine übertriebene Erwartung, dass ein Analytiker in seiner Eigenschaft als Arzt seinen Patienten ein wohlwollendes und hilfreiches, tolerantes und freundliches Interesse entgegenbringt, das sich hauptsächlich in den Formen ausdrückt, die seine besondere Arbeit vorsieht« (Stone 1973, S. 70, Hervorhebung im Original). Kohuts Konzilianz, die sich in seinem Verständnis ausdrückt, relativiert natürlich auch seine eigene Position gegenüber dem Patienten, die aus Sicht des Patienten vordem besonders beschämend sein musste: »Ferner kann das subjektive Gefühl der Herabsetzung, das der Patient nicht so sehr als Reaktion auf Toleranz und Verständnis als vielmehr als Reaktion auf die absolute und überlegene Unanfechtbarkeit des Analytikers gegenüber seinen Aggressionen und seinen Kritiken verspürt, zu überflüssiger Regression führen« (Stone 1973, S. 58). Die von Stone skizzierte Position eines »menschlichen Analytikers«, der in Winnicotts Sinn lebendig ist (Winnicott 1974a, siehe auch Auchter 1995), beinhaltet natürlich immer die Gefahr, sich mit dem Patienten zu verstricken, auf seine neurotischen sozialen

Arrangements »hereinzufallen« und sich plötzlich in Beziehungsfallen wieder zu finden. Das Vermeiden- wollen solcher Verstrickungen führt zu der karikaturähnlichen schizoiden Haltung mancher Analytiker, die wegen ihrer Schamangst, eventuell der Dumme zu sein, erstarren. Worum es geht, ist eine Haltung, die Fehler, Irrtümer und Verstrickungen ermöglicht, indem der Analytiker reflektiert mit der therapeutischen Beziehung umzugehen und potentielle Kollusionen zu nutzen versucht. Interpersonelle Arrangements des Patienten können Deutungen zugeführt werden, wenn man sich als Analytiker nicht unbedingt davor schützen will, gelegentlich »der Dumme« zu sein.

Antwort oder Spiegel?

Die Abstinenzregel, dem Patienten in der Analyse die Befriedigung seiner (Trieb-)Wünsche zu versagen, hat zu zahlreichen Missverständnissen geführt, von denen eines die oben beschriebene starre und unflexible Haltung ist, die keine konstruktiven Turbulenzen und Verstrickungen zulässt, um nur ja keine technischen Fehler zu begehen. Zu dieser falsch verstandenen Abstinenz (die Freud nie praktizierte) gehört auch die ebenfalls falsch rezipierte Regel, auf Fragen des Patienten grundsätzlich entweder nicht oder nur mit Gegenfragen, Interpretationen oder Deutungen zu antworten. Schweigen seitens des Analytikers auf eine Frage des Patienten löst nahezu immer erhebliche Scham und das Gefühl, aktiv gedemütigt worden zu sein, aus. Auf Fragen nicht zu antworten ist in aller Regel keine analytische Kunst, sondern menschliche Ungehobeltheit und häufig auch ein technischer Fehler.

Beispiel:

Eine Patientin mit zahlreichen Verlassenheitserfahrungen in den ersten drei Lebensjahren, die häufig die Angst äußerte, ich sei plötzlich weg, wenn sie mich nicht (hinter der Couch) höre oder sehe und der Befürchtung, auf direkte Äußerungen ihrerseits könne ich mit Zorn oder Abwendung reagieren, stellte mir häufig indirekte oder direkte Fragen. Auf diese Weise versicherte sie sich meiner Anwesenheit und konnte letztlich auf eigene Bedürfnisse oder Wünsche zu sprechen kommen. Diese Eigenart war mit ihr gut besprechbar, ohne dass dies eine unmittelbare Aufgabe der Gewohnheit erbracht hätte. Eines Tages fragte sich mich, wie ich es eigentlich aushielte, den ganzen Tag nur zu sitzen und mir Geschichten anzuhören, ohne direkt zu handeln. Ich hatte einerseits sofort das Gefühl, es handele sich wieder um eine Frage, die eigentlich eine Autonomiebestrebung, eine Abgrenzung, Kritik oder irgendeine neue Entwicklung einleiten könnte, war aber andererseits nicht imstande, dies präzise zu formulieren. Bloßes Schweigen hätte in der Patientin das Gefühl vom Wegsein des Gegenübers evoziert, Gegenfragen pflegte sie als sehr beschämend zu erleben, weil sie sich meist selbst nicht über die Funktion ihrer Fragen im Klaren war. Ich entgegnete ihr also, »könnte das nicht wieder so eine Ihrer Fragen sein, wo erst später klar wird, worum es eigentlich geht?«, was die Patientin bestätigte. Ich antwortete ihr dann, dass ich eine ganz gute Mischung verschiedener psychoanalytischer Tätigkeiten hätte, wodurch jede ihren Reiz besäße (tatsächlich wusste die Patientin längst um andere Arbeitsfelder meinerseits). Hierauf reagierte sie erleichtert und teilte mir mit, dass sie ein Tanzseminar besuchen wolle. In den folgenden Stunden wurde deutlich, dass sie sich sorgte, ob ich nicht eventuell endlos gelangweilt sein könnte, ob ich nicht eventuell etwas gegen Tanztherapie haben könnte; sie begann meine analytische Tätigkeit als zu einseitig zu kritisieren, und es eröffnete sich ihr erstmals die Möglichkeit, mich insgesamt kritischer zu sehen. Schließlich stellte sie fest, dass ich leider/Gott-sei-Dank nicht zu eifersüchtig auf ihr Tanzseminar sei und frug sich, ob dies nun Zeichen meines mangelnden Interesses an ihr oder Beweis meiner Toleranz sei.

Ich glaube, dass die einzelnen Schritte, die die Patientin für sich in der Auseinandersetzung mit mir und ihrer weiteren Autonomie nutzen konnte, leichter wurden, weil ich mich zunächst für eine Verstrickung zur Verfügung stellte, die ich hernach hinterfragte. Ihre vorsichtige Frage leitete demnach eine deutliche Auseinandersetzung mit mir ein, wie dies bei der Patientin überhaupt oft der Fall war. Meine Antwort, die im Grunde nichts Unbekanntes enthüllte, machte mich insofern verletzlich, als dass ich nicht wusste, was die Patientin mit meiner Antwort tun und ob und wie sie

sie eventuell ausschließlich für Abwehrzwecke nutzen würde. In diesem Fall war ich mir relativ sicher, dass dies besprechbar und damit für den analytischen Prozess nutzbar sein würde. Allerdings teilte ich der Patientin im weiteren Verlauf mit, dass ich den Eindruck hätte, sie würde mir Fragen stellen, um sich selbst vorsichtig an ihr heikel erscheinende Themen anzunähern und dass sie mich in dieser Hinsicht - wie andere Personen in ihrem Leben auch - für solche Annäherungen in gewisser Weise missbrauchen würde. Eine Verweigerung der Antwort hätte stattdessen einen Rückzug bewirkt, der dem Prozess insgesamt nicht zu Gute gekommen wäre. Erst nach zahlreichen solcher »Durchgänge« gewährte ich ihr solche Antworten nicht mehr, indem ich sie gleichzeitig darauf aufmerksam machte, dass wir erst schauen könnten, was es mit der Frage auf sich habe; gegebenenfalls könne ich dann ja immer noch meine Antwort liefern. In der Regel hatte die Patientin am Ende gar kein Interesse mehr an der inhaltlichen Beantwortung ihrer Frage.

Bei der Frage, ob Patienten Antworten auf ihre Erkundungen zu geben sind, ist die Rolle der Scham zu berücksichtigen, die entweder beim Patienten oder dem Therapeuten oder bei beiden ausgelöst werden kann. Maßgeblich ist nicht eine möglichst geringe Kenntnis der Eigenarten des Analytikers, sondern erneut die pragmatische Frage, was den psychoanalytischen Prozess fördern oder behindern könnte. Dabei sind die Schamgefühle und die Intimitätsgrenzen beider - des Patienten wie des Analytikers - die Variablen, die bestimmen, ob und gegebenenfalls welche Antworten wie weitgehend gegeben werden.

»Ich glaube nicht, dass die Entwicklung der Übertragungsneurose ernsthaft beeinträchtigt wird, wenn der Patient weiß, ob man seinen Urlaub in Südfrankreich oder in England verbringt oder (lassen Sie mich einmal sehr kühn sein!) dass man vom Segeln ein bisschen mehr versteht als von Golf oder Bridge. Hingegen glaube ich, dass sie nicht selten gestört wird, wenn man beharrlich oder wiederholt die Antwort auf solche Fragen, über die ohnedies oft genug spekuliert wird, willkürlich verweigert, ohne einen spezifischen oder angemessenen Grund dafür zu haben als das allgemeine Prinzip, dass der Patient nicht alles über den Analytiker wissen darf oder dass der Analytiker keine Fragen beantwortet... Fragen nach wichtigen Realitäten der analytischen Situation, die der Patient sich nicht selbst beantworten kann, sollten wahrscheinlich häufiger beantwortet werden, als dies geschieht...« (Stone 1973, S. 57-61, Hervorhebung im Original).

Die Realität psychoanalytischer Therapie, nämlich sich einem Analytiker mit intimsten Details zu offenbaren, dabei aber kaum etwas über seine Person zu wissen, löst per se Abhängigkeits- und Intimitätsscham aus. Diese unvermeidlichen Schamgefühle können besser ertragen werden, wenn nicht zusätzliche Schamquellen durch Verhaltensweisen des Analytikers hinzukommen, der sich unnötigerweise allen zumutbaren Antworten verweigert. Patienten können von ihrem Behandler einen Teil des Muts, sich gelegentlich unkontrollierten Schamszenen auszusetzen, erwarten, den sie selbst tagtäglich in ihren Therapien aufbringen müssen. Allerdings findet diese notwendige Schamtoleranz des Therapeuten ihre Grenze, wo Fragen zu grobem Missbrauch und Übergriffen auf die Intimität des Analytikers oder zur Befriedigung perverser Trieb- und Beziehungswünsche benutzt werden, ohne dass eine Veränderungsmotivation des Patienten erkennbar wäre. Dies gilt insbesondere für perverse oder dissoziale Patienten, die mit ihren Fragen auf die Verletzung der Intimität der Therapeutin oder des Therapeuten abzielen und häufig lediglich ihre Befriedigungsgewohnheiten wiederholen. An dieser Stelle ist eine deutliche Verweigerung mit dem Hinweis auf den intendierten Missbrauch angebracht - wiederum um Schamgrenzen zu schützen, allerdings in diesem Fall die des Therapeuten oder der Therapeutin. Diese Verweigerung, sich den Befriedigungswünschen des Patienten zur Verfügung zu stellen, demonstriert zugleich modellhaft, dass Intimitäts- und Schamgrenzen geschützt und Übergriffe nicht selbstverständlich sind.

Schamkonflikte in Übertragung und Gegenübertragung

Sexualisierung und erotische Übertragungsbeziehungen

Viele Patienten kommentieren früher oder später die verbreitete Ansicht, sie würden sich - jedenfalls bei gegengeschlechtlicher Konstellation - in ihren Therapeuten verlieben mit deutlicher Scham oder ihrer Abwehr: „Ich bin doch nicht bescheuert und am Ende verliefte ich mich in Sie. Das wäre ja wie eine Karikatur.“ Solche Befürchtungen werden durch die gelegentlich despektierliche Art, wie Therapeuten erotischen Übertragungen begegnen, noch verstärkt.² Doch Respektlosigkeit vor den Gefühlen des Patienten ist nicht nur ein therapeutischer Fauxpas. Psychotherapeuten im Allgemeinen gehören nicht unbedingt zu der Personengruppe mit der höchsten erotischen Ausstrahlung. Verlegenheit und Unsicherheit im Umgang mit erotischen Übertragungskonstellationen sind demnach nicht auf die Patienten beschränkt, sondern erfassen auch die Behandler angesichts zarter Andeutungen oder deutlicher Verführungsversuche. Wie aber technisch mit solchem Übertragungsgeschehen umzugehen ist, gehört meist nicht zum Curriculum der Ausbildungsinstitute.

Alle liebevollen, zärtlichen, erotischen oder sexuellen Fantasien und Gefühle der Patienten als Widerstand abzutun oder als Ausdruck ödipaler Konflikte, verfehlt die Differenziertheit der Konflikte und konstruktiven Entwicklungen im Laufe einer Behandlung. Sich hierauf einzulassen, konfrontiert den Behandler jedoch augenblicklich mit eigenen emotionalen Reaktionen, die von Ärger und Abneigung über sich geschmeichelt fühlen bis zur Realisierung erotischer oder sexueller Fantasien gehen können. Sich mit solchen Gegenübertragungen in Ausbildung oder Supervision öffentlich zu machen, ist sicher heikel und schambesetzt.

Tatsächlich kann es sich bei heftigen sexuellen Fantasien oder hartnäckigen Liebesgefühlen um Widerstand handeln: Etwa außerhalb der Therapie Vermeidungsverhalten aufzugeben und eigene Erfahrungen zu machen oder der eigenen unbefriedigenden, einsamen Situation ins Auge zu blicken. In der Gegenübertragung fühlt man oder frau in diesen Fällen sehr deutlich, wie wenig man gemeint ist und wie sehr der Patient über den Behandler verfügt. Typischerweise fühlt man sich als Behandler auch keineswegs geschmeichelt oder hat den Eindruck, besonders vorsichtig mit den Gefühlen des Patienten umgehen zu müssen, sondern verspürt eher Ärger, Ablehnung oder deutliche erotische Abneigung. Dementsprechend erscheint es hier angemessen, den Patienten sehr deutlich mit seinem Vermeidungsverhalten und dem Leben in einer Pseudowelt zu konfrontieren: „Frau X, Sie träumen sich da eine Welt mit mir zusammen, aber ich habe gar nicht den Eindruck, dass ich als Person gemeint bin, zumal Sie ja wissen, dass dieser Traum niemals Realität wird. Ich fühle mich eher missbraucht, weil ich den Eindruck habe, Sie verfügen in Ihren Fantasien über mich, um sich nicht mit realen Personen in Ihrem Leben auseinandersetzen zu müssen. So vermeiden Sie, dass Sie je an die Verwirklichung Ihrer Träume - wenn auch mit anderen Personen - gehen müssen.“

Häufig scheuen Therapeuten vor solchen Interventionen zurück, da sie sich mit dem Patienten verwechseln: Man selbst würde sich schämen, würde man mit einer solchen Intervention konfrontiert - das gilt allerdings mitnichten für den Patienten, andernfalls er das problematische Verhalten aus Scham gar nicht zeigen würde.

² So erläuterte ein Lehranalytiker eines psychoanalytischen Ausbildungsinstituts seiner Supervidandin, als Analytiker „könne man jede haben, die wollen alle mit einem ins Bett“.

Noch deutlicher werden Austauschbarkeit und Funktionalisierung des Behandlers, wenn Patienten konkrete sexuellen Avancen machen oder versuchen, zu sexuellen Handlungen überzugehen. Die Plötzlichkeit solcher Handlungen kann Therapeuten jedoch in einen akuten Zustand von Scham und Erstarren bringen, ähnlich dem eines Opfers sexueller Übergriffe (darum handelt es sich hier im Wesentlichen ja auch). Für Psychotherapie eher ungewöhnlich muss der Therapeut hier sofort handeln: „Herr Y, Sie setzen sich jetzt sofort auf Ihren Stuhl und unterlassen diese Handlungen/Anspielungen/Berührungen.“

Ist der Patient nicht akut manisch, stellt sich dem Behandler die Frage nach den Motiven des sexuellen Handelns seines Patienten: Möchte er - bewusst oder unbewusst - dem Therapeuten Angst machen, ihn erschrecken, verwirren oder Macht und Kontrolle über ihn ausüben (häufig zum Beispiel bei antisozialen, exhibitionistischen oder perversen Patienten)? Geht es um die Rotation von Scham, indem der Therapeut in einen akuten Zustand von Scham gebracht wird, wo sich sonst der Patient schämen müsste? Sollte eine Entwicklung in der therapeutischen Beziehung, die eventuell mit Angst für den Patienten verbunden wäre, unterbrochen werden? Entsprechende Hypothesen über das Patientenverhalten sind unmittelbar nach erfolgter Eingrenzung deutlich anzusprechen. Damit der Behandler nicht in einen chronischen Zustand von (Scham-)Ängstlichkeit, Spannung oder Ärger gerät, ist vor allem mit dem Patienten sicherzustellen, dass sich das Verhalten nicht wiederholt: „Ich erwarte von Ihnen, dass Sie Ihr Verhalten nicht wiederholen. Sollten Sie das doch tun, kann das das Ende dieser Behandlung bedeuten.“

Im Gegensatz zu unangemessenen und übergriffigen erotischen Fantasien oder Handlungen entwickeln viele Patienten im Laufe der Behandlung allmählich Gefühle freundschaftlicher Zuneigung (bei gleichgeschlechtlicher Patient-Therapeuten-Passung und heteroexueller Orientierung) oder erotische Zuneigung und leichte Verliebtheiten (bei gegengeschlechtlicher Passung).³ Anders als bei den vorgenannten Verhaltensweisen behindern diese freundschaftlichen oder erotischen Gefühle die Behandlung jedoch nicht grundsätzlich, sondern sind, wenn sie besprechbar sind, für den weiteren Verlauf und die Verbesserung der Beziehungsfähigkeit der Patienten von großer Bedeutung.

Voraussetzung für einen selbstverständlichen Umgang mit leichteren Liebesgefühlen in der Übertragung ist allerdings ein gelassenes und selbstverständliches Verhältnis des Therapeuten zu Gefühlen von Zuneigung, Freundschaft, Liebe und Erotik. In einer gelingenden Psychotherapie macht der Patient dem Therapeuten ein emotionales Geschenk, das zwar bisher unerfüllte Sehnsüchte, Wünsche und Bedürfnisse aus der Vergangenheit wie auch ödipale Konflikte mit beinhaltet. Eine ausschließliche Reduktion auf neurotische historische Beziehungsmuster oder Konflikte wird jedoch der Einzigartigkeit der individuellen Therapeuten-Patienten-Beziehung nicht gerecht. Neben den Reminiszenzen an vergangene, unaufgelöste Konflikte stellen Liebesgefühle des Patienten auch einen Aufbruch dar (Hilgers 2001). Denn die Fähigkeit, sich zu verlieben und die damit verbundenen Gefühle von Abhängigkeit und Verlegenheit zu ertragen oder gar mit neu gewonnenem Selbstbewusstsein offen zu den eigenen Gefühlen zu stehen, bedeutet für viele Patienten einen großen Schritt in Richtung Autonomie und innerer wie äußerer Freiheit (mit entsprechender Schamtoleranz).

Insofern stellt die Phase der Verliebtheit tatsächlich für viele Patienten einen notwendigen Teil gelingender Behandlung dar - und sollte so auch vom Therapeuten behandelt werden. Äußert eine Patientin erstmals, dass „Sie heute ein wunderschönes Hemd tragen, das steht Ihnen sehr gut“, so ist die angemessene Reaktion in der Regel nicht etwa eine Frage oder eine Deutung verkorkster Kindheitserinnerungen, sondern zum Beispiel eine unmittelbare Antwort: „Oh, vielen Dank, das freut mich“. Damit verhält sich der Therapeut nicht etwa agierend, verführerisch oder gar eitel,

³ Analoges gilt für homosexuelle Patienten, deren Flirts jedoch bei heterosexuellen Therapeuten auf weniger positive bewusste oder unbewusste Antwortsignale stoßen.

sondern wertschätzend hinsichtlich der neu gewonnenen Fähigkeit der Patientin. Ambitionierte therapeutische Reaktionen würden in diesen Momenten den Patienten mit seiner spontanen Äußerung beschämen. Tatsächlich würde der Therapeut sich noch gehemmter zeigen als der Patient in der Vergangenheit und ihn quasi auf der rechten Spur noch überholen. Um jedoch wertschätzend antworten zu können, bedarf es einer gewissen Schamtoleranz des Therapeuten, der sich vielleicht verlegen fühlt, noch nicht weiß, was die Äußerung des Patienten bedeuten wird und ob er sich nicht mit dem Patienten verstrickt.

Solche gelassenen Reaktionen des Behandlers sind allerdings nur möglich, wenn der Therapeut nicht hinsichtlich Komplimente, erotischer Erlebnisse oder freundschaftlicher Begegnungen völlig ausgehungert ist. In diesem Fall täte ihm das Kompliment der Patientin über sein Hemd nicht nur gut (wogegen nichts einzuwenden ist), sondern er würde sich in gewisser Weise von solchen Bemerkungen abhängig fühlen, was die freie Entfaltung des Patienten behindert. Eine gewisse Freude über ein Kompliment und ein kleines Dankeschön spiegelt hingegen angemessene zwischenmenschliche Beziehungsgestaltung wider, die immer ein Ziel psychotherapeutischer Behandlung ist.

Der umgekehrte Fall ist allerdings auch denkbar und führt mitunter in vertrackte Behandlungssituationen. Häufig haben Psychotherapiepatienten ein schlechtes Verhältnis zu ihrem Körper, verstecken sich eher in ihrer Kleidung und schämen sich, sich positiv darzustellen und mit ihren attraktiven Seiten zu zeigen. Beginnt ein Patient aber, sein Äußeres positiv zu verändern, erscheint er nach langem Zögern mit neu gekauften Kleidungsstücken, vorteilhafterer Frisur oder dezent geschminkt, nachdem dies lange in der Therapie besprochen wurde, wie soll der Therapeut reagieren? Der Patient ist, wenn er das erste Mal deutlich attraktiver zur Stunde erscheint, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit aufgereggt und natürlich auch gespannt auf die Reaktion des Therapeuten. Andererseits schämt er sich (und ärgert sich eventuell noch darüber), dass er sich so vom Urteil eines einzelnen Menschen abhängig macht. In einer Gruppenbehandlung können diese Gefühle angesichts von zahlreichen wichtigen Personen noch ausgeprägter ausfallen.

Tut der Therapeut so, als wäre nichts geschehen, verhält er sich nicht nur ausgesprochen unauthentisch, sondern ignoriert die Anstrengungen des Patienten oder scheint ihm zu bedeuten, dass die Veränderung gering und damit nicht der Rede wert ist. Patienten müssen sich zudem mit dem Zweifel auseinandersetzen, ob ihnen die Veränderung nicht steht oder sie dem Therapeuten nicht gefällt. In dieser hoch schambesetzten Situation ist besonders der einsetzende Zweifel wenig hilfreich, weil den Patienten der Mut verlassen könnte und er in sein altes, sicherheitsgewährendes Outfit zurückkehren könnte.

Bemerkt der Behandler jedoch die Veränderung neutral („Ich sehe, Sie haben eine neue Frisur“), bleibt der Zweifel; eine Nachfrage ist dem Patienten aber eventuell leichter möglich und überlässt ihm die Kontrolle bei der Regulation von Scham, Abhängigkeit und Freude beziehungsweise Zweifeln. Spätestens, wenn der Patient sich nun erkundigt, ob einem denn die Frisur gefalle, wird man sich nicht auf Neutralität und Abstinenz zurückziehen können, wenn man den Patienten nicht schädigen will. Die Schamängstlichkeit des Patienten dürfte sich auch längst auf den Therapeuten übertragen haben, so dass sich beide mehr oder weniger befangen verhalten.

Teilt der Behandler spontan oder auf Nachfrage seinen Eindruck mit („Oh, dieser Anzug/Rock steht Ihnen aber ausgezeichnet“), mag sich der Patient freuen, muss sich aber künftig fragen, was er zur nächsten Therapiestunde anziehen möchte: Extra wieder das neue Kleidungsstück oder gerade nicht, um Autonomie zu beweisen? Es empfiehlt sich, dieses Dilemma bereits in der Stunde anzusprechen: „Ich habe ja eben Ihre neue Frisur gelobt/Ihre Kleidung bewundert, wie geht es Ihnen damit?“ Thematisiert man auch die Ambivalenzen und Nöte, die der Stunde vorausgingen, besonders also die Schamangst (sich zu zeigen), kann der Patient meist selbst auf das Dilemma zu

sprechen kommen, eventuell zunächst projektiv: „Jetzt bilden Sie sich bloß nicht ein, ich käme jetzt immer so zur Stunde.“ Je nach Beziehung und Humor des Patienten könnte man scherzhaft antworten: „Auf keinen Fall, das wäre ja noch schöner!“

Zu den schwierigsten und weitgehend tabuisierten Themen psychotherapeutischer Behandlungsprozesse gehört die erotische Reaktion des Behandlers auf einen Patienten. Selbst bei extrem ausgeglichenem Privat- und Sexualleben und sorgfältiger Prüfung der Gegenübertragung in den probatorischen Stunden kann es durchaus im Verlauf der Behandlung zu erotischen Fantasien des Therapeuten kommen oder sich eine deutlich sexualisierte, aufgeheizte Atmosphäre zwischen Patient und Therapeut entwickeln. Marina Gambaroff (1997) schildert in einem hinsichtlich seiner erfrischenden Offenheit einzigartigen Beitrag ihre heftigen erotischen Gegenübertragungsgefühle in Behandlungssituationen mit einem Patienten, der jeweils kurz vor depressiven Dekompensationen stand. Die plötzlich einsetzenden sexuellen Fantasien und Wünsche der Therapeutin dienten dabei der (gemeinsamen) Abwehr der aufkommenden depressiven Reaktion des Patienten, den Gambaroff weder vor noch nach den beschriebenen Episoden sonderlich attraktiv fand.

Zwar sind solche raptusartig einsetzenden erotischen Begehrenisse beängstigend, beruhigend wirkt aber immerhin die Feststellung, dass der Patient nicht dauerhaft attraktiv erscheint. Anders verhält es sich, wenn eine Behandlung im besten Sinne erfolgreich verläuft und gerade deshalb der Patient eine erotische Ausstrahlung entwickelt, die er vorher nicht besaß. Aus Angst vor eigenen Nöten kann der Behandler versuchen, diese Entwicklung zu bremsen und sich vor aufkommenden Konflikten mit seinem (professionellen) Gewissen in Sicherheit bringen, indem er die Fortschritte des Patienten mehr oder weniger behindert. Er kann zweitens den erotischen Gegenübertragungen, die damit nur unzureichend beschrieben sind, denn in Wahrheit handelt es sich ja um eine menschliche Reaktion auf nicht-neurotische Anteile des Patienten, erliegen und ist damit durch den Patienten manipulierbar - auch wenn dieser das gar nicht beabsichtigt. Drittens kann der Therapeut in einer bewussten Entscheidung die Behandlung zu einem Ende bringen, da er nicht mehr die notwendige professionelle Distanz besitzt. Und schließlich kann es auch zum Ausleben der erotischen Wünsche kommen, was in einer Patientenbehandlung einem Missbrauch gleichkommt. Angesichts dieser letzten, sehr bedrohlichen Möglichkeit und der damit verbundenen Konsequenzen dürfte es den meisten Therapeuten äußerst schwer fallen, sich selbst und Kollegen, zu denen ein Vertrauensverhältnis besteht, eigene erotische Gefühle einzugestehen.

Die eigentlich selbstverständliche Tatsache, dass Behandler ihren Patienten gegenüber immer auch erotische Zu- oder Abneigung empfinden, situativ auf sie reagieren, von ihnen gelegentlich träumen oder Fantasien entwickeln, die der Behandlung dienen können oder eher an eigenes Material anknüpfen, wird leicht zum Tabuthema, angesichts der berufsethischen wie strafrechtlichen Konsequenzen möglichen Ausagierens dieser Wünsche.

Die an sich sinnvolle Etablierung des Missbrauchsverbots innerhalb einer Therapie erschwert jedoch das Eingeständnis erotischer Verstrickungen und die Selbstöffnung gegenüber Kollegen in Supervision und Ausbildung. Diese Selbstreflexion im Kreise von Kollegen und mit sich selbst ist aber unbedingte Voraussetzung für den Schutz des Patienten, zu dessen Wohl die gesetzliche Regelung des § 174 c Abs. 2 StGB⁴ eingeführt wurde. Um mit den Intimitäts- und Schamgrenzen

⁴ §174 c StGB:

- (1) Wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm wegen einer geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung einschließlich einer Suchtkrankheit oder wegen einer körperlichen Krankheit oder Behinderung zur Beratung, Behandlung oder Betreuung anvertraut ist, unter Missbrauch des Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.
- (2) Ebenso wird bestraft, wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm zur psychotherapeutischen Behandlung anvertraut ist, unter Missbrauch des Behandlungsverhältnisses vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt.
- (3) Der Versuch ist strafbar.

von Patienten wie Behandlern verantwortlich umgehen zu können, bedarf es der theoretischen wie praktischen Vermittlung des so schwierigen Themas in Ausbildung und als berufsbegleitendes Angebot von Weiterbildungsveranstaltungen. Das ist jedoch nur möglich, wenn sich die Ethikkommissionen der Berufsverbände und Kammern nicht päpstlicher als die Justiz verhalten. Rigorose Eindeutigkeit würde das Thema in den Tabu- und Schmutzbereich verbannen, was weder den Patienten noch ihren Behandlern dienlich sein kann (zur aktuellen Rechtsprechung Gerlach 2005).

Das Geschenk in der Psychotherapie

Im klinischen Alltag häufig, doch in der Literatur wenig beachtet ist das Geschenk im Verlauf oder am Ende einer psychotherapeutischen Behandlung (vgl. Hahn 1998). Völlig vernachlässigt bleibt die Tatsache, dass grundsätzlich natürlich nicht nur Patienten ihren Behandlern, sondern umgekehrt auch diese ihren Patienten Geschenke machen können und dies bisweilen tatsächlich auch tun. In der Regel wird dies eher etwas verschämt unter der Überschrift des Übergangsobjekts abgehandelt, wobei das Geschenk dann ein zeitweiliges, nämlich sozusagen eine Leihgabe darstellt, die zum Beispiel Urlaubsunterbrechungen erträglicher machen soll, indem Gegenstände aus der Praxis oder Klinik ausgeliehen oder überreicht werden.

In verblüffendem Gegensatz zu dieser diskreten Nichtbeachtung steht das verbreitete Unbehagen, das Therapeuten empfinden, werden sie mit Aufmerksamkeiten oder Geschenken ihrer Patienten konfrontiert. Annehmen oder zurückweisen, interpretieren, deuten oder Freude bekunden, sind spontane, aber meist wenig reflektierte Fragen in der Gegenübertragung der Behandler. Das Unbehagen nährt sich im wesentlichen aus zwei antagonistischen Quellen: Eine Zurückweisung oder wenigstens mehr oder weniger kreuzsteife Interpretation des Geschenks stellt fast immer eine massive Zurückweisung und Kränkung des Patienten dar - ganz unabhängig von dessen bewussten oder unbewussten Motiven für das Präsent. Umgekehrt wäre die spontane freudige Annahme des Geschenks im komplizierten Beziehungsgeflecht der Therapeut-Patienten-Beziehung nicht nur reichlich naiv, sondern auch geboren aus der Nötigung, den Patienten keinesfalls beschämen zu wollen. Mithin ergibt sich für den Therapeuten rasch eine Beziehungsfalle: Weil langes Überlegen nicht möglich scheint, ist eine schnelle Reaktion fast zwingend geboten, die jedoch in unbekannte Verstrickungen führt, ob nun das Präsent Annahme findet oder nicht.

Hintergrund des Unbehagens bildet eine - in spontanen und für bewusste Reflexion wenig Raum gebenden Situationen - Identifikation des Therapeuten mit einem rigiden therapeutischen Über-Ich: Geschenke anzunehmen, stellt demnach einen technischen Fehler dar und zeugt vom blanken Narzissmus des Behandlers. Je größer die Verblüffung des Therapeuten, seine Unsicherheit und die Angst vor allen möglichen Verstrickungen, desto ausgeprägter wird der Rückgriff auf krasse so genannte goldene oder eiserne Regeln ausfallen. Die Ebene des Rückgriffs auf die vorgenannten Metalle entfällt allerdings umgekehrt, wenn sich jemand völlig frei von Regeln und Begrenzungen fühlt, und als therapeutischer Indianer alle möglichen Schwierigkeiten kurzerhand leugnet. Lediglich in solchen Fällen wäre der befürchtete Narzissmus des Therapeuten tatsächlich gegeben.

Mithin scheint sich angesichts eines seitens des Patienten dargebotenen Geschenks die spielerische Freiheit des Behandlungsraums mit einem Schlag auf ein Entweder-Oder einzuengen: Entweder der Therapeut findet sich flugs in einer beschämenden Abhängigkeit, da ihm keinerlei freie Wahl mehr bleibt und er sich entweder scheinbar „untherapeutisch“ gegen alle hohen Ideale verhält und das Geschenk annimmt oder der Patient wird umgekehrt deutlich beschämt, wenn sein Präsent Zurückweisung erfährt.

Es kommt also darauf an, sich aus der scheinbaren Zwangslage zu befreien und Handlungsfreiheit zu gewinnen. Ist das Geschenk nicht erkennbar völlig unangemessen und überdimensioniert, spricht nichts dagegen, es zunächst einmal anzunehmen und sich zu bedanken. Einzige Ausnahme ist die sofortige Klarheit des Behandlers, es handle sich mehr oder weniger um einen manipulativen „Bestechungsversuch“, besonders, wenn solches Verhalten des Patienten bereits bekannt ist. In allen anderen Fällen kann man sich Raum zur Reflexion verschaffen, wenn man sich zum Beispiel freundlich erkundigt, wie es denn zu dem Wunsch kam, ein Geschenk zu machen. Dabei kann sich eine Reihe von Motiven herausstellen:

? Das Geschenk wird aus einem mehr oder weniger unbewussten Schuldgefühl heraus gemacht, als Zeichen der Sorge oder der Wiedergutmachung. Dabei spielt der Schutz der therapeutischen Beziehung eine Rolle, also das Bemühen um die Wiederherstellung einer befürchteten Beschädigung des Behandlers oder der Beziehung zu ihm. Gelegentlich machen Patienten ein Geschenk, nachdem man mit ihnen eine schwierige Zeit durchgestanden hat. Vor meinem Sommerurlaub überreichte mir eine Patientin einen Strauss Blumen und erklärte mir, die zurückliegende Zeit sei ja nun „heavy“ gewesen, sie wolle mir einen schönen Urlaub wünschen. Die Einschätzung der Patientin über die zurückliegenden Monate teilte ich (was ich mit einem freundlichen Nicken bestätigte) und ich erkundigte mich, ob sie die Blumen denn als eine Art Wiedergutmachung meine. Das wies die Patientin empört zurück, sie habe vielmehr den Wunsch, dass ich mich gut erhole und wolle meine Anstrengungen anerkennen. Im vorliegenden Fall war dies sicher ein erheblicher Fortschritt, weil die Patientin eine Mischung aus realistischer Einschätzung, Dankbarkeit und Anerkennung meiner Leistung zeigte. Folglich nahm ich das Geschenk gerne an.

- Das Geschenk kann als Geste verstanden werden, die den Respekt, die Zuneigung oder Dankbarkeit gegenüber dem Behandler ausdrücken soll. Ein Patient kondolierte mir sehr feinfühlig, nachdem er die Todesanzeige meines Vaters in der Zeitung gesehen hatte. Ich erlebte diese Geste als immaterielles Geschenk, das mir gut tat, mich anrührte und ich deshalb mit Dank annahm.
- Ein Geschenk kann manipulativ gemeint und eingesetzt sein oder diskriminierend oder herabsetzend wirken. Es ist dann natürlich zurück zu weisen und die Bedeutung eventuell deutlich konfrontativ zu besprechen. Ein sehr wohlhabender Patient mit antisozialer Akzentuierung pflegte meine Rechnungen grundsätzlich bar zu bezahlen. Da er oft unregelmäßig bezahlte und daher Beträge trotz meiner Hinweise aufliefen, handelte es sich mitunter um höhere Summen, die er dann mit einem Tausend-Mark-Schein bezahlen wollte. Als ich nicht genau herausgeben konnte, kommentierte der Patient, das sei schon so in Ordnung. Ich wies das „Trinkgeld“ zurück und forderte den Patienten auf, den Schein in der nebenan liegenden Bank zu wechseln und umgehend das abgezählte Geld zu bringen. In der nächsten Stunde konfrontierte ich den Patienten damit, dass es ihm offenbar Freude mache, die Macht seines Geldes auszuspielen und auf diese Weise andere herabzusetzen. In meiner damaligen Situation als Ausbildungskandidat fiel mir das besonders schwer, da ich natürlich neidisch auf die Geldmittel des Patienten war und mich meiner nur geringen Möglichkeiten wie auch meines Neides schämte.
- Schließlich kann ein Geschenk am Ende einer Behandlung überreicht werden und Ausdruck von Dankbarkeit und innerer Verbundenheit symbolisieren. In diesem Fall stellt das Geschenk den Versuch dar, sozusagen „aus der Schuld“ des Behandlers zu kommen, in der sich der Patient fühlt. Das Geschenk ist dann als symbolischer Ausgleich gedacht. Wenn es mit Dankbarkeit überreicht wird, ist dies für viele Patienten ein deutlicher Entwicklungsschritt, der vermutlich schon weit vorher stattgefunden hat, aber jetzt noch einmal zum Ausdruck kommt: Der Patient anerkennt seine zurückliegende Abhängigkeit vom Therapeuten und gesteht sich ein, dass der Behandler Macht über ihn hatte, in dem Sinne, dass er ihm wirkungsvoll helfen konnte. Wenn das Geschenk nicht unpassend ist, was nach meiner Erfahrung in diesem Fall fast nie vorkommt, dürfte eine Annahme kein Problem sein. Der eben erwähnte Patient, der mir kondolierte, schenkte mir zum Abschied

ein Buch von Paul Auster, dass sich literarisch mit dem Verhältnis zum Vater beschäftigt: Deutliches Zeichen von Empathie und gut ausgebildeten Fremdrepräsentanzen.

- Lediglich, wenn ein Geschenk zum Abschied wie ein Schlusstrich und eine Entlastung von Trennungsschmerz, Schuldgefühlen oder Scham über Abhängigkeit präsentiert wird, scheint mir eine Ablehnung eventuell sinnvoll - vorausgesetzt, sie zerstört nicht das innerhalb der Behandlung Erreichte.

Typische Schamszenen in der Gegenübertragung

Die Vielzahl potentieller Schamszenen für den Behandler selbst verdeutlicht die nachfolgende Aufzählung - ohne Anspruch auf annähernde Vollständigkeit.

Thematisch:

- Initialsituationen wie Erstinterview oder erste Sitzungen in einer Gruppe
- Schilderungen von Missbrauch, Demütigungen, Folter, Katastrophen- oder Gewalterlebnissen.
- Liebeserklärungen, Schilderung erotischer Phantasien, besonders, wenn der Behandler mit einbezogen ist
- Exzessive Inbesitznahme der Räumlichkeiten des Therapeuten durch Ablegen von Gegenständen, Distanzlosigkeit gegenüber Terminkalender, Schreibtisch, persönlichen Gegenständen des Behandlers
- Stellen persönlicher Fragen, besonders, wenn sie nicht eindeutig übergreifend sind, sondern auf den Grenzbereich der Intimität des Behandlers abzielen
- Schilderung von Perversion, Pädophilie oder aktiver Gewaltausübung durch den Patienten

Störungsspezifisch

- Befangenheit des Therapeuten bei verlegenen, schamängstlichen Patienten
- Stellvertretende oder komplementäre Scham in der Gegenübertragung bei Schamlosigkeit oder Unverschämtheit von besonders antisozialen oder histrionischen Patienten, seltener bei Borderline-Patienten
- Aktive (sexuelle oder aggressive) Demütigung des Therapeuten durch den Patienten
- Exhibitionistische Schilderungen oder Handlungen von Patienten, besonders detailgenaue Schilderung sexueller, eventuell perverser Praktiken⁵
- Stalking gegenüber dem Therapeuten bzw. Liebeswahn
- Verletzung von Rahmenbedingungen wie Nicht-Erscheinen, unpünktliches Zahlen oder Zahlungsverweigerung

Therapeutenvariable

- Müdigkeitsreaktionen des Therapeuten, besonders wenn sie nicht durch die Übertragungsdynamik erklärbar sind (Übermüdung, Kater, persönliche Belastungen)
- Erotische Reaktion auf den Patienten oder seine Schilderungen, sexuelle Erregung
- Scham gegenüber offensichtlich deutlich höheren Kompetenzen des Patienten oder seinen Möglichkeiten und in diesem Zusammenhang auch
- Scham über eigenen Neid auf Erfolge des Patienten in finanzieller, beruflicher oder sexueller Hinsicht
- Ekel- und/oder Schamreaktionen gegenüber dem Äußeren des Patienten, seiner Körperlichkeit, besonders z.B. bei Körpergeruch oder seinen Schilderungen, auf die der Behandler individuell aversiv reagiert (z.B. bei Schilderung bulimischer Essattacken)

⁵ Unter Perversion verstehe ich mit Stoller (1998) psychosexuelle Handlungen und Erlebnisweisen, deren Kern mindestens in der Fantasie oder in besonders ausgeprägten Formen auch ihrer Realisierung Hass ist. Es geht also nicht unbedingt um bestimmte Handlungen oder Vorlieben per se, sondern um ihre Bedeutung.

Literatur

- Argelander, H. (1970): Das Erstinterview. Darmstadt.
- Auchter, A. (1995): Über das Auftauen eingefrorener Lebensprozesse. Zu Winnicotts Konzepten der Behandlung schwerer psychisch Erkrankter. Forum Psychoanal. 11: 62-83
- Balint, M. und Balint, E. (1961): Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. Stuttgart, 1980.
- Bird, B. (1972): Notes on transference. Universal phenomenon and hardest part of analysis. J. Am. Psa. 20: 267-301.
- Blarer, A. von; Brogle, I. (1983): Der Weg ist das Ziel. Zur Theorie und Metatheorie der psychoanalytischen Technik. In: Hoffman, S. O. (Hg.), Deutung und Beziehung. Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse. Frankfurt a. M., S. 71-85.
- Broucek, F. J. (1991): Shame and the self. New York
- Fegert, J. M. (2002): Sexueller Missbrauch. In: Esser, G. (Hg.) Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Stuttgart, S. 434-443
- Fenichel, O. (1935a): Zur Theorie der psychoanalytischen Technik. In: ders., Aufsätze Bd. I., Frankfurt/Berlin/Wien, S. 325-344.
- Freud, S. (1919a): Wege der psychoanalytischen Therapie. GW Bd. 12., Frankfurt a. M.
- Gambaroff, M. (1997): Abwehr der destruktiven Dimension in der Gegenübertragungsliebe. In: Höhfeld, K.; Schlösser, A.M. (Jg.): Psychoanalyse der Liebe. Gießen. 101-117
- Geißler, K. A. (1989): Anfangssituationen. Was man tun und besser lassen sollte. Weinheim und Basel.
- Gerlach, H. (2005): Aus dem Gerichtssaal: Sexuelle Kontakte nach Therapieende bleiben straffrei. Recht lückenhaft: Was lässt das Strafrecht vom Abstinenzgebot übrig? In: Psychotherapeutenjournal 2/2005: 128-129
- Gill, M. M.; Newmann, R.; Redlich, F. C. (1954): The initial interview in psychiatric practice. New York.
- Goldner, C. (2003): Esoterischer Firlefanz. In: Goldner, C. (Hg.): Der Wille zum Schicksal, Die Heilslehre des Bert Hellinger, Wien
- Herpertz, S. C. u. B. Wenning (2003): Emotional instabile Persönlichkeitsstörung. In: Herpertz S. C.; Saß, H. (Hg.): Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart, 84-102
- Hilgers, M. (2001): Leidenschaft, Lust und Liebe. Göttingen
- Hilgers, M. (2002c): Das Ringen der Vernunft mit dem totalitären Gewissen. Die Terroranschläge in den USA als Ausdruck eines durch massive Affekte radikalisierten Über-Ichs. In: Schlösser AM, A. Gerlach (Hg.): Gewalt und Zivilisation. Gießen 2002, 213-225

- Hilgers, M. (2003a): Der Pseudotherapeut. In: Goldner, C. (Hg.): Der Wille zum Schicksal. Die Heilslehre des Bert Hellinger. Wien.
- König, K. (1995): Einführung in die stationäre Psychotherapie. Göttingen/Zürich.
- Kohut, H. (1976): Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. Frankfurt a. M.
- Linehan, M. M. (1993): Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorders. New York
- Luborsky, L. (1995): Einführung in die analytische Psychotherapie. Ein Lehrbuch. Göttingen/Zürich.
- Mertens, W. (1990): Einführung in die psychoanalytische Therapie. Bd. 1. Stuttgart/Berlin/Köln.
- Seidler, G. H. (1995): Der Blick des Anderen. Eine Analyse der Scham. Stuttgart.
- Stone, L. ([1961] 1973): Die psychoanalytische Situation. S. Fischer, Frankfurt a. M.
- Thomä H. u. H. Kächele (1985): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie Bd. I.. Berlin u. a.
- Tschuschke, V. (1993): Wirkfaktoren stationärer Psychotherapie. Göttingen.
- Tschuschke, V. (2001b): Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart.
- Tschuschke, V. (2002a): Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs. Stuttgart.
- Winnicott, D. W. (1974a): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München.
- Wurmser, L. (1981): Das Problem der Scham. In: Jahrbuch der Psychoanalyse Bd. 13 (1981). Stuttgart u.a.
- Wurmser, L. (1986): Die innere Grenze. Das Schamgefühl - ein Beitrag zur Überich-Analyse. In: Jahrbuch der Psychoanalyse Bd. 18 (1986). Stuttgart u.a.
- Zetzel, E. (1974): Die Fähigkeit zu emotionalem Wachstum. Stuttgart.

Kontakt:

Dipl.-Psych. Micha Hilgers
Psychother. Praxis
Oppenhofallee 7
52066 Aachen