

DIMENSIONEN VON SCHAM.

Qualitative Interviews zur Scham in der psychotherapeutischen Situation.

Master-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (Psychotherapie)

im Universitätslehrgang Psychotherapie

Fachspezifikum Integrative Gestalttherapie

eingereicht von

Mag. Dr. Nikolaus Schrod

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit

an der Donau-Universität Krems

Betreuer/in: MMag. Petra Klampfl, MSc

Wien, 17. April 2021

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Mag. Dr. Nikolaus Schrodtr, erkläre hiermit an Eides statt,

1. dass ich meine Master-These selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master-These oder wesentliche Teile daraus bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Master-These mein Unternehmen oder einen externen Kooperationspartner betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master-These unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

SPERRE

ACHTUNG:

Der Ausschluss der Benützung der Master-Thesis kann für längstens 5 Jahre beim Studienrechtlichen Organ beantragt werden, wenn glaubhaft gemacht wird, dass wichtige rechtliche oder wirtschaftliche Interessen des oder der Studierenden gefährdet sind, sollte diese sofort veröffentlicht werden.

Die vom Studienrechtlichen Organ genehmigte Sperre ist anstelle dieser Seite sowohl in der Print-Version als auch in der elektronischen Version einzufügen.

Der Antrag ist früh genug zu stellen, um dem Studienrechtlichen Organ ausreichend Zeit für die Bearbeitung und Retournierung des Dokumentes zu geben, (mindestens 2 Monate).

DANKSAGUNGEN / WIDMUNGEN

Mein Dank geht zunächst einmal an die Lehrtherapeutinnen und Lehrtherapeuten, die diese Masterthese durch ihre Bereitschaft zu Interviews unterstützt und überhaupt erst ermöglicht haben. Ich weiß es sehr zu schätzen, dass sie auch dafür noch Zeit aufzubringen wussten, neben allen anderen Aufgaben und Tätigkeiten in der Ausbildung und darüber hinaus.

Herzlicher Dank gilt auch Frau Petra Klampfl, nicht nur für wichtige Hinweise und Anregungen in der Betreuung dieser Masterthese, sondern besonders für viel Freiraum zur Gestaltung und Erkundung in allen Phasen. Durch jenen konnte diese Arbeit zu einer werden, die viel Platz zum Erkunden und Herumüberlegen bot, und das machte sie neben aller Übung und Aufgabe auch für mich zu einem interessanten und wertvollen Prozess.

Und abschließender Dank gebührt Betty, für viel Geduld und ganz viele solcher Freiräume...

ABSTRACT (DEUTSCH)

Scham erfährt in letzten Jahren vermehrt Aufmerksamkeit im Zusammenhang mit dem Verständnis von Psychopathologie sowie ihrer psychotherapeutischen Behandlung. Darüber hinaus schwingt in der Integrativen Gestalttherapie Scham zumindest implizit in einigen zentralen Konzepten mit. In dieser Arbeit wird eine weitere, explizite Annäherung an die Scham selbst versucht, und zwar auf eine qualitative, phänomenologische Weise und konkret in Bezug auf die therapeutische Beziehungssituation. Zu diesem Zweck wurden Interviews mit sechs Lehrtherapeutinnen und Lehrtherapeuten der Integrativen Gestalttherapie ausgewertet, die zum Thema Scham in der psychotherapeutischen Beziehung durchgeführt wurden. Als Ergebnis werden unterschiedliche Dimensionen von Schamerleben vorgestellt und diskutiert. Gesonderte Beachtung finden auch Gegenübertragungsphänomene und therapeutische Interventionen. Abschließende Überlegungen zu Scham als interpersonellem Geschehen und als Regulationsmechanismus versuchen die Ergebnisse zur theoretischen Basis zurück zu führen.

Stichworte (Autorenschlagwörter):

Scham. Integrative Gestalttherapie. Psychotherapeutische Beziehung.

ABSTRACT (ENGLISCH)

The phenomenon of shame has attracted increasing levels of attention in recent years in the context of mental illness and psychotherapeutic treatment. It constitutes also a central element, at least implicitly, in many concepts of Gestalt Therapy. Thus an attempt is made here to approach shame from a phenomenological perspective, using a qualitative design, and to understand shame in the context of the therapeutic situation. Six interviews with Gestalt Therapy trainers, revolving around the topic of shame in the therapeutic relationship, are analyzed and different dimensions of experiencing shame are presented and discussed. Specific attention is paid to counter transference and therapeutic interventions. Reflections on shame as an interpersonal phenomenon and a mechanism of regulation connect the conclusions again with the theoretical basis.

Keywords:

Shame. Gestalt Therapy. Therapeutic Relationship.

INHALTSVERZEICHNIS

Inhalt

Inhalt	i
1 Einleitung.	1
2 Theoretischer Hintergrund.	5
2.1 Zur Genese und Phänomenologie von Scham.	5
2.2 Zur Definition bzw. den Formen von Scham.	13
2.3 Funktionen von Scham.	14
2.4 Schamausdruck.	17
2.5 Abwehr von Scham.	19
2.6 Scham und Psychotherapie.	22
2.7 Scham in der Gegenübertragung.	26
2.8 Bezug zur hier vorliegenden Arbeit.	28
3 Methodik.	30
3.1 Methodische Überlegungen.	30
3.2 Datenerhebung.	33
3.3 Auswertung.	34
4 Ergebnisse.	36
4.1 Hemmung und Blockierung.	38
4.1.1 Phänomene und Metaphern	38
4.1.2 Gegenübertragung	40
4.1.3 Therapeutische Interventionen	40
4.2 Fehler und Bewertung.	41
4.2.1 Phänomene und Metaphern	41
4.2.2 Gegenübertragung	44
4.2.3 Therapeutische Interventionen	44
4.3 Mangel an Sicherheit und Vertrauen.	46
4.3.1 Phänomene und Metaphern	46
4.3.2 Gegenübertragung	48
4.3.3 Therapeutische Interventionen	48
4.4 Fehlende Zuversicht.	51

4.4.1	Phänomene und Metaphern	51
4.4.2	Gegenübertragung und therapeutische Interventionen	51
4.5	Verzerrte Wahrnehmung.	52
4.5.1	Phänomene und Metaphern	52
4.5.2	Gegenübertragung	53
4.5.3	Therapeutische Interventionen	53
4.6	Orientierungslosigkeit und Verwirrung.	54
4.6.1	Phänomene und Metaphern	54
4.6.2	Gegenübertragung	54
4.6.3	Therapeutische Interventionen	55
4.7	Anstrengung.	56
4.7.1	Phänomene und Metaphern	56
4.7.2	Gegenübertragung	56
4.7.3	Therapeutische Interventionen	57
4.8	Kontakt und Beziehung: Rückzug, Verslossenheit und Verstecken.	57
4.8.1	Phänomene und Metaphern	58
4.8.2	Gegenübertragung	61
4.8.3	Therapeutische Interventionen	61
4.9	Schutz von Vulnerabilität: Grenze, Widerstand, Abwehr.	63
4.9.1	Phänomene und Metaphern	64
4.9.2	Gegenübertragung	65
4.9.3	Therapeutische Interventionen	65
4.10	Ohnmacht und Dekompensation.	66
4.10.1	Phänomene und Metaphern	67
4.10.2	Gegenübertragung	67
4.10.3	Therapeutische Interventionen	67
4.11	Aggression.	68
4.11.1	Phänomene und Metaphern	69
4.11.2	Gegenübertragung	69
4.11.3	Therapeutische Interventionen	70
4.12	Paradoxien und Ambivalenzen.	70
5	Diskussion und Conclusio.	76
5.1	Zusammenfassender Überblick.	76

5.2	Rückbezug zur Literatur.	79
5.3	Scham als intrapsychisches oder interpersonelles Geschehen?	86
5.4	Scham als Regulation.	87
5.5	Grenzen der Arbeit und offene Punkte.	90

1 Einleitung.

Das Konzept der Scham war auf einer theoretischen Ebene nicht sehr prominent in der Ausbildung zum Integrativen Gestalttherapeuten, sondern hat sich, dem Gegenstand in einer gewissen Weise angemessen, eher im Hintergrund gehalten und implizit quer durch die spezifischeren Sonderseminare gezogen. Auch dieser Umstand selbst braucht nicht groß aufzufallen, gibt es doch ausreichend andere Aspekte deren praktische Relevanz sich aufdrängt und die daher an vorgereicherter Stelle im Curriculum zu stehen haben: therapeutische Techniken und Methoden, Diagnostik, generelle Theorie zur pathologischen bzw. salutogenetischen Entwicklung und dergleichen mehr. Gleichwohl wurde und würde wohl nicht bestritten, dass Scham ein relevantes Thema ist – aber was für eines denn eigentlich? Naheliegenderweise könnte man sie in die Reihe der Affekte einordnen, in welcher die Scham einen Platz unter mehreren relevanten Agenten einnimmt, wie etwa Trauer, Wut, Schuld, Angst, oder natürlich auch positiven wie z.B. Freude oder Neugier. Ich sehe auf den ersten Blick hier keine Notwendigkeit, dass Scham in dieser Reihe eine besonders hervorgehobene Stellung einnehmen sollte. Also warum sollte man sie dann gesondert herausgreifen?

Darüber hinaus stellt sich die Frage der Definition – was ist denn nun eigentlich die Scham genau, wie lässt sie sich definieren? Mit welchen empirischen Sachverhalten, mit welchen emotionalen Erlebnissen lässt sich das in Deckung bringen? Und gibt es denn überhaupt dieses *eine* Phänomen Scham, diesen *einen* Affekt Scham, oder erfasst dieses Konzept nicht tatsächlich eine Vielfalt an Phänomenen, möglicherweise auch noch mit ausgefransten Enden und Überlappungen zu anderen? Zeugt unser theoretisches Konstrukt der Scham nicht eher von einer Komplexitätsreduktion, welche wohl kognitiv-sprachlich zustande kam aber zugleich die Komplexität der empirischen Wirklichkeit eben

nur recht vereinfacht widerzuspiegeln imstande ist? Ich denke, dass dies relevante Fragen sind, und möchte später auf sie zurückkommen.

Obwohl also die Scham aus unterschiedlichen Gründen zumindest auf einer expliziten Ebene keine besonders prominente Stellung hatte, bemerkte ich in einem fortgeschrittenen Stadium meiner Ausbildung, dass ich doch öfter über dieses Thema stolperte; und als ich meinen Blick darauf eingestellt hatte und es im Hinterkopf mit mir herumtrug, meinte ich, dass es tatsächlich auf einer impliziten Ebene eigentlich sogar ein sehr präsentenes Thema war und, so behaupte ich, womöglich gar ein recht zentrales Konzept der Integrativen Gestalttherapie sein könnte – sofern sich in sinnvoller Weise von einem impliziten Konzept sprechen lässt; es mag angemessener sein, es als einen zentralen Aspekt der Integrativen Gestalttherapie zu bezeichnen. Auch diese Einsicht, oder eher diesen Eindruck, gilt es etwas zu relativieren, denn wenn man einmal eine bestimmte Brille aufgesetzt hat und durch diese auf die Welt, bzw. die Landkarten dieser Welt, blickt, dann lässt das verfolgte Objekt sich leicht und rasch gehäuft finden. Ähnliches hätte ich wohl schreiben können, wenn ich mich mit anderen Affekten wie Angst, Aggression oder Trauer beschäftigt hätte, oder anderen Ideen wie z.B. Abwehr oder Widerstand. In meinem Fall war es aber eben die Schambrille, die mir so eine Zeitlang den Blick auf die psychotherapeutische Welt scharf stellte.

Zu dem Eindruck, dass Scham ein relevanter Aspekt in der Integrativen Gestalttherapie sei, gelangte ich dadurch, dass sie meiner Einschätzung nach sehr gut in einige der theoretischen und methodischen Ansätze der Integrativen Gestalttherapie passt. Ich meine, dass einige davon zumindest implizit beim Schamerleben und -verhalten der Patientin ansetzen und dieses zu verändern suchen, als ein Baustein am Weg der Salutogenese. Dazu würde ich etwa den Ansatz der Förderung von *Support* bzw. *Self-Support* zählen (Perls, 2005), bzw. die Vorstellung dass die Akzeptanz des Selbst wichtig für Veränderung und psychische Gesundheit sei, wie sie etwa im Beißer'schen Paradoxon ausgedrückt

wird. Ebenso, wenn auch wohl noch viel weniger gerichtet auf Scham, würde ich dazu zählen, dass in der Integrativen Gestalttherapie das Gewahrsein der aktuellen Gefühle und Bedürfnisse, wie auch deren Ausdruck einen prominenten Platz einnimmt. Damit verbunden geht es in der Integrativen Gestalttherapie sehr zentral um die Idee von Kontakt zu sich selbst, aber eben darüber hinaus auch interpersonellen Kontakt und wie dieser reguliert wird. Auch in dieser Hinsicht scheint Scham eine relevante Größe zu sein, welche in dieser Kontaktregulation eine wesentliche Rolle spielen mag.

Hier klingt bereits eine weitere zentrale Vorstellung der Integrativen Gestalttherapie an, sowohl in der Patho- wie auch der Salutogenese, nämlich Beziehung und Kontakt. Auch in der theoretischen Literatur zur Scham spielen zwischenmenschliche Beziehungen eine zentrale Rolle, und so kam ich bei meiner Beschäftigung mit dem Themenfeld Scham zu der Idee, mich vertieft mit der Scham aus einer interpersonellen, phänomenologischen Perspektive zu beschäftigen. Konkret lief das auf folgende Forschungsfrage hinaus:

- Wie lässt sich Scham aus einer beziehungsorientierten Perspektive beschreiben und verstehen, speziell einer therapeutischen Beziehung, und was folgt daraus für die praktische Arbeit mit der schamerlebenden Patientin?

Konkret lässt sich dies auf eine Reihe von spezifischeren Unterfragen herunterbrechen:

- Wie wird Scham in einer interpersonellen Situation erlebt, und wie lässt sich dieses Erleben beschreiben?
- Wie wird Scham in der interpersonellen Situation beim Gegenüber erkannt oder zumindest vermutet?
- Was bedeutet Scham als aktualisierter Affekt für die aktuelle Beziehung, den aktuellen Kontakt?

- Wie lässt sich in einer aktuellen therapeutischen Situation, in der es zu Schamerleben der Patientin kommt, therapeutisch darauf reagieren?

Ausgehend von diesen Fragen, bei denen es eher um die Beschreibung und das Verstehen eines Phänomens ging, lag ein qualitativer Zugang näher als eine quantitative Arbeit. Nach einem kurzen Überblick zu unterschiedlichen theoretischen Ansätzen zur Scham werde ich die methodischen Aspekte meiner Untersuchung genauer darstellen. Im Anschluss daran sollen die Ergebnisse dieser Untersuchung vorgestellt werden.

Dabei ist der Zugang zur Thematik grundsätzlich ein phänomenologischer, das heißt es wird davon ausgegangen, wie Schamsituationen und Schamerleben beschrieben werden, um daraus verschiedene Aspekte derselben abzuleiten. Interpretationen über Genese oder tieferliegende Dynamiken sind nicht Schwerpunkt dieser Arbeit, auch wenn sie an der einen oder anderen Stelle doch durchklingen. Es geht vielmehr darum, wie diese unterschiedlichen Aspekte ein aktuelles Schamerleben beim Gegenüber vermuten lassen; wie sie ferner auf die aktuelle Beziehung wirken; und wie somit auch therapeutisch darauf reagiert werden kann.

Drei Vorbemerkungen zur Sprachwahl in der vorliegenden Arbeit möchte ich noch anführen: zum einen habe ich mich dazu entschieden, für diese Arbeit durchgängig das generische Femininum, also die grammatikalisch weibliche Form für sämtliche Rollenbezeichnungen zu verwenden (z.B. Therapeutin, Patientin). Dies trifft auch auf Referenzen auf die durchgeführten Interviews zu: im methodischen Teil soll klargestellt werden, wie viele Interviews mit weiblichen bzw. männlichen Therapeut*innen durchgeführt wurden. Doch da später im Text möglichst anonymisiert auf diese Interviewten wie auch die von ihnen herangezogenen Patient*innen verwiesen werden soll, werde ich im übrigen Textverlauf ausschließlich die weibliche Form verwenden, selbst wenn die referenzierte Aussage von einem männlichen Therapeuten oder in Bezug auf

einen männlichen Patienten erfolgte. Dieser Entscheidung liegen keine Überlegungen bezüglich des Inhalts dieser Arbeit zugrunde, sondern ausschließlich persönliche Abwägungen hinsichtlich einer einigermaßen knappen, lesbaren und geschlechtergerechten Darstellungsweise.

Zum Zweiten habe ich mich entschieden, ebenfalls durchgängig den Begriff „Patientin“ und nicht „Klientin“ zu verwenden. Auch dies steht nicht im Zusammenhang mit dem konkreten Thema dieser Arbeit und es geht mir ganz und gar nicht darum, etwa den Eindruck einer Pathologisierung verstärken zu wollen. Es lassen sich gute Argumente für beide Begriffe finden, ganz zu schweigen von weiteren innovativen Bezeichnungen. Letztlich wollte ich ein recht beliebiges Oszillieren zwischen den Begriffen vermeiden und habe mich somit für diesen Terminus entschieden, da die „Kundinnen“ einer Psychotherapie rechtlich gesehen nun einmal „Patientinnen“ sind, mit den entsprechenden Patientinnenrechten (und nicht Kundinnen- oder Klientinnenrechten). Um es noch einmal zu unterstreichen: es lassen sich gute Gründe für beiderlei Designationen anführen und meine Entscheidung folgt keiner Überlegung bezüglich Inhalt sondern vielmehr dem Wunsch nach einer prägnanten Darstellung.

Und schließlich habe ich mich zu einer persönlichen Darstellungsweise entschlossen, womit gesagt sein will, dass von einem „Ich“ anstelle eines Verweises auf „den Autor“ zu lesen sein wird. Diese Entscheidung ist schlicht von eigenen Präferenzen bedingt, sowohl hinsichtlich des Schreibens wie auch des Lesens.

2 Theoretischer Hintergrund.

2.1 Zur Genese und Phänomenologie von Scham.

Zunächst zum Begriff bzw. Konzept der Scham. In seiner wohl klassisch zu nennenden Arbeit zum Thema leitet ihn Wurmser (1997) von der germanischen

Wurzel „skam“ bzw. „skem“ her, woraus im Althochdeutschen „scama“ geworden sei, im Angelsächsischen „scamu“. Es sei wohl ein Kompositum aus der indogermanischen Wurzel „kam“ bzw. „kem“ für „zudecken, verschleiern, verbergen“, in Verbindung mit einem vorgestellten, reflexiven „s“. Zusammen ergebe sich daraus „sich zudecken, sich verbergen“ (S. 42; ähnlich auch Seidler, 1995, S. 6).

Eine spezielle Rolle im Verständnis von Scham wird der interpersonellen Beziehung zugeschrieben, und dies auf mehreren Ebenen. Zum Ersten gilt dies für die Genese von Schamgefühlen, wobei es recht unterschiedliche Formen gibt, welche diese Hypothese annehmen kann. Staemmler (2015) zählt Scham zu den sekundären oder selbstreflexiven Affekten, neben Stolz, Schuld oder Reue (S. 153). Diese setzen einerseits Selbstreflexion voraus (dies betonen auch Seidler, 1995, S. 103-104; Wurmser, 1997, S. 138-140), andererseits seien sie inhärent dialogisch: sie bedürfen der Erfahrung der Aufmerksamkeit durch ein Gegenüber.

Nach Huckabay (1996) entstehen Schamgefühle, wenn wir eine unerwartete Antwort auf etwas bekommen, was wir getan oder gefühlt haben, und dabei eine aktuelle Erfahrung von Neugier oder Freude unterbrochen wird (S. 149). Bei anderen Autoren geht es etwas spezieller um eine *negative* Antwort, welche wir in einer aktuellen Beziehung auf unsere Wünsche, Gefühle bzw. auf ein Beziehungsangebot erhalten: wenn diese übersehen, nicht erwidert, oder vielleicht sogar mit Verachtung oder Spott abgelehnt werden, wenn wir uns so verdinglicht und wie ein Gegenstand behandelt fühlen, so entstehe Scham (Jacobs, 1996, S. 311; Lee ,1996b, S. 3-9; Simon & Geib, 1996, S. 320; Tiedemann, 2016, S. 36-38; Jean-Paul Sartre wie zitiert nach Raub, 1997, S. 30, sowie nach Seidler, 1997, S. 139). Wie Wurmser (1997) zu diesem Szenario schreibt: das Subjekt wird hier zu einem Teil einer Kategorie, nicht zur Person (S. 21-22). Er beschreibt Scham als die Gefahr, mit Verachtung zurückgewiesen zu werden,

mithin von Liebes- und Objektverlust, in weiterer Folge dann auch Selbstverlust (ibidem, S. 145).

Seidler (1995) geht in weiterer Folge mit seiner „Alteritätstheorie“ noch einen Schritt weiter, wenn er postuliert, dass es generell der andere durch seine Alterität sei, welcher das Subjekt aus seinem Erlebnisstrom reiße, wodurch das Subjekt wiederum auf sich selbst (reflexiv) zurückgeworfen werde, wohl weil in der Erfahrung dieser Alterität das Vertrauen in die zwischenmenschliche Beziehung wie auch die innere Sicherheit verletzt werden (S. 10, 26-28). Hier gehe es noch gar nicht einmal um die billigende Wahrnehmung des anderen, sondern vielmehr um den sehr basalen und identitätsstiftenden Vorgang der wechselseitigen Wahrnehmung; darum, sich von einem anderen, leibhaftigen Gegenüber als Subjekt gespiegelt zu finden (ibidem, S. 208-209). Scham wird so zu einem Affekt, welcher Getrenntheit und Nicht-Identität mit dem anderen signalisiere und so zu einem Bruch im Erleben der aktuellen Beziehung wie auch des Selbst münde (ibidem, S. 296). Ähnlich sieht auch Tiedemann (2016) in der Scham ein Abwenden vom aktuellen Kontakt, somit einen Bruch in der Beziehung wie auch im Selbsterleben (S. 32). Seidler (1995) schlägt hier den Bogen wieder zurück zu dem zuvor genannten Schamverständnis und geht davon aus, dass es durch dieses Zerbrechen von Übereinstimmung dazu komme, dass sich das Subjekt exponiert und durch den anderen objektiv wahrgenommen erlebe (S. 264). In dieser Wahrnehmung der Andersheit liege auch eine Wahrnehmung der eigenen Bezogenheit und Ergänzungsbedürftigkeit, somit eine implizite Mangelerfahrung (ibidem, S. 312). Seidler (1995) führt aus:

Die Scham manifestiert sich dann, wenn eine Suchbewegung des Subjektes auf Übereinstimmung ausgerichtet ist, Fremdes vorfindet und auf ihren Ursprung zurückverwiesen wird. Phänomenologisch steht das Subjekt dabei zunächst außerhalb

jeder Beurteilung, hat sich aber mit dem gezeigten Wunsch und seiner Zurückweisung exponiert. Erst in einem zweiten Interpretationsschritt kennzeichnet das Subjekt dann solche Beziehungskonfigurationen als Ausdruck seiner „Verworfenheit“; dieses Erleben gesellt sich affektiv der Scham zu und begründet ihre Qualität als „negativen“ Affekt. (S. 327-328)

In weiterer Folge hat aber phänomenologisch gesehen zum Zweiten auch das Erleben bzw. der Ausdruck von Scham einen starken Konnex zu interpersonellen Beziehungen. Wie oben bereits angedeutet und speziell bei Tiedemann (2016) ausgeführt, reguliert Scham einerseits das Selbstwertgefühl, andererseits aber auch unsere zwischenmenschlichen Kontakte, insofern wir uns im Schamerleben vom anderen abwenden und seinen Blicken zu entfliehen suchen (S. 9, 32, 43-44; ähnlich auch Kaufman, 1996, S. 17-18; Lee, 1996b, S. 10; Seidler, 1995, S. 26-28; Simon & Geib, 1996, S. 320). Scham bedeutet in diesem Verständnis einen Bruch oder eine Unterbrechung im Kontakt (oder bei Bernet, 1997, eine Distanzierung), welcher in weiterer Folge als schmerzhaft erlebt werde und eine Sehnsucht erzeuge, diesen Bruch wieder zu kitten, den von der Scham zerstörten Raum wiederherzustellen.

Und schließlich nimmt es daher wohl nicht Wunder, dass zum Dritten die interpersonelle Seite, konkretisiert in der therapeutischen Beziehung, in der herangezogenen Literatur auch als wesentlicher Faktor zur Überwindung, zur „Heilung“ von Scham propagiert wird (z.B. Yontef, 1996, S. 369-370), im Unterschied etwa zu anderen möglichen Faktoren wie Medikation, Einsicht usw. So folgert etwa Seidler (1995) aus seinem Schamverständnis, dass der passende therapeutische Umgang mit Schamerleben in einer Sicherheit gebenden Beziehungserfahrung innerhalb der Therapie liege (S. 103; ähnlich auch Kaufman, 1996, S. 35-36).

Es darf aber nicht unterschlagen werden, dass dieser fundamentalen Verwobenheit von Scham mit interpersonellem Kontakt andere Erklärungsansätze zur Seite stehen, welche den Aspekt der Beziehung in der Schamgenese scheinbar weniger zentral setzen. So wird Scham etwa auch als Ergebnis einer erlebten Diskrepanz zwischen dem erlebten oder realen Ich einerseits und dem Ich-Ideal andererseits beschrieben (Peichl, 2018, S. 150; Raub, 1997, S. 40), wobei es nach Tiedemann (2016, S. 78) drei Erlebensdimensionen einer solchen Diskrepanz geben könne: Schwäche (mit Bernet, 1997, S. 148, könnte man hier auch von Verletzlichkeit oder Ausgeliefertsein sprechen), Schmutzigkeit und Defekt. Bei diesen Ansätzen geht es also, so würde ich zusammenfassen, um eine negative Bewertung des Selbst, oder zumindest eines Selbst-Anteils (so auch Hilgers, 1996, S. 65; Simon & Geib, 1996, S. 320; Wurmser, 1997, S. 138-140; Yontef, 1996, S. 354). Wie Wurmser (1997) hinzufügt, gewinnt dieser Aspekt natürlich an Komplexität und wird gar zu einem mitunter unlösbaren Fallstrick, wenn mehrere solcher Idealbilder schlecht integriert nebeneinander stehen, womöglich einander gar widersprechen (S. 134).

Daneben gibt es auch Vorstellungen einer „natürlichen Scham“ (Tiedemann, 2016, S. 75 & 103), welche bei der Entblößung von etwas Intimem, an allererster Stelle des eigenen Körpers bzw. bestimmter Körperfunktionen wie insbesondere der Sexualität, auftritt. Unter Rückgriff auf diese Vorstellung erklärt Hilgers (1996) auch das paradoxe Phänomen, welches mit der soeben genannten Behauptung einer negativen Bewertung als Wurzel von Scham in scheinbarem Widerspruch steht, dass nämlich auch Lob Scham auszulösen vermöge: hier kann es wohl schwer die Diskrepanz zwischen realem Ich und Ideal-Ich sein, vielmehr sei es die entstehende, sichtbare Freude über dieses Lob, welche als intim angesehen werde und somit Scham erzeuge (S. 15). Hierzu passen wohl auch gehäuft anzutreffende Verweise, dass gerade das Zeigen von Gefühlen mit Schamerleben einhergehen könne, insofern diese etwas sehr Persönliches und Intimes darstellen (z.B. Wurmser, 1997, S. 125).

Dies deutet auch einen weiteren relevanten Aspekt von Scham an, der in unterschiedlichen Zusammenhängen mehrfach hervorgehoben wird, nämlich die Gefahr einer negativen Spirale. Insofern ja auch die Scham selbst eine bestimmte Gefühlsqualität impliziert und damit die Möglichkeit einer Exposition von etwas sehr Persönlichem, Intimem berge, noch dazu wo es ein eher Defizit-orientiertes Gefühl sei und danach strebe, verborgen zu werden, vermöge es so zur Scham über die Scham zu kommen. Dabei können noch weitere Faktoren verstärkend hinzutreten, etwa dass Scham zu sozialem Rückzug führe, was wiederum einerseits die Chancen auf soziale Unterstützung reduziere, andererseits auch den Eindruck verstärken könne, nur man selbst sei mit solcher Scham konfrontiert (siehe z.B. Tiedemann, 2016, S. 46; Yontef, 1999, S. 363-368; Wheeler, 1996a, S. 37).

Meiner Lesart zufolge ist der Aspekt der Beziehung noch etwas weiter entrückt in der Affektlehre von Silvan Tomkins, nach welcher Scham dadurch entstehe, dass ein aktueller Affekt von Freude, Genuss, Interesse, Neugier oder Erregung durch eine Beeinträchtigung gedämpft, jedoch nicht völlig aufgehoben werde (nach Kaufman, 1996, S. 17; Seidler, 1995, S. 105; Tiedemann, 2016, S. 37 & 77). Auch dieser Gedanke wurde von Seidler (1995) in sein oben bereits vorgestelltes Alteritätsmodell integriert, jedoch band er es wiederum an seine Alteritätstheorie und damit an die interpersonelle Szene zurück: es gehe nicht ausschließlich um den konkreten Blick eines aktuellen Gegenübers, welcher Scham auszulösen vermöge; vielmehr sei das erlebende Subjekt zunächst ganz auf sein aktuelles Ziel und Erleben konzentriert (welches durchaus interpersonell geprägt sein könne, aber nicht notwendigerweise sein müsse), werde dann in diesem Erregungs- und Bewegungsablauf abrupt gebremst, und übernehme anschließend durch Identifikation die Perspektive dieser bremsenden Außenwelt (S. 8-9).

Zusammenfassend möchte ich an dieser Stelle meinen Eindruck festhalten, dass es einige unterschiedliche Vorstellungen über die Genese von Scham gibt. Am

prominentesten vertreten sind wohl zwei Vorstellungen, nämlich dass Scham aus einer Zurückweisung durch ein Gegenüber resultiere, oder aber aus einer negativen Bewertung des Selbst. Während der erste Ansatz ganz klar interpersonell geprägt ist, scheint dies beim zweiten nicht notwendigerweise so zu sein. Doch lässt sich auch dieses zweite Modell intersubjektiv umformulieren, etwa mittels des Zusatzes, dass es für die ursprüngliche Entwicklung eines beurteilenden Blickes auf das Selbst der Internalisierung eines fremden Blickes bedürfe; oder auch auf die Art von Seidler (1997): „nicht der Inhalt einer Wertung ist konstitutiv für die Scham, sondern der Akt der Wertung selbst als Objektivierung. [...] Die Intentionalität des Subjektes trifft in freudvoll getöner Erwartung auf ein diesen Erwartungen nicht entsprechendes Gegenüber und wird auf ihren Ausgangspunkt zurückgeworfen“ (S. 140).

Dies verweist auf zwei zu bedenkende Aspekte dieser doch vereinfachten Darstellung der relevanten Theorien auf knappem Raum: zum einen ist nicht ganz klar, worauf sich der Begriff „Genese“ hier eigentlich bezieht, und dies wird bei manchen der herangezogenen Werke auch nicht so trennscharf differenziert. So scheint an mancher Stelle gemeint zu sein:

- Die Entwicklung der Kompetenzen, welche als notwendig vermutet werden, um Scham überhaupt erleben zu können, wie zuallererst etwa die Aneignung einer Außenperspektive auf das eigene Selbst. Hier geht es also um eine zumeist entwicklungspsychologische Sicht auf die notwendigen Voraussetzungen, die aber m.E. noch nicht als hinreichende Bedingungen zu verstehen sind.
- Das ontologisch originäre Entstehen des Schamaffekts (also wiederum eine entwicklungspsychologische Perspektive, doch konzentriert auf konkrete subjektive Erfahrungen): unter der oben vorausgesetzten Annahme, dass Scham kein angeborener Affekt ist, sondern erst einige Zeit nach der Geburt, genauer nach Entwicklung der notwendigen Voraussetzungen (z.B. Fähigkeit zur Selbstreflexivität), entsteht, stellt sich

die Frage nach den situativen Erfahrungen, welche zum ursprünglichen Eintreten von Scham führen.

- Die Bedingungen für Auftreten von Scham in einer konkreten Situation an beliebiger Stelle im Lebenslauf, also im Sinne eines Anlassfalles. Hier geht es nicht darum, ob oder wie Scham entwicklungspsychologisch erworben wurde oder sich verfestigte, sondern vielmehr wie es an beliebigen Zeitpunkten im Lebensverlauf zur (Re-) Aktualisierung von Scham kommt.

Wie gesagt werden diese drei Ebenen zum Teil recht vermischt behandelt; es scheint mir jedoch recht deutlich zu sein, dass intersubjektive Theorien auf allen drei Ebenen eine prominente Stellung einnehmen, wie es umgekehrt wohl keinen Ansatz gibt, der davon ausgeht, Intersubjektivität spiele auf keiner der drei Ebenen eine Rolle und Scham sei in ihrer Entwicklung völlig unabhängig von zwischenmenschlichen Erfahrungen.

Der zweite Gedanke, den ich hier gern herausstellen würde, ist, dass interessanterweise manche Aspekte, die sich auf die *Genese* von Scham beziehen, ebenso für eine Beschreibung des *Erlebens* von Scham herangezogen werden. Dies trifft etwa zu auf das Erfahren von Vergleichen und Minderwertigkeit, von Zurückgewiesenwerden, oder den Bruch im Selbst- und Beziehungserleben. Sie finden sich einerseits angeführt in Darstellungen von Schamursachen, wie auch in Beschreibungen des Schamerlebens, der Schamphänomenologie. Wenn es hier tatsächlich einen sehr engen Konnex zwischen der Erscheinung und auch den Ursachen von Scham gibt, lässt sich hieraus m.E. ableiten, dass es von hoher auch theoretischer Relevanz ist, Scham phänomenologisch gründlich und sorgfältig zu beschreiben und auch zu verstehen, da dies wiederum relevant für das Theoretisieren über ihre Entstehungsbedingungen sein könnte.

So gilt es nun, bewusst verzögert um das bislang Gesagte mitdenken zu können, an dieser Stelle einen Blick auf die Definition von Scham zu werfen, um etwas

genauer abstecken zu können, welches Phänomen denn nun eigentlich Gegenstand dieser Arbeit sein soll.

2.2 Zur Definition bzw. den Formen von Scham.

Um es rundheraus zu sagen: das Postulat, ja, den Anspruch einer eindeutigen Definition, welche das Phänomen Scham klar von anderen abgrenze, konnte ich so in der Literatur nicht finden. Bei den meisten Autoren wird Scham wohl als Gefühl oder Affekt verstanden und behandelt, manches Mal wohl eher auf implizite Weise, an anderen Stellen aber auch ganz explizit (z.B. Lee, 1996b). Wurmser (1997, S. 73 & 128) unterscheidet in Bezug auf Scham m.E. nützlich zwischen der Schamangst, welche das Auftreten von Scham befürchte, ferner dem, was er den „eigentlichen Schamaffekt“ nennt, und schließlich einer generellen Charakterhaltung, welche die beiden Erstgenannten zu vermeiden suche. Vor diesem Hintergrund scheint es mir naheliegend, dass eine kognitiv-verbale Definition eines affektiven Zustands wohl nur schwer zu treffen wäre, ohne sich der Gefahr einer Tautologie auszusetzen (siehe etwa das soeben in Abschnitt 2.1 Gesagte zur Genese und Phänomenologie von Scham). Erschwerend kommt hinzu, auch hierin scheinen sich die meisten Autoren zu treffen, dass dieser Affekt wohl eine Reihe von Schattierungen enthält und sich nicht klar von anderen Affekten abgrenzen lässt (z.B. Wurmser, 1997, S. 25). Hilgers (1996), wohl auch auf Basis der oben beschriebenen verschiedenen Ansätze zum Verständnis von Scham, unterscheidet mehrere Formen: Kompetenzscham, Scham bei der Verletzung von Selbst- und Intimitätsgrenzen, Scham bei Demütigung von außen, Scham über die eigene Körperlichkeit oder das Sichtbarwerden von Selbstanteilen, Scham als Reaktion auf eine Diskrepanz zwischen realem und idealem Selbst, Abhängigkeitsscham, sowie zuletzt Scham als Reaktion auf schuldhaftes Handeln (S. 19; für eine weitere Schamtypologie siehe etwa Marks, 2007).

Zur kurzen Illustration der Komplexität von Scham, speziell aus gestalttherapeutischer Perspektive, möchte ich noch anführen, dass Scham im Sinne einer Abwehr sowohl als Deflektion (Polster & Polster, 1974, S. 89), Retroflektion (Lee, 1996b, S. 6), Egotismus (Wheeler, 2015, S. 95) wie auch Introjektion und Projektion (Yontef, 1996, S. 360-361) beschrieben wurde.

Diese Vielfalt bzw. Heterogenität erlaubt den Schluss, dass es sich möglicherweise um durchaus verschiedene Phänomene handeln könnte, welche durch das affektive Erleben geeint werden, oder, wie Seidler (1995) vorschlägt, vielmehr durch ein spezifisches Prozessgeschehen (S. 38). An dieser Stelle möchte ich mich nicht zu der Anmaßung einer eigenen Definition versteigen und diesen Punkt lieber an späterer Stelle noch einmal aufgreifen (siehe Abschnitt 5.1).

2.3 Funktionen von Scham.

Wie Seidler (1995) schön postuliert, ist Scham für sich weder Krankheit noch Symptom, weshalb es auch keine Therapie von Scham im engeren Sinne geben könne. Scham lässt sich wohl eher als Teil der menschlichen Persönlichkeit verstehen (S. 323). Für ein Verständnis von Scham erscheint es mir insofern auch wichtig, ihre Funktionen anzuführen. Häufig findet sich in der einschlägigen Literatur die Betonung von Scham als Schutzmechanismus (z.B. Lee, 1996b, S. 6). Etwas spezifischer sieht etwa Tiedemann (2016) die Rolle von Scham darin, die Integrität des Selbst zu schützen, und postuliert dementsprechend einen Angriff auf die eigene Identitätsbehauptung als Auslöser für Schamempfinden (S. 33; bei Jacoby, 1997, S. 159, wird sie so zur „Hüterin der menschlichen Würde“; ähnlich auch Wurmser, 1997, S. 5 & 74). Stein (1996) unterstreicht eher jene Rolle, in welcher Scham unsere Interessen, Wünsche und Freude reduziere, wenn diese im aktuellen Feld nicht unterstützt werden (S. 107) – wobei, wie Lee (1996)

feststellt, unsere Wünsche dabei nicht ausgelöscht, sondern bloß kontrolliert werden (S. 179).

Aus dieser Schutzfunktion leite sich eine weitere wichtige Leistung von Scham ab, welche ihrerseits ebenso mit bereits erwähnten Aspekten zusammenhänge: die Regulierung unserer Beziehung zu uns selbst wie auch zu anderen (z.B. Hilgers, 1996, S. 11; Joyce, 2014, S. 86; Lee, 1996a, S. ix-xi). In etwas klassischerer gestalttherapeutischer Diktion könnte man Scham vielleicht in dieser Hinsicht als eine Funktion der Grenze verstehen (etwa Lee, 1996b, S. 10), dass also Scham unseren Kontakt zu uns selbst wie auch zu anderen dadurch reguliere, dass es die Lage, Elastizität und Durchlässigkeit unserer Grenze beeinflusse.

In der reflexiven Beziehung zu unserem Selbst spiele Scham hier möglicherweise eine wesentliche Rolle darin, sich selbst infrage zu stellen, ein Gefühl für das eigene Selbst und seine Grenzen zu entwickeln, und in weiterer Folge die eigenen Werte, Ideale und Selbstkonzepte weiter zu entwickeln sowie neue Kompetenzen zu erwerben (Tiedemann, 2016, S. 105-106).

Interessant finde ich in dieser Denkrichtung die Vorstellung von Ulrich Moser und Ilka von Zeppelin, wonach Scham primär dem temporären Rückzug diene um eine Reorganisation des Selbst zu erlauben, während die Beziehung gleichzeitig aufrecht erhalten werden soll (zitiert nach Tiedemann, 2016, S. 43). Dies passt meiner Einschätzung nach etwa zu der Idee Wheelers (2015), wonach Abwehr nicht so sehr eine *Störung* des Kontakts als vielmehr eine bestimmte *Form* des Kontakts sei, nämlich der unter den gegebenen Bedingungen Bestmögliche (S. 90). Dies wiederum geht, meiner Lesart nach, gut mit der Vorstellung von Perls (2005) einher, wonach die Kontaktfunktion im Vordergrund von einer ausreichenden Stützungsfunktion im Hintergrund abhängt (S. 54, 62 & 94) – wobei diese Stützungsfunktion Wheeler (1996a) zufolge der Gegenpol zu Scham ist, und beide zusammen im Wechselspiel die Grenze regulieren (S. 10).

So beschreibt auch Hilgers (1997), wie Scham hilft, die Balance zwischen Sich-Zeigen und Sich-Verschließen zu wahren bzw. wiederzufinden (S. 87).

Dies kontrastiert für mich auf den ersten Blick mit der oben (Abschnitt 2.1) referierten Vorstellung eines Bruches in der intersubjektiven Situation, wobei sich dieses Dilemma insofern auflösen lässt, als es bei manchen Autoren (hervorzuheben hier beispielsweise Seidler, 1996) ja nicht um einen Bruch in der Beziehung oder im Kontakt ging, sondern im subjektiven *Erleben* desselben: es sei die Intentionalität oder die Perspektive, welche auf das Selbst zurückgeworfen werde. Dies würde ja die komplementäre Idee gestatten, dass jener Bruch zum Zwecke einer solchen Reorganisation des Selbst erfolge. Ob dies nun auch einen Bruch in der aktuellen Beziehungssituation bedeute, ist wohl abhängig von der Frage, anhand welcher Kriterien eine Beziehung bzw. ein Bruch derselben festgestellt oder behauptet wird.

Doch zurück zu dem Gedanken, dass Scham die Balance von Sich-Zeigen und Sich-Verschließen zu steuern helfe, mithin die persönliche Grenze und damit den Kontakt mit definiere. Dieser Vorstellung weiter folgend sei Scham eng gebunden an Intimität, da sie, wie Lee (1996) vermutet, die Verbundenheit in intimen Beziehung weiter zu entwickeln helfe, nämlich wenn Scham geteilt werden könne (S. xv). Wie Gerl-Falkovitz (2016) in ihrem Vortrag ausführt: die Scham schäme sich für das Eigenste, Innerste. Dabei werde dieses Eigenste auch geschützt, um es einer bestimmten Anderen geben zu können, wodurch wiederum Scham das Subjekt in den Stand setzt, dieser bestimmten Anderen etwas geben zu können, was niemandem sonst gegeben werden könne. Hilgers (1996) betont eher den umgekehrten Aspekt, dass Scham für die Wiedereinsetzung einer Grenze Sorge, welche in intimen Momenten manches Mal ausgesetzt sein könne (S. 15).

Im selben Sinn könnte man daher mit Max Scheler die Scham so als Schutz für etwas Intimes nehmen, und so lässt sich das Auftreten von Scham auch weniger

als Zeichen von Unwürdigkeit denn vielmehr als Zeichen, welches auf etwas Wertvolles, Schützenswertes verweise, lesen (nach Seidler 1995, S. 33). Noch einmal Gerl-Falkovitz (2016): „Die Scham schämt sich für die Perlen, die nicht vor die Säue geworfen werden dürfen. Sie schämt sich für die Perle, die ich selber bin.“ Dem sei als Nachsatz nur nachgestellt, dass meiner Ansicht nach Schultheiss (1997) zurecht darauf verweist, dass Scham durchaus auch etwas schützen mag, was uns gar nicht schützenswert oder wünschenswert erscheine, und somit auch wichtige individuelle Selbstkorrekturen verhindere (S. 107).

Um das soeben Gesagte noch in einen anderen Rahmen zu gießen, könnte man Scham auch therapeutisch als eine Form von Abwehr oder Widerstand bezeichnen – was natürlich gleich wieder ein Tor für ein ganz anderes Verständnis und einen ganz anderen Umgang mit Scham aufstößt (siehe dazu etwa Wheeler, 1996).

Ohne weiter darauf eingehen zu können, sei abschließend noch erwähnt, dass zahlreiche Autoren die soziale Bedeutung von Schamgefühlen hervorheben, also wie zentral die Fähigkeit zu Schamerleben auch für unseren sozialen Zusammenhalt in modernen Gesellschaften ist. Dies wird schon dann einsichtig, wenn man sich die eigenen Bilder und Vorstellungen vergegenwärtigt, die in den Begriffen „unverschämt“ oder „schamlos“ anklingen und auf ein vermeintliches Fehlen von Schamgefühlen hindeuten (siehe hierzu etwa Hilgers, 1997, S. 95; Marks, 2007; Mitscherlich, 1979, S. 61; Schultheiss, 1997, S. 107; Wurmser, 1997, S. 74).

2.4 Schamausdruck.

Wenn wir uns nun aber wieder der konkreten interpersonellen Situation zuwenden, wie äußert sich nun solche Scham, bzw. wie äußern wir sie, gerade wenn wir uns dabei in Erinnerung halten, was für unterschiedliche Aspekte mit der Scham einher gehen können (Modifikation des interpersonellen Kontakts,

Schutz von etwas sehr Persönlichem usw.)? Auf der einen Seite möchte ich hier aus der Literatur zunächst unmittelbar beobachtbaren Ausdruck erörtern, diesen dann in der Folge mit erweiterten Verhaltenskonzepten in Zusammenhang bringen.

Wie durch das zuvor Gesagte nahelegt, geht es bei vielen mit Scham in Verbindung gebrachten Verhaltensweisen um den persönlichen Ausdruck. Dabei gibt es wohl keine Verhaltensweisen, die ausschließlich zuordenbar sind, d.h. sich *ausschließlich* mit Scham in Verbindung bringen lassen; doch gibt es einige, welche in der Literatur als Indikatoren für Scham aufgezählt werden. Auf der verbalen Ebene werden hier etwa Stottern, Verstummen und Sprachlosigkeit genannt, also eine Gehemmtheit im sprachlichen Ausdruck (Lee, 1996b, S. 6; Tiedemann, 2016, S. 64).

Neben dem verbalen Verhalten gebe es auf Seiten von Mimik und Motorik eine analoge Gehemmtheit und Erstarrung, Tonusverlust wie etwa beim gesenkten Kopf und schlaffer Körperhaltung, Vermeidungsverhalten wie das Abwenden des Blickes um Augenkontakt auszuweichen, selbstreflektorische Gesten wie das Berühren des eigenen Gesichts und Körpers mit den Händen, Erröten oder umgekehrt auch Erbleichen im Gesicht, und schließlich auch Grinsen und Lachen (Kaufman, 1996, S. 19; Lee, 1996b, S. 6; Seidler, 1995, S. 22-24; Tiedemann, 2016, S. 70-72; Yontef, 1996, S. 355-375). Gerade im Gesicht spiegle sich der Schamaffekt besonders stark wider – so mag es kein Wunder nehmen, dass es eine klassische Metapher im Zusammenhang mit der Scham ist, „das Gesicht zu verlieren“ („*loss of face*“, siehe Kaufman, 1996, S. 19).

Solch eher unmittelbarer Ausdruck in konkretem Verhalten wird häufig zusammengefasst in komplexeren Verhaltensmustern, die in der Literatur ebenso als Schamsymptome diskutiert werden. Hierzu zählen etwa Schüchternheit, Verlegenheit, Gehemmtheit, Schuld (Kaufman, 1996, S. 174; Stein, 1996, S. 106; Tiedemann, 2016, S. 64-74; Yontef, 1999, S. 366). Hinter

diesen Verhaltensweisen, so die Annahme, stehe der Wunsch des Sich-Schämenden, nicht gesehen und nicht berührt zu werden (Yontef, 1999, S. 365-366). Hier sei noch der Verweis hinzugefügt, dass es neben diesem Versuch, vom anderen nicht wahrgenommen zu werden, auch als Strategie im Umgang mit Scham festgehalten wurde, die eigene Wahrnehmung der Scham abzuwehren. Dies führt einerseits zurück zum bereits erwähnten Bruch im Selbsterleben (Abschnitt 2.1), andererseits deutet es auch wiederum auf das noch zu erörternde Konzept der Schamabwehr hin (Abschnitt 2.5).

Besonders paradox scheint in dieser Hinsicht die archetypische Reaktion der Scham, das Erröten, welches einerseits gerade an jenen Körperstellen auftritt, die dem schamerlebenden Subjekt zwar nicht, dem Gegenüber aber wohl sehr gut ersichtlich sind (besonders im Gesicht und dem Hals, siehe Seidler, 1995, S. 21), und welches weiterhin gerade mehr Aufmerksamkeit erzeugt und auf sich zieht, als es dem Verstecken dienlich ist (Tiedemann, 2016, S. 72).

Zusammenfassend möchte ich festhalten, dass besonders zwei Cluster an interpersonellen Verhaltensweisen hervorstechen, nämlich zum einen eine Gruppe, die sich um Verhaltensweisen wie Vermeiden, Verschwinden oder Rückzug scharf, und eine andere, welche eher in Richtung Hemmung, Lähmung oder Starre tendiert. Doch wäre dies noch ein unvollständiges Bild ohne auch gänzlich andere Verhaltensformen zu erwähnen, welche ebenfalls mit Scham assoziiert werden, die aber üblicherweise v.a. im Sinne von Schamabwehr beschrieben werden.

2.5 Abwehr von Scham.

Interessanterweise werden die soeben beschriebenen Strategien (Verschwinden, Hemmung...) einerseits als Ausdrucksweisen von Scham, zugleich aber andererseits auch als Abwehrformen gegen Scham beschrieben. Dies mag einerseits einer recht unterschiedlichen Verwendung des Begriffes „Abwehr“ in

der Literatur geschuldet sein, etwa ob nun gemeint ist, dass (1) durch diese Verhaltensweisen schamauslösende Situationen gemieden werden, also die Scham durch Vermeidung abgewehrt wird, bevor sie noch aufkommt; oder aber dass (2) in einer solchen Situation das bewusste Erleben von Schamgefühlen abgewehrt wird (was eher dem entspricht, was tiefenpsychologisch wohl als Verdrängung zu beschreiben wäre); oder aber dass (3) versucht wird, diese Schamgefühle nicht nach außen sichtbar werden zu lassen (wobei in der Gestalttherapie diese unterschiedlichen Formen von Abwehr wohl auch so zu erklären versucht werden könnten, dass sie in den unterschiedlichen Phasen des Kontaktzyklus ihren Ort finden). Es mag andererseits aber auch damit zu tun haben, dass gerade das Verbergen als eines der wesentlichen Merkmale von Scham beschrieben wird, sie selbst somit gerade eher indirekt aus der Abwehr ersichtlich oder besser erschlossen wird. In diesem Falle bliebe natürlich die Frage, ob denn Scham dann überhaupt direkt ausgedrückt wird, oder nur vermittelt über ihre Abwehrformen. Letztlich erscheint mir eine Beantwortung dieser Frage aber v.a. abhängig davon, was denn nun alles unter dem Konzept „Abwehr“ subsumiert werden soll, also wie dieses wiederum definiert wird. Dies wäre aber wohl eine eigenständige Masterthese und würde den hier gesetzten Rahmen deutlich sprengen, insofern möchte ich mich hier lapidar auf eine Darstellung dessen beschränken, was denn in der Literatur typischerweise als „Schamabwehr“ angeführt wird.

Hierunter werden v.a. Strategien aufgezählt, die den zuvor beschriebenen (Abschnitt 2.4) vermeintlich sehr konträr entgegenstehen, also der Scham somit geradezu entgegengesetzte Phänomene, wie insbesondere Aggression, sei es in der Form von direkten Angriffen, Gewalt, Provokationen, Beschämung, Verachtung sowie Grenzüberschreitungen, aber auch etwa Arroganz und Stolz, Kontrolle und Perfektionismus, Macht, Selbstgenügsamkeit, logorrhöisches Sprechen, Humor, sich betont locker und lässig zu geben, bis hin zu Exhibitionismus und dem Suchen nach Aufmerksamkeit (zusammengestellt aus Dreitzel, 2004, S. 68; Geissbühler, 1997, S. 120; Hilgers, 1996, S. 42-43 & 149-150;

Kaufman, 1996, S. 97-100 & 175-176; Lee, 1996b, S. 6; Stein, 1996, S. 106; Tiedemann, 2016, S. 64-74 & 91-97; Yontef, 1999, S. 363-368).

Wie zuvor erwähnt, meine ich, dass diese Strategien zur Abwehr (oder zum „Containment“) von Scham auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt sein können, wobei m.E. durchaus ein und dieselbe Strategie auf mehreren Ebenen anzutreffen sein kann: (1) um zu vermeiden, in eine Situation zu kommen, in welcher Schamgefühle aufkommen; (2) um zu vermeiden, dass die eigenen Schamgefühle bewusst erlebt werden, ins Gewahrsein kommen; (3) um zu vermeiden, dass die gerade erlebten Schamgefühle für andere sichtbar werden. Dabei wird zum einen etwa im aktuellen Erleben die schwer erträgliche Scham durch andere Affekte überlagert und so aus dem Gewahrsein gehalten (Joyce, 2014, S. 91; Yontef, 1999, S. 353-357); auf einer interpersonellen Seite aber ermöglichen sie so auch das Verbergen der Scham vor dem Gegenüber (Kaufman, 1996, S. 20-21), wobei, wie Lee (1996c) betont, sie dabei zugleich erlauben, weiterhin Kontakt zur Umwelt aufrecht zu halten (S. 178). Neben den oben beschriebenen Verhaltensweisen zur Schamabwehr, welche auch mit unterschiedlichen Affekten einhergehen können, lässt sich dem mit Yontef (1999) noch das intrapsychische Gefühl der Verwirrung hinzufügen, welches eintritt, wenn entsprechende affektive Energien in Gang gesetzt werden, dies aber nur diffus wahrgenommen wird, während der eigentlich Affekt, die Scham, nicht zur Bewusstheit gelangt und entsprechend auch nicht benannt werden kann (S. 353-357; so auch Tiedemann, 2016, S. 71-72).

Auch auf einer anderen Ebene kann man sich noch der Schamabwehr annähern, neben den bereits erwähnten Verhaltensweise und anderen Affekten, nämlich auf jener von klinischer Diagnostik bzw. psychopathologischer Symptomatik. Hier werden etwa Depression, Suchtverhalten, Narzissmus (z.B. Raub, 1997, S. 39) zur Überdeckung einer eigentlichen Schamproblematik aufgelistet. Auch hier scheint es mir aber v.a. um eine konzeptuelle Frage zu gehen, nämlich welche Pathologien als (unmittelbare?) Konsequenz einer spezifischen

Schamproblematik gesehen werden, also als von Scham ursächlich (mit-)bedingt; bei welchen wiederum Scham als Teil des Krankheitsbildes verstanden wird; und welche zuletzt tatsächlich als genuine Abwehrformen im engeren Sinne verstanden werden. Diese erscheinen mir aber sehr weitreichende Fragen gestalttherapeutischer Theoriebildung, bei denen es um das Verhältnis von komplexen Konstrukten wie Affekten, Symptomen, Diagnosen, Abwehr und dergleichen geht; dem weiter nachzugehen ist mir an dieser Stelle nicht möglich.

2.6 Scham und Psychotherapie.

Es liegt wohl in der Natur der Sache, dass die der Scham gewidmete Literatur davon ausgeht, dass Scham tatsächlich ein psychotherapeutisch relevanter Affekt ist, und das in mehrfacher Hinsicht. Auf der einen Seite hat Scham Bedeutung für die psychotherapeutische Tätigkeit, da sie in kausalem Zusammenhang mit einer Reihe psychischer Störungen vermutet wird, ähnlich wie auch andere Affekte natürlich, etwa Angst (Hilgers, 1996, S. 27). Wie oben betont (Abschnitt 2.3), ist Scham an sich wohl nicht pathologisch, sondern auch ein „gesundes“ bzw. sogar wertvolles, funktionales Element unserer Fühl- und Erlebensmöglichkeiten, und es lassen sich eher das Fehlen, der Mangel oder auch umgekehrt die Hypertrophie von Schamgefühlen in ursächlichem Zusammenhang mit unterschiedlichen, auch klinischen Störungsbildern wie z.B. Phobien, Zwangs- und Suchterkrankungen, Borderline, narzisstischen Persönlichkeitsstörungen, dissozialen und psychopathischen Störungen beschreiben (Hilgers, 1996, S. 25-34).

Darüber hinaus werden sogenannte „sekundäre Schamphänomene“ im Gefolge psychischer (wie auch physischer) Erkrankungen erwähnt, also ein Schämen für eine anderweitige Erkrankung (Hilgers, 1996, S. 29). Diese werden möglicherweise in der therapeutischen Situation noch einmal stärker aktiviert, in welcher Patientinnen sich u.a. gerade mit ihren subjektiven Problemen und

Defiziten, also ihren schambesetzten Themen und Gefühlen, zeigen und exponieren (Tiedemann, 2016, S. 7).

Darüber gilt es aber auch spezifische, für die psychotherapeutische Situation charakteristische Schamgefühle zu berücksichtigen. So könne bereits das Aufsuchen von psychotherapeutischer Hilfe als Ausdruck von Hilflosigkeit oder Inkompetenz erlebt werden (Hilgers, 1996, S. 45; Tiedemann, 2016, S. 67), besonders wenn die Patientin, wie Arno Gruen formuliert, an der „Krankheit der Normalität“ leide (zitiert nach Hilgers, 1996, S. 21). In der Gestalttherapie kommen gewisse Techniken hinzu, die für manche Patientinnen vielleicht befremdlich und exponierend wirken mögen und so ihrerseits spezifische Schamreaktionen auslösen können – etwa die Arbeit mit dem leeren Stuhl oder leibliche Ausdruckstechniken. Nicht zu unterschätzen sei auch die spezielle Asymmetrie der psychotherapeutischen Beziehung: die Patientin, welche viel von sich preisgebe, und die Therapeutin, welche dies in deutlich geringerem Ausmaße tue (Joyce, 2014, S. 89; Simon & Geib, 1996, S. 316; Tiedemann, 2016, S. 67). Diese spezielle Beziehungsform trage mit bei zu einem Verhältnis, in welchem die Therapeutin für die Patientin tendenziell wichtiger sei als umgekehrt – was zu einer Schiefelage in der Beziehung und zu Gefühlen von Abhängigkeit führen möge, welche ihrerseits wiederum Scham generieren können (Jacobs, 1996, S. 305; Tiedemann, 2016, S. 68). In diesem Sinne ist speziell auf Szenen zu achten, in denen sich Patientinnen möglicherweise gar aktiv durch die Therapeutin beschämt fühlen – was etwa durch schweigendes und gar abweisendes Handeln der Therapeutin, Gegenfragen, manche Deutungen (oder unglückliche Zeitpunkte für bestimmte Deutungen), Belehrungen, Ungeduld, unterschiedliche Standpunkte und dergleichen ausgelöst werden kann (Hilgers, 1996, S. 66 & 76; Yontef, 1996, S. 376; sowie speziell Simon & Geib, 1996). Und hier haben wir uns noch gar nicht damit beschäftigt, was sich konkret an Inhalten und Geschehen zwischen Therapeutin und Patientin entwickeln kann, und wie solches wiederum spezifische Schamreaktionen auszulösen vermag, jenseits aller Pathologien und des therapeutischen Rahmens.

Naheliegenderweise wird somit in jener der Scham gewidmeten Literatur unterstrichen, welche Bedeutung für die psychotherapeutische Behandlung im Phänomen der Scham ruhe. Was aber folgt nun aus dem bislang Gesagten etwas konkreter für die therapeutische Arbeit?

Auf der einen Seite heben zahlreiche Autoren die Bedeutung von Selbstakzeptanz als ein Therapieziel in der Arbeit mit Scham hervor, um so einer pathologischen Scham zu entrinnen und zu einer „gesunden“ Identität und einem „gesunden“ Selbstwertgefühl zu gelangen (etwa Tiedemann, 2016, S. 36 & 119 – gestalttherapeutisch könnte man hier wohl auch von der Entwicklung von Selbst-Support sprechen). Teil davon sei, dass wir gerade auch unsere Schamgefühle bewusst wahrnehmen und tolerieren können (Lee, 1996c, S. 199), bzw. uns mit diesen auch identifizieren und sie so als Teil von uns anerkennen (Yontef, 1999, S. 361 & 380; allgemeiner auch Perls, 2007, S. 226).

In tiefenpsychologischer Terminologie wiederum impliziert dies, dass die Schamgefühle zunächst einmal zugänglich, also bewusst erlebbar werden (Tiedemann, 2016, S. 60), und in weiterer Folge diese bislang nicht repräsentierbaren Affektzustände auch symbolisierbar werden (Tiedemann, 2016, S. 55). Zu diesem Zweck empfiehlt Tiedemann (2016) die Exploration des Kontexts von vermutet schamvollen Situationen, speziell die konflikthaften Objektbeziehungen und die einhergehenden Affekte in solchen Momenten; darüber hinaus aber auch das Lenken von Aufmerksamkeit auf die inneren Selbstgespräche, gerade in ebensolchen Situationen (S. 69). Sollten hierbei etwa auch beschämende Stimmen mit dabei sein, könnte man diesen Stimmen etwas weiter folgen, auch biographisch, um etwa zu sehen ob sie mit bestimmten Personen oder Szenen der Vergangenheit verbunden seien (Tiedemann, 2016, S. 113-116; ähnlich auch Kaufman, 1996, S. 202; sowie Yontef, 1999, S. 376 & 382-383, der im Anschluss an das Bewusstmachen solcher inneren Dialoge auch zum gestalttherapeutischen Experimentieren mit diesen rät). Besonders zu solcher Exploration geeignet seien naheliegenderweise aktuelle Szenen in der

therapeutischen Situation, in denen sich Auslöser wie auch allfällige Reaktionen in Affekt und Verhalten gut verfolgen lassen (Wheeler, 1996a, S. 52).

Was bedeutet dies nun aber neben diesen konkreteren Handlungsaufforderungen noch für die Rolle und Haltung der Therapeutin? Weitgehend Einigkeit scheint in der Literatur dahingehend zu herrschen, dass eine solche Bearbeitung von Schamgefühlen in der Therapie eine ausreichende emotionale Sicherheit der Patientin in der therapeutischen Situation voraussetze, besonders auch hinsichtlich der therapeutischen Beziehung (Tiedemann, 2016, S. 106). Ich denke, dass hierzu die gestalttherapeutischen Vorschläge von Yontef (1999) passen, das subjektive Erleben der Patientin empathisch verstehen zu suchen, dieses Verstehen auszudrücken und von der Patientin nach Bedarf korrigieren zu lassen, und dabei eine grundsätzliche Haltung von Respekt zu wahren (S. 371). Einen Schritt weiter rät er ferner dazu, diese Schamgefühle und etwa damit einhergehende Wünsche nach Rückzug oder Verstecken als legitim anzuerkennen und sie so ein Stück weit „normal“ zu machen (Yontef, 1999, S. 372-376) – sozusagen nicht nur zu ent-pathologisieren sondern auch zu entschämen.

Dies deckt sich m.E. mit dem Zugang des tiefenpsychologisch arbeitenden Tiedemann (2016), der davon ausgeht, dass es zur Entwicklung der angestrebten Selbstakzeptanz wiederum der Anerkennung durch eine andere Person bedürfe, genauer: dass eine von der Patientin ihrerseits für aner kennenswert gehaltene Person, in unserem Kontext eben die Therapeutin, unterschiedliche Aspekte der Patientin und in weiterer Folge ihre gesamte Persönlichkeit als wertvoll erkenne und dies der Patientin auch bestätige (S. 36).

Einige weitere interpersonelle Interventionen, welche sich eher in der einschlägigen gestalttherapeutischen Literatur denn der psychoanalytischen finden, beziehen sich auch auf Aufforderungen an die Therapeutin, selbst eigene Gefühle von Scham offen einzubringen, wobei eingeräumt wird, dass dies

durchaus implizieren kann, die eigene, etwas enthobene Position ein Stück weit zu verlassen (Jacobs, 1996, S. 305; Yontef, 1999, S. 371; Wheeler, 1996b, S. 95-96; siehe auch Abschnitt 2.7). Auch Körperarbeit wird explizit empfohlen, zur Erforschung der Schamgefühle durch Körperausdruck und -wahrnehmung, bzw. zum Experimentieren und Stützen (Joyce, 2014, S. 93; Yontef, 1999, S. 384). Schließlich werden auch kreative Techniken und Experimenten erwähnt, etwa indem die Patientin zum anspruchsvollen Ideal-Selbst am leeren Stuhl spricht (Yontef, 1999, S. 385-386).

2.7 Scham in der Gegenübertragung.

Hier sei die Anmerkung vorangestellt, dass es den Rahmen dieser Arbeit hier sprengen würde, den Begriff der Gegenübertragung genauer zu differenzieren (dazu etwa Bettighofer, 2016; Staemmler, 1993). Für den Zweck dieser Arbeit sei daher hier einfach die Gesamtheit der therapeutischen Regungen, Gedanken, Gefühle gemeint, ohne genauere Unterscheidung, ob es sich hierbei nun um Gegenübertragungsreaktionen in einem engeren Sinne handle, oder um projektive Identifikationen, eigene Anteile der Therapeutin usw.

Ebenso wie Scham bzw. Schamabwehr, wie oben beschrieben, hinter einer Vielzahl von Verhaltensstrategien vermutet werden, so wird dazu auch eine ganze Bandbreite an Gegenübertragungsreaktionen angeführt. Hier möchte ich an dieser Stelle nur ganz spezifisch auf Schamgefühle in der Gegenübertragung eingehen. Mehrere Autoren beschäftigen sich dezidiert auch mit Schamgefühlen auf Seiten der Therapeutin und wie diese speziell auch als Gegenübertragungsreaktionen entstehen können. Zum Ersten insofern auch die Teilhabe an einer Schamszene, als Beobachterin, Zuhörerin oder ganz allgemein als Interaktionspartnerin, Scham auszulösen vermag (Tiedemann, 2016, S. 9-10; ähnlich auch Kaufman, 1996, S. 158). Ebenfalls können Schamgefühle auftreten in Verbindung mit einer Unsicherheit in Bezug auf das eigene therapeutische

Handeln: etwa ob man sich nun eher zurückhaltend und neutral verhalten, oder aber umgekehrt die Patientin mehr fordern sollte (Hilgers, 1996, S. 83); oder bei Fragen, die sich auf therapeutischen Körperkontakt (Berührungen, Halten...) mit der Patientin beziehen (Kaufman, 1996, S. 219-220); oder ganz generell aus dem Gefühl heraus, Fehler zu machen, zu versagen oder nicht ausreichend kompetent zu sein (Hilgers, 1996, S. 30-31; Kaufman, 1996, S. 219-223; Tiedemann, 2016, S. 122). Darüber hinaus können auch direkte Kontaktaufnahmen der Patientin Schamgefühle hervorrufen, etwa durch persönliche Fragen an die Therapeutin, Attacken oder ironische Bemerkungen (Tiedemann, 2016, S. 124-125; ähnlich Kaufman, 1996, S. 219-220 in Bezug auf Fragen zu Selbstoffenbarungen der Therapeutin). Und schließlich können natürlich auch anderweitige Gefühlsregungen oder Phantasien der Therapeutin gegenüber der Patientin zu eigenen Schamgefühlen führen, beispielsweise Phantasien die Patientin könnte die eigene Mutter oder Partnerin sein, oder auch Gefühle von Ärger, Ekel, Neid, Langeweile, Zärtlichkeit – und, im Sinne des bereits erwähnten Zirkels, auch Scham über das Erleben eigener Schamgefühle der Patientin gegenüber (Hilgers, 1996, S. 85 & 130; Tiedemann, 2006, S. 124-125).

Das Risiko bestehe nun darin, dass die Therapeutin diese Regungen übersehen könnte, da auch sie - äußerst menschlich - versuchen könnte, diese Schamgefühle zu umgehen und abzuwehren, was allenfalls auch als der Gegenübertragungswiderstand gedeutet werden kann, auf bestimmte Affekte genauer einzugehen (Tiedemann, 2006, S. 9-10, 20 & 126; ähnlich auch Jacobs, 1996, S. 301). Im Gegenzug sei es eher angezeigt, diese eigenen Schamgefühle anzuerkennen und zu tolerieren, sowie zu reflektieren und ggf. analog zu anderen Gegenübertragungsreaktionen für den therapeutischen Prozess zu nutzen (Hilgers, 1996, S. 140-141; Kaufman, 1996, S. 158).

2.8 Bezug zur hier vorliegenden Arbeit.

Aus dem vorangegangenen, kursorischen Streifzug durch die verfügbare Fachliteratur möchte ich noch einmal ein paar Punkte hervorheben, zu denen mir zumindest unter den herangezogenen Autoren weitgehend Konsens zu scheinen herrscht:

- Scham zu erleben ist, obwohl unangenehm, grundsätzlich ein „natürlicher“ oder „gesunder“, mitunter auch durchaus funktionaler Aspekt des menschlichen Seins. Dabei wird besonders die regulierende Funktion von Scham betont, einerseits nach innen aber auch nach außen, in unseren sozialen Beziehungen.
- Scham spielt aber auch im Feld der Psychopathologie der Rolle. In diesem Zusammenhang geht es dann darum, dass es der Scham zu viel oder zu wenig gibt, dass sie zu intensiv oder zu mild ist, und so auch ihre Regulation zur Dysfunktionalität oder „Parafunktionalität“ (Peichl, 2018, S. 98) verwaschse, sei es generalisiert oder in Bezug auf gewisse Lebensbereiche. Dies beinhaltet auch Szenarien, in denen kein adäquater Umgang mit ihr gefunden werden kann, in denen sie überschwemmend oder chronifiziert auftritt usw. Dabei kann Scham psychische Probleme mit verursachen, bestehende Problematiken verstärken, oder sich schlicht als exazerbierender Begleitumstand mit einstellen.
- Scham steht in engem, wenn auch nicht exklusiven Zusammenhang mit zwischenmenschlichen Beziehungen, auf unterschiedlichen Ebenen. Dies bezieht sich auf die Entstehung von Scham, sei es der entwicklungspsychologischen Genese von Scham oder in der Aktualisierung während des Lebenslaufes, aber auch auf ihren Ausdruck, ihre Phänomenologie, und schließlich auch auf den Weg über welchen Schamprozesse gemildert bzw. andere Umgangsformen damit gefunden werden können.
- Aus den beiden zuletzt genannten Punkten ergibt sich die Bedeutung von Scham für die Psychotherapie, d.h. dass psychische Probleme in Verbindung

mit dys- oder parafunktionalem Schamerleben eine legitime Indikation für Psychotherapie darstellen, und dass sie auch durch Psychotherapie veränderbar sind.

- Dabei sei noch darauf hingewiesen, dass Psychotherapie zwar einerseits einen Versuch darstellt, Schamgefühle und -symptomatiken zu mildern, dass andererseits aber gerade die psychotherapeutische Situation bzw. Beziehung eine spezielle Konstellation ist, in der ebensolche Schamgefühle aktiviert werden können.

Meinem Eindruck nach herrscht über diese recht allgemein gehaltenen Punkte weitgehend Konsens, auch über therapeutische Schulen hinweg. Auch bezüglich der konkreten Ausdrucksformen von Scham und der therapeutischen Zugänge scheinen mir die Variationen nicht sehr signifikant zu sein. Dies soll nicht über gewisse Differenzen hinwegtäuschen, die aber m.E. insbesondere dann auftreten, wenn die Beobachtungen und Vermutungen zum Phänomen Scham in einen höheren theoretischen Rahmen einzuordnen versucht werden, wo dann etwa unterschiedliche Formen und Auffassungen von Abwehrformen zwischen tiefenpsychologisch und gestalttherapeutisch geprägten Autoren zutage treten, oder auf verschiedene theoretische Konzepte zurückgegriffen wird, welche nicht in dieser Form in die jeweils andere Schule integriert sind (z.B. ödipale Konflikte oder Kontaktzyklus). Auf einer phänomenologischen Ebene aber, so würde ich meinen, herrscht weitgehend Einigkeit bzw. scheinen mir die Unterschiede mehr den jeweiligen Autorenpersönlichkeiten als den therapeutischen Schulen geschuldet zu sein.

Insofern halte ich es auf Basis der oben noch einmal gerafft wiedergegebenen Punkte für lohnenswert, sich genauer mit Scham in der psychotherapeutischen Beziehung auseinander zu setzen. Wie aus den obigen Ausführungen deutlich wurde, gibt es bereits einiges an Literatur zum Thema Scham, v.a. tiefenpsychologisch, aber auch gestalttherapeutisch (vgl. v.a. den Sammelband von Lee und Wheeler, 1996a; Grechenig, 2012; Yontef, 1999; Joyce, 2014). Diese

Arbeiten versuchten in erster Linie, ein Konzept von Scham sowie der therapeutischen Arbeit mit dieser zu entwerfen, basierend in erster Linie auf eigener therapeutischer Erfahrung und theoretischer Auseinandersetzung damit. In meiner Masterthese möchte ich nun versuchen, mich empirisch-phänomenologisch dem Thema Scham in der psychotherapeutischen Beziehung anzunähern. Dies soll eine Prüfung ermöglichen, wie weit sich die oben ausgeführten Beiträge mit dem psychotherapeutischen Erleben und Beschreiben solcher Schamphänomene in der Praxis decken, bzw. wie weit diese theoretischen Überlegungen sich durch solche empirische Arbeit an dieser Stelle noch erweitern oder vertiefen lassen.

3 Methodik.

Um mich so dem Thema Scham noch einmal vor diesem Hintergrund auf einem empirischen Wege anzunähern, schien mir an dieser Stelle eine qualitative Forschungsarbeit am sinnvollsten (vgl. diverse Artikel in Flick et al., 2017), da es von der Fragestellung her ja nicht um eine Überprüfung konkreter Hypothesen anhand quantitativer Parameter ging, sondern um ein vertieftes Explorieren und Verstehen. Es wäre dabei, meine ich, zweifelsohne ein sehr lohnendes Unterfangen, sich in einem qualitativen Forschungsdesign einmal mit der Perspektive von Patientinnen zu beschäftigen; aus Gründen der Praktikabilität habe ich mich aber entschlossen, eine qualitative Untersuchung mit Psychotherapeutinnen durchzuführen.

3.1 Methodische Überlegungen.

Konkret wurden insgesamt sechs Interviews mit drei Lehrtherapeutinnen und drei Lehrtherapeuten des Österreichischen Arbeitskreises für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG), Fachsektion Integrative Gestalttherapie, mittels offenen Fragen aus einem selbst erstellten Interviewleitfaden befragt. Der

Leitfaden wurde nicht strikt befolgt in dem Sinne, dass alle Fragen in genau jener Reihenfolge wie auf dem Fragebogen und in ebendieser Formulierung gestellt wurden, sondern stellte eben einen Leitfaden dar, um sicherzugehen, dass die dort aufgeführten Aspekte zur Sprache kommen; er findet sich im Anhang zu dieser Masterthese. Konkret ging es darum, von den Interviewpartnerinnen zu erfahren, in welchen therapeutischen Situationen es zu Schamerleben bei Patientinnen kam, welche Auslöser hinter diesem Geschehen vermutet wurden, wie die Scham erkannt bzw. ausgedrückt wurde, wie in dieser Situation therapeutisch darauf eingegangen wurde, und was wiederum die Reaktionen auf und die Folgen dieser Schamszene waren. Bei allen Fragen wurde dabei versucht, spezielles Augenmerk auf den Beziehungsaspekt dieser Sequenz zu legen.

Aus diesem grundsätzlichen Forschungsdesign ergaben sich natürlich unterschiedliche Ebene, die in den Interviews anklangen: zuerst wohl was die betroffenen Patientinnen in der jeweiligen Situation oder auch im Nachhinein selbst tatsächlich dazu äußerten, darüber hinaus aber auch stark, wie die interviewten Therapeutinnen selbst diese Situation erlebten. Insofern war auch vorprogrammiert, dass Gegenübertragungsaspekte mit in diese Arbeit einfließen würden (siehe dazu auch die entsprechende Fußnote in Abschnitt 2.7).

Dies verweist noch auf einen anderen methodologischen Punkt, der im Zuge der Arbeit deutlich wurde. Dem Anspruch nach ging es ja um eine phänomenologische Annäherung an die Schamsituation. Der Zugang erfolgte aber nur indirekt, indem Therapeutinnen von diesen berichteten, und es eigentlich diese Interviews waren, die dann zum Zwecke dieser Arbeit ausgewertet wurden. Insofern ließ sich der phänomenologische Anspruch hier auf zwei Ebenen verstehen bzw. einlösen: zum einen in Bezug auf das *Phänomen der Schamsituation*, welche Thema der Interviews und dieser Arbeit war, aber eben nur indirekt aus den Berichten der Therapeutinnen erschlossen werden konnte; zum anderen in Bezug auf das *Phänomen der Darstellung* oder

Verarbeitung dieser Schamsituation. Dies ist relevant in dem Sinne, dass gewisse Erscheinungen (d.h. in erster Linie Aussagen) aus den Interviews auf phänomenologische Weise aufgegriffen werden können, die aber in Bezug auf die zugrundeliegende Schamsituation über eine Phänomenologie im engen Sinne hinausgehen, insofern sie bereits kognitive Verarbeitungsschritte durch die Therapeutin hinter sich haben (z.B. Interpretationen). Da es sich ja um Expertinneninterviews handelte, habe ich mich für die Zwecke dieser Arbeit letztlich so entschieden, all jene Äußerungen in einem weiteren Sinne als „phänomenologische“ zu verstehen, welche die jeweilige Schamsituation zu beschreiben versuchten. Dem konnten durchaus schon Deutungsschritte durch die Therapeutin vorausgehen, etwa wenn das Verhalten der Patientin als Abwehr oder Widerstand beschrieben wurde, doch spiegelte dies auch etwas vom Erleben der Therapeutin wider und sollte daher Berücksichtigung finden. Ausgenommen waren somit andere Formen von Inhalten, die sich etwa auch die Entwicklung der spezifischen Pathologie oder Scham im Allgemeinen bezogen.

Die Auswahl der Interviewpartnerinnen (Merkens, 2017) wurde vorweg auf Lehrtherapeutinnen und Lehrtherapeuten der Fachsektion Integrative Gestalttherapie begrenzt. Einerseits um innerhalb der gestalttherapeutischen Disziplin zu bleiben, andererseits um so ein gewisses Maß an therapeutischer Erfahrung voraussetzen zu können. Darüber hinaus wurde bewusst versucht, das Verhältnis von Männern und Frauen ausgeglichen zu halten. Schließlich wurde auch der theoretische Hintergrund der ausgewählten Personen berücksichtigt, d.h. es wurden zum Teil gezielt solche ausgewählt, die eher einen tiefenpsychologischen, wie auch solche, die eher einen humanistischen Hintergrund hatten. Dabei hatte ich zu den drei interviewten Frauen bereits zuvor Kontakt im Rahmen der Ausbildung gehabt; in einem Fall im Rahmen von Gruppensupervision, bei den beiden anderen in ihrer Rolle als Vortragende bei Lehrveranstaltungen. Zu den drei Männern hatte sich davor noch kein persönlicher Bezug für mich ergeben, zumindest über beidseitiger Teilnahme an größeren Veranstaltungen (Tagungen) hinaus. Durch diese Auswahl sollte

einerseits gewährleistet bleiben, dass gestalttherapeutisches Theoriegut den Reflexionen als Grundlage dienen konnte, andererseits aber doch innerhalb dieses Paradigmas etwas Variation angenommen werden konnte.

3.2 Datenerhebung.

Die ersten vier Interviews fanden persönlich, in den Praxisräumlichkeiten der Interviewten statt, zwischen Juni und August 2019, dauerten zwischen je 37 und 40 Minuten und wurden mittels eines Aufnahmegeräts aufgezeichnet. Außer den Interviewten war niemand während dieser Interviews anwesend. Einleitend wurde den Interviewten kurz der Forschungszusammenhang dieser Arbeit, inklusive der Fragestellung, erklärt. Allfällige Fragen der Interviewpartnerinnen wurden besprochen, speziell auch hinsichtlich der Verwendung der Daten und der Anonymität in der Ergebnisdarstellung. Die Gespräche wurden dann mit der Bitte eingeleitet, sich ein oder zwei nicht zu weit zurückliegende Szene aus Therapiesitzungen in Erinnerung zu rufen, in denen es bei der Patientin zu Schamerleben gekommen war, um diese dann als Ankerbeispiele für den weiteren Verlauf des Interviews heranziehen zu können.

Die aufgezeichneten Gespräche wurden dann transkribiert (Kowal & O'Connell, 2017) und in einem ersten Durchgang qualitativ ausgewertet (s.u.). Der Interviewleitfaden wurde basierend auf dem vorläufigen Stand der Analyse leicht adaptiert, indem zusätzliche Details als Gesprächsanregungen hinzugefügt wurden, wobei die übergeordneten Leitthemen unverändert blieben. In einer zweiten Phase wurden dann noch die beiden Interviews mit zwei weiteren Lehrtherapeutinnen durchgeführt. Diese fanden im April 2020 und, wegen der zu dieser Zeit herrschenden Covid-19 bedingten Beschränkungen von persönlichem Kontakt, telefonisch statt. Diese beiden Gespräche dauerten 30 bzw. 37 Minuten und wurden, abgesehen vom telefonischen Format der Interviews, analog zu den vorangegangenen vier abgewickelt. Auch diese zwei Interviews wurden

transkribiert und weiterhin qualitativ analysiert (Froschauer & Lueger, 2003; Lamnek, 2005b; Mayring, 2010; Böhm, 2017; Mayring, 2017; Schmidt, 2017).

3.3 Auswertung.

Die Auswertung der Interviews folgte den Prinzipien der Grounded Theory (Glaser & Strauss, 2010). Die transkribierten Texte wurden sequentiell verarbeitet indem von den Aussagen der Gesprächspartnerin bzw. des Gesprächspartners eine relevante Sinneinheit nach der anderen herausgegriffen und thematischen Clustern zugeordnet wurde. Eine relevante Sinneinheit konnte dabei aus einem einzelnen Begriff bis hin zu einem Satzteil, etwa einem Gliedsatz, bestehen. Die Cluster wurden der Grounded Theory entsprechend in der fortwährenden Auseinandersetzung mit dem Material entwickelt und verändert. Zunächst orientierten sich die Cluster mehr an der therapeutischen Situation (also ob sie sich eher auf die Therapeutin, die Patientin, die Beziehung, die außertherapeutische Situation etc. bezogen); parallel dazu entstand aber auch ein eher an thematischen Inhalten, ein eher phänomenologisch orientierter Strukturrahmen, welcher sich letztlich m.E. als fruchtbarer erwies und die Grundlage für die noch folgende Darstellung bildete.

Parallel zu diesem Ordnungsprozess wurden die Sinneinheiten auch einer extensiven Interpretation unterzogen, um über das Gesagte hinaus auch Schlüsse auf potentiell intendierte bzw. implizierte Sinnstrukturen zu schließen – wobei auch diese Schlüsse den sich entwickelnden Clustern zugeordnet wurden, doch getrennt von den eigentlichen Inhalten. In einem weiteren Schritt wurden dann die den Clustern zugeordneten Aussagen und Deutungen durchgearbeitet um wiederum untergeordnete Subkategorien zu bilden. Schließlich wurde dann mit diesem Kategoriennetzwerk dahingehend gearbeitet, dass die Beziehungen zwischen den Kategorien auf einer inhaltlich-logischen Ebene ausgelotet und exploriert wurden, also wie weit sich etwa entgegengesetzte Polaritäten oder

Tendenzen, Überlappungen, Wechselwirkungen, Komplementaritäten usw. feststellen ließen.

Auch wenn dies den Anschein eines sehr sequentiellen Verfahrens erwecken mag, trifft dies nur idealiter zu. Tatsächlich, und einem qualitativen Forschungsdesign wohl entsprechend, wurde immer wieder zwischen diesen unterschiedlichen Analyseschritten hin und her gewechselt. So konnte sich beispielsweise aus der Arbeit an den Beziehungen der verschiedenen Kategorien zueinander durchaus noch ergeben, dass gewisse verbindende Elemente zwischen den Kategorien noch nicht berücksichtigt waren, woraus sich wiederum Ideen für neue Kategorien oder zumindest Modifikationen derselben ergeben konnten. Vereinfacht lässt sich die Arbeit aber schwerpunktmäßig so chronologisch vorstellen, insofern zu früheren Stadien ganz klar die Herausbildung von übergeordneten Clustern und die Zuordnung von Textbausteinen zu denselben im Vordergrund stand, während es gegen Ende hin überwiegend um die Arbeit an den Beziehungen zwischen den Kategorien ging und nur noch gelegentlich Feinschliffe und Nuancierungen an diesen vorgenommen wurden.

Alle Arbeitsschritte (d.h. Erstellung des Interviewleitfadens, Durchführung der Interviews, Transkription, Auswertung, Verschriftlichung der Ergebnisse in dieser Masterthese) wurden dabei persönlich von meiner Person durchgeführt; die einzigen anderen Personen die formal, jenseits persönlichen und privaten Austausches, an dieser Arbeit beteiligt waren, sind die Interviewpartnerinnen sowie die Masterthesenbetreuerin dieser Arbeit. Elektronische Unterstützung wurde dabei einerseits durch ein digitales Aufnahmegerät herangezogen, andererseits wurde mit *Microsoft Word* und *Excel* gearbeitet, um die Kategorien schriftlich festzuhalten und zu modifizieren, sowie die zugeordneten Textelemente flexibel zuordnen und verschieben zu können. Darüber hinaus wurden keine Datenverarbeitungsprogramme eingesetzt, also keine Software zur automatisierten Transkription oder Analyse der Interviews.

4 Ergebnisse.

Im ersten Schritt dieser Darstellung möchte ich nun die großen Cluster, im weiteren Verlauf auch als Kategorien oder Dimensionen bezeichnet, vorstellen und ein wenig erläutern. Hier geht es also um jene Phänomene und Gedanken, die von den Interviewten im Zusammenhang mit Scham in der therapeutischen Situation geschildert wurden. Kurz gefasst wurden im Zuge dieser Arbeit die folgenden Phänomene herausgearbeitet:

- Hemmung und Blockierung
- Fehler und Bewertung
- Mangel an Sicherheit und Vertrauen
- Fehlende Zuversicht
- Verzerrte Wahrnehmung
- Orientierungslosigkeit und Verwirrung
- Anstrengung
- Rückzug, Verschlossenheit, Verstecken
- Abwehr, Grenzziehung, Widerstand
- Ohnmacht und Dekompensation
- Aggression
- Paradoxien und Ambivalenzen

Sie stellen somit die vorgeschlagenen übergeordneten Dimensionen dar, über die ich hier versuchen will, die Schamsituation und das Schamerleben der beteiligten Personen phänomenologisch näher zu fassen. In der detaillierteren Vorstellung der einzelnen Kategorien soll zunächst die jeweilige Kategorie einer Explikation unterzogen werden. Hier geht es also zuerst einmal um die Ausführung der Phänomenologie der entsprechenden Kategorie. Ein wesentlicher Teil davon sind m.E. die verwendeten Begrifflichkeiten und insbesondere die sprachlichen Bilder, die in ihrer Bildhaftigkeit ja versuchen, das

subjektive Erleben in Form von Metaphern und Analogien auszudrücken. Relevant sind diese Metaphern in meinen Augen auch deshalb, weil sie gerade in der Gestalttherapie Ansatzpunkte anbieten, mit kreativen Techniken (z.B. einer Zeichnung, einer Identifikationsarbeit) dem Phänomen nachzugehen, ihm Ausdruck zu verleihen und daran zu arbeiten. Diese Kategorien dürfen dabei nicht als völlig trennscharf verstanden werden, sondern im Gegenteil mit Überschneidungen. Ich denke, dass diese Überschneidungen Gewichtungen und Nuancierungen des übergeordneten Schamphänomens widerspiegeln, seine phänomenologische Bandbreite ausloten, sowie auf die Beziehungen und Wechselwirkungen der Kategorien verweisen.

Ein zweiter wesentlicher Teil soll aber auch die Reflexion dessen sein, wie denn die Therapeutinnen die jeweiligen Situationen erlebt haben. Hier geht es also darum, ob sich die verschiedenen Dimensionen auch im Gegenübertragungserleben der Therapeutinnen finden ließen. Und schließlich wurden in den Interviews auch unterschiedliche therapeutische Strategien und Interventionen angesprochen; da diese m.E. an unterschiedlichen Aspekten der Scham ansetzen, sollen diese ebenfalls den Kategorien zugeordnet werden.

In der abschließenden Conclusio soll dann ein weiterer Abstraktionsschritt erfolgen und gewisse Beobachtungen und Interpretationen auf einer übergeordneten Ebene dargelegt sowie auf den theoretischen Bezugsrahmen rückgeführt werden.

Noch ein Wort zur Darstellung: Aussagen der Interviewpartnerinnen sind entweder unter Verwendung von Anführungszeichen („ “) oder in indirekter Rede wiedergegeben. Zur Besserung Zuordnung zu einzelnen Interviews bzw. Fallvignetten wird zudem am Ende der Aussage mittels eines nummerierten T in Klammern darauf hingewiesen, aus welchem Therapeutinneninterview die jeweilige Ausführung stammt (also z.B. „T1“ für das chronologisch erste Therapeutinneninterview, „T2“ für das zweite usw.). Dabei möchte ich betonen,

dass es keine Gewichtung eines bestimmten Aspektes darstellt, wenn beispielsweise bei einer bestimmten Aussage mehr T zugeordnet wurden als bei einer anderen. Zum einen spiegelt dies überhaupt nicht die Gewichtung dieses Aspektes innerhalb eines Interviews wider; zum anderen werden bei diesen Verweisen bewusst nur dahingehend explizite Aussagen berücksichtigt, nicht aber solche, bei denen man mittels interpretativen Schließens aus dem Gesamtzusammenhang durchaus zu ähnlichen Positionen gelangen könnte; und schließlich ist diese Arbeit eben eine bewusst qualitative, womit jegliche Aussagen über eine quantitative Gewichtung der Grundlage entbehren.

Von mir eingebrachte Begriffe und Ausdrücke, die aus stilistischen Gründen ebenfalls unter Anführungszeichen zu stellen sind, wurden zur besseren Unterscheidung mit Guillemets (« ») markiert. Eigene Gedanken und Ausführungen, welche über eine Paraphrase der Interviews hinausgehen und diesen eigene Überlegungen und Interpretationen hinzufügen sollen, sind grammatikalisch im Indikativ gehalten und werden mit einem A in Klammern ausgewiesen („A“ für den „Autor“).

4.1 Hemmung und Blockierung.

Die erste Kategorie möchte ich hier unter der Überschrift Hemmung und Blockierung vorstellen. Hier sammle ich Phänomene zusammen, die in den Interviews begrifflich als „Hemmung“, „Blockierung“, „Betäubung“, „Lähmung“, „Vorsicht“, „Kontrolle“ gefasst, oder negativ formuliert als Verlust von Lebendigkeit, Kreativität oder Emotionalität beschrieben wurden.

4.1.1 Phänomene und Metaphern

Phänomene dieser Kategorie konnten auf recht unterschiedliche Weise ausgedrückt bzw. erlebt werden, sowohl intrapsychisch wie auch interpersonell. Aus den in den Interviews herangezogenen Beispielen ergaben sich etwa Beschreibungen, dass den betroffenen Patientinnen „Dinge gar nicht so

einfallen“ (T1), dass sie lange bräuchten um etwas zu sagen, dass sie im Kopf sehr aussortierten, was in weiterer Folge von den Interviewten als vorsichtig, gebremst, wenig spontan erlebt worden sei (T1, T3). Innerhalb dieser Kategorie geht es also nicht allein um eine Hemmung nach außen, im Ausdruck, sondern dass bereits das eigene Innenleben bzw. die Wahrnehmung desselben eine Blockierung erfahren kann (A). Vorstellungen, Ideen, Emotionalität seien eingeschränkt (T1). Dies wurde in weiterer Folge auch als Mangel an Lebendigkeit beschrieben, von innen her überwiege das Verspüren von Leere (T1).

Dies wurde in den Interviews kontrastiert mit schamfreien Momenten, in denen als Gegenpole Leichtigkeit und Lebendigkeit hervortraten, konkret wenn die Interaktion als „flüssiger“, „leichter“, „spontaner“, „assoziativer“, „spannend“, die Patientin als „interessiert“, „neugierig“, „lustvoll“ wahrgenommen worden sei (T1, T3).

Wie sich aus den diesen Ausführungen bereits ergibt, ist eine der zentralen Metaphern, welche eingesetzt wurde, um das der hier beschriebenen Kategorie zugrundeliegende subjektive Erleben auszudrücken, jene von Schwere bzw. auf der anderen Seite eben Leichtigkeit (A). Um an dieser Stelle die Metaphern etwas zu verbinden, entsteht für mich das Bild einer Schwere, welche Beweglichkeit einschränkt, auf diese Weise verlangsamt und blockiert (A). Ziel sei es folglich, das auferlegte „Gewicht“ „abzulegen“, sich gar davon „befreien“ zu können (T5). Dabei werde dieses Gewicht auch sehr deutlich in Form von „Druck“ gespürt (T5), welcher das Subjekt im Extremfall zu „er-drücken“ drohe (T2). Als weiterer Aspekt klingt in diesem Bild auch an, dass es eine „Last“ (T2) ist, die dem Subjekt hier von außen auferlegt wurde und in seiner Freiheit beschränkt, es daran hindert, ganz Herr seiner selbst zu sein (A). Dies legt natürlich die Frage nahe, was denn dieser Druck sei – an dieser Stelle möchte ich hierzu auf die anderen, noch folgenden Kategorien verweisen.

Eine andere wiederholt auftretende Metapher bezieht sich nicht auf das Ablegen eines Gewichtes, sondern auf ein Feststecken (T1, T2). In dieser Darstellungsweise „steckt man wo drinnen“ (T1), was sich implizit womöglich auf die Scham oder die Selbstabwertung bezieht (A), und „kommt nicht raus“ (T1). Hier drängt sich mir das Panorama eines Sumpfes auf, welcher ebenfalls die Beweglichkeit einschränkt, die Patientin am Fortkommen hindert (A).

Schließlich findet sich auch noch eine dritte mehrmals angeführte bildliche Beschreibung, nämlich bezüglich des Nachlassens von Scham, was als eine „Lösung“ oder „Auflösung“ dargestellt wurde (T2, T3). Hier wird m.E. eher das Bild eines Subjekts gezeichnet, welches weniger durch eine Last oder einen Sumpf in seiner Beweglichkeit gehindert wird, sondern sich vielmehr als ein Gebundenes, Gefesselt zeigt (A). In diesem Bild scheint mir die Vorstellung einer Freiheitseinschränkung sehr deutlich zu werden (A).

4.1.2 Gegenübertragung

Auch als Gegenübertragungsphänomen wurde dieser Aspekt der Scham in ein paar Interviews vorgebracht, in erster Linie in der Form, dass die Therapeutin sich „vorsichtig“, „zurückhaltend“ im Umgang mit der Patientin fühle (T1, T2, T3, T6), was sich meinem Verständnis nach insbesondere auf den Einsatz mit therapeutischen Interventionen bezog (A). Etwas weiter ging hier noch die Beschreibung einer Therapeutin, die sich durch die Patientin gar kontrolliert oder manipuliert gefühlt habe (T6). Hier erlebt also auch die Therapeutin Hemmung und einen eingeschränkten Spielraum (A).

4.1.3 Therapeutische Interventionen

Die therapeutischen Strategien, welche als Antwort auf diesen Aspekt in den Interviews vorgeschlagen bzw. berichtet wurden, gehen zunächst in die Richtung, Sicherheit für die Patientin aufzubauen und auf Basis dieser dann Kreativität und Ausdruck zu fördern. So sei etwa versucht worden, Druck zu nehmen, indem ganz gezielt der „Scheinwerfer“ etwas von der Patientin oder

dem Phänomen weggenommen worden sei (T1). Auch von Selbstoffenbarung der Therapeutin wurde zu diesem Zweck berichtet (T1). Zur Förderung von Kreativität und Ausdruck wurden etwa Experimente, Rollenspiele und Arbeit mit kreativen Medien zunächst als schwierig und heraus-, wenn nicht überfordernd beschrieben (T1, T2); so sie zu einem späteren Zeitpunkt aber möglich geworden seien, auch als sehr hilfreich (T3). Körperarbeiten, zumindest, wenn sie stützend angelegt seien, wurden hingegen für die angeführten Beispiele durchaus schon zu früheren Zeitpunkten als leichter möglich geschildert (T2). Bezüglich Rollenspielen wurde in einem Interview angemerkt, dass ein Positionswechsel durch aktuell empfundene Schamgefühle erschwert werde (T3). Auch Humor und Ironie wurden als nützliche Werkzeuge eingebracht, die jedoch ebenfalls zu frühen Zeitpunkten im Therapieprozess häufig noch schwierig seien und erst das nötige Vertrauensverhältnis voraussetzen (T2, T3, T5).

4.2 Fehler und Bewertung.

4.2.1 Phänomene und Metaphern

Diese Kategorie ist wohl jene, welche im alltäglichen Verständnis vielleicht am engsten mit Scham verknüpft ist (A). In den Interviews wurde dahingehend zum einen die antizipierende Angst davor erwähnt, Fehler zu machen (T1), zum anderen auch die retrospektive Bewertung von Handlungen als Fehler (T1, T2). In Verbindung mit solcher Beurteilung des eigenen Tuns als fehlerhaft wurde auch von dem Gefühl berichtet, von anderen negativ bewertet zu werden (T3, T4, T5, T6) bzw. sich in letzter Konsequenz auch selbst, die gesamte eigene Persönlichkeit, nachteilig zu beurteilen (T1, T2). Affektiv wurde in den Interviews hier die Angst dahinter vermutet, nicht gemocht oder geliebt, gar abgelehnt zu werden (T1, T2, T3, T4, T5).

In meinen Augen besteht hier die Gefahr eines gefährlichen Zirkels, wenn solche Angst vor Fehlern dann in einer der zuvor ausgeführten Hemmungen resultiert

(Abschnitt 4.1), das sich ergebende blockierte Handeln, Denken, Fühlen dabei aber seinerseits erst recht wiederum als Fehler oder Mangel erlebt wird (A). Dies verweist dann auf die im Theorieteil bereits beschriebenen Scham über die Scham (Abschnitt 2.1).

Diese Angst vor Fehlerhaftigkeit wurde in manchen Interviews nur in Bezug auf einzelne Teilbereiche der Persönlichkeit bzw. der Lebenswelt der jeweiligen Klientin beschrieben, doch wurde auch klar betont, dass sich solche Ablehnung im zugespitzten Falle auch auf die gesamte Person, das ganze Sein der Patientin erstrecken könne (T1, T2). Hier nimmt die negative Selbstbewertung m.E. den Rang eines generellen Erklärungsmusters ein, eines Modells vom Ich und der Welt (A). In solchem Falle könne die Scham eine geradezu „existentielle“ Gestalt annehmen, sich in einer „vernichtenden Wertlosigkeit“ ausdrücken, sodass man sich am liebsten „ganz aus der Welt“ nähme (T2). Paraphrasiert könnte man hier auch sagen, lieber gar nicht zu sein, als schlecht oder wertlos – oder auch nur so gesehen zu werden, sofern diese Unterscheidung überhaupt noch zutrifft (A).

Neben dem unmittelbaren Ausdruck einer solchen negativen Bewertung wurden in den Interviews auch andere Interaktionsstile beschrieben, welche vor diesem Hintergrund zur Entfaltung kommen können. Hierzu zähle ich einerseits die Kehrseite dieses Phänomens, nämlich die innige Sehnsucht, von der Therapeutin gemocht und anerkannt zu werden (T1, T4), sowie dass die Therapeutin an die Patientin „glaube“ (T1); andererseits aber auch, dass die Patientin ihre vorwurfsvolle Grundhaltung nicht nur gegen die eigene Person richte, sondern auch gegen andere, inklusive der Therapeutin (T2, T6). Dieser letzte Punkt verdient allerdings etwas vertiefter Ausführung, weshalb ich ihn weiter unten noch einmal aufgreifen möchte (siehe Abschnitt 4.11).

Ein paar weitere Aspekte fielen in der Auswertung der Interviews auf: etwa dass, zumindest in den abstrahierenden Übersicht über die Interviews, der vermutete kognitive Hintergrund dieses Denkens sehr von apodiktischen und universell

verstandenen Dichotomien geprägt war, manifest etwa in den Gegensatzpaaren richtig/falsch, gut/schlecht, wertvoll/wertlos, interessant/uninteressant, normal/abnormal (A). Diese Schemata wirken auf mich dabei in mehrerer Hinsicht vereinfacht: zum einen indem sie offenbar schlicht als Polaritäten ohne Zwischenbereich konzipiert waren, also dichotom-kategorial statt dimensional, zum anderen indem sie scheinbar sehr global, in überproportional vielen Lebensbereichen angewandt wurden, mitunter auch solchen, wo eine sinnhafte Anwendung durchaus hinterfragt werden könnte (A). In den Interviews schienen sie als eine grundlegende Perspektive der Patientinnen, durch welche das Selbst und die Welt ständig betrachtet wurden (A).

Die in den Interviews geschilderten Situationen können auch dahingehend interpretiert werden, dass diese Angst vor Fehlern bzw. diese große Bedeutung der Bewertung des eigenen Tuns und Seins auch zu einer gesteigerten Aufmerksamkeit und Sensibilität der Patientin für entsprechende Indikatoren führen kann, einerseits bezüglich ihres eigenen Tuns und Seins, andererseits für die Reaktionen anderer (A). In dieser starken Aufmerksamkeit auf die Bewertung anderer, verbunden mit der relativen Hilflosigkeit, sich gegen eine negative Bewertung von außen, und sei es nur eine vermutete, zu wehren, schwingt wiederum m.E. auch eine gewisse Abhängigkeit von anderen mit (A).

Schließlich wurde in einem Interview deutlich gemacht, dass bei einem solchen Gefühl von Minderwertigkeit auch die Thematik von Hierarchie und Autorität von Relevanz sei (T6). Bildlich wurde dies etwa in Formulierungen ausgedrückt, sich „herab-lassend“ behandelt oder „unter-legen“ zu fühlen (T6). Wie in diesem Interview deutlich wurde, ist dies wohl auch gerade für die psychotherapeutische Situation von Bedeutung, insofern auch hier die beiden Interaktionspartner eben gerade nicht durchgängig gleich sind, sondern in mancher Hinsicht durchaus ein Kompetenz- oder Autoritätsgefälle erlebt wird (A). Auch dies mag dazu beigetragen haben, dass von einer berichteten Patientin immer wieder Versuche unternommen worden seien, dieses ungleiche Verhältnis zu negieren und

stattdessen die Situation in eine gleichwertigere umzudeuten (im konkreten Falle als kumpelhaft, kollegial...) (T6). Die Weigerung der Therapeutin, diese Differenz so auszulöschen und ein anderes, gleichrangiges Verhältnis zu etablieren, sei wiederum mit heftigen Affekten der Patientin beantwortet worden (T6). Auch in einem weiteren Interview wurde als zentrales Symptom der Scham die Angst vor Autoritäten oder dem Fremden generell beschrieben (T5). Ein möglicher weiterer Interpretationsschritt meiner Seite führt dahin, dass Scham in diesen Fällen auch mit Gefühlen von Ausgeliefertsein oder Allein(gelassen)-Sein einhergeht (A). Dies mag vielleicht ein Teil sein, weshalb von einer Therapeutin gerade auch Gruppentherapie als sehr lohnendes Arbeiten mit dem Schamthema empfohlen wurde, da diese beiden Aspekte in der Arbeit mit der Gruppe wohl elementar gegeben sind (T5). Auch metaphorisch wurde dies in den Interviews widergespiegelt, wenn auch in Bezug auf das Einzelsetting, wenn von der Suche „nach einem gemeinsamen Boden“ oder dem Sitzen „im selben Boot“ die Rede war (T5).

4.2.2 Gegenübertragung

Auf der anderen Seite der Dyade beschrieben auch die Interviewten selbst, dass sie im Laufe der Therapie mit den herangezogenen Patientinnen u.U. das Gefühl erlebten, nicht gut genug mit der jeweiligen Patientin zu arbeiten, ihr nicht das zu bieten (oder gar bieten zu können), was diese bräuchte, etwas falsch zu machen, zu scheitern (T1, T2, T4). Als weiterer Aspekt kam hier auch noch das potentielle Schuldgefühl hinzu, einen »Fehler« gemacht zu haben und zu weit, nämlich über eine Grenze der Patientin gegangen zu sein (T3) – eine Vorstellung, auf die noch einzugehen ist (siehe Abschnitt 4.9).

4.2.3 Therapeutische Interventionen

Auf der Handlungsebene wurde in den Gesprächen zunächst nahegelegt, der Patientin positive Verstärkung anzubieten, um dieses negative oder unsichere Selbstbild zu stärken und zu sichern. Doch wurde auch darauf hingewiesen, dass

es manchen dieser Patientinnen schon schwer bis unmöglich falle, solche Verstärkungen anzunehmen (T1, T2).

Als Anmerkung sei hier angefügt, dass sich vielleicht neben dem Leidensdruck auch gerade darin Pathologie offenbare, nämlich wenn solche Abwehr von positiver Rückmeldung bis zur Realitätsverleugnung gesteigert und selbst angemessene Bestätigung geleugnet werden muss (A). Darüber hinaus weist in meinen Augen solche Abwehr darauf hin, dass es gegenwärtig nicht notwendigerweise oder ausschließlich das Umfeld ist, welche diese negativen Zuschreibungen tätigt und das Problem so aufrecht erhält, sondern dass dies zumindest aktuell auch oder gar überwiegend aus der Patientin selbst heraus erfolgt (A). Es mögen entsprechende Interaktionserfahrungen in der Biographie der Patientin durchaus zur Entstehung dieses Phänomens beigetragen haben, die nun in verinnerlichter Form fortwirken, doch hier entfernen wir uns von der Phänomenologie und den aktuellen Beziehungen, wie sie auch Gegenstand der Interviews waren, und gelangen zu Fragen der Genese (A). In gewisser Weise spiegelt sich diese Überlegung womöglich noch in der grammatikalisch reflexiven Verbform des Schämens, dem „*ich* schäme *mich*“ (A).

Dazu passt auch die Empfehlung aus einem Interview, als Therapeutin der Patientin die positive Bewertung und damit die Stabilisierung und Wertschätzung des eigenen Selbst nicht völlig abzunehmen; es helfe der Patientin nicht, ihr negatives oder unsicheres Selbstbild nur von außen gestützt zu bekommen, sondern Ziel müsse sein, dass die Patientin dies aus sich heraus könne (T1).

Mit dem gerade angeführten Zugang einhergehend kann auch auf die Basis der Beurteilungen eingegangen werden. Implizit steckt in den negativen Selbstbewertungen ja auch ein sehr starkes normatives Bild, wie es (d.h.: ich) denn sein sollte (A). Auch dies kann therapeutisch aufgenommen, untersucht und hinterfragt werden, wie etwa eine Therapeutin schilderte, ob denn die von der Patientin abgelehnten Selbstanteile gar wirklich so fürchterlich und

inakzeptabel gewesen seien (T4). Dabei wird natürlich auch die Frage aufgeworfen, wie denn dieses normative Bild genau aussehe und woher es denn komme (A). Hier wurde etwa in einem Interview auf das „Herausfallen aus dem gesellschaftlichen Rahmen“ verwiesen (T4), also dass es hier um (projizierte?) gesellschaftliche Erwartungen gehe (A), um das, was Froschauer und Lueger (2003) als „Normalitätsfolien“ bezeichnen (S. 87).

4.3 Mangel an Sicherheit und Vertrauen.

Eng mit dem bisher Gesagten zusammen hängt eine weitere Kategorie, die aber meines Erachtens eine gesonderte Ausführung verdient. Hinter den zuvor beschriebenen Phänomenen kann nämlich einerseits stehen, dass der eigene Wert als schlecht, negativ beurteilt wird, andererseits aber ebenso dass eine substantielle Unsicherheit in Bezug auf diesen vorherrscht. Hier geht es also nicht so sehr um eine *negative* Bewertung des Selbst, zumindest keine durchgängige, sondern dass diese Bewertung eben sehr *unsicher* ist, schwankt, und sich daher mitunter sehr an Signalen aus der Außenwelt orientiert (A). Hier stoßen wir auf einen weitere Dimension, die sich aber nicht allein auf die Bewertung des Selbst bezieht sondern ein generelles Phänomen in sich darstellt und in nahezu allen Interviews sehr betont wurde: einen Mangel an Sicherheit und Vertrauen. Auf der Seite des subjektiven Erlebens würde ich unter dieser Ebene insbesondere Schilderungen von Unsicherheit, Zweifel, Skepsis, Angst subsumieren.

4.3.1 Phänomene und Metaphern

Eine solche Unsicherheit drückt sich einerseits in der Beziehung nach Innen, zum eigenen Selbst aus (A). Hier „stellt sich die Klientin selbst in Frage“, es mangelt ihr am Gefühl innerer Sicherheit und dem Vertrauen zu sich selbst, sie hat „keinen Boden mehr unter den Füßen“, „sich selbst nicht zur Verfügung“ (T1). Dazu passt wohl auch der Wunsch einer Patientin, wie er in einem Interview

zitiert wurde, nach einem „guten, sicheren, einfachen, heilen Ort“ (T2). Ein Teil, wenn auch ein wesentlicher, scheint mir dabei der zuvor vorgeschlagene unsichere Selbstwert (eben in Abgrenzung von einem niedrigen oder negativen) zu sein (A). Eine solche spezifische Unsicherheit spiegelt sich demzufolge darin wider, dass die in den Interviews geschilderten Patientinnen ihren Wert vor allem unter Bezugnahme auf äußere Wertmaßstäbe sichern wollten, die also für andere gut »sichtbar« waren und damit zumindest einen Anschein von Objektivität, wenn nicht gar Messbarkeit und Vergleichbarkeit hatten (A). Dazu zählten etwa erfolgreich und leistungsstark zu sein, es „zu etwas bringen“ und dergleichen mehr (T1, T5). Auch „intelligent sein“ (T1) fügt sich bis zu einem gewissen Grad hier gut ein.

Auf der anderen Seite aber findet sich diese Unsicherheit natürlich auch in der Beziehung zur Außenwelt, zum Gegenüber. Wie eine Therapeutin fein beschrieb, sei dies auch in etablierten Beziehungen der Patientin immer wieder zum Vorschein gekommen, wenn nämlich etwas Neues in die Beziehung eingebracht worden sei, von dem noch nicht klar gewesen sei, wie es auf die Beziehung wirken würde (T4). Insofern seien dies Momente, wie weiter beschrieben wurde, in welchen das Vertrauen in die Beziehung infrage gestanden bzw. gestellt worden sei (T4). Aus diesem Blickwinkel erscheint die weitere Schlussfolgerung eines anderen Interviews nachvollziehbar, dass dieser Aspekt besonders in frischen, noch wenig erprobten Beziehungen häufiger anzutreffen sei, aber durchaus auch bereits bei gut etablierten noch eintrete (T5). Dieser Logik folgend schlug eine Interviewpartnerin auch vor, solches Schamerleben in der therapeutischen Situation auch als Indikator für den aktuellen Stand in der Beziehung zu verstehen, also wo die Patientin „in der Beziehung gerade steht“ (T5).

Zu einer solchen Unsicherheit passend werden die Patientinnen in solchen Zusammenhängen als vorsichtig geschildert, was wiederum auch auf den Begriff der Hemmung verweist (siehe Abschnitt 4.1). Hier liegt natürlich eine große

Chance in der Natur der Psychotherapie, denn da es sich hier um eine ebensolche interpersonelle Situation handelt, bietet Psychotherapie die Gelegenheit, hier Vertrauen zu einem Gegenüber aufzubauen und zu erproben (A). Es ist wohl unter anderem auch auf dieser Dimension, dass die Therapie ihre vielzitierte Funktion des »Proberaum« einnehmen kann, in expliziter wie auch impliziter Form (A). Gerade weil in der therapeutischen Situation der Rahmen ein anderer, und im Idealfall gesicherter ist, und somit das Risiko für die Patientin geringer, können Patientinnen hier Rollen und Inszenierungen entwerfen, ausprobieren, adaptieren – und ggf. auch wieder verwerfen (A).

4.3.2 Gegenübertragung

Auch in der therapeutischen Gegenübertragung ließen sich in den Interviews analoge Gegenübertragungsreaktionen finden. Die Gesprächspartnerinnen berichteten von Sorge, Zweifel und Unsicherheit auch bei sich selbst, beispielweise zwei Therapeutinnen, die sich fragten, ob sie vielleicht etwas übersehen hätten oder anders tun hätten können (T1, T2); eine andere, die bemerkte, wie sie immer vorsichtiger im Umgang mit der Patientin geworden sei (T4). Hier wurde auch explizit angebracht, dass auch die Therapeutin selbst Schutz, nämlich Schutz vor solchen Zweifeln, benötige, wie er etwa durch Wissen und Erfahrung geboten werde (T2).

In die Nähe solcher Zweifel kommen auch ambivalente Impulse, zwischen deren Polen oszilliert wird (A). So wurden sie etwa von einer Gesprächspartnerin berichtet, und zwar einerseits dahin, vorsichtig zu sein und die Patientin nicht zu überfordern oder gar zu verletzen, andererseits sich aber sehr wohl provokant einzubringen (T3). Als ein weiterer Gegenpol zu solcher Vorsicht wurde in den Interviews auch verstärkte Neugier angemerkt (T4).

4.3.3 Therapeutische Interventionen

Zu den in den Interviews erwähnten therapeutischen Zielen, welche ich auf dieser Dimension ansiedeln würde, zähle ich den Aufbau von Vertrauen bei der

Patientin, nämlich zur Therapeutin, zur Beziehung mit der Therapeutin, und natürlich zu sich selbst. Auch dieser Aspekt wird über Herangehensweisen adressiert, die sich zum Teil mit den vorangegangenen decken und auf Unterstützung und Sicherheit abzielen. Konkret sei damit etwa gemeint, dass ressourcenorientiert gearbeitet wird, positive Aspekte des Lebens hervorgehoben werden, die Therapeutin der Patientin Zuversicht zu vermitteln sucht, stützende Körperarbeiten, oder auch teilweise Selbstoffenbarung der Therapeutin (T1, T2, T3, T4). Solche Selbstoffenbarung kann, neben anderen Aspekten, in einem wechselseitigen Beziehungsverständnis ja auch als ein „Anvertrauen“ der Therapeutin gesehen werden, als ein Zeichen von Vertrauen der Therapeutin an bzw. in die Patientin (A). Auch wurde, wie in Abschnitt 4.1 erwähnt, als hilfreich beschrieben, den „Scheinwerfer“ von der Patientin zu nehmen (T1). Metaphorisch spiegelt sich dieser Zugang etwa in der „Suche nach dem gemeinsamen Boden“, im „Halten“ der Patientin, oder im Vermitteln, dass man „im selben Boot“ sitze (T5).

Zugleich wurde vermerkt, wie bereits in Abschnitt 4.2 ausgeführt, dass es nur Ziel sein könne, dass die Patientin dieses Vertrauen und diese Sicherheit zumindest in einem gewissen Ausmaß selbst erzeugen bzw. in sich tragen kann (T1) – „sie kann es glauben“, wie eine Therapeutin formulierte (T2). Und dafür, wurde eingebracht, bedürfe es umgekehrt dann auch der Herausforderung und der Überwindung, um so die Erfahrung zu machen, Risiken und Belastungen aushalten und auch bewältigen zu können – sich selbst auszuprobieren (T1, T3). In diesem Sinne erwähnten die Interviewten auch Interventionen wie etwa Konfrontation oder Provokation, wobei betont wurde, dass solche Herausforderungen eben nicht überfordernd und überwältigend werden dürften, denn um diese Sicherheit zu spüren und festigen zu können, sei gerade eine Destabilisierung zu vermeiden (T1). Der Spagat zwischen diesen beiden Anforderungen wurde in einem Interview als „Gratwanderung“ und „Balanceakt“ beschrieben (T2) – worin sich wohl erneut wiederum sehr schön die Frage von Sicherheit und Vertrauen bildlich manifestiert.

In einem Interview wurde auch hervorgehoben, dass es für eine Patientin sehr hilfreich gewesen sei, Objekte aus dem persönlichen Leben mit in die Therapie zu bringen (T1). Ich beziehe das hier bei der Erörterung von Sicherheit und Vertrauen mit ein, insofern ich hier interpretiere, dass das Objekt hier m.E. die Möglichkeit bietet, einerseits über das Objekt sehr indirekt und somit niederschwellig und leichter annehmbar für die Patientin an bestimmten Lebensthemen zu arbeiten; darüber hinaus aber erlaubt der Gegenstand auch eine andere Form von Konkretheit, und kann auch, wie ein stummer Zeuge, als »Beweis« oder Manifestation für etwas Erlebtes stehen, sowohl für eine bestimmte Erfahrung außerhalb der Therapie, wie auch dafür, was dann in diesem Zusammenhang in der Therapie erlebt wird – in einer gewissen Weise ein »Souvenir« (A). Dieser über das Objekt vermittelte, indirekte Bezug erstreckt sich wiederum auf mehrere Ebenen, so etwa auf das persönliche Einbringen der Patientin mit ihren Erfahrungen und ihren Gedanken und Gefühlen zu diesen, damit einhergehend auch auf die Beziehungsaufnahme mit der Therapeutin, und auch auf die Reaktionen der Therapeutin, wenn diese etwa im obigen Sinne beispielsweise über die Wertschätzung des Gegenstands auch das schätzt, wofür dieser auf einer symbolischen Ebene steht (A). In diesem Sinne vermag solches „An-vertrauen“ eines wesentlichen Objekts und einer entsprechenden Antwort der Therapeutin ja auch den zuvor erwähnten Vertrauensaufbau ermöglichen und verstärken (A).

In einem ähnlichen Sinne lese ich auch den Vorschlag, mit Metaphern und Geschichten, z.B. Märchen, zu arbeiten (T1). In diesem Fall übernehmen eben diese Metaphern und Geschichten die symbolische Rolle des Gegenstands und ermöglichen so, auf etwas indirektere Weise Themen auszudrücken, Beziehungsgeschehen zu entfalten, und Rückmeldungen anzunehmen (A).

4.4 Fehlende Zuversicht.

Eine zusätzliche Qualität des soeben ausgeführten Mangels an Sicherheit und Vertrauen (Abschnitt 4.3) möchte ich hier noch kurz gesondert herausgreifen. Hier geht es um die zeitliche Perspektive, also was ein solcher Mangel an Sicherheit und Vertrauen für den ganz persönlichen Ausblick in die Zukunft bedeuten.

4.4.1 Phänomene und Metaphern

Sofern solche Zukunftserwartungen in den Interviews angesprochen worden sind, dominierten in den Darstellungen bezüglich der Patientinnen eher Ängste und Befürchtungen. Wie eine Therapeutin beschrieb, fehlte ihrer Patientin eine grundlegende Zuversicht, die Erwartung, vielleicht sogar die Hoffnung „dass da schon was Positives kommen wird“ (T1). Das wiederum führe dazu, dass die Patientinnen sich etwas nicht „trauen“ würden (T5) – was wiederum natürlich auch auf die bereits beschriebenen Hemmungen verweist (Abschnitt 4.1). Dies impliziert in weiterer Konsequenz eine pessimistischere Grundhaltung, welche ja auch über dieses »Trauen« hinweg auf Veränderungen generell zurückschlagen kann (A).

Dabei sollte diese etwas depressiv anklingende Grundstimmung hier aber nicht überbetont werden. In den Interviews wurde diese zeitliche Dimension eher weniger thematisiert. Das kann natürlich auf unterschiedliche Gründe zurückzuführen sein; ein naheliegender erscheint mir allerdings, dass dieses Themenfeld, die Zukunft und die Erwartungen an sie, zumindest auf einer expliziten Ebene im Vergleich zu einigen anderen der hier vorgestellten Dimensionen eine weniger prominente Rolle spielte.

4.4.2 Gegenübertragung und therapeutische Interventionen

In den Gegenübertragungsreaktionen war dieser Punkt in den Interviews zumindest explizit kein Thema; insofern kann ich hier nur vermuten, dass er möglicherweise in einigen Therapien ebenfalls zum Tragen kam, etwa in

Verbindung mit Zweifeln auf Seiten der Therapeutin, ob sie möglicherweise nicht das richtige tue oder anbiete (T1, T2, T4; Abschnitt 4.3). Doch da diese Punkte wie erwähnt eher als Zweifel und Unsicherheit ausgedrückt wurden, nicht notwendigerweise in Verbindung mit einer grundsätzlich pessimistischen Haltung, ob sich hier überhaupt ein Weg aus diesem Impasse heraus finden würde, kann ich hierüber nur Spekulationen anstellen. Aus den Daten ließ sich hier direkt nichts Entsprechendes ableiten. Ebenso wurden auch keine therapeutischen Interventionen berichtet, die ich dieser Kategorie zuordnen würde.

4.5 Verzerrte Wahrnehmung.

Ich möchte hier gleich mit einer weiteren Dimension anschließen, die in den Interviews vordergründig ebenfalls eine eher untergeordnete Rolle eingenommen hat, zugleich mir aber in einem Wechselverhältnis mit einigen anderen Kategorien zu stehen scheint. Konkret geht es hier darum, dass durch Schamerleben (wie wohl auch andere Affekte, besonders wenn sie heftig sind) die Wahrnehmungsfähigkeit beeinträchtigt werden kann, insbesondere in Form einer Reduktion oder einer Verzerrung.

4.5.1 Phänomene und Metaphern

Es wurde schon zuvor (Abschnitt 4.2) wiedergegeben, dass Patientinnen manche ihrer durchaus positiven Eigenschaften und Fähigkeiten gar nicht richtig „sehen“ könnten, selbst dann nicht, wenn sie von der Therapeutin darauf aufmerksam gemacht würden (T2). In einem der Interviews wurde angemerkt, dass gar die Selbstwahrnehmung generell eingeschränkt gewesen sei (T1). Es können aber auch andere Aspekte von einer solchen Ausblendung betroffen sein, etwa spezifisch solche, die Schamgefühle auslösen oder verstärken (T6). Eine solche „Nicht-Wahrnehmbarkeit“ wurde besonders in einem der Interviews thematisiert, in welchem für die herangezogenen Fallgeschichte davon

ausgegangen wurde, dass die Scham nicht nur die Wahrnehmung mancher, eben für Scham wesentlicher Punkte, beeinträchtigte, sondern in weiterer Folge auch das „Nachspüren“, die Reflexion auf und das Denken über diese (T6). Auch in einem anderen Interview war davon die Rede, dass die Therapeutin helfen musste, ein Thema erst langsam an die Oberfläche zu heben, um es so ins Bewusstsein zu bringen und dort bearbeitbar zu machen (T3).

4.5.2 Gegenübertragung

Diesen Aspekt als Gegenübertragungsreaktion zu schildern, hat wohl etwas von einem Paradoxon, setzt es doch die Wahrnehmung einer solchen Wahrnehmungsbeeinträchtigung voraus. Insofern lässt sich dieser Aspekt wohl in der Reflexion erschließen oder vermuten, aber eben gerade nicht bewusst wahrnehmen (A). Eine mögliche Spielart davon wurde bereits angeführt (Abschnitt 4.3), nämlich das Gefühl, etwas „übersehen“ zu haben (T2). Darüber hinaus wurde dieser Aspekt aber bezüglich der Therapeutinnenrolle nicht angesprochen.

4.5.3 Therapeutische Interventionen

Zu dieser Kategorie drängen sich natürlich generell diverse Wahrnehmungsübungen der Gestalttherapie auf (A). In einem Interview schilderte die Therapeutin beispielsweise, wie die Patientin angeleitet wurde, gut und bewusst auf die Eigenwahrnehmung zu achten, nachdem ein schambesetzter Inhalt mitgeteilt worden war (T4). Eine andere Therapeutin versuchte über konkrete Schamsituationen hinaus die Selbstwahrnehmung der Patientin zu fördern, besonders „welche Erfahrungen sie mit sich macht“ (T1). Darüber hinaus wurden in den Interviews keine Interventionen in diese Richtung angeführt.

4.6 Orientierungslosigkeit und Verwirrung.

In der nächsten Kategorie geht es um eine mit der Scham potentiell einhergehende Orientierungslosigkeit. Auch diese Dimension lässt sich m.E. aus den früheren bereits recht gut ableiten und steht wohl in einem Verhältnis der Wechselwirkung mit diesen. Denn wo unsere Wahrnehmung beeinträchtigt ist (Abschnitt 4.5), etwa jene unserer eigenen Gefühle, die ja auch zu unserer Orientierung in der Welt und in uns selbst beitragen, und andererseits auch das Vertrauen und die Sicherheit (man könnte auch sagen: der Glaube) in andere mögliche Orientierungshilfen erschüttert sind (Abschnitt 4.3), erscheint es mir naheliegend, dass sich das Erleben auch als von Orientierungslosigkeit gefärbt charakterisieren lässt (A). Umgekehrt ist solche Orientierungslosigkeit und Verwirrung wohl auch ein guter Boden für die oben beschriebene Unsicherheit (A).

4.6.1 Phänomene und Metaphern

Interessanterweise wurde dieser Aspekt weniger in Bezug auf die Patientinnen geschildert (zumindest sofern wir ihn hier kategorial von Unsicherheit und den anderen bereits vorgestellten Dimensionen abgrenzen), mehr hinsichtlich des Erlebens der Therapeutinnen selbst. Explizit wurde dies in Bezug auf die Patientinnen nur in einem Interview eingebracht, nämlich dass es in der Lebenswelt dieser speziellen Patientin Konfusion über Rollen und Aufgaben, gerade im familiären System, gäbe (T6). Also auch bei dieser Erwähnung ging es nicht um Verwirrung im therapeutischen Setting, in der aktuellen Interaktion, sondern im Privatleben der Patientin.

4.6.2 Gegenübertragung

Der Aspekt der Orientierungslosigkeit wurde wie gerade erwähnt verhältnismäßig stark in Bezug auf Gegenübertragungsreaktionen angeführt, stärker auch als in den Beschreibungen der Patientinnen. Eine Therapeutin erzählte, sie habe sich eben orientierungslos, auch ahnungslos, hilflos gefühlt, als würde sie „im Dunkeln tappen“ (T1). Eine andere berichtete von „tiefer

Ratlosigkeit“, sie habe gar nicht gewusst, „was ich grad tu‘ im Moment“ (T6). Eine weitere Interviewpartnerin sprach etwas genereller davon, dass Schamreaktionen der Patientin manches Mal vorausgehe, dass sich bei ihr (der Therapeutin) der Eindruck einstelle, sich nicht ganz auszukennen, dass irgendetwas nicht ganz passe, sie mit der Patientin nicht ganz mitkomme, sondern eher das Gefühl habe, „hinterher zu hinken“, es nicht ganz klar sei, worum es eigentlich gehe (T4).

Dieses Gegenübertragungsphänomen mag, so spekuliere ich hier, mit unterschiedlichen Aspekten der Scham zu tun haben: etwa dass der mit Scham verbundene Rückzug der Patientin (Abschnitt 4.1) das Verstehen der Therapeutin erschwert; oder dass eine beeinträchtigte Wahrnehmung (Abschnitt 4.5) und eben Orientierung auf Seiten der Patientin auch der Therapeutin weniger Anhaltspunkte bietet; oder dass, worauf noch einzugehen sein wird (Abschnitt 4.12), inhärente Ambivalenzen zur Verwirrung beitragen (A). Wichtig erscheint mir hier jedenfalls, bei diesem Aspekt darauf zu verweisen, dass Scham insofern ein intersubjektives Verständnis in zwei Richtungen erschwert: Schamerleben beeinträchtigt einerseits unsere Fähigkeit, das Gegenüber angemessen wahrzunehmen und zu verstehen, andererseits aber auch jene, uns dem Gegenüber verständlich machen zu können (A).

4.6.3 Therapeutische Interventionen

Spezifische Interventionen bezüglich Orientierungslosigkeit und Verwirrung wurden in den Interviews nicht erwähnt, sofern nicht etwa dazu gezählt wird, dass einige der bereits erwähnten Techniken (Förderung von Selbstwahrnehmung in Abschnitt 4.5, Stärkung von Vertrauen in Abschnitt 4.3) hier wohl zumindest indirekt ebenfalls ansetzen.

4.7 Anstrengung.

Angesichts der bislang beschriebenen Aspekte von Scham und wie sie in Interaktionen mit hineinspielen, kommt wohl auch die nächste Dimension nicht überraschend: Anstrengung - und zwar speziell im dem Sinne, dass ebendiese Interaktionen für die Teilnehmerinnen anstrengend sind. Auch dieser Aspekt wurde in den Interviews weniger hinsichtlich der Patientinnen als vielmehr aus dem Erleben der Therapeutinnen heraus eingebracht.

4.7.1 Phänomene und Metaphern

Spezifisch fand sich dieses Phänomen in Charakterisierungen des Erlebens als mühevoll, zäh, erschöpfend, und dezidiert nicht als belebend, anregend oder fließend (T1, T6). Soweit diese Schilderungen sich auf die Patientinnen bezogen, wurde damit einerseits angesprochen, dass die Interaktionen mit der Therapeutin mitunter anstrengend für die Patientin gewesen wären, aber auch dass es für sie ein angestregtes Arbeiten an sich selbst gewesen sei (T4). Konkret wurde dies in den Interviews so ausgeführt, dass die referenzierten Patientinnen versucht hätten, bestimmten Ansprüchen an sich selbst in der Therapie gerecht zu werden, also gewisse Dinge zu klären oder zu lösen (T4). Auch dies ist sicherlich kein exklusives Phänomen von Patientinnen mit prominentem Schamerleben, doch könnten hier in manchen Fällen die bereits angeführten Leistungsansprüche (siehe Abschnitt 4.2) noch zusätzlich ins Gewicht fallen (A). Diese Anstrengung auf Seiten der Patientinnen nahm jedoch in keinem Interview eine zentrale Stellung ein und wurde auch nicht weiter betont oder vertieft.

4.7.2 Gegenübertragung

Von Seiten der Therapeutinnen wurden die Interaktionen mit schamgezeichneten Patientinnen mitunter als anstrengend, zäh, schwierig, schwer, rigide, verkrampt, belastend, mühsam beschrieben (T1, T6). Wie in mehreren Interviews ausgedrückt, gälte es für die Therapeutin, die Scham der Patientin bzw. die darauf zurückgeführten interpersonellen Muster „auszuhalten“ – was sich m.E. wohl u.a. in der erwähnten Anstrengung manifestiert (T1, T2).

Entsprechend dieser Logik wurden dann jene Interaktionen, in welchen die Patientin als weniger schambesetzt und damit freier wahrgenommen wurde, als leichter, lustvoller, freudiger, spannender gezeichnet (T1). Eine Therapeutin berichtete auch, dass die Anstrengung sich auch über die Stunden hinaus erstreckt habe, da sie zum Teil auch außerhalb der Stunden mit der Patientin beschäftigt gewesen sei (T6).

Insoweit die konkreten therapeutischen Interaktionen von den Therapeutinnen als anstrengend beschrieben wurden, ließe sich natürlich vermuten, dass auch die Patientinnen im Sinne einer Reziprozität diese als anstrengend erlebten (A). Die angebotene Deutung, dass es hier um ein Aushalten gegangen sei, würde ja ebenso, wenn nicht mehr, für die Patientinnen zutreffen (A). Insofern verweisen diese interpersonellen Anstrengungen vielleicht auf jenen Kraftaufwand, den die Patientinnen auf sich nehmen, um Scham auszuhalten oder abzuwehren (A). Doch dies muss hier kursorische Spekulation bleiben, aus den Interviews selbst ließ sich dazu nichts ableiten.

4.7.3 Therapeutische Interventionen

Konkrete therapeutische Interventionen in Bezug auf solche Anstrengung wurden in den Interviews nicht geschildert, weder bezogen auf die Anstrengung der Patientin noch auf die eigenen der Therapeutin.

4.8 Kontakt und Beziehung: Rückzug, Verslossenheit und Verstecken.

Die bislang vorgestellten Kategorien haben alle ihre je spezifische Manifestation in zwischenmenschlichen Beziehungen, wie in den unterschiedlichen Kapiteln schon vorgestellt. Doch der Idee folgend, dass das Ganze wiederum mehr sei als die Summe seiner Teile, haben die verschiedenen Dimensionen zusammen, und damit das Schamphänomen in seiner Gesamtheit, auch darüber hinausreichenden Niederschlag in unseren sozialen Kontakten. Hier verlassen wir einen Schritt weit, doch m.E. nicht völlig, die Beschreibung von beobachtbarem

Verhalten und lassen uns etwas mehr auch auf unser Gefühl für die Beziehung, unsere Wahrnehmung der Kontaktqualitäten ein, was mehr noch als bei den vorigen Kategorien auch schon eine Verarbeitungs- bzw. Interpretationsleistung voraussetzt. Da dies ein sehr prominentes Thema in sämtlichen Interviews war, und ja auch ein Schwerpunkt dieser Arbeit sein soll, möchte ich dies hier in einer gesonderten Kategorie noch einmal herausarbeiten und unterstreichen.

4.8.1 Phänomene und Metaphern

Einige, aber nicht alle, Therapeutinnen beschrieben den interpersonellen Kontakt mit den zitierten Patientinnen mitunter als verhältnismäßig distanziert, weniger von Neugier, Interesse oder Wunsch nach Kontakt besetzt (T1, T3). Die Patientinnen wurden in den Interviews zum Teil als einsilbig und schweigsam charakterisiert, in einem Fall gar als nahezu mutistisch (T2). Sie hätten weniger von sich, besonders von ihren Gefühlen gezeigt (T1, T3, T5). Auch der Blickkontakt mit der Therapeutin sei gemieden worden (T2, T3). Dabei hatten die Therapeutinnen den Eindruck, dass auch die Patientinnen ihrerseits weniger angesehen werden wollten (T1, T3). Dies wurde von Therapeutinnen als „Rückzug“ (T5) oder „Scheu“ (T5) bezeichnet, als ein „Vermeiden“ (T2, T5), als „Ab-“ oder „Unterbrechen“ von Kontakt (T3), bis hin zu einer „Nicht-Erreichbarkeit des Gegenübers“ (T6). Neben dieser eher bildhaften Beschreibung für die Art des Kontakts hätte sich dies auch buchstäblich so gezeigt, d.h. in Therapieabbruch oder anderweitigem Vermeidungsverhalten, also dem Ausweichen bestimmter, zumeist sozialer, Situationen (T5).

Diesem Bild folgend wurden die Beziehungen der Patientinnen auch als „fragil“ (T4, T6) oder „brüchig“ (T2) beschrieben. So wurde etwa geschildert, wie der Kontakt der Patientin zur Therapeutin „brüchig“ wurde, wenn es beispielsweise eine urlaubsbedingte Therapiepause gab (T2). In diesem Fall habe es der Patientin etwa geholfen, während des Urlaubs Briefe an die Therapeutin zu schreiben (T2).

Zurück im aktuell sich ereignenden therapeutischen Kontakt wurde dies metaphorisch auch als „zumachen“ oder „zu sein“ (T2), als „verschließen“ (T3, T5) wahrgenommen. Dies wurde in manchen Interviews auch als das Bestreben interpretiert, schamvoll erlebte Aspekte zu verbergen, „zu tarnen“ und so mitunter andere in einem gewissen Sinne auch „zu täuschen“ oder „abzulenken“ (T5, T6). Dieser Gedanke wurde einerseits speziell im Zusammenhang mit Suchtpatientinnen betont, wo dieses Suchtverhalten als schamvoll erlebt und somit zu verbergen versucht worden sei (T5), andererseits auch bei einer Patientin, welche sich betont locker, nett, charmant, jovial präsentiert habe (T6). Dazu passt wohl auch die Annahme einer Therapeutin, dass oft jene Dinge, welche mit unserem Schamgefühl zusammenhängen, für uns den Status eines Geheimnis hätten, welches wir vielleicht schon ein ganzes Leben mit uns herumtragen, jedoch noch niemand mitgeteilt hätten – und mit denen wir, als Folge dieses Verschließens, allein seien (T4). Ich vermute hierin auch ein wenig von dem, was in der Literatur gelegentlich als das Alleinsein oder die Vereinzelung in der Scham Erwähnung findet (A). Vermutet wurde von den Interviewpartnerinnen hinter diesen Verhaltenszügen die Angst, dass sonst von der Seite des Gegenübers die Beziehung abgebrochen würde oder zumindest eine negative, abwertende Reaktion auf das eigene Selbst erfolgen könnte (T1, T3, T4, T5).

In diesem Kontext möchte ich kurz gesondert noch auf das „Zeigen von Gefühlen“ eingehen, welches in den Interviews besondere Beachtung fand. In mehreren Interviews wurde angesprochen, dass gerade im Zusammenhang mit Scham den betroffenen Patientinnen das Zeigen von Gefühlen schwer gefallen sei (T1, T3, T5). Ich hatte dafür eine Zeitlang eine eigene Kategorie in diesem Auswertungsraster vorgesehen, entschied mich letztlich aber, dieses „Zeigen“ der Gefühle als ein „Zeigen“ eines wesentlichen Teils vom eigenen Selbst zu verstehen, und diesen Punkt daher als einen speziellen Aspekt der generellen Dimension von Rückzug und Verbergen einzuordnen (A). Indem dieser Teil, die eigenen Gefühle, nicht oder nur sehr kontrolliert (siehe auch Abschnitt 4.1) in die

Beziehung eingebracht wird, so meine ich, wird eben dieser Teil außerhalb der Beziehung oder, gestalttherapeutisch gesprochen, außerhalb des Kontakts gehalten (A).

Um noch einmal eine bereits erwähnte These meinerseits (Abschnitt 4.6) zu unterstreichen und von einem leicht gewandelten Standpunkt anders zu formulieren: die Scham unterwandert dergestalt beide Seite des Kontakts in einer gewissen Weise; einerseits das Geben, indem die Patientinnen weniger von sich zeigen und ausdrücken, andererseits auch das Nehmen, etwa wenn es den Patientinnen unangenehm ist, angesehen zu werden oder wenn sie bestimmte Reaktionen auf ihr Selbst abwehren (A). Darin liegt wohl eine gewisse Paradoxie der Scham, denn auf der einen Seite sehnen sich die Patientinnen nach Kontakt- und Beziehungserfahrungen (nämlich positiven), auf der anderen aber fürchten sie diese auch (nämlich negative) (A). Sie hegen den Wunsch, gesehen zu werden, und suchen es doch zugleich auch zu vermeiden, gesehen zu werden, wie es eine Interviewte ausdrückte (T1). Soweit dies zutrifft, liegt hier wohl eine Quelle für einen inneren Konflikt und das Entstehen von innerer Spannung (A), auf die ich in Abschnitt 4.12 noch näher eingehen möchte. Um solche negativen Erfahrungen zu vermeiden, so die angebotene Erklärung in den Interviews, vermeiden sie Kontakt, oder zumindest den für sie zu direkten Kontakt, und ziehen oder nehmen sich zurück (T1, T3; siehe auch Abschnitt 5.4).

Um diese interpersonelle Gefahr der Scham noch anhand eines weiteren sprachlichen Bildes zu verdeutlichen, wie es in einem der Interviews erwähnt wurde: die dort besprochene Patientin versuchte zu verhindern, „genau dort berührt“ zu werden, wo sie ihre Scham spürte (T6). Im obigen Sinne sähe ich die Gefahr der Scham nun darin, dass man sich aus Angst davor, „genau dort berührt“ zu werden, so weit zurück zieht, dass man gar nicht mehr berührt wird (A).

Ein solches Abwenden von Kontakt mag auch helfen, ein weiteres Phänomen zu erklären: eine Therapeutin hatte die Beobachtung oder Vermutung geäußert, dass den Patientinnen in solchen Momenten, in denen Scham zum dominanten Affekt wird, ein Wechsel von Rollen vergleichsweise schwer fallen würde (T3). Ich könnte mir vorstellen, dass dieser Rückzug aus der aktuellen interpersonellen Erfahrung die Möglichkeiten für Perspektivenwechsel und Empathie herabsetzt, und damit in weiterer Folge auch die Rollenflexibilität (A). Hier ließe sich gedanklich auch weiter anschließen, wie weit im Sinne eines Zirkels der Scham dann eine solche reduzierte Rollenflexibilität die Handlungsmöglichkeiten im aktuellen Kontakt einschränkt, was wiederum auf das bereits erwähnte Phänomen der Blockierung zurück verweist (Abschnitt 4.1), aber auch in letzter Konsequenz die Wahrscheinlichkeit senkt, dass dieser aktuelle Kontakt zu einer guten, freien, neuen Kontakterfahrung wird (A).

Auch die sprachlichen Bilder, die verwendet wurden, um die entgegengesetzte Seite zu kennzeichnen, also wenn die Patientinnen relativ frei von Scham gewesen seien, passen zu den bisherigen Beschreibungen. Die Patientinnen wurden in solchen Situationen als „mehr da“ und „mehr präsent“ (T2), bzw. „offener“ und „näher“ (T1) bezeichnet.

4.8.2 Gegenübertragung

Analoge Phänomene auf Seiten der Therapeutin, also dass diese den Impuls für Rückzug oder Verstecken verspürt hätte, wurden in den Interviews nicht thematisiert. Potential dafür hätte es u.U. schon geben können, besonders etwa angesichts aggressiven Verhaltens der Patientin, in den Interviews ließ sich aber wie erwähnt kein Hinweis darauf finden.

4.8.3 Therapeutische Interventionen

Da dieser Abschnitt seinen Schwerpunkt auf die Beziehungsseite legt, nimmt es nicht Wunder, dass auch die therapeutischen Strategien hier um den Aspekt der Beziehung kreisen. So sei es wichtig, dass von der Patientin eben nicht nur

„etwas mitgeteilt“ werde, sondern auch, dass „es wo landen“ könne, dass in der Therapie für das, was sonst keinen Raum finde, ein Raum geboten werden könne (T4). Und damit in weiterer Folge auch für die Person, dass auch sie einen Platz finde, mit dem Gezeigten (T4). Sprachlich fand sich dies sehr hübsch etwa in der Formulierung, dass eine Patientin mit einer Sache „herausrückte“ (T5) – auch wenn das, was vordergründig hier herausgerückt wurde, diese bislang geheim gehaltene Sache war, so impliziert das sprachliche Bild m.E., dass die Patientin eben *mit* einer Sache herausrückte, also dass mit dieser Sache auch die Person, die Patientin selbst, herausrückte, und sich damit an einen anderen, sichtbareren, exponierteren Ort bewegte (A).

Ein anderer angeführter therapeutischer Zugang adressiert wohl eher die Distanzierung, den Rückzug und das Alleinsein, und wurde als Suche nach Gemeinsamkeit beschrieben, sprachlich verbildlicht in der Suche nach einem „gemeinsamen Boden“ (T5) oder dass Patientin und Therapeutin sich einander „Schritt um Schritt annähern“ (T4). In einem Interview wurde aber auch dementsprechend umgekehrt gerade „das Einhalten der eigenen Position“ durch die Therapeutin, also das Beharren auf einem von jenem der Patientin verschiedenen Standpunkt, wie auch das eigene „Herausnehmen“ der Therapeutin aus der interpersonellen Situation, als das Trennende und gar Beschämende beschrieben, dabei aber eine als in diesem Fall nicht passend empfundene Annäherung aber vermieden (T6).

Diese Erfahrung, dass andere „im selben Boot sitzen“, wurde speziell hinsichtlich Gruppentherapien als wertvolle Arbeitsmöglichkeit mit Scham herausgestrichen, sofern es gelänge, die dafür notwendige Offenheit in der Gruppe herzustellen (T5). Auch von Experimenten mit diesem Bild im Einzelsetting konnte berichtet werden, zum Beispiel mit der Distanz der Sitze von Therapeutin und Patientin, und was sich wie verändert, wenn dieser Abstand variiert wird (T4).

Ein ähnliches Experiment wurde beschrieben, in welchem es weniger um das räumliche Verhältnis ging als um eine andere Form der Kontaktmodulation, nämlich das Anblicken des Gegenübers (T3). Eine Therapeutin bot der Patientin konkret an, den Blick abzuwenden, um sie bewusst nicht anzusehen (T3). Ich interpretiere das an dieser Stelle so, dass diese Intervention die Patientin einlädt, von einer eher hilflosen, ausgelieferten Position des Rückzugs in eine solche zu wechseln, in der sie wiederum selbst den Kontakt regulieren kann und damit in eine im Vergleich zu davor zumindest etwas aktivere, mächtigere, und v.a. sichere Position zu gelangen (A). In einem weiteren Schritt habe sich in dieser Situation dann die Möglichkeit geboten, mit dem Blickkontakt zu experimentieren: wie es etwa sei, die Therapeutin anzusehen, während diese wegblicke, wenn diese den Blick erwidere, wenn die Blicksituation genau umgekehrt sei, usw. (T3).

Eine andere Therapeutin überlegte auch, dass es ihrer Meinung zufolge gar nicht so sehr auf therapeutische Interventionen oder das Eingehen auf Inhalte ankäme, sondern vielmehr beim Schamausdruck schon wesentlich sei, die Rolle einer Zeugin und Begleiterin einzunehmen (T4). Dies spricht wohl in meinen Augen gerade wiederum das Geheimnis an, auf welches Scham hinzuweisen vermag, und dass es entlastend wirken kann, wenn dieses Geheimnis nicht mehr so gut gehütet werden muss, weil es nun auch eine Mitwisserin, eine Zeugin gibt (A); und andererseits verweist diese Sichtweise in der Metapher der Begleiterin auch auf das Alleinsein, welches wir ja auch und gerade durch das Geheimhalten erzeugen (A).

4.9 Schutz von Vulnerabilität: Grenze, Widerstand, Abwehr.

Eine weitere Dimension klingt in der oben (Abschnitt 4.8) angeführten Verschlussenheit an, die ich hier unter einer anderen Schwerpunktsetzung noch einmal aufgreifen und etwas weiter ausführen möchte, auch wenn sie noch

einen Schritt weiter die Ebene der Deskription verlässt und zu jener der Deutung voranschreitet.

4.9.1 Phänomene und Metaphern

Solche Verslossenheit passt ja zum einen zu dem zuvor behandelten Rückzug, zeigt aber andererseits rein sprachlich auch an, dass hier etwas geschlossen wird – in der Wortwahl der Interviews, dass eine „Grenze“ gezogen wird (T1, T2, T3). Eine solche Grenzziehung wurde in den Interviews mehrmals thematisiert, wobei dies weitergehend auch als Widerstand oder Abwehr interpretiert wurde (T3). Dieser Aspekt wurde zum Teil als sehr zentral für das Phänomen der Scham erachtet, so etwa in einem Interview, in welchem das Auftreten von Scham an sich bereits als Signal einer Grenze gedeutet wurde (T3). Diese Grenze wurde dabei als eine doppelte angesehen, nämlich als eine Grenze nach innen, was wiederum auf die bereits angeführte Hemmung zurückverweist (siehe Abschnitt 4.1), aber eben auch nach außen (T3). Von einer Patientin wurden im Interview heftige „Rechtfertigungsepisoden“ geschildert (T6), was ich so interpretiere, dass die Patientin sich angegriffen fühlte und einen Versuch unternahm, aus der passiven Position herauszukommen, in welcher sie diesen Angriff zu erleiden hatte, und wieder in eine unversehrte, unverletzte Rolle zu gelangen (A).

In diesem Sinne einer Grenzziehung wurde Scham als Schutz verstanden (T3). Wie in einem Falle ausgeführt wurde, verweise dies wiederum darauf, dass es zumindest implizit bei Scham auch um etwas Verletzliches gehe (T3), also, in meinen Worten, um Vulnerabilität oder Fragilität. In einem Interview wurde dies als Schutz der intimsten, persönlichsten, schmerzvollsten Dinge bezeichnet (T3). In einem anderen wurde diese Fragilität und Vulnerabilität eher auf die Beziehung hin interpretiert, also dass hier besonders die Beziehung bzw. das Beziehungserleben von der Patientin zerbrechlich und verletzlich gesehen wurde (T2).

4.9.2 *Gegenübertragung*

Zu dieser Kategorie von Vulnerabilität passen als Gegenübertragungsreaktionen bereits im Zusammenhang mit Hemmung und Unsicherheit (Abschnitte 4.1 und 4.3) berichtete Phänomene, nämlich etwa die Vorsicht, die Patientin nicht zu überfordern oder zu verletzen (T1, T3, T4). In einem Interview wurde die eigene Arbeit auch als „indirektes Arbeiten“ charakterisiert (T6). Explizite Schilderungen von Grenzziehungen, Widerstand oder Abwehr auf Seiten der Therapeutin kamen aber nicht vor.

Eher erkenntnistheoretisch bzw. konzeptuell könnte man hier wohl die Frage aufwerfen, wie weit Grenzen überhaupt einseitig gezogen werden können; besonders wenn davon ausgegangen wird, dass Patientinnen wohl keineswegs in jedem Fall explizit eine Grenze aufzeigen, sondern dass dies eher aufgrund unterschiedlicher Anzeichen von der Therapeutin vermutet wird, und diese dann für sich hier eine Grenze im Sinne einer Selbstbegrenzung aufzieht – und eine Selbstbegrenzung natürlich in gewissem Sinne auch dem eigenen Schutz, der eigenen Abwehr dienen *kann* (nicht muss) (A). In anderen Worten: dass von beiden Seiten akzeptierte Grenzen wohl nur als *gemeinsamer* Akt möglich sind (A). Aber all das ist spekulative Deutung, welche weit über diese Arbeit und das empirische Material hinaus führt, weshalb ich diesen Gedanken hier nicht weiter verfolgen möchte.

4.9.3 *Therapeutische Interventionen*

Im Umgang mit diesen Grenzsetzungen schilderte eine Therapeutin, dass dieser Vorgang in manchen Situationen schwer bis gar nicht ansprechbar sei, ohne die Patientin zu überfordern (T3). In solchen Szenen sei es therapeutisch eher indiziert, diese aufgezeigte Grenze wahrzunehmen und zu respektieren, ggf. zu explorieren, sofern dies möglich und passend erscheine. Mitunter sei aber eben ein Ansprechen nicht möglich, und dies gelte es zu akzeptieren (T3). Dies wurde so begründet, dass bereits eine Benennung der Scham in manchen Kontexten eine Beschämung darstellen könne, und damit ein Übertreten jener gezogenen

Grenze (T3). Diese Achtung vor der gezogenen Grenze scheint mir insofern relevant, als sie einen Gegenpol zu gerade jenen Situationen darstellt, in denen aktive Beschämung erlitten wurde. In solchen Momenten werden gewisse persönliche Grenzen des Subjekts ja gerade nicht gewahrt, aus welchen Gründen auch immer. Insofern könnte diese therapeutische Achtung vor der nunmehr gezogenen Grenze eine Möglichkeit für eine zumindest in dieser Hinsicht gegenläufige Erfahrung darstellen (A).

Zurück aber zu jenen Situationen, in denen ein weiteres Arbeiten mit diesen Grenzziehungen möglich erscheint. Zu deren Exploration wurden beispielsweise Identifikationstechniken angeführt, also auch Arbeiten mit dem leeren Stuhl, in denen versucht wurde, die Scham näher zu beschreiben, wie sie aussähe, was sie sagen könnte, wie sie leiblich erlebbar sei usw. (T3).

Darüber hinaus wurde eher von Interventionen berichtet, die mir auf eine Beruhigung der Patientin abzielen schienen. Dazu wurde als Beispiel etwa genannt, stellvertretend für die Patientin zu verbalisieren, dass ihr hier womöglich gerade etwas schwer falle und dies auch schwer auszusprechen sei (T4). In meinem Verständnis übernimmt die Therapeutin auf diese Weise etwas den Akt der Grenzsetzung, erspart diese Verantwortung damit bis zu einem gewissen Grad der Patientin, und signalisiert dabei auch dass sie diese Grenze wahrgenommen habe und achte (A).

4.10 Ohnmacht und Dekompensation.

In diesem Abschnitt möchte ich der gerade ausgeführten Vulnerabilität (Abschnitt 4.9) noch eine weitere Qualität von Schamsituationen hinzufügen, die ihrerseits wiederum verschiedenartigen Nuancierungen aufweist. Konkret geht es um die Überwältigung, welche Schamgefühle mit sich zu bringen vermögen, also dass das erlebende Subjekt sich in solchen Momenten ohnmächtig und hilflos, wie in Auflösung begriffen fühlt.

4.10.1 Phänomene und Metaphern

In den Interviews fanden sich etwa Formulierungen dass „da etwas zusammenbricht“ (T1), dass die Patientin „überwältigt“ (T3), „überfordert“ (T1), „entsetzt“ (T6) oder „fassungslos“ (T2) gewesen sei bzw. Hilfe gebraucht habe, „um da wieder heraus zu kommen“ (T1). Wie in einem Interview formuliert wurde: „es war plötzlich eine fürchterliche Situation im Raum“ (T6). Von einer Patientin wurden Dissoziationen und Schaukeln als Strategien geschildert, damit sie ihre Schamgefühle überhaupt aushalten könne (T1).

Für diese Kategorie scheint mir zentral, dass sie die Steigerung der zuvor beschriebenen Vulnerabilität darzustellen scheint, wobei diese Steigerung nicht allein ein quantitatives Mehr bedeutet, sondern einen qualitativen Unterschied impliziert (A). Ging es in den vorigen Abschnitten noch um ein Gefühl von Verletzlichkeit, dem mit Schutzverhalten, also etwa mit Abwehr oder Ausweichen begegnet wird, so scheint solcher Schutz hier nicht mehr möglich, hier findet sich das Subjekt in Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein wieder (A). Die Patientin fühlt sich aus eigener Kraft ohnmächtig, es braucht die Hilfe von außen (A). Im Handlungsspielraum der Patientin bleibt nur mehr, den Kern des Inneren zu schützen um die Dekompensation zu vermeiden (A).

4.10.2 Gegenübertragung

Auch eine Therapeutin schilderte eigenes Erleben, welches in diese Richtung deutet, etwa in Beschreibungen, nach den Sitzungen „immer sehr durch den Wind gewesen zu sein“ (T6), dass „tiefe Ratlosigkeit“ geherrscht habe (T6), oder dass sie das Gefühl gehabt hätten, es gebe „keine Möglichkeiten“ (T6). Dies wurde zugleich auch als sehr bedrohlich, als „zerstörerisch“ beschrieben (T6).

4.10.3 Therapeutische Interventionen

Zu den therapeutischen Strategien in Bezug auf diese Kategorie passen zuallererst natürlich einmal unterstützende Interventionen, wie sie in den früheren Kapiteln schon mehrfach aufgetaucht sind. Eine Therapeutin explorierte

etwa gemeinsam mit der Patientin, wie sie dieser konkrete Hilfestellungen in der aktuellen Situation anbieten könne (T4); in dieser gemeinsame Suche scheint mir zugleich der Versuch gelegen, der Patientin einen Ansatz von Aktivität und Wirkmächtigkeit zurück zu geben (A). Dieselbe Therapeutin wiederum suchte darüber hinaus mit der Patientin näher zu erforschen, wie sie, die Therapeutin, selbst zu der aktuellen Schamsituation der Patientin beigetragen habe (T4). Dies wiederum mag wohl auch, meine ich, dabei helfen, der Patientin zu vermitteln, dass auch die Therapeutin selbst Verantwortung für die aktuelle Situation übernehme, was auch den möglichen Selbstvorwurf der Patientin, die aktuellen Beschämung mit eigenem Unvermögen verschuldet zu haben, ein Stück weit entlasten könnte (A). In beiden Strategien scheint mir aber vor allen Dingen einmal eine starke Beziehungsbotschaft enthalten zu sein, nämlich Anteil am aktuellen Unwohlsein zu nehmen und dieses lindern zu wollen (A).

4.11 Aggression.

An dieser Stelle würde ich gern einen anderen Aspekt noch einführen, der oberflächlich betrachtet einen Kontrapunkt zu den obigen Dimensionen darzustellen scheint. Ging es zuvor eher um Kategorien wie Unsicherheit, Angst, Verletzlichkeit, Hilflosigkeit, wie sie in Bezug auf die meisten Patientinnen in den Interviews im Vordergrund standen, wurde hingegen in einem Interview (T6) auch eine ganz andere Dimension ausführlich geschildert: Aggression. Diese Strategie passt einerseits zur bereits angeführten Abwehr (Abschnitt 4.9), kann in diesem Sinne als eine Grenzziehung verstanden werden, doch als eine, die das Erleiden einer (zumindest vermeintlichen) Verletzung der eigenen Grenzen und einer damit einhergehenden Schamerfahrung verkehrt in einen aktiven Angriff auf das Gegenüber (A).

4.11.1 Phänomene und Metaphern

In den anderen Interviews klang dies nur kurz und eher angedeutet an, etwa in einem Fall, in dem die Therapeutin vermutete, eine Patientin habe sich nicht angemessen verstanden gefühlt oder die Therapeutin als unaufmerksam wahrgenommen, was wiederum zu Scham und einer ärgerlichen Reaktion geführt habe (T4). Auch in einem anderen Fall wurden neben den oben bereits beschriebenen, eher hilflosen Reaktionsweisen auch gelegentliche Episoden von Wut bei einer Patientin beobachtet (T5).

In einem Interview jedoch war, wie erwähnt, solche Aggression das wesentliche Thema und wurde hier unter der Überschrift „Aggression als Schamabwehr“ vorgestellt (T6). In diesem Falle habe sich die Patientin vor allem durch Anklagen und Geringschätzung gezeigt, besonders gegenüber der therapeutischen Arbeit und der Person der Therapeutin (T6). Auslöser dafür war wohl, so die Vermutung der Therapeutin, eine Sequenz, in welcher eine Aussage der Therapeutin in der Patientin eine Schamerfahrung ausgelöst habe, und um diese abzuwehren, habe die Patientin daraufhin einen Gegenangriff gestartet (T6). Dieser Deutung weiter nachgehend lässt sich von meiner Seite wohl ergänzen, dass die Patientin versucht haben könnte, die erfahrene Beschämung in ein aktives Beschämen umzuwandeln, was wiederum dem klassischen tiefenpsychologischen Abwehrschema der Umkehrung von Passiv zu Aktiv entspräche (A).

4.11.2 Gegenübertragung

Zu dieser konkreten Beziehung sei hinzugefügt, dass diese Aggression nicht die einzige Reaktion der Patientin blieb, sondern dass sie über einen längeren Therapiezeitraum heftige Affekte zeigte (T6). Der Ärger war aber auch bei der Therapeutin fassbar, insbesondere im Sinne eines Genervt-Seins, wie sie schilderte (T6).

In diesem Zusammenhang sei abschließend noch auf einen ganz gegenläufigen Punkt bezüglich Aggression in der Gegenübertragung hingewiesen: es wurde

auch geschildert, wie andere Ausdrucksweisen der betreffenden Patientin, konkret Weinen, Aussprechen von Hilflosigkeit und Überforderung, die Therapeutin ihrerseits „lähmten“ (T6). Wie ausgeführt wurde, war damit eine „Aggressionshemmung“ aufseiten der Therapeutin gemeint (T6), somit eine Reduktion der Handlungsmöglichkeiten der Therapeutin (A). Ich meine, dass dieser Punkt ebenfalls bei der Reflexion von Beziehungen im Kontext von Schamphänomenen Beachtung verdient, klingt es doch nach einer sehr nachvollziehbaren interpersonellen Dynamik, welche an mehrere bereits dargestellte Kategorien anschließt: dass etwa Unsicherheit, negativer Selbstwert, Rückzug, Hilflosigkeit und Ohnmacht bei der Patientin auch zur Folge haben können, dass bei der Therapeutin eine Hemmung von Aggression oder ähnlichen Emotionen eintreten kann (A).

4.11.3 Therapeutische Interventionen

In den Interviews wurden keine spezifischen therapeutischen Umgangsweisen mit Aggression geschildert, zumindest nicht über das hinaus, was in den vorangegangenen Kapiteln schon vorgestellt wurde. Dies mag natürlich schlicht an der Interviewsituation gelegen haben, in welcher es ja dann um den Umgang mit der Scham ging, nicht jenen mit zur Schamabwehr eingesetzter Aggression.

4.12 Paradoxien und Ambivalenzen.

Eine letzte Kategorie möchte ich in diesem Ergebnisteil herausarbeiten, die sich in ihrer Stellung etwas von den bereits vorgestellten unterscheidet, insofern sie etwas quer zu diesen liegt. Hier geht es um mehrere Paradoxien, welche im Zuge der Interviewauswertung in Bezug auf das Phänomen der Scham zutage traten. Von einem festeren tiefenpsychologischen Fundament als dem meinen könnte man versuchen, einige davon in der Konflikttheorie verorten (z.B. Mentzos, 2013); auf diesem Gerüst nicht sattelfest, möchte ich hier auch einfach von inhärent widersprüchliche Bedürfnisse und innere Ambivalenzen sprechen. Ich denke,

dass sich aus den Interviews ein paar solch potentieller Gegensätze herausgeschält haben, die hier kurz vorgestellt werden sollen. Dabei gehe ich nicht davon aus, dass diese Konflikte schlicht ein Ableger der Scham seien; vielmehr scheinen sie mir aber einerseits relevant um die Dynamik der Scham besser zu verstehen, wie auch umgekehrt Scham für das Verstehen dieser Konflikte hilfreich sein mag. Da dieser Aspekt m.E. bereits eine Abstraktionsebene höher angesiedelt ist, verzichte ich hier auf die bisher verfolgte Gliederung; da er aus ebendiesem Grunde auch bereits mehr Interpretationsarbeit meinerseits impliziert, verzichte ich ebenso auf die Attribuierung mittels Klammern (T1, A, T2...): wo Aussagen aus den Interviews direkt oder indirekt angeführt werden, werden sie entsprechend markiert, während alle anderen Stellungnahmen meiner Seite entstammen.

Die m.E. zentralste Paradoxie wurde in einem Interview durch eine in der Gestalttherapie beliebte visuelle Metapher auf den Punkt gebracht: „und sie [die Patientin] will irgendwie gesehen werden, und sie will überhaupt nicht gesehen werden“ (T1). Um diese prägnante Aussage etwas auszulegen: ich behaupte an dieser Stelle, basierend auch auf ihrer prominenten Position in nahezu allen der zuvor ausgeführten Kategorien, dass die intersubjektive Begegnung bzw. die interpersonale Beziehung ein ganz zentrales Element der Scham ist. Damit will gemeint sein, dass solche interpersonale Begegnung, und diese wiederum verdichtet in der Reaktion des Gegenübers, von großer Bedeutung für das Subjekt ist, gemessen an einer hohen affektiven Besetzung und entsprechenden Begleitphänomenen. Das mag an sich kein besonderes Charakteristikum der Scham sein, sondern vielmehr auf vielerlei Phänomene bzw. konkrete Affekte zutreffen (Wut, Schuld, Angst...); das soll aber nicht mindern, dass es nun einmal als ganz wesentlich für die Scham festzuhalten ist.

Selbst wenn es geschieht, dass Scham (bzw. umgekehrt das Nachlassen oder komplette Ausbleiben von Scham) auch in völligem Alleinsein auftreten kann, gleich ob dies nun als eine Folge von Internalisierung früherer

Beziehungserfahrungen oder ähnlicher Prozesse verstanden wird, so manifestiert sich „der Blick des Anderen“ (Seidler, 1995) nun einmal mit einer besonderen Konkretheit in der Präsenz eines realen Gegenübers. Die hohe affektive Ladung spiegelt dabei die besondere Bedeutung dieser Begegnung wider, manifest einerseits in einem starken Wunsch nach einer subjektiv positiven Begegnung, in der Sehnsucht nach guten, korrigierenden Beziehungserfahrungen, welche u.a. die innere Scham nicht aktivieren sondern vielmehr neue, andere Erfahrungen daneben stellen; andererseits aber auch in Angstgefühlen, dass sich gerade solche Schamerfahrungen wiederholen könnten. Insofern findet sich hier potentiell ein affektiv aufgeladener innerer Konflikt, welcher sich in einer starken Ambivalenz niederschlägt. Dass die Scham, bzw. häufig wohl auch die Angst vor der Scham, dabei in der Praxis den Wunsch nach Beziehung in manchen Fällen überwiegt, zeigt sich u.a. in den oben beschriebenen Dimensionen und ist wohl gerade ein Grund, der manche Patientin in die psychotherapeutische Praxis führt.

Daneben gibt es in meinen Augen noch andere solcher Paradoxien, wenn auch auf mitunter anderen Ebenen als jener der Bedürfnisse und Wünsche angesiedelt. Ein bereits angesprochener Punkt bezieht sich darauf, dass es in der Scham eben auf der einen Seite um den Versuch eines Rückzugs, des Schutzes geht, auf einer anderen aber dieser Schutz in Form eines Rückzugs auch eine Einschränkung oder Blockierung bedeuten kann. So befindet sich das Subjekt in der Spannung zwischen dem Wunsch nach Freiheit und Beweglichkeit versus dem Bedürfnis nach Sicherheit und Rückzug.

Eine weitere Paradoxie der Scham findet sich in meinen Augen darin, dass Scham einerseits zum Rückzug drängt, dass das Subjekt wie zuvor erwähnt „nicht gesehen“ werden (T1), sich „auflösen“ (T2) oder auch „vom Erdboden verschwinden“ möchte (T2), andererseits aber Scham sich gerade auch physiologisch-körperlich ausdrückt – und das Subjekt bzw. ihre Scham dabei gerade sichtbar(er) wird. In den unterschiedlichen Interviews wurde diesbezüglich speziell verwiesen auf den Blick, etwa das Ausweichen von

Augenkontakt oder das Einnehmen eines Schleierblicks, aber auch auf Stimmlage, Körperhaltung, Mimik, Atmung, beschleunigten Puls, Hitzewallungen, Schweißausbrüche und nasse Hände, leichtes Zittern, oder natürlich das für die Scham so emblematische Erröten. Einiges davon sind wohl generelle Stressreaktionen, die mit Scham in Verbindung gebracht werden, andere womöglich spezifischere Reaktionen für Scham. Wie bei Seidler (1995, S. 21) und Tiedemann (2016, S. 72) so schön unterstrichen, ist es schon bemerkenswert, dass ein Affekt, bei dem es so sehr um Verstecken und Verbergen geht, sich körperlich gerade durch ein Erröten an solchen Körperstellen manifestiert, die in der Begegnung gut sichtbar sind, wie dem Gesicht oder dem Hals, und der damit möglicherweise erst recht noch mehr Aufmerksamkeit auf den eigenen Gefühlszustand lenkt.

Eine weitere Paradoxie lässt sich in Verbindung mit der Rückzugstendenz aufstellen, in diesem Falle die diskrepanten Beschreibungen des Erlebens der Therapeutin versus jenem der Patientin in Bezug auf die wahrgenommene Distanz zwischen ihnen. Bei der Patientin lässt sich Scham wie oben ausgeführt auch als Schutzmechanismus lesen, den wir besonders dann einsetzen, wenn eine innere Grenze überschritten wurde oder zu werden droht, also zumindest bildhaft zu wenig Distanz gehalten wurde; zugleich aber werden diese Situationen aus dem Erleben der Therapeutinnen als eher distanziert und schwer greifbar beschrieben. Es geht hier also eher um die Wahrnehmung, wann und wo eine solche metaphorische Grenze angenommen wird. Etwas pointierter formuliert also, dass wir in der Schamsituation eigentlich hart an der Grenze (in der Selbstbeschreibung) und zugleich aber auch distanziert sind (in der Fremdbeschreibung).

Dies mag auch noch mit einem anderen Dilemma zu tun haben: wie zuvor angeschnitten und bereits im theoretischen Teil ausgeführt, lebt Scham bis zu einem gewissen Grad von der Selbstdistanzierung und Perspektivenübernahme, also dass man auf sich selbst gleichsam von außen blicken und die eigene

Person wahrnehmen, reflektieren und auch bewerten kann. Wobei dieser Punkt doppelt verstanden werden kann, nämlich entwicklungspsychologisch wie auch hinsichtlich der konkreten Situation in welcher Scham aktualisiert wird. In einem der Interviews wurde nun beschrieben, dass ein solcher Wechsel der Rolle oder Perspektive aber gerade im Schamerleben erschwert bis verunmöglicht wird (T3). Auch dies ist wohl eine Eigenschaft, welche vielen, besonders heftigen, Affekten zuzuschreiben ist, erscheint mir aber bei der Scham eben gerade wegen des ätiologisch für ursprünglich angenommenen Perspektivenwechsels besonders beachtenswert.

Eine weitere dieser Paradoxien, die wohl nicht spezifisch für die Scham ist, hier aber m.E. besondere Prägnanz erfährt, findet sich auch in einigen geschilderten Gegenübertragungsreaktionen der interviewten Therapeutinnen. Hier zeigt sich die unterstellte Polarität aber nicht als bloß binäre, sondern vielmehr in mehrdimensionaler Gestalt – was möglicherweise bei näherer Beschäftigung auch auf ein paar andere zutreffen möge. Denn auf der einen Seite berichteten die Therapeutinnen von der Tendenz zur Unterstützung der Patientin, zur Wahrung und Achtung ihrer Scham und ihres Schutzes, wie ja in den meisten der zuvor beschriebenen Kategorien ausgeführt wurde. Auf der anderen Seite wurden aber auch genau gegenläufige Impulse wahrgenommen, wie etwa Neugier (T4) oder der Wunsch nach provokanten Interventionen, etwa humorvollen (T3).

Noch ein Aspekt ergab sich aus den Interviews zu diesen inneren Paradoxien und Ambivalenzen: soweit sie nicht annähernd gelöst und integriert werden können, bergen sie das Potential für intrapsychische Konflikte, welche unter Umständen bis hin zu einer inneren Spaltung führen könnten, bei der einer der beiden Pole zumindest temporär verworfen werde. In ein paar der Interviews wurde dies explizit so ausgedrückt, wenn etwa von „Spaltung“ (T1), „dissoziativen Zuständen“ (T2), einem „Riss“ (T6) durch die Patientin oder von inneren Teilen (T1) und „Fragmenten“ (T4) die Rede war, mit denen die jeweilige Patientin nicht

sein konnte und die daher abgespalten worden seien. (Dem sei hier ergänzend hinzugefügt dass mir eine solche Spaltung eine andere als die in Abschnitt 4.10 erwähnte Dissoziation zu sein scheint. Dort ging es um die Abspaltung eines bestimmten, überwältigenden Aspektes, konkret des Schamaffekts, ähnlich einer traumatischen Erinnerung; hier aber geht es darum, dass zwei Pole so unvereinbar sind, dass sich daraus eine Spannung ergibt, die nur auflösbar oder zumindest erträglich erscheint, wenn die beiden Pole strikt voneinander getrennt gehalten werden.)

Ich führe diese Punkte nicht an, weil ich hier immanente Defizite in den Erklärungen oder Beschreibungen des Phänomens vermute; vielmehr scheinen sie mir nachvollziehbar und bis zu einem gewissen Grad auch versteh- und erklärbar, weshalb ich sie auch, zugegebenermaßen recht unscharf und auch inkonsistent, als Paradoxien, Konflikte oder Ambivalenzen bezeichnet habe. Sie erscheinen mir insofern relevant, als sie das „paradoxe Spannungsfeld“ (T6) der Scham abstecken. Diese und vermutlich noch weitere solcher Paradoxien im Blick zu haben verhindert, so hoffe ich, ein allzu träges oder statisches Bild von Scham zu gewinnen, und verdeutlicht eher die möglichen Spannungen und Dynamiken dahinter – und wie es zu einer ganzen Latte von phänomenologischen Varianten kommen kann. Insofern scheinen es mir diese Paradoxien und Ambivalenzen Wert zu sein, in der je individuellen Therapie näher erforscht und ergründet zu werden, insbesondere da sich mit ihnen wohl auch gestalttherapeutisch sehr schön experimentieren lässt.

Eben weil starke Affekte, wie etwa auch die Scham, mitunter dazu verleiten mögen, dass unser Wahrnehmen, Fühlen und Denken etwas eindimensional wird, im extremen Fall bis hin zu einer solchen angesprochenen Spaltung, mögen diese Paradoxien ein möglicher Ansatzpunkt sein, um mit Erweiterungsmöglichkeiten zu experimentieren.

5 Diskussion und Conclusio.

In diesem resümierenden Teil möchte ich noch einmal die wesentlichen Punkte der empirischen Arbeit herausgreifen, sie in Bezug setzen zu der eingangs angeführten Durchsicht aktueller theoretischer Überlegungen, und vor allem auf die Fragestellung dieser Arbeit hier fokussieren.

5.1 Zusammenfassender Überblick.

Ich habe im empirischen Teil eine Reihe von Kategorien vorgestellt und zu erklären versucht, die sich mir im Zuge der Auswertung der Interviews dargeboten haben. Man kann diese Interviews klarerweise auch in andere Kategorienraster verpacken, wie ich sie u.a. auch selbst während der Arbeit vorübergehend hatte; um hier beispielhaft nur ein paar Schlagworte hinzuwerfen: »Körper«, »Interventionen«, »Gegenübertragungen«, »Erklärungshypothesen«, »Formen von Scham« usw. Letztlich habe ich mich dann aber für das hier vorgestellte, eher phänomenologisch am Schamerleben von Subjekt und Gegenüber orientierte Kategoriensystem entschieden, um so einen Angelpunkt für diese Arbeit zu haben, nämlich welche unterschiedlichen Dimensionen denn im Schamerleben bzw. in schamhaften Beziehungssituationen zu Tage treten können. Dabei möchte ich explizit anerkennen, dass diese Dimensionen nicht trennscharf zu unterscheiden sind, sondern vielmehr einige Überlappungen aufweisen und in interdependentem Verhältnis zueinander stehen. Ziel war aber auch nicht, eine einheitliche oder konsistente Theorie des Schamphänomens vorzulegen – dafür sei auf die bereits zitierte Literatur verwiesen (siehe Abschnitt 2). Anvisiert war vielmehr ein Versuch, Scham phänomenologisch aus der interpersonellen Situation heraus zu beschreiben und verstehen.

In diesem Sinne bzw. auch im Lichte der zuvor vorgestellten Dimensionen, möchte ich an dieser Stelle daher auch davon absehen, Scham als ein

homogenes Phänomen zu konzipieren. Ein solcher Zugang mag auf mancher theoretischen Ebene gut und sinnvoll sein, aus phänomenologischer Sicht erscheint es mir im Gegenzug aber wichtig, gerade auch Diversität und Nuancen aufzuzeigen. In diesem Geiste habe ich in der vorliegenden Arbeit auch auf eine Begriffs*definition* von Scham verzichtet und sehe sie in ihrer Gesamtheit eher als einen Versuch, das Phänomen Scham, wie Immanuel Kant (nach Einsiedler, 1999, S. 11-12) bezüglich empirischer Phänomene generell anregt, stattdessen durch eine Begriffs*explikation* greifbar zu machen. Die oben vorgestellten Kategorien stellen in diesem Verständnis unterschiedliche Dimensionen von Scham dar, die in einer je individuellen Komposition und Dynamik abhängig vom jeweiligen Subjekt und der jeweiligen Situation auftreten. In diesem Sinne lässt sich Scham wohl als Komplex beschreiben, charakterisierbar anhand einer bestimmten affektiven Tönung und einer bestimmten Dynamik, und weniger durch die Präsenz oder Dominanz eines einzelnen, herausgegriffenen Elements. Dem folgend hat Scham wohl auch ausgefranste Enden und Überlappungen mit anderen unserer Konzepte, ebenso wie Scham als Affekt vermutlich nicht bloß in Reinform auftritt (sofern es das reale Phänomen Scham so klar abgegrenzt gäbe, wie es die sprachliche Kategorisierung suggeriert), sondern in einem Wechselverhältnis und im Verbund mit anderen Affekten. Schließlich möchte ich hier auch keinen Anspruch auf ein vollständiges Bild all dieser Dimensionen erheben; sie sind letztlich nur das, was sich aus diesen Interviews, mit dieser Auswertungsmethode und unter Beteiligung dieser Codierer (d.h., meiner Person) ergeben haben.

Um sie an dieser Stelle noch einmal zusammenfassend aufzulisten, haben sich unter den gegebenen Voraussetzungen die folgenden Dimensionen von Scham heraus schälen lassen:

- Hemmung und Blockierung
- Fehler und Bewertung
- Mangel an Sicherheit und Vertrauen

- Fehlende Zuversicht
- Verzerrte Wahrnehmung
- Orientierungslosigkeit und Verwirrung
- Anstrengung
- Rückzug, Verslossenheit, Verstecken
- Abwehr, Grenzziehung, Widerstand
- Ohnmacht und Dekompensation
- Aggression
- Paradoxien und Ambivalenzen

Ich möchte noch einmal unterstreichen, dass diese Kategorien nicht trennscharf sind, dass sie vielmehr eng verflochten und miteinander verstrickt sind. Auch wenn sie sich aus Interviews mit sechs unterschiedlichen Therapeutinnen ergeben haben, die sie wiederum in ihren Reflexionen auf unterschiedliche Patientinnen bezogen, so ließen sich doch stets mehrere dieser Kategorien bei ein und derselben Patientin, in ein und derselben Situation finden. Sie stellen so mehr unterschiedliche Aspekte desselben Phänomens dar, im Idealfall jenes der Scham, denn distinkte, eigenständige Phänomene, welche sich analytisch klar differenzieren ließen. Natürlich findet sich beispielsweise Anstrengung wo Aufmerksamkeit und damit Energie aufgewendet werden muss, um Fehler zu vermeiden; der Punkt ist lediglich, dass mit einer Reduktion auf Fehlervermeidung, unter Auslassung der Anstrengung, die Lebenswirklichkeit unvollständig erfasst wäre, da die damit verbundene Anstrengung eben *auch* ein zentraler Bestandteil des Erlebens ist.

Therapeutisch hoffe ich, dass diese Dimensionen insofern von Wert sein können, dass sie unterschiedliche Blickwinkel und Zugänge auf Scham ermöglichen. Sie erlauben es möglicherweise in der Arbeit mit einer konkreten Patientin, den Blick und die Exploration auf Dimensionen zu lenken, die vielleicht vernachlässigt oder noch nicht bemerkt wurden, oder im Falle der jeweiligen Patientin auch gar nicht anzutreffen sind. In diesen Szenarien bieten sie dadurch vielleicht Anstöße, die

therapeutische Zusammenarbeit in andere Richtungen zu erweitern. Darüber hinaus habe ich versucht, bei den jeweiligen Kategorien auch unterschiedliche Ansatzpunkte für therapeutische Interventionen aufzuzeigen. Persönlich erscheinen mir hier die verschiedenen Metaphern von besonderem Wert, die ja einerseits auf unterschiedliche Dimensionen verweisen, andererseits Möglichkeiten zur kreativ-symbolischen Bearbeitung bieten, gerade in einem gestalttherapeutischen Kontext.

5.2 Rückbezug zur Literatur.

Ich denke, dass die hier vorgestellten Befunde sich gut in die eingangs vorgestellte Theorie einfügen. Das mag in allererster Linie dem entscheidenden Selektionsfaktor in beiden Arbeitsteilen, dem theoretischen wie auch dem empirischen, geschuldet sein: der Person des Autors. Zuallererst insofern natürlich in beiden Arbeitsschritten, dem theoretischen wie auch dem empirischen, unzählige Selektionsschritte meinerseits durchgeführt wurden. Denn auch der theoretische Teil wurde offensichtlich von mir verfasst, was eine Selektion innerhalb der verfügbaren Literatur erforderte, wie auch ein bestimmtes Verständnis und eine bestimmte Darstellung der Literatur implizierte. Darüber hinaus (ver-)leitete mich wohl das Literaturstudium dazu, gerade gewisse Fragen zu stellen, Interviewteile in gerade einer gewissen Weise zu verstehen, zu deuten und entsprechend hier wiederzugeben.

Auf einer anderen Seite ging es in den Interviews wenig und in der Darstellung hier dann noch einmal weniger um theoretische Überlegungen zur Scham, ihre Genese etwa. Schwerpunkt war, oder sollte zumindest sein, eine phänomenologische Annäherung an die unterschiedlichen Dimensionen der Scham in einer interpersonellen Situation. Soweit dies in der rezipierten Literatur Thema war und hier in der Einleitung auch reflektiert wurde, deckten sich die Ergebnisse hier im Wesentlichen mit den Darstellungen in der Literatur.

Das soll aber nicht gewisse Variationen und Ergänzungen verdecken. Einen Unterschied sehe ich etwa in der Gewichtung dieser Aspekte. In der Literatur nahmen meiner Wahrnehmung zufolge Strategien zur Vermeidung, Abwehr oder auch Kompensation von Scham, die oberflächlich kontrastieren mit alltäglichen Vorstellungen von Scham, ein stärkeres Gewicht als in den Interviews ein. Dazu zähle ich etwa Aggression, Gewalt, Geltungsstreben, betonte Lockerheit und Offenheit, Exhibitionismus und dergleichen mehr. In den Interviews hingegen spielten diese, bis auf eines, in welchem besonders Aggression im Vordergrund stand (T6), nur eine sehr geringe bis gar keine Rolle. Auch dies mag mehreren Faktoren geschuldet sein: dass in den Interviews die Schamsituation in der Regel anhand eines einzigen oder sehr weniger Fälle erörtert wurde, was wohl eher dazu verleitet, von einem direkt ausgedrückten Schamerlebnis zu berichten, und nicht auf ein abgewehrtes und mithin eher vermutetes denn bestätigtes zurückzugreifen; oder umgekehrt, dass in der rezipierten Literatur das Thema Scham zum Teil im Kontext des Konzepts Narzissmus verarbeitet wurde, welches möglicherweise eher mit den oben genannten Abwehrformen in Verbindung gebracht wird als eine Frage nach Scham oder Schamsituationen (speziell wenn diese Frage ja in einer gewissen Weise eher ein Erleben des Affekts suggeriert, mehr als seine Abwehr); oder schließlich dass das theoretische Studium vergleichsweise stärker von tiefenpsychologischem Gedankengut gefärbt war, wo solche Formen von Abwehr oder Verdrängung möglicherweise zentralere Rolle spielen als dies für einen phänomenologischen Zugang zu vermuten ist. Wie dem auch sei: an dieser Stelle ist es mir wichtig zu betonen, dass ich darin nun keinen Gegensatz oder Widerspruch sehe, eher den wichtigen Hinweis, dass die vorgestellten Dimensionen kein erschöpfender Überblick über die vielfältigen Aspekte von Scham sein können – und dass die hier vorliegende Arbeit in dieser Hinsicht wohl noch zu ergänzen ist, etwa hinsichtlich der Dimensionen Abwehr und Kompensation von Scham.

In diesem Sinne sollte auch angemerkt werden, dass dieser Unterschied zwischen der Literatur und den empirischen Ergebnissen zu einem Teil ein

gradueller ist, ein Verweis auf unterschiedliche Schwerpunkte. In weiterer Folge muss daher einschränkend aus methodologischer Perspektive darauf verwiesen werden, dass diese Arbeit aber eben gerade keine messende und dahingehend vergleichende ist, die Feststellung einer solchen quantitativen Verschiedenheit somit auch die notwendige Validität missen lässt und bestenfalls einen Eindruck widerspiegelt.

Einen weiteren Unterschied sehe ich darin, wie in den Interviews die Therapeutinnenrolle reflektiert wurde, oder konkreter, wie Schamgefühle der Therapeutin und auch mögliche Beschämungen durch die Therapeutin thematisiert wurden (siehe Abschnitte 2.6 und 2.7 zur theoretischen Zusammenfassung). Im Unterschied zur Literatur wurden Schamgefühle der Therapeutin in den Interviews gar nicht erwähnt. Das hat vor allen Dingen ganz bestimmt mit der Ausrichtung der Interviews zu tun, wurde doch explizit nach dem Schamerleben der Patientin gefragt, nicht jenem der Therapeutin. Im Zuge der Interviews wurde zwar schon auch erfragt, wie es denn der Therapeutin in diesen Situationen erging, wie ihr Erleben und ihre Gegenübertragungsreaktionen waren. Entsprechende Erfahrungen, hinter denen möglicherweise schamähnliches Erleben stehen könnten, wurden wohl berichtet, wie auch im obigen Teil der Arbeit vorgestellt, etwa in Unsicherheiten, Zweifeln oder auch dem Gefühl, Fehler zu machen und nicht gut genug zu arbeiten. Allerdings wurden diese nicht mit dem Begriff der Scham vorgestellt, also nicht als Schamerfahrungen gerahmt. Insofern bleibt hier offen, aus welchen Gründen Scham auf Seiten der Therapeutin in den Interviews nicht vorkam: sei es weil es schlicht zu keinen Schamerleben kam, weil es nicht als solches wahrgenommen wurde (sondern eben anders gerahmt war), oder einfach in den Interviews nicht oder zumindest nicht so angesprochen wurde.

Ebenfalls interessant waren die Auffassungen der Interviewten, ob sie bereits selbst möglicherweise eine Patientin beschämt haben könnten. Dieser Punkt wurde in den Interviews nicht aktiv erfragt und daher auch nur in zwei davon

spontan von der Interviewten eingebracht. Die beiden Positionen schienen mir recht unterschiedlich auszufallen, insofern die eine Therapeutin nicht ausschließen wollte, dass so eine Beschämung in der Therapie schon einmal vorgekommen sei (T3), während die andere davon sprach, dass wir als Therapeutinnen ja „dauernd in die Gefahr geraten, unsere Klienten zu beschämen“, und dass das folglich auch manchmal geschehe (T4).

Ich führe diese Variationen v.a. auf ein unterschiedliches Verständnis von Beschämung zurück. Immerhin ist es wohl diskutabel, ob das Auslösen von Schamgefühlen schon als Beschämung zu verstehen ist – etwa im Falle, dass bei einer Patientin z.B. eine im therapeutischen Setting evozierte Erinnerung an ein persönliches Schamerlebnis auch die entsprechenden Schamgefühle reaktiviert. Man könnte es auch anders sagen: ob es Beschämung ist, wenn im Rahmen der therapeutischen Beziehung Schamgefühle in der Übertragung geweckt werden. Dies verweist natürlich auf die schwer zu ziehende und in einem gewissen Sinne wohl auch nur hypothetische Unterscheidung zwischen Übertragung und anderen, sozusagen genuin aus der aktuellen Situation heraus entstandenen Gedanken und Gefühlen.

Hier könnte man nun an einer Beantwortung dieser Frage arbeiten, was denn nun Beschämung im therapeutischen Kontext (oder auch darüber hinaus) eigentlich genau bedeute – oder aber zunächst einmal prüfen, ob dies denn tatsächlich die wesentliche Frage ist. Denn auch wenn es gelänge, einen solchen Antwortvorschlag hier zu erarbeiten, so ändert dieser wohl zunächst einmal nichts am Erleben der Patientin. Selbst wenn eine Therapeutin zu dem Schluss kommt, dass es sich in einer bestimmten therapeutischen Szene nicht um Beschämung handelte, etwa weil es als Übertragungsphänomen aufgefasst wird, kann (und im Falle einer Übertragung in einem engeren Sinn: wird) die Patientin dies ganz anders verstehen. Ähnliches gilt mit verkehrten Vorzeichen auch für das umgekehrte Szenario. Dies wirft uns auf die therapeutische Binsenweisheit zurück, dass die therapeutische Aufgabe nicht so sehr darin besteht,

festzustellen, ob »tatsächlich« eine Beschämung erfolgt sei, sondern vielmehr am Erleben der Patientin zu bleiben, dieses mit dem eigenen abzugleichen und ggf. aufzugreifen – und nicht, die Patientin von einer »Wahrheit« über die interpersonelle Situation zu überzeugen. Insofern geht es nicht so sehr darum, hier eine »richtige« Antwort oder gar einen therapeutischen »Fehler« zu finden, als vielmehr den eigenen Standpunkt für den interpersonellen Dialog für sich klar zu bekommen.

Diese Behauptung soll nicht abstreiten, dass es klarerweise auch Beschämungen durch Therapeutinnen geben kann, die unangebracht sind und nicht einfach durch einen Verweis auf Übertragung, intersubjektive Wahrheit oder therapeutischen Dialog verwischt werden sollten. Ich kann an dieser Stelle auf solche Fälle hier nicht näher eingehen und nur naiv davon ausgehen, dass diese bei respektvoller therapeutischer Arbeit nach »bestem Wissen und Gewissen« (von einem humanistischen Standpunkt könnte man dies wohl auch über Martin Bubers Haltung des Ich-Du konzipieren) die Ausnahme darstellen. Sofern eine solche grundsätzliche Haltung vorherrscht, reduziert sich die Gefahr einer Beschämung zumindest insofern als die Intentionalität keine beschämende Qualität annimmt. Wie Saul Bellow in seinem Roman „Mr. Sammlers Planet“ durchaus interpersonell schrieb: „Er war nicht so sehr durch das Ereignis persönlich gekränkt, als durch den Willen zur Kränkung betroffen.“

Ich habe diese beiden Punkte, die potentielle Beschämung (oder eben Nicht-Beschämung) einer Patientin, wie auch das potentielle Erleben von Scham in der Gegenübertragung, hier hervorgehoben, da je nachdem, wie man diese Fragen als Therapeutin in Bezug auf eine gewisse Szene für sich beantwortet, dieser eine bestimmte Rahmung verliehen wird, welche wiederum Konsequenzen für die eigene Haltung und das folgende Handeln mit sich bringt. Und diese Frage der Rahmung, samt ihren Konsequenzen für Haltung und weitere interpersonelle Handlungen, ist ja wiederum ein ganz zentraler Teil auch im Erleben der Patientinnen. Insofern erscheint es mir wertvoll, die eigene therapeutische

Rahmung dahingehend gerade in der Arbeit mit schambeladenen Patientinnen zu beachten und für die therapeutische Tätigkeit zu nutzen.

Zurück zum Abgleich mit der Fachliteratur zum Thema Scham. Was ist nun der Gewinn dieser Arbeit, über das in der Literatur bereits zu Findende hinaus? Ich würde diese Frage dahingehend beantworten, dass der Wert dieser Arbeit gerade in den dargestellten Dimensionen liegt, genauer: in einer etwas erweiterten und vertieften Elaboration dieser. Ich hoffe, dass es gelungen ist, unterschiedliche Seiten in »dem« Phänomen Scham aufzuzeigen, und dass auch nachvollziehbar ist, wie diese Seiten ineinandergreifen – kurz, wie zuvor bereits erwähnt, dass Scham eben vielleicht besser als Komplex mit einer spezifischen (intrapsychischen wie auch interpersonellen) Dynamik zu verstehen ist, denn als *ein* bestimmter Affekt oder *ein* bestimmtes Beziehungsgeschehen. Insofern sehe ich eine gewisse hier erfolgte Erweiterung darin, dass mehrere Aspekte nebeneinander gestellt wurden, inklusive solcher, die in der Literatur zum Teil gar nicht oder nur in untergeordneter Rolle aufscheinen. Dazu zähle ich etwa jene Inhalte, die hier unter den Kategorien von Orientierungslosigkeit, Anstrengung, fehlende Zuversicht, Ohnmacht oder auch Ambivalenzen behandelt worden sind. Es mag mit Recht eingewandt werden, dass diese keine Alleinstellungsmerkmale von Scham seien, insofern nicht notwendigerweise sehr charakteristisch für Schamerleben sind und dieses der Gefahr einer gewissen Beliebigkeit aussetzen; das ändert aber nichts daran, dass sie m.E. wesentlich *auch* für die Lebenswirklichkeit der Schamerlebenden sind. Schließlich kann z.B. Rückzug aus diversen Gründen erfolgen und sehr unterschiedlich erfahren werden, mitunter auch gänzlich frei von Leidensdruck; spezifischer und erlebnisnäher wird die Beschreibung aber, wenn wir auch potentiell damit verbundene Ohnmachtsgefühle oder Einschränkungen ins Bild nehmen. Sofern eine Erweiterung und Vertiefung dieser Dimensionen von Schamerleben insofern gelungen ist, hilft dies hoffentlich auch dem Verständnis des Phänomens und macht es etwas fassbarer – zwar nicht im Sinne einer Begriffsdefinition, aber einer Begriffsexplikation, wie zuvor ausgeführt.

Darüber hinaus sehe ich einen Unterschied zu einigen der theoretischen Ansätze darin, dass ich versucht habe, diese Aspekte relativ gleichwertig nebeneinander zu stellen. In der Literatur findet sich häufig ein bestimmter dieser Aspekte (z.B. negative Bewertung des Selbst) hervorgehoben und als das Wesentliche oder Ursächliche der Scham erläutert, wohingegen die anderen Aspekte als Folgen oder Begleitumstände diskutiert werden. Dies ist sehr nachvollziehbar und auch Kern eines theoretischen Entwurfs der Scham; da von einem solchen hier aber abgesehen wurde und die Aspekte zunächst einmal nur festgestellt und -gehalten werden sollten, ergab sich hier ein weniger hierarchisches, damit vielleicht auch chaotischeres Bild. Vor diesem Hintergrund, meine ich, erscheint denn Scham auch eben mehr als vergleichsweise weniger strukturierter Komplex, als Dynamik dieser Komponenten, denn als ein Phänomen, welches ja schon durch die verwendete grammatikalische Einzahl Einheit suggeriert.

Diesem Gedanken eines komplexen Phänomens mit sehr unterschiedlichen Aspekten folgend, die je unterschiedlich gewichtet sein können und damit auch der Dynamik eine je eigene Form verleihen können, hoffe ich ferner, dass es auch gelungen ist, aufzuzeigen, dass es unterschiedliche Ansatzpunkte für die therapeutische Arbeit mit Scham geben kann. Je nachdem welcher Aspekt bei einer bestimmten Patientin gerade relevanter zu sein scheint, welcher vielleicht auch einfach mehr im Vordergrund zu stehen scheint, oder welcher auch prägnanter von der Therapeutin wahrzunehmen ist, kann man sich unterschiedlich an diesen Komplex der Scham annähern. Mit diesen Dimensionen im Kopf lässt sich umgekehrt aber auch gerade ein Wechsel in der therapeutischen Arbeit versuchen, um es etwa auf einer Achse zu probieren, die bislang vielleicht wenig bis gar nicht aufgetaucht ist. Auf diese Weise hoffe ich, dass diese Arbeit hier auch therapeutisch anregend sein könnte.

5.3 Scham als intrapsychisches oder interpersonelles Geschehen?

Ich halte es für angezeigt, speziell auch noch auf ein wesentliches Attribut der Forschungsfrage zurückzukommen, nämlich Scham konkret als *interpersonelles* Phänomen zu verstehen. Hier möchte ich also noch einmal diese interpersonelle Seite der Scham reflektieren.

Im Zuge der Arbeit wurde für mich immer deutlicher, dass wohl sowohl ein ausschließlich oder auch nur prioritär intrapsychisches wie auch ein interpersonelles oder intersubjektives Verständnis in meinen Augen zu kurz greifen. Ähnlich wie sich Dichotomien zwischen Körper und Geist, zwischen Natur und Kultur nur durch eine Synthese der vermuteten Antinomie lösen oder zumindest (scheinbar) aufweichen lassen (z.B. indem es als Teil der menschlichen Natur verstanden wird, Kulturwesen zu sein, vgl. Schmidbauer, 2015, S. 187), so schien es mir immer weniger sinnvoll, Scham über einen rein interpersonellen Zugang nachzuzeichnen. Zu analytischen Zwecken scheint diese Unterscheidung absolut nachvollziehbar und sinnhaft zu sein, beispielsweise um Details der interpersonellen Dimension deutlicher herauszuarbeiten; den ganzen Komplex der Scham wirklichkeitsgetreu aber so beschreiben und erklären zu wollen, mutet mich als eine drastische Komplexitätsreduktion an, welche dabei eben einiges von der interaktiven Dynamik der Scham opfert. Auf die Gefahr hin, alles in einem Verweis auf eine nebulöse Dynamik zu verklären, halte ich nach der Dissektion in einige Kategorien nun den Hinweis für angebracht, dass es wohl das Verständnis für eine Dynamik zwischen psychischen und interpersonellen Faktoren braucht. Denn woraus konstituiert sich denn diese interpersonelle Dynamik, jene zwischen einem Subjekt und dem Gegenüber, wenn nicht genau aus diesen intrapsychischen Variablen welche die Persönlichkeit des Subjekts ausmachen, mit denen es sich in die Situation einbringt?

Dies vorausgeschickt hoffe ich, dass bei der Vorstellung der einzelnen Kategorien die interpersonellen Aspekte der jeweiligen Kategorie deutlich und auch

nachvollziehbar wurden – und wie diese wiederum in Wechselwirkung mit der Persönlichkeit des schamerlebenden Subjekts stehen. Ich habe mich hier *nicht* damit beschäftigt, wie Scham entwicklungspsychologisch entsteht; ebenso wenig war es Teil der Arbeit, wie Scham bei bestimmten Individuen pathologische Formen anzunehmen vermag, etwa durch besonders häufige oder intensive Schambelastung. Ich bin vielmehr davon ausgegangen, wie Scham sich in der interpersonellen Situation der Psychotherapie zeigt, wie sie hier wahrgenommen und wie auch therapeutisch mit ihr umgegangen wird. Als Ergebnis lässt sich festhalten, dass die hier etablierten Dimensionen von Scham interpersonell sind, und zwar sowohl in dem Sinne, dass sie auf den interpersonellen Kontakt wirken, wie sie auch umgekehrt über zwischenmenschlichen Beziehungen berührt und verändert zu werden vermögen.

5.4 Scham als Regulation.

Welche ist nun, abschließend betrachtet, die Rolle von Scham in diesen interpersonellen Beziehungen? Es sind in dieser Arbeit schon ein paar Narrative zur Wirkung oder Funktion von Scham für interpersonellen Kontakt angeklungen, die sich sowohl in der Literatur wie auch diesen Interviews fanden (z.B. Rückzug, Grenzziehung, Schutz...). Ich möchte diesen Punkt hier noch einmal in der übergreifenden Idee einer Kontaktmodulation zur Diskussion aufgreifen. Konkret möchte ich dabei eine Darstellungsweise hinterfragen, wie sie sowohl in der gestalttherapeutischen Literatur wie auch an mancher Stelle in den hier vorgestellten Interviews anzutreffen war (und wie ich selbst in Abschnitt 4.8 formulierte), nämlich dass in der Begegnung der interpersonelle Kontakt vermieden oder reduziert würde. Dabei wurde auch in einem Interview betont, dass dies ja eben auch keine pathologische oder negative Eigenschaft ist, sondern eine Form der Kontaktregulation, die ja durchaus üblich und auch wertvoll sei (T1). Es erscheint mir ebenfalls passender, hier von »Regulation« zu

sprechen und diese von Begriffen wie Vermeidung, Unterbrechung, Reduktion oder Ähnlichem zu unterscheiden. Dies insofern m.E. Vorstellungen von Vermeidung, Unterbrechung oder Reduktion suggerieren, dass hier eben kein Kontakt stattfände, dass er unterbrochen wäre, oder dass dieser in einer wie auch immer vorzustellenden Form sich in einem Mehr und einem Weniger fassen ließe, also implizit quantifizier- oder gar messbar wäre. Bei dem Begriff der Regulation aber bleibt die Denkmöglichkeit erhalten, dass Kontakt ja durchaus stattfindet, auch nicht mehr oder weniger als in anderen Kontaktformen, aber dass die *Form* des Kontakts modifiziert wird. Diese Modulation mag auch eine quantitative Differenz beinhalten, doch sehe ich mich hier nicht imstande, eine solche zu beschreiben oder gar zu operationalisieren. Insofern scheint es mir zum jetzigen Zeitpunkt passender, diese Veränderung zuerst als eine qualitative zu begreifen, und zwar als Veränderung, welche sich auf genau jenen Dimensionen abspielt, die in dieser Arbeit vorgestellt wurden, und welche damit die Kontaktqualität verändert. In diesem Sinne würde es sich dann zunächst also einmal um eine qualitative Kontaktregulation handeln, und es wäre in bestimmten Szenarien beispielsweise angemessener, von vorsichtigem oder mit Unsicherheit behaftetem, denn von weniger, unterbrochenem oder vermiedenem Kontakt zu sprechen.

Diesen Punkt halte ich unter Rückgriff auf ein Interview für relevant, in dem unterstrichen wurde, wie es in früheren Tagen der Gestalttherapie bei Patientinnen problematisiert worden sei, wenn sie nicht »für sich einstanden« und sich nicht »zeigten«. In solchen Momenten sei ihnen in manchen Fällen ein „ich seh' dich nicht“ entgegen gebracht worden (T2). Die Gefahr sehe ich hier zum einen darin, dass in manchen Fällen gerade die Therapeutin die Scham der Patientin »über-sehen« haben könnte – und damit auch die Patientin selbst übersah. Zum anderen aktualisiert es u.U. ein weiteres Dilemma der Scham, nämlich dass die Patientin hier möglicherweise eine Beschämung erleben kann – eine Beschämung dafür, sich zu schämen. Letztlich kann dies auch auf die implizite Botschaft generalisiert werden, dass Scham und eine der Scham

entsprechende Beziehungsregulation negativ beurteilt wird. Dabei ist natürlich wichtig zu unterstreichen, dass dies auch als bewusste therapeutische Intervention, eine Provokation oder Konfrontation intendiert sein kann, mit potentiellen Chancen und positiven Effekten – und eben auch damit verbundenen Risiken. (Eine ähnliche Ausführung ließe sich wohl auch zu der ebenfalls bildhaften Beschreibung anstellen, ein bestimmter Dialog oder Prozess, möglicherweise ebenfalls aus Gründen der Scham, sei »oberflächlich« oder »seicht« verlaufen – oder im umgekehrten Sinne, »tief«.)

Diese Zurückhaltung, von Kontaktunterbrechung oder -reduktion zu sprechen, findet sich durchaus bereits in der (gestalttherapeutischen) Literatur, etwa bei Joyce (2014, S. 108-109) oder, wie schon im theoretischen Abschnitt 2.3 ausgeführt, bei Ulrich Moser und Ilka von Zeppelin (nach Tiedemann, 2016, S. 43), die Scham und das von ihr induzierte Verhalten sogar umgekehrt als Versuch interpretieren, Kontakt trotz aktuell zu bewältigender intrapsychischer Reorganisation aufrecht zu erhalten.

Man kann dies auch als eine Anregung zur Reflexion gestalttherapeutischer Vorstellungen von Kontakt oder der interpersonellen Situation aufnehmen. Nämlich konkret dahingehend, dass Kontakt auf den beiden daran beteiligten Seiten auch durchaus unterschiedlich erlebt werden kann (sei dies nun etwa intensiv, oberflächlich, unterbrochen, chaotisch oder wie auch immer). In diesem Sinne erschöpft sich eine Beschreibung eines solchen Kontakts eben nicht in einer von den Akteuren losgelösten Darstellung des Kontakts, der Vorstellung eines von den Subjekten losgelösten Zwischen. Ein solcher Versuch verschleiern eher den Erfahrungscharakter und damit verbunden die inhärente Subjektivität von Kontakt hinter einer Reifizierung desselben. Es ist evident, dass dies auch das Erleben der Therapeutin mit einschließt, und es ist sicherlich legitim und therapeutisch indiziert, dieses zu berücksichtigen und ggf. auch einzubringen; aber es scheint mir irr zu laufen, dies als »wahre« Beschreibung des gerade stattgefundenen interpersonellen Kontakts zu verstehen. Schließlich ist, wie aus

dieser Arbeit hoffentlich hervorgegangen ist, Scham nicht nur ein aktiver Gestalter davon, wie diese Kontakte auf der Bühne der Beziehungen verlaufen, sondern damit verbunden auch schon, wie diese wahrgenommen werden.

5.5 Grenzen der Arbeit und offene Punkte.

Abschließend bleibt mir, ein paar Schwächen dieser Arbeit wie auch offene gebliebene Punkte anzuführen. Auch diese Aufzählung muss notwendigerweise unvollständig bleiben, insoweit allfällige blinde Flecken meinerseits sich natürlich nicht nur durch die Arbeit selbst, sondern per definitionem ja auch durch diese Mängelliste hier ziehen müssen.

Ganz offensichtlich begrenzt ist diese Arbeit einerseits durch den hier spezifisch gewählten Zugang. Sowohl der Hintergrund der Interviewten wie auch mein eigener ist ein gestalttherapeutischer; auch wenn durch die Hinzunahme tiefenpsychologischer Literatur sowie von Lehrtherapeutinnen mit tiefenpsychologischem Hintergrund dies etwas zu erweitern versucht wurde, färbte das zweifellos auf die Ergebnisse ab. Dies wurde sicherlich noch dadurch verstärkt, dass alle Schritte des Arbeitsprozesses, von der Entwicklung der Fragestellung über Erhebung und Auswertung bis hin zur Verschriftlichung von meiner Person und, abgesehen von der fachlichen Betreuung der Masterthese, noch dazu alleine durchgeführt wurden. In dieser Hinsicht wäre es zweifellos wünschenswert, die gewonnenen Ergebnisse durch andere, zum Teil überlappende Studien zu prüfen.

Eine weitere Beschränkung ergibt sich daraus, dass versucht wurde, einen Zugang zur interpersonellen Schamsituation über Auskünfte von nur einer Seite dieser Interaktionen zu gewinnen, nämlich jener der Therapeutinnen, und unter Auslassung der direkten Berücksichtigung der Patientinnen – was somit ganz klar nur eine indirekte oder unvollständige Form der Erhebung darstellt. Es wurde schon auf die methodologische wie theoretische Unschärfe verwiesen (Abschnitt

3), dass hier versucht wurde, etwas phänomenologisch zu erfassen (Scham in der therapeutischen Situation), was nur aus der Analyse eines anderen Phänomens (den hier durchgeführten Interviews mit ihren Beschreibungen dieser Situationen) erschlossen wurde. In diesem Zusammenhang wäre es sicherlich lohnend, sich vertieft direkt mit Patientinnen auseinanderzusetzen, um diese Ergebnisse zu prüfen, zu erweitern, aber auch zu vergleichen, wie sich das Erleben und Beschreiben von Patientinnen mit jenem von Therapeutinnen deckt. Alternativ dazu wäre es auch über Methodentriangulation möglich und interessant, die hier vorgestellten Resultate zu überprüfen.

Darüber hinaus gibt es bestimmte Therapiesettings, aber auch Patientinnenpopulationen, auf die diese Ergebnisse nicht notwendigerweise extrapoliert werden können und bei denen mir die Hypothese nachvollziehbar scheint, dass die sich ergebenden Dimensionen anders ausfallen könnten. Ich denke hier etwa an Therapien vor einem interkulturellen Hintergrund, aber auch an die Arbeit mit Kindern, Paaren, oder auch Gruppen, die hier nur sehr kurz angeklungen sind.

Schließlich bieten sich natürlich auch fortführende Untersuchungen an. Um diese Anmerkungen hier etwas einzugrenzen bzw. zu spezifizieren, möchte ich nur darauf hinweisen, dass etwa, dem hier gefolgten interpersonellen Verständnis treu bleibend, sich weitere Studien zu unterschiedlichen Formen von Schamdynamik anbieten würden. Dies könnte auf mehreren Ebenen geschehen, etwa abzielend auf die Dynamik zwischen den hier postulierten Kategorien, aber auch speziell auf die interpersonelle Dynamiken, wobei auch noch genauer auf Gegenübertragungsreaktionen eingegangen werden könnte. Ebenso ließe sich Scham noch von einem speziellen intersubjektiven oder interpersonellen theoretischen Zugang erörtern. Als ein gegenwärtig sehr populäres Beispiel würde mir hier die Bindungstheorie einfallen, zu der sich, glaube ich, recht gut Brücken von den bisher bestehenden Überlegungen zu Scham bauen ließen.

LITERATURVERZEICHNIS

- Anderson, Harlene (1999). *Das therapeutische Gespräch. Der gleichberechtigte Dialog als Perspektive der Veränderung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bettighofer, Siegfried (2016). *Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Böhm, Andreas (2017). Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In Uwe Flick, Ernst von Kardorff & Ines Seinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 475-485). Reinbek: Rowohlt.
- Brisch, Karl Heinz (1999). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dreitzel, Hans Peter (2004). *Gestalt und Prozess. Eine psychotherapeutische Diagnostik oder: Der gesunde Mensch hat wenig Charakter*. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie.
- Dremmel, Kerstin (2016). *Theaterimprovisation. Improvisationstheater in der Arbeit mit psychotherapeutischen Gruppen. Ein prozessgeleiteter theorieverschränkter Praxisbericht*. Masterthesis, Donau-Universität Krems, Krems.
- Einsiedler, Wolfgang (1999). *Das Spiel der Kinder. Zur Pädagogik und Psychologie des Kinderspiels*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Flick, Uwe (2017a). Design und Prozess qualitativer Forschung. In Uwe Flick, Ernst von Kardorff & Ines Seinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 252-264). Reinbek: Rowohlt.
- Flick, Uwe (2017b). Triangulation in der qualitativen Forschung. In Uwe Flick, Ernst von Kardorff & Ines Seinke (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 309-318). Reinbek: Rowohlt.
- Fodor, Iris E. (1996). A Woman and Her Body. The Cycles of Pride and Shame. In Robert G. Lee & Gordon Wheeler (Hrsg.), *The Voice of Shame*.

Silence and Connection in Psychotherapy (S. 229-265). Santa Cruz: GestaltPress.

- Fonagy, Peter, Gergely, György, Jurist, Elliot & Target, Mary (2004). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Fonagy, Peter & Target, Mary (Hrsg.) (2005). *Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Froschauer, Ulrike & Lueger, Manfred (2003). *Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme*. Wien: WUV.
- Gerl-Falkovitz, Hanna Barbara (2016). *Worüber schämt sich die Scham?* Vortrag am RPP Institut im Palais Liechtenstein in Wien am 21. Mai 2016, Zugriff am 07. Jänner 2021. Verfügbar unter <https://www.youtube.com/watch?v=I5fFP7W2eHA>.
- Glaser, Barney & Strauss, Anselm (2010). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber.
- Grechenig, Kathrin (2012). *Aspekte der Scham in der therapeutischen Arbeit mit suchtkranken Menschen*. Masterthesis, Donau-Universität Krems, Krems.
- Hermanns, Harry (2017). Interviewen als Tätigkeit. In Uwe Flick, Ernst von Kardorff & Ines Seinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 360-368). Reinbeck: Rowohlt.
- Hesiterkamp, Günter (2002). Enactments - Spielarten wechselseitiger Behandlung. In Sabine Trautmann-Voigt & Bernd Voigt (Hrsg.), *Verspieltheit als Entwicklungschance. Zur Bedeutung von Bewegung und Raum in der Psychotherapie* (S. 149-172). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hilgers, Micha (1996). *Scham. Gesichter eines Affekts*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Hopf, Christel (2017). Qualitative Interviews - ein Überblick. In Uwe Flick, Ernst von Kardorff & Ines Seinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 349-360). Reinbek: Rowohlt.
- Huckabay, Mary Ann (1996). Lesbian Identity and the Context of Shame. In Robert G. Lee & Gordon Wheeler (Hrsg.), *The Voice of Shame. Silence and Connection in Psychotherapy* (S. 143-175). Santa Cruz: GestaltPress.
- Jacobs, Lynne (1996). Shame in the Therapeutic Dialogue. In Robert G. Lee & Gordon Wheeler (Hrsg.), *The Voice of Shame. Silence and Connection in Psychotherapy* (S. 297-314). Santa Cruz: GestaltPress.
- Joyce, Phil & Sills, Charlotte (2014). *Skills in Gestalt Counselling and Therapy*. London: SAGE Publications Ltd.
- Kaufman, Gershen (1996). *The Psychology of Shame. Theory and Treatment of Shame-Based Syndromes*. New York: Springer.
- Kernberg, Otto F. (2016). *Hass, Wut, Gewalt und Narzissmus*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Kowal, Sabine & O'Connell, Daniel C. (2017). Zur Transkription von Gesprächen. In Uwe Flick, Ernst von Kardorff & Ines Seinke (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 437-447). Reinbek: Rowohlt.
- Küchenhoff, Joachim (2012). *Körper und Sprache. Theoretische und klinische Beiträge zu einem intersubjektiven Verständnis des Körpererlebens*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Lamnek, Siegfried (2005a). Qualitatives Interview. Siegfried Lamnek (Hrsg.): *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch* (S. 329-407). Weinheim: Beltz Verlag.
- Lamnek, Siegfried (2005b). Qualitative Inhaltsanalyse. In Siegfried Lamnek (Hrsg.), *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch* (S. 505-546). Weinheim: Beltz Verlag.
- Lee, Robert G. & Wheeler, Gordon (Hrsg.) (1996a): *The Voice of Shame. Silence and Connection in Psychotherapy*. Santa Cruz: GestaltPress.

- Lee, Robert G. (1996b): Shame and the Gestalt Model. In Robert G. Lee & Gordon Wheeler (Hrsg.), *The Voice of Shame. Silence and Connection in Psychotherapy* (S. 3-22). Santa Cruz: GestaltPress.
- Lee, Robert G. (1996c). The Waif and Mr. Hyde. One Couple's Struggle with Shame. In Robert G. Lee & Gordon Wheeler (Hrsg.), *The Voice of Shame. Silence and Connection in Psychotherapy* (S. 177-201). Santa Cruz: GestaltPress.
- Lewin, Kurt (1951). *Field Theory in Social Science. Selected Theoretical Papers*. New York: Harper & Brothers.
- Leygraf, Dorothea (2002). Kontakt - Spiel der Gesten und Körpersignale. In Sabine Trautmann-Voigt & Bernd Voigt (Hrsg.), *Verspieltheit als Entwicklungschance. Zur Bedeutung von Bewegung und Raum in der Psychotherapie* (S. 141-147). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Lichtenberg, Philip (1996). Shame and the Making of the Social Class System. In Robert G. Lee & Gordon Wheeler (Hrsg.), *The Voice of Shame. Silence and Connection in Psychotherapy* (S. 269-295). Santa Cruz: GestaltPress.
- Lobb, Margherita Spagnuolo (2006). Die therapeutische Begegnung - eine improvisierte Kokreation. In Margherita Spagnuolo Lobb & Nancy Amendt-Lyon (Hrsg.), *Die Kunst der Gestalttherapie. Eine schöpferische Wechselbeziehung* (S. 45-59). Wien: Springer.
- Lorenzer, Alfred (1973). *Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Vorarbeiten zu einer Metatheorie der Psychoanalyse*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Mathys, Maryse (1996). Absence and Shame. A Cross-Cultural Encounter. In Robert G. Lee & Gordon Wheeler (Hrsg.), *The Voice of Shame. Silence and Connection in Psychotherapy* (S. 337-350). Santa Cruz: GestaltPress.
- Mayring, Philipp (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz Verlag.

- Mayring, Philipp (2017). Qualitative Inhaltsanalyse. In Uwe Flick, Ernst von Kardorff & Ines Seinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 468-475). Reinbek: Rowohlt.
- Meinefeld, Werner (2017). Hypothesen und Vorwissen in der qualitativen Sozialforschung. In Uwe Flick, Ernst von Kardorff & Ines Seinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 265-275). Reinbek: Rowohlt.
- Mentzos, Stavros (2013). *Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre und Berücksichtigung neuerer Perspektiven*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Merkens, Hans (2017). Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In Uwe Flick, Ernst von Kardorff & Ines Seinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 286-299). Reinbek: Rowohlt.
- Peichl, Jochen (2018). *Narzisstische Verletzungen der Seele heilen. Das Zusammenspiel der inneren Selbstanteile*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Perls, Frederick S., Hefferline, Ralph F. & Goodman, Paul (1991). *Gestalt-Therapie. Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Perls, Fritz (1995). *Grundlagen der Gestalt-Therapie. Einführung und Sitzungsprotokolle*. München: Pfeiffer.
- Perls, Frederick S., Hefferline, Ralph F. & Goodman, Paul (2006). *Gestalttherapie. Grundlagen der Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung*. Stuttgart: Clett-Kotta.
- Perls, Frederick S., Hefferline, Ralph F. & Goodman, Paul (2007). *Gestalttherapie. Zur Praxis der Wiederbelebung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Perls, Laura (2005). *Leben an der Grenze. Essays und Anmerkungen zur Gestalttherapie*. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie.
- Polster, Erving & Polster, Miriam (1974). *Gestalt Therapy Integrated. Contours of Theory and Practice*. New York: Vintage Books.

- Reichertz, Jo (2017). Abduktion, Deduktion und Induktion in der qualitativen Sozialforschung. In Uwe Flick, Ernst von Kardorff & Ines Seinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 276-286). Reinbek: Rowohlt.
- Roubal, Jan (2018). An Experimental Approach: Follow by Leading. In P. Brownell (Hrsg.), *Handbook for Theory, Research and Practice in Gestalt Therapy*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Römer, Inga (2017). Scham. Phänomenologische Überlegungen zu einem sozialtheoretischen Begriff. *Gestalt Theory*, Vol. 39 (2/3), S. 313-330.
- Rudolf, Gerd (2010). *Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma*. Stuttgart: Schattauer.
- Schmidbauer, Wolfgang (2015). *Hilflose Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Schmidt, Christiane (2017). Analyse von Leitfadeninterviews. In Uwe Flick, Ernst von Kardorff & Ines Seinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 447-456). Reinbek: Rowohlt.
- Seidler, Günter H. (1995). *Der Blick des Anderen. Eine Analyse der Scham*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Simon, Stuart N. & Geib, Pamela (1996): When Therapists Cause Shame. Rupture and Repair at the Contact Boundary. In Robert G. Lee & Gordon Wheeler (Hrsg.), *The Voice of Shame. Silence and Connection in Psychotherapy* (S. 315-335). Santa Cruz: GestaltPress.
- Singer, Allan (1996). Homosexuality and Shame: Clinical Meditations on the Cultural Violation of Self. In Robert G. Lee & Gordon Wheeler (Hrsg.), *The Voice of Shame. Silence and Connection in Psychotherapy* (S. 123-142). Santa Cruz: GestaltPress.
- Soeffner, Hans-Georg (2017). Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. In Uwe Flick, Ernst von Kardorff & Ines Seinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 164-175). Reinbek: Rowohlt.

- Staemmler, Frank-Matthias (1993). *Therapeutische Beziehung und Diagnose. Gestalttherapeutische Antworten*. München: Pfeiffer.
- Staemmler, Frank-Matthias (1995). *Der leere Stuhl. Ein Beitrag zur Technik der Gestalttherapie*. München: Pfeiffer.
- Staemmler, Frank-Matthias (2015). *Das dialogische Selbst. Postmodernes Menschenbild und psychotherapeutische Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Stein, Kitty & Lee, Robert G. (1996). Chronic Illness and Shame. One Person's Story. In Robert G. Lee & Gordon Wheeler (Hrsg.), *The Voice of Shame. Silence and Connection in Psychotherapy* (S. 101-121). Santa Cruz: GestaltPress.
- Steinke, Ines (2017): Gütekriterien qualitativer Forschung. In Uwe Flick, Ernst von Kardorff & Ines Seinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 319-331). Reinbek: Rowohlt.
- Strauß, Bernhard (Hrsg.) (2008). *Bindung und Psychopathologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Streeck, Ulrich (Hrsg.) (2000). *Erinnern, Agieren und Inszenieren. Enactments und szenische Darstellungen im therapeutischen Prozeß*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Tiedemann, Jens L. (2016). *Scham*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Wheeler, Gordon (1996a). Self and Shame: A New Paradigm for Psychotherapy. In Robert G. Lee & Gordon Wheeler (Hrsg.), *The Voice of Shame. Silence and Connection in Psychotherapy* (S. 23-58). Santa Cruz: GestaltPress.
- Wheeler, Gordon & Jones, Daniel E. (1996b). Finding Our Sons: A Male-Male Gestalt. In Robert G. Lee & Gordon Wheeler (Hrsg.), *The Voice of Shame. Silence and Connection in Psychotherapy* (S. 61-99). Santa Cruz: GestaltPress.
- Wheeler, Gordon (1996c). Shame, Guilt, and Codependency. Dana's World. In Robert G. Lee & Gordon Wheeler (Hrsg.), *The Voice of Shame. Silence and Connection in Psychotherapy* (S. 203-227). Santa Cruz: GestaltPress.

- Wheeler, Gordon (2006). Kontakt und Kreativität: Der Gestaltzyklus im Kontext. In Margherita Spagnuolo Lobb & Nancy Amendt-Lyon (Hrsg.), *Die Kunst der Gestalttherapie. Eine schöpferische Wechselbeziehung* (S. 185-202). Wien: Springer.
- Wheeler, Gordon (2015). *Kontakt und Widerstand. Ein neuer Zugang zur Gestalttherapie*. Gladbach: EHP.
- Wurmser, Léon (1997). *Die Maske der Scham. Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten*. Berlin: Springer.
- Yontef, Gary M. (1996). Shame and Guilt in Gestalt Therapy. Theory and Practice. In Robert G. Lee & Gordon Wheeler (Hrsg.), *The Voice of Shame. Silence and Connection in Psychotherapy* (S. 351-380). Santa Cruz: GestaltPress.
- Yontef, Gary M. (1999). *Awareness, Dialog, Prozess: Wege zu einer relationalen Gestalttherapie*. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie.

ANHANG: INTERVIEWLEITFADEN

Eingangsfrage:

- Kommt es in therapeutischen Sitzungen zu Schamerleben bei Patient*innen? Können Sie hier zwei oder drei Situationen kurz beschreiben, idealerweise nicht zu weit zurückliegend.

Auslösende Situation, unmittelbar vor dem Schamerleben:

- In welchen Situationen kommt es zu solch einem Schamerleben? Können Sie die auslösende Situation etwas näher beschreiben?
Etwa: Wo ist die Aufmerksamkeit, was ist Gegenstand des Gesprächs – welche ist die aktuelle Figur/Gestalt (die eigene Körperlichkeit, bestimmte Emotionen, die aktuelle Situation, die aktuelle Beziehung, das eigene Selbst, eine Bewertungsszene..., ein anderes, drittes Thema)? Wie ist die wechselseitige Haltung, was ereignet sich auf der Beziehungsebene in solchen schamauslösenden Momenten – welcher ist der aktuelle Grund/Hintergrund?

(Beziehungs-) Veränderung in der Schamsituation:

- Was verändert sich mit dem Eintritt von Scham?
Etwa: woran erkennen Sie Scham beim Anderen? Wie lässt sich dieses Schamerleben phänomenologisch beschreiben? Was geschieht hier im Schamerleben auf der Beziehungsebene?
Wenn Sie sich in die Rolle der/des Patient*in versetzen: Woran könnte die/der Patient*in Scham bei sich erkennen? Wie lässt sich dieses Schamerleben phänomenologisch beschreiben? Was geschieht hier im Schamerleben auf der Beziehungsebene aus der Patient*innenperspektive?

Beziehungserleben als Gegenüber:

- Wie erleben Sie die Beziehung als Therapeut*in?

Etwa: Welche Gedanken, Empfindungen, Handlungsimpulse bemerken Sie bei sich? Welche Handlungen widerstreben Ihnen in solchen Momenten, was möchten Sie vermeiden? Was bedeutet dieses Schamerleben des Anderen für Ihre aktuelle Identität/Ihr Selbst, Ihr Befinden, Ihr Beziehungserleben (Ihre Rolle usw.)?

Beziehungserleben als Patient*in:

- Wenn Sie sich in die Rolle des/der Patient*in versetzen, was meinen Sie, wie die/der Patient*in die Situation erlebt?

Etwa: welche Wünsche und Bedürfnisse könnten bei der/dem Patient*in aufkommen? Welche lassen sich speziell auf der Beziehungsebene formulieren? Was könnte die/der Patient*in in diesem Augenblick vermeiden wollen, was verändern? Was bedeutet dieses Schamerleben in diesem Moment für die Identität/das Selbst, das Beziehungserleben (die Rolle) von der/dem Patient*in?

Therapeutisches Handeln:

- Wie reagieren Sie als Therapeut*in in solchen Momenten?

Etwa: schlagen Sie ein „Experiment“ vor, eine Wahrnehmungsübung, auf welcher Ebene sprechen Sie die/den Patient*in an (körperlich, emotional, kognitiv)? Mit welcher Haltung, mit welchem Beziehungsangebot begegnen Sie der/dem Patient*in (unterstützend, konfrontativ, begleitend...)? Gibt es spezielle theoretische Überlegungen welche Ihr Handeln in diesen

Momenten lenken, die Ihnen helfen? (Gestalt/Grund, Kontaktfunktion, Gestaltzyklus, Abwehrmechanismen, Support, Strukturniveau...)

Reaktion auf therapeutisches Handeln:

- Wie reagiert die/der Patient*in auf Ihr Handeln?
Etwa: Was sagt sie/er? Wie verändert sich ihre/seine körperliche Haltung?
Wie verändern sich die zuvor phänomenologisch beschriebenen Symptome des Schamerlebens?
- Wie interpretieren Sie diese Veränderung bei der/dem Patient*in?
Etwa: Als die Schamsituation auflösend, mildernd, nicht verändernd, vertiefend...?

Nachwirkung:

- Über die aktuelle Situation, die aktuelle Sitzung hinausgehend, wie ist die therapeutische Beziehung nach solchen Schamerlebnissen? Wie ist die Haltung der/des Patient*in Ihnen gegenüber? Wie ist ihre eigene Haltung zu der/dem Patient*in? Hat sich hier etwas verändert?