

Scham, Minderwertigkeit und Selbsthass überwinden

Was hat Zinédine Zidane mit sozialpsychiatrischen Klienten gemeinsam?

Von Andreas Knuf

Erst seit kurzer Zeit gewinnen Gefühle in der sozialpsychiatrischen (und auch in der psychotherapeutischen) Arbeit eine immer größere Bedeutung. Nach meiner Erfahrung sind es vor allem Angst und Scham, die für die Arbeit im Psychiatriebereich zentral sind. Während Angst viel thematisiert wird und ihre Überwindung zentrales Element sozial-psychiatrischer Arbeit ist, bleibt Scham oft unerkannt und unbearbeitet. Das ist tragisch, denn das destruktive Potenzial der Scham ist beachtlich. Es verstärkt die Symptomatik, führt zu erneuten Krisen, hat ungünstige soziale Folgen und behindert Genesungsprozesse.

Der destruktive Charakter der Scham

Scham ist ein ziemlich unbeliebtes Gefühl, niemand von uns will damit etwas zu tun haben. Dabei hat es wie alle anderen Gefühle eigentlich eine positive Funktion. Es wird zu den sozialen Gefühlen gezählt, die uns das Zusammenleben in der Gemeinschaft erleichtern und uns helfen, Teil der Gemeinschaft zu bleiben. Denn die Scham zeigt an, dass unser Verhalten in den Augen der anderen negativ bewertet werden könnte und uns womöglich der Ausschluss aus der Gemeinschaft droht. Da Scham hochgradig aversiv ist, versuchen wir sie zu vermeiden und verhalten uns in der Folge sozial angepasster (s. Lammers 2016 und Lammers & Ohls, 2017).

Scham löst verschiedenste destruktive Verhaltensweisen aus. Einige erinnern sich vielleicht noch an den Kopfstoß des französischen Star-Fußballers Zinédine Zidane beim Endspiel der Fußballweltmeisterschaft 2006. Wohl als Reaktion auf Beleidigungen gegen seine Mutter und seine Schwester

streckt Zidane in der 110. Minute beim Spielstand von 1:1 den italienischen Spieler Marco Materazzi mit einem Kopfstoß nieder. Es waren wohl verletzte Ehrgefühle, die dann Scham auslösten. Die Abwehr der Scham wiederum löste die Wut aus und trieb Zidane dann zu diesem unüberlegten Verhalten. Viele wissen noch wie die Geschichte weiter ging: Zidane wird des Platzes verwiesen, sein letztes Nationalspiel endet unrühmlich. Frankreich gerät danach aus dem Tritt und verliert schließlich im Elfmeterschießen, Italien wird Weltmeister.

Die destruktivste Folge von Scham im Sozialpsychiatriebereich ist sicher der Suizid. Viele Suizide dienen der innerpsychischen Bewältigung der Scham. Die im Sozialpsychiatriebereich verbreitetste Verhaltensweise, hinter der sich Scham verbirgt, ist der soziale Rückzug. Soziale Begegnungen würden den Betroffenen mit Schamgefühlen und befürchteten Stigmatisierungen konfrontieren und werden daher vermieden. Wenn wir uns klar machen, wie oft der soziale Rückzug Genesungsprozesse behindert (Knuf,



Andreas Knuf

Andreas Knuf ist Psychologe u. Psychologischer Psychotherapeut, früheres Redaktionsmitglied der Kerbe und hat 20 Jahre in psychiatrischen Institutionen gearbeitet. Heute ist er niedergelassener Psychotherapeut in Konstanz, Supervisor, Referent und Buchautor.

Seminarangebot

Zum Thema des Artikels bietet Andreas Knuf das Seminar „Scham, Schuld, Minderwertigkeit und Selbsthass überwinden“ an. Weitere Informationen unter: www.andreas-knuf.de

2016a) und teilweise sogar neue Krisen provoziert, wird deutlich, wie stark das destruktive Potential der Scham in diesem Bereich ist. Allgemein kann gesagt werden, dass Antrieb, Motivation, Erleben von Lebendigkeit, Lebensfreude, Selbstbewusstsein, Selbstbestimmung und andere wünschenswerte Eigenschaften durch den lähmenden Charakter der Scham reduziert werden. Scham steht also zentralen Behandlungszielen der Sozialpsychiatrie komplett entgegen.

Die tabuisierte Emotion

Scham ist eine hochgradig tabuisierte Emotion. Wir haben in der deutschen Sprache kaum Begriffe für Schamempfinden, ganz im Gegenteil etwa zu anderen Emotionen wie Angst, Freude oder Traurigkeit (Knuf 2013). Daran lässt sich bereits erkennen, dass über die Scham nicht viel gesprochen wird. Dieses gesamtgesellschaftliche Phänomen zeigt sich auch in der sozialpsychiatrischen Arbeit, denn auch da ist Scham nach meiner Erfahrung fast schon ein Tabu. Erst mit zunehmender Beschäftigung mit dem Thema

Scham wird die wirkliche Bedeutung dieser Emotion sichtbar und es zeigt sich, dass Scham mit sehr vielen Verhaltensweisen unserer Klienten verbunden ist. Es ist so ähnlich, wie wenn man überlegt ein neues Auto zu kaufen: Plötzlich sieht man gerade dieses Modell an jeder Straßenecke stehen. Was bisher kaum gesehen wurde, wird durch eine Beschäftigung mit dem Thema erst sichtbar. Hier ein paar typische Beispiele für den Zusammenhang von Scham und genesungsbehindernden Verhaltensweisen von Klienten:

- Fehlendes Krankheitsbewusstsein (die immer noch sogenannte „Krankheitsuneinsichtigkeit“) kann als schamvermeidende Strategie verstanden werden. So lange ich die Krankheit verleugne, muss ich mich nicht mit der beschämenden Tatsache der Erkrankung beschäftigen.
- Hinter vielen Absetzversuchen von Medikamenten und der Ablehnung von Behandlungsangeboten verbirgt sich Scham. Medikamente und Behandlung stehen quasi für die Tatsache krank zu sein. Werden diese abgelehnt, kann man sich vorübergehend Gesundheit suggerieren und schützt sich so vor den Schamgefühlen.
- Passivität und Interesselosigkeit sind oft durch Scham mitbedingt. Wird jemand aktiv oder greift alte Interessen wieder auf, so muss er sich mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit konfrontieren, wodurch Schamgefühle ausgelöst werden. Durch Passivität wird die Scham vermieden.

Scham zeigt sich bei verschiedenen psychischen Erkrankungen auf unterschiedliche Art. Das möchte ich gerne an zwei Beispielen aufzeigen, nämlich an psychotischen Krisen und Traumafolgestörungen.

Psychosen gehören mit zu den stigmatisiertesten Erkrankungen in unserer Kultur. Tatsächliche Stigmaerfahrungen, befürchtete Stigmaerfahrungen und Selbststigmatisierung führen zu Schamempfinden. Dies betrifft die Tatsache an einer Psychose erkrankt zu sein, bezieht sich

aber auch auf die Inhalte und Verhaltensweisen in einer Krise. Wer in der akuten Krise die Vorstellung hatte, dass er die eigenen Eltern umbringen möchte oder in der Krise die Nachbarn bedroht oder übelst beschimpft hat, der wird fast zwangsläufig nach der Krise mit Schamgefühlen konfrontiert sein. Die Folge davon (denn das legt die Scham nun mal nahe) ist der soziale Rückzug, eine der größten Schwierigkeiten, mit denen wir im Sozialpsychiatriebereich zu kämpfen haben. Da die Scham mit der Erkrankung und der Behandlung verbunden ist, wird oft die Beschäftigung mit vorherigen Krisen vermieden, was zur Folge hat, dass Frühwarnzeichen ignoriert und vorhandene Selbsthilfemöglichkeiten nicht genutzt werden. Durch Verhaltensweisen wie sozialer Rückzug oder der Vermeidung des Aufarbeitens von Psychoerfahrungen können erneute Krisen begünstigt werden. Möglicherweise kann die Scham sogar direkt erneute psychotische Krisen begünstigen, da auf der emotionalen Ebene Scham und Angst sehr eng miteinander verbunden sind und Scham daher Angsterleben begünstigen kann, wodurch wiederum paranoide Vorstellungen usw. gefördert werden.

Auch bei Traumafolgestörungen spielt Scham eine sehr große Rolle. So haben (fast) alle Borderline-Betroffenen mit starken Scham- und Minderwertigkeitsempfindungen zu kämpfen.

Traumatisierte Menschen haben oft viel Scham über das Trauma selbst. Sie beschuldigen sich teilweise, für das Trauma selber verantwortlich zu sein. So kommt es bei frühen Traumatisierungen in der Regel zu dem

Empfinden des Kindes, dass die Taten geschehen, weil das Kind schlecht ist und nichts Besseres verdient hat. Das Kind fühlt sich also für die Traumatisierung selber verantwortlich. Die Scham schlägt oft in Selbsthass um („Ich bin ein Stück Dreck!“), Selbstverletzungen, Suizidversuche und andere selbstschädigende Verhaltensweisen sind Folge dieses negativen Selbstbezugs.

Wie lässt sich Scham reduzieren?

Wenn wir erkennen, wie genesungsbehindernd sich Scham auswirkt, stellt sich natürlich die Frage, wie Schamempfinden bei Klienten reduziert werden kann. Wir betrachten hier beispielhaft einige Handlungsmöglichkeiten für professionell Tätige, die nicht in erster Linie psychotherapeutisch tätig sind, sondern dem Klienten in verschiedenen beraterischen und sozialpsychiatrischen Kontexten begegnen.

Wer die Überzeugung hat „Ich darf keine Fehler machen“, der wird sich zwangsläufig schämen und minderwertig fühlen, wenn etwas nicht gelingt.

Eine „Entschämung“ tritt alleine schon dadurch ein, dass man sich traut, das schambesetzte Verhalten oder die schambesetzte Eigenschaft anzusprechen

und die Erfahrung macht, dass die anderen darauf nicht mit Verachtung und sozialer Ausgrenzung reagieren. Doch diesen Mut muss man erst einmal aufbringen. Ohne ihn geht es nicht, denn eine Entschämung gelingt nicht durch das reine Fühlen der Scham, sondern die Habituation setzt voraus, dass man sich dem anderen zeigt. Wann immer möglich, sollten schambesetzte Themen also nicht vermieden werden, doch genau das passiert oft. Da Scham ansteckend ist (die sogenannte Fremdscham) entwickelt das Gegenüber ein sehr starkes Sensorium für schambesetzte Themen, die dann oftmals übergangen werden. Das betrifft klassische Themen wie Körpergeruch, aber auch psychologischere Themen wie Schamgefühle in Bezug auf Familie, Freundeskreis, Arbeitgeber usw.. Man lässt sich als Fachperson also leicht von der Scham des Gegenübers anstecken, was kurzfristig erleichternd wirkt, längerfristig dem Betroffenen aber schadet, da die entschämende Wirkung des Gesprächs und der Selbstoffenbarung nicht stattfinden kann.

Neben der sehr wichtigen Entschämung durch die Reaktion der Anderen, spielt der Selbstbezug eine sehr zentrale Rolle. Scham ist oft die Folge von Selbstkritik, hohen Ansprüchen an sich selber und Perfektionismus. Wer die Überzeugung hat „Ich darf keine Fehler machen“, der wird sich zwangsläufig schämen und minderwertig fühlen, wenn etwas nicht gelingt. Das gesamtgesellschaftliche Phänomen der hohen Selbstkritik macht auch bei Menschen

mit psychischen Schwierigkeiten nicht halt. Ganz im Gegenteil ist es dort oft sogar noch stärker ausgeprägt. Da Betroffene bei den typischen Leistungs- und Vergleichsthemen (beruflicher Erfolg, Familie, körperliche Attraktivität ...) oftmals schlecht abschneiden, sind Scham und Minderwertigkeitserleben die Folge. Wer an sich den Anspruch hat, beruflich mit dem gesunden Bruder mithalten zu können und dann frühberentet wird und in einer WfBM arbeitet, der wird zwangsläufig mit Scham konfrontiert.

Über viele Jahrzehnte wurde in der psychosozialen Arbeit versucht das Selbstwertgefühl der Klienten zu fördern, etwa indem erarbeitet wurde, was an Lebenserfolgen gelungen ist oder worauf jemand stolz sein kann. Doch Selbstwert basiert immer auf einem Vergleich mit anderen Menschen und im Vergleich schneiden unsere Klienten oftmals einfach schlecht ab. Daher ist die Frage berechtigt, ob das Selbstwertkonzept für unsere Arbeit wirklich geeignet ist. Ich persönlich glaube: Nein! Wie sollte ein auf Vergleich basierendes Konzept bei einer Klientengruppe funktionieren, die im Lebenslauf viele Misserfolge und Scheitern verarbeiten muss? Was wäre mit unserem Selbstwert, wenn wir mit 42 Jahren berentet worden wären, in einer WfBM arbeiten, nahe des Existenzminimums leben müssten, keine Partnerschaft leben würden und kaum eine Perspektive sähen, dass sich diese Situation jemals ändert? Mein Selbstwert wäre höchstwahrscheinlich im Keller und eine Depression wäre nicht unwahrscheinlich.

Seit einigen Jahren beginnt sich ein anderes Konzept zu verbreiten, welches nicht auf Vergleich basiert, das sogenannte Selbstmitgefühl (Knuf 2016b). Selbstmitgefühl meint, ganz allgemein formuliert, eine freundliche, wohlwollende, annehmende Grundhaltung sich selber gegenüber zu kultivieren, die auch leidvolle Empfindungen und Misserfolge annehmen kann und diese sogar als zum Leben eines jeden Menschen zugehörig versteht. Selbstmitgefühl ist genau das Gegenteil von jenem unfreundlichen, harten, oft unfair und nicht selten gnadenlosen Umgangsstil sich selbst gegenüber, den wir bei vielen psychi-atreriefahrenen

Menschen erleben. Da Selbstmitgefühl nicht auf einem Vergleich basiert und unabhängig von Leistung ist, ist dieses Konzept nach meiner Erfahrung für den sozialpsychiatrischen Kontext sehr gut geeignet. Studien zeigen: Klienten, die eine annehmende und freundliche Haltung sich selbst gegenüber entwickeln, haben ein höheres Wohlbefinden und können mit Krisensituationen und Einschränkungen deutlich besser umgehen. Das Selbstmitgefühlskonzept wird bereits in einigen psychiatrischen Einrichtungen genutzt, außerdem wurde ein spezielles Konzept für die Arbeit mit Psychose Klienten entwickelt (Brähler, C. et al., 2013).

Selbstmitgefühl führt beispielsweise dazu, dass sich das ganze Thema der Stigmatisierung deutlich verändert. Wurde am Anfang der Stigmadiskussion die Stigmatisierung vor allem im Außen verortet (soziales Umfeld, Medien, Arbeitgeber usw.), so zeigten sich mehr und mehr die negativen Folgen der Selbststigmatisierung (Knuf 2016a). Fremdstigmatisierung kann nur dann greifen, wenn sich der Betroffene selber stigmatisiert. Reduziert sich die Selbststigmatisierung, so verliert die Fremdstigmatisierung zwangsläufig ihre Kraft und die Scham wird deutlich weniger.

Schamreduktion durch Peers und „professionelle Nähe“

Gerade den Peers und sicher auch Betroffenen in der Selbsthilfebewegung kommt eine ganz zentrale Aufgabe beim Abbau von Scham zu. Durch ihre Vorbildfunktion und durch die Selbstöffnung schambesetzter Themen können sie es anderen Betroffenen deutlich erleichtern, eigene Schamthemen anzusprechen. Gerade bei schambesetzten Themen wie etwa schambesetzte Krisenerfahrungen oder die Tatsache der psychiatrischen Behandlung, können Peers eine Funktion übernehmen, die klassisch professionell Tätigen verwehrt ist.

Doch auch Fachpersonen können durch ihre Haltung und Beziehungsgestaltung viel zum Abbau von Scham beitragen, und umgekehrt können sie leider Scham sogar noch fördern. Je mehr professionell Tätige aus einer missver-

standenen Haltung der professionellen Distanz nichts von sich preisgeben, umso eher werden sich Klienten als „anders“ (und damit auch als „minderwertiger“) erleben. Klienten idealisieren dann oft den Helfer und werten sich in der Folge selber ab. Wenn professionell Tätige sich trauen, ihre eigene Scham zu überwinden und sich, soweit es passend ist, mit ihren eigenen Erfahrungen und dem Schildern allgemein menschlicher Erfahrungen einbringen, umso eher wird menschliche Nähe erlebt und damit Scham reduziert. Doch davon sind wir vielerorts noch weit entfernt. Ich kenne weiterhin Teams, in denen

sich die Teammitglieder nicht trauen, von eigenen psychischen Krisenerfahrungen oder psychischen Erkrankungen in ihrem familiären Umfeld zu sprechen.

Doch wenn eigene Grenzerfahrungen weiterhin schambefahet sind, muss Scham abgewehrt werden mit der Folge, dass Fachleute die Scham bei ihren Klienten schwer wahrnehmen. Es geht also zunächst um die Scham von uns Fachleuten, die Scham vor dem eigenen Versagen, vor eigenen psychischen Ausnahmesituationen, vor Scheitern und Fehlern. Im Idealfall können uns die Peers wiederum helfen, in unseren Teams eine Haltung zu etablieren, in denen eine möglichst große Offenheit für alle Empfindungen herrscht. ●

Gerade bei schambesetzten Themen können Peers eine Funktion übernehmen, die klassisch professionell Tätigen verwehrt ist.

Literatur

- Braehler, C., Harper, J. & Gilbert, P. (2013):** Compassion Focused Group Therapy for Recovery after Psychosis. In C. Steel (Ed.), Cognitive Behaviour Therapy for Schizophrenia: Evidence Based Interventions and Future Directions (pp. 236-266). Chichester: Wiley.
- Knuf, A. (2013):** Ruhe ihr Quälgeister. Wie wir den Kampf gegen unsere Gefühle beenden können. München: Arkana.
- Knuf, A. (2016a):** Empowerment und Recovery. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Knuf, A. (2016b):** Sei nicht so hart zu dir Selbst. Selbstmitgefühl in guten und in miesen Zeiten. München: Kösel.
- Lammers, C.H. (2016):** Emotionsfokussierte Methoden. Weinheim: Beltz.
- Lammers, M. & Ohls, I. (2017):** Mit Schuld, Scham und Methode. Köln: Balance-Verlag.