

TECHNISCHE ASPEKTE DER HANDHABUNG VON SCHAMKONFLIKTEN IN DER STATIONÄREN KURZGRUPPENPSYCHOTHERAPIE

TECHNICAL AND GROUP LEADING ASPECTS OF SHAME AFFECTS AND CONFLICTS IN INPATIENT SHORT-TERM GROUP PSYCHOTHERAPY

Micha Hilgers, Volker Tschuschke

Zusammenfassung

Fragestellung: Die Rolle von Schamaffekten in der Gruppenpsychotherapie, speziell der stationären Kurzgruppenpsychotherapie, wird theoretisch diskutiert. Unter Heranziehung einzelner empirischer Ergebnisse werden Risiken und Chancen schambesetzter Inhalte innerhalb der Gruppenprozesse besonders im Hinblick auf indikativ-prognostische, Gruppenzusammensetzungs- und technische Leiterhaltungsaspekte betrachtet.

Methodik: Die Literaturübersicht zur technischen Handhabung von Schamaffekten in der Gruppenpsychotherapie wird mit eigenen klinischen Erfahrungen integriert. Es werden störungs- und diagnosespezifische wie auch gruppenbezogene Dynamiken schambesetzter bzw. schamberührender Prozesse beleuchtet und auf evidenzbasierten Studien fußende technische Empfehlungen gegeben.

Ergebnisse und Diskussionen: Die Unvermeidbarkeit therapeutischer Arbeit an schambesetzten Konflikten wird hervorgehoben, allerdings müssen die Abgründe und Chancen einer Thematisierung – ihr zeitlicher und intensitätsbezogener Aspekt – jederzeit gegeneinander abgewogen werden, vor dem Hintergrund der individuellen wie auch der gruppen-spezifischen und -entwicklungsbezogenen Situation.

Schlüsselwörter Gruppentherapie – Kurzzeitgruppen-therapie – Scham – Schamaffekte – stationäre Therapie

Summary

Objectives: The role of shame affects in group psychotherapy, particularly in short-term group psychotherapy, is discussed. By capitalizing on empirical results, risks and challenges of the role and impact of shame regarding indication, prognosis, group composition and technical aspects of group leadership are highlighted.

Methods: A literature review on the technical aspects of leading a therapeutic group is integrated with own clinical experiences. Specific diagnostic and problem-related dynamics regarding shame within a group are dealt with. Technical recommendations are discussed.

Results and discussion: The impossibility to avoid work on shame-related issues is highlighted. However, careful attention has to be paid to possible pitfalls and chances of such topics, taking into account their timing and intensity. Work on shame issues has to simultaneously consider individual, group-specific and developmental aspects of the group.

Keywords group therapy – short-term group therapy – shame – shame effects – in-patient therapy

Einleitung

Psychotherapiepatienten haben bei der Auseinandersetzung mit sensiblen Themen mit Scham- und Unterlegenheitsgefühlen zu kämpfen, sie sehen sich Abhängigkeitsängsten ausgesetzt oder aber der Lächerlichkeit vor dem inneren Auge oder dem anderen preisgegeben (Hilgers, 2006). Schamkonflikte und Inferioritätsgefühle können sich in der Anwesenheit von Zeugen und Zuschauern, nämlich anderen Gruppenmitgliedern, potenzieren (hierzu z. B. Hilgers, 2002; Tisseron, 2000). Umgekehrt vermag eine Gruppe von Mitpatienten jedoch auch eigenes Leid und Schamgefühle zu lindern: Die Erfahrung, für andere Gruppenmitglieder wertvoll zu sein und das eigene Schicksal mit anderen teilen zu können, hat eine an sich kurative Wirkung (vgl. Herpertz, 2002; Tschuschke, 2001a). Demnach sind Ausmaß und Balance fördernder wie hinderlicher Schamaffekte mitentscheidend für den Erfolg einer Gruppenbehandlung.

Unterschiedliche Schamaffekte in einer Gruppe

Unabhängig davon, ob eine Gruppe therapeutische Zielsetzungen verfolgt, es sich um eine Schulklasse, ein Arbeitsteam, eine Supervisions- oder Coaching-Gruppe handelt, können unterschiedliche Gefühle aus der Familie der Schamaffekte evoziert werden (vgl. Hilgers, 2002, S. 183):

- **Existenzielle Scham**, das heißt die Befürchtung, nicht aufgenommen, nicht gewollt zu sein oder ausgestoßen zu werden
- **Kompetenzscham** im Zusammenhang mit dem Gefühl, mit der Gruppe und deren Niveau nicht mithalten zu können, bzw. beim Versagen von Ich- oder körperlichen Funktionen
- **Abhängigkeitsscham** gegenüber dem Leiter, den anderen Gruppenmitgliedern, deren Urteil und Wertschätzung

- **Intimitätsscham** beim Sichtbarwerden von Selbstanteilen, was eventuell im Zusammenhang mit versagenden Ich-Funktionen unkontrolliert und ungewollt erfolgt
- **Scham bei aktiver Demütigung** durch andere Gruppenmitglieder
- **ödpale Scham**, also das Gefühl, ausgeschlossener Dritter, zu klein oder zu minderwertig zu sein (gegenüber den „älteren Geschwistern“ in der Gruppe oder dem „elterlichen Leiterpaar“, im stationären Setting gegenüber dem „elterlichen“ Team).
- **Idealitätsscham** mit dem Gefühl des Versagens gegenüber eigenen oder gruppenbezogenen Idealen (hierzu Piers und Singer, 1953/1971; Chasseguet-Smirgel, 1981)
- **Scham-Schuld-Dilemmata** (hierzu Wurmser, 1990; Hirsch, 1997) oder Scham, die über eigenes schuldhaftes Versagen auf den Plan tritt

Dem Gruppenleiter kommt eine aktive Rolle bei der Regulation der auftretenden Schamaffekte in der Gruppe zu, um ein der Aufgabe der Gruppe zuträgliches Maß an Schamgefühlen sicherzustellen. Management der Schamaffekte, also die Übernahme zeitweilig versagender (funktionell) oder nicht ausreichend ausgeprägter (strukturell defizitärer) Ich-Funktionen, wie z. B. mangelnde Affektwahrnehmung, -toleranz und -regulation, eventuell auch die Übernahme der Impulskontrolle durch den Gruppenleiter, hat nicht nur in dafür besonders konzipierten Gruppen zu erfolgen, also beispielsweise interaktionellen, stützenden oder verhaltenstherapeutischen Gruppen mit Skills-Training für agierende persönlichkeitsgestörte Patienten. Auch in so genannten analytischen Gruppen (vgl. das Göttinger Modell der Gruppenpsychotherapie; Heigl-Evers und Heigl, 1973) hat die Gruppenleitung Hilfs-Ich-Funktionen bereitzustellen, wenn andernfalls eine für die Gesamtgruppe oder einzelne Mitglieder nicht nutzbare Regression droht. Ihr kommt die schwierige Aufgabe einer Ausbalancierung gleich mehrerer Dimensionen, speziell zu Beginn einer Gruppe, zu. Die Gruppe als System gehorcht bestimmten sozialen Gesetzmäßigkeiten und folgt quasi archaischen Entwicklungsmustern im Hinblick auf Entwicklung von Zusammenhalt und Intimität, die Individuen der Gruppe orientieren sich dabei zu Beginn bewusst oder unbewusst in idealisierender Weise an der Gruppenleitung (MacKenzie 2001b). Zugleich muss von Beginn an ein förderliches Gruppenklima Platz greifen können, in dem sich Vertrauen entwickeln kann, das eine Öffnung der Gruppenteilnehmer bezüglich selbstbezogener Affekte zur Folge hat. Der Gruppenleiter muss hier die Rolle eines „Türwächters“ Regeln der Arbeitsfähigkeit der Gruppe übernehmen (MacKenzie, 2001a; Tschuschke, 2005a,b). Ohne die zu Beginn sehr aktive Rolle – auch in analytischen Gruppen erforderlich! – kann die Gruppe weder eine ausreichende Kohäsion noch ein Klima der Vertraulichkeit entwickeln (Riemer und Tschuschke, 2004), das aber Voraussetzung für den Prozess der Selbstöffnung für die Gruppenmitglieder ist, damit sie Feedback aus der Gruppeninteraktion erhalten, das im eigentlichen Sinne therapeutisch ist (Tschuschke, 2001a).

Insbesondere in stationären Gruppen, fast ausschließlich als Kurzzeitgruppen konzeptionalisiert, sind ständige Veränderungen der Gruppenzusammensetzung durch neu hinzukommende und ausscheidende Mitglieder an der Tagesordnung. Das „Fremdeln“ der Gruppe gegenüber wöchentlich neu eintretenden Teilnehmern einerseits und die Schamängste dieser neuen Mitglieder andererseits erfordern mehr als in anderen psychotherapeutischen Gruppen ein hohes Maß an Aktivität des Leiters, um die Gruppenkohärenz immer wieder neu herzustellen. Auf diese Weise schafft der Gruppenleiter ein Klima, das angemessenen Selbstöffnungen und maßvollen Schamgefühlen Raum gibt.

Unter einem zuträglichen Maß an Scham sind in diesem Zusammenhang motivierende Schamgefühle zu verstehen, die ein Gruppenmitglied oder die Gesamtgruppe anspornen, Konflikte oder Defizite im Sinne des Behandlungsziels anzugehen und zu besseren Lösungen zu kommen.

Unterschiedliche Gruppensettings und ihre Indikation

Die prädiktorische Frage für stationäre Gruppenpsychotherapiepatienten lautet, welche Patienten mit welchen Störungen in welchem Setting und von welchem Verfahren (etwa verhaltenstherapeutisch oder psychoanalytisch fundiert) am meisten profitieren (Eckert, 2001; Vogel, 2002).

In Abhängigkeit vom gewählten Verfahren wird man mit ausgeprägteren Schamaffekten rechnen müssen: regressionsfördernde Verfahren wie eine Langzeitgruppentherapie lösen stärkere Konflikte, Abhängigkeitsgefühle und regressive Affekte aus, die per se schaminduzierend wirken. Demgegenüber sind Kurzzeitgruppenbehandlungen dadurch gekennzeichnet, dass sie Regression sehr eingrenzen und unmittelbar Lösungen für die fokussierten Konflikte anstreben. Schamgefühle werden in Kurzzeitgruppen eher durch die direktiven Interventionen des Behandlers ausgelöst, eventuell besonders dann, wenn ein Gruppenmitglied trotz Aufforderung und Ermutigung des Leiters oder der Mitglieder angestrebte Lösungen nicht erzielen kann. Sowohl konfrontative Interventionen als auch die mit ihnen verbundenen Aufforderungen, neues Verhalten auszuprobieren, können deutliche Versagensängste auslösen oder die Selbstgrenzen des Gruppenmitglieds bedrohen, was gleichfalls schaminduzierend wirkt.

Erfolgskriterien stationärer Kurzgruppenbehandlungen

Von entscheidender Bedeutung für den relativen Behandlungserfolg (Prädiktoren) eines Patienten in einer stationären Kurzgruppenbehandlung sind (Tschuschke, 2003):

- die Patientenvariablen
- die therapeutische Beziehung
- die Patient-Gruppe-Passung
- die Leitervariable
- die Rahmenbedingungen und die im Verlauf angewandten Techniken

Wir gehen zunächst auf die Passung zwischen Patient und Gruppe sowie die Leitervariablen ein.

Patient-Gruppe-Passung

Ungünstige Gruppenzusammensetzungen können iatrogen erhebliche Schamkonflikte auslösen, wenn zum Beispiel einzelne alte Patienten Minderwertigkeits- und Isolationsempfindungen in einer Gruppe mit jungen Erwachsenen erleben, statt in einer altershomogenen Gruppe ihre spezifischen Verlusterfahrungen oder Beeinträchtigungen von Körperfunktionen teilen zu können (hierzu Radebold, 1992; Hilgers, 1995). Nicht die Patienten haben sich den Verfahren anzupassen, sondern adaptive Techniken, Rahmenbedingungen und die Zusammenstellung der Gruppe holen Patienten dort ab, wo sie stehen (McCallum, 2001). Patienten sollten unbedingt in einer *Gruppenvorbereitung* auf realistische Gruppenarbeit vorbereitet werden, was maßgeblich irrationale Ängste reduziert und spätere Drop-out-Raten drastisch senkt (Palmowski, 1992; Piper und Ogrodniczuk, 2001; Tschuschke, 2003). Im Rahmen einer solchen Gruppenvorbereitung müssen auch die Vertraulichkeitsmodalitäten vom Leiter explizit geklärt und die Gruppe – am besten vertraglich – dazu verpflichtet werden, nach außen Schweigepflicht zu wahren (Riemer und Tschuschke, 2004).

Leitervariable

Der Leiter kann auftretende Schamängste reduzieren, z. B. durch seine glaubwürdige Autorität: Günstigste Ergebnisse erzielen Gruppenleiter, die eine Mischung aus Empathie und Warmherzigkeit, Kompetenz, Fertigkeiten, Charisma und Kontrolle verkörpern (Tschuschke, 2002b; Tschuschke und Greene, 2002). Die Vermittlung von Vertrauen und Hoffnung ermutigt die Teilnehmer. Kontrollierte Selbstöffnungen des Leiters im Sinne des Modelllernens können hilfreich sein. Offen provozierende (beschämende), kontrollierende (verfolgende) und wenig aktiv-strukturierende (schweigende) Gruppenleiter wirken schädigend. Ein sehr zurückhaltender, passiver, wenig charismatischer oder ängstlich-kontrollierender Gruppenleiter vermittelt ein schaminduzierendes Klima, da er modellhaft ein generalisiertes Vermeidungsverhalten gegenüber möglichen Fehlern, Verstrickungen und Irrtümern zeigt.

Indikation bei Patienten mit ausgeprägten Schamkonflikten und Minderwertigkeitsgefühlen

Im Rahmen stationärer Gruppentherapien werden Patienten mit Sucht- und Borderline-Struktur erfolgreich behandelt, ebenso wie sozial wenig kompetente oder psychosenahe Patienten – kurz solche, mit erheblichen ich-strukturellen Defiziten (Näheres bei Palmowski, 1992, S. 136). Besonders stationär behandelte Borderline-Patienten imponieren durch Störungen der Affektregulation, der Impulskontrolle und des Selbst(wert)erlebens (Herpertz und Saß, 2000; Tschuschke und Weber, 2002). Viele dieser stationär in Gruppen behandelten Patienten – inklusive solcher, die vor Aufnahme sozial zurückgezogen lebten – entwickeln in sozialen Gruppen starke Schamängste, Minderwertigkeitsideen und entsprechende Kompen-

sationsmechanismen, zum Beispiel schamhaften Rückzug oder kontraphobisch aggressiv-unverschämtes oder herabsetzendes Verhalten.

Schamkonflikte, Minderwertigkeitsgefühle und ihre fremd- oder autoaggressive Verarbeitung, kompensatorische demonstrative Arroganz oder Unverschämtheit stellen mithin keine Kontraindikationen dar. Vielmehr entscheidet über den Erfolg einer Gruppenbehandlung die angemessene Vorbereitung des Patienten (Palmowski, 1992; Tschuschke, 2003), die Zusammensetzung der Gruppe, das angewandte Verfahren, nämlich im Zweifel eine Fokussierung der Konflikte im Hier und Jetzt, und ein aktives Konfliktmanagement des Gruppenleiters (vgl. auch Herpertz, 2002). Dementsprechend haben zahlreiche Autoren die kurative Funktion von Gruppenpsychotherapie für Schampatienten hervorgehoben und den Behandlungserfolg nicht vom Vorliegen oder Fehlen bestimmter Schamkonflikte oder Störungen, sondern vom technischen Umgang mit Scham und den Rahmenbedingungen der Gruppe abhängig gemacht (z. B. Berk, 1986; Wright, 1987; Alonso und Rutan, 1988; Tantam, 1990; Hegger, 1993; Wallace und Nosko, 1993; Hahn, 1994).

Schamreduzierende Rahmenbedingungen, Technik und Therapeutenvariable

Grundbedingung für die Teilnehmer ist die strikte Einhaltung der Verschwiegenheit als Intimitätsschutz, worauf der Leiter – besonders im stationären Rahmen – zu achten hat. Allerdings fehlen hierfür alle juristischen Voraussetzungen (Riemer und Tschuschke, 2004). Nicht ob, sondern wie und zu welchem Zweck Gruppenmitglieder die Verschwiegenheit verletzen, entscheidet über den Fortbestand des Möglichkeitsraums der Gruppe. Denn tatsächlich kann es sehr hilfreich sein, wenn ein Gruppenmitglied mit Partner oder Freunden die *persönlichen* Ergebnisse und Erlebnisse der Gruppentherapie abgleicht und die dabei erhaltenen Feedbacks wieder in die Gruppe einbringt. Auf jeden Fall sind persönliche Details anderer Gruppenmitglieder keinem Externen zugänglich zu machen. Auch muss der Gruppenpatient sicher sein können, dass intime oder beschämende Details, die er in den vorbereitenden Einzelsitzungen offenbarte, nicht unkontrolliert und plötzlich durch den Gruppenleiter in die Gruppe eingebracht werden.

Das taktvolle Verhalten des Gruppenleiters der Gruppe und jedem Einzelnen gegenüber und sein Respekt vor den Nöten, die auch seine eigenen sein könnten, sind nicht nur Verhaltensmodell für die Teilnehmer untereinander, sondern zugleich auch Voraussetzung der Analyse und Milderung von Über-Ich-Pathologien. Häufig gehen das Ich überschwemmende Schamaffekte mit rigiden, verfolgenden oder sadistischen Über-Ich-Forderungen oder -Urteilen und überzogenen Idealen einher. Durch seine Interventionen stellt der Gruppenleiter eine eingrenzende Instanz dar, die nicht nur als vernunftorientiertes Ich, sondern auch als mildes, freundlich-förderndes Über-Ich erlebt wird. Auf diese Weise werden Diskrepanzerfahrungen sowie die Analyse und Modifikation des Über-Ich- und Ich-Ideal-Systems ermöglicht. Damit werden

unbewusste Quellen von Scham-, Schuld- und Minderwertigkeitsgefühlen beeinflusst.

Technisch empfiehlt es sich, überstrenge Über-Ich-Forderungen oder -Verurteilungen im Hier und Jetzt zu thematisieren, da hierdurch größte Evidenzerlebnisse erzielt werden können. Zum Beispiel unterbrechen Patienten mit Über-Ich-Pathologie ihre Ausführungen häufig mit selbstentwertenden Einschüben („Das ist natürlich blöd“ oder „... eigentlich Quatsch“), die sich immer auf die eigene Person oder eigenes Handeln, Erleben oder Wahrnehmen beziehen. Oft werden auch entwertende sprachliche Konstruktionen verwandt („... da habe ich natürlich mal wieder ...“) oder der rasche Wechsel von der Ich-Form zur Du- oder Man-Form beim Erzählen („Ich überlege mir dann, da hast du dich total blamiert“; „Man fühlt sich dann total blöd“) verwandt - charakteristische Zeichen von unbewussten, häufig vernichtenden Über-Ich-Urteilen, die nachfolgend zu Scham-, Schuld- und generellen Minderwertigkeitsgefühlen führen (vgl. Lewis, 1971). Davon zu unterscheiden sind Selbstreflexionen, die ebenfalls in der Du-Form erfolgen, die aber milden und förderlichen Charakter haben und besonders bei Borderline- oder histrionischen Patienten einen erheblichen Fortschritt in der Fähigkeit zur Selbstdistanzierung und -introspektion darstellen.

Um durch die Intervention nicht zu einer unbeabsichtigten Verbündung mit dem (strengen) Über-Ich des Patienten zu kommen, sollten Selbstverurteilungen grundsätzlich als Konflikt thematisiert werden („Es gibt da etwas in Ihnen, das ganz streng mit Ihnen ist“ oder: „Es ist so, als ob ein innerer Richter Sie ständig maßregelte oder verurteilte“). Auf diese Weise können Patienten ihre unbewusste weitgehende Identifikation mit dem Über-Ich zugunsten eines ich-dystonen Erlebens aufgeben und sich hernach gegen die Verurteilungen empören, was als erleichternd erlebt wird (vgl. Wurmser, 1987). Gleichzeitig fördert man in der Gruppe einen milderen Umgang untereinander, so dass die häufigen Externalisierungen von Über-Ich-Anteilen (Verortung der Strenge im anderen) oder Verurteilungen anderer Gruppenmitglieder nachlassen.

Umgang mit unverschämten Patienten

Besondere Schwierigkeiten bereitet der Umgang mit unverschämten Patienten, also solchen, denen regulierende Schamaffekte nicht oder kaum zur Verfügung stehen. Dies kann sich in distanzlosem Verhalten gegenüber der Gruppe und ihrem Leiter, exhibitionistischem, sexualisiertem oder übergriffigem Verhalten äußern. Je nach Ausprägungsgrad des schamlosen Verhaltens kann der Leiter nach zwei Seiten vom Pferd fallen: Intervenierte er zu zurückhaltend, drohen andere Patienten wegen des distanzlosen oder übergriffigen Verhaltens in heftige Schamkonflikte zu stürzen oder geraten unkontrolliert in die Nähe eigener Traumatisierungen. Fällt die Intervention zu deutlich aus, kann der Leiter als strafende Über-Ich-Instanz erlebt werden, vor dem sich auch die anderen Gruppenteilnehmer in Acht zu nehmen haben. Erst wenn sichergestellt ist, dass der Patient entsprechende Hinweise verstehen und sein Verhalten modifizieren wird, kann er in die Gruppe aufgenommen werden. Patienten, die keinerlei Scham-

oder Schuldaffekte zeigen, sind außerhalb forensischer Einrichtungen nicht für Gruppenbehandlungen geeignet (Hilgers, 2004).

Technische Überlegungen zur Handhabung von Schamkonflikten zu Beginn der Gruppenbehandlung

Besonders zu Beginn einer gruppenpsychotherapeutischen Behandlung sind die Variablen Selbstöffnung bzw. Art, Ausmaß und Zeitpunkt der Selbstoffenbarung von beträchtlicher Bedeutung für ihren Erfolg. Durch missglückte Versuche der Selbstöffnung geraten Gruppenmitglieder rasch in eine Außenseiterposition, die den weiteren Therapieverlauf sehr ungünstig beeinflussen kann (vgl. Tschuschke, 1993, S. 35). Die angemessene Balance zwischen „nicht zu früh“ bzw. „nicht zur falschen Zeit“, „nicht zu viel“ und „nicht zu wenig“ ist selbst für psychisch gesunde Personen in einer Selbsterfahrungsgruppe heikel, kann also kaum von stationären Psychotherapiepatienten erwartet werden. Insbesondere in der Anfangsphase einer Gruppe oder bei Aufnahme neuer Mitglieder ist daher das aktive Gruppenmanagement des Leiters für die Integration und Kohärenz der Gruppe von großer Bedeutung, damit neue Mitglieder die Gruppe nicht mit ihrem Mitteilungsdrang „überfluten“ oder „erschlagen“, wie dies beispielsweise bei Missbrauchsoptionen nicht selten ist, die sich inflationär selbst öffnen, um danach sozusagen im Boden zu versinken, also zu schweigen oder abzubrechen.

Häufig wird die intime Nähe zu einer Gruppe, die mit befürchteten oder tatsächlichen Schamgefühlen verknüpft ist, von Mitpatienten nicht ertragen und durch eruptive Selbstöffnung abgewehrt, auf welche erneute Scham folgt. Aus diesen festgefahrenen Scham-Entlastung-Entblößung-Scham-Spiralen kommt der Patient kaum ohne Mithilfe und aktive Steuerung heraus. Zum Beispiel: „Ich könnte mir vorstellen, dass Sie, wenn Sie gleich zu Hause sind/in Ihrem Zimmer sind, sich eventuell schämen/verkröchen wollen/ärgern, sich hier so weit geöffnet zu haben, wo Sie sich gegenseitig noch gar nicht so lange kennen. Vielleicht ist es hilfreich, wenn wir erst einmal schauen, wie die anderen Gruppenmitglieder mit ihrem Wunsch, sich zu öffnen, und ihrer Angst vor Scham umgehen“ (vgl. Hilgers, 2006, S. 223).

Da die problematischen Selbstöffnungen sehr früh erfolgen, verwundert es nicht, dass „Patienten mit starken Schamkonflikten sowie gestörtem Selbst- und Selbstwörterleben ... dazu [neigen], aufgrund des so motivierten hohen Widerstandes, die Therapie in der Frühphase abzubrechen“ (Palmowski, 1992, S. 142 f.). Der Autor empfiehlt, „...bereits in der Vorbereitungsphase im Rahmen einzeltherapeutischer Sitzungen ggf. Scham- und Minderwertigkeitskonflikte zu thematisieren und beginnend zu bearbeiten“ (a.a.O., S. 143). In einer Gruppentherapie geht es daher nicht zuletzt um das Besprechbarmachen von Schamkonflikten, um die Arbeitsfähigkeit der Gruppe aufrechtzuerhalten.

Insbesondere in Kliniken können sehr einfache orientierende Hinweise für den Patienten eine wichtige Hilfe bei der Regu-

lation der Selbstgrenzen sein. Ist der aufnehmende Untersucher nicht der spätere Therapeut, so hilft ein entsprechender Hinweis, Enttäuschungen zu vermeiden, und ermöglicht dem Patienten einen angemesseneren Umgang mit seinen Intimitätsgrenzen. Sind die Selbstöffnungen dann dennoch inflationär, so liefert dies wichtige diagnostische Hinweise und kann zudem auch vorsichtig begrenzt werden. Gelegentlich wird die „verrückt“ erscheinende Schamabwehr von Patienten aus anderen Kulturkreisen fälschlich als psychotische Symptomatik missverstanden.

Schamkonflikte im weiteren Verlauf einer Gruppenpsychotherapie

Das (Wieder-)Gewinnen von Sprache wirft für Patienten mit Schamkonflikten eine Reihe von Schwierigkeiten auf. Einerseits stellt die Identifikation mit der Gruppe eine gute Möglichkeit dar, von ihr zu profitieren, andererseits bestimmt das Ausmaß an Identifikation mit der Gruppe mit über Abhängigkeits- und Intimitätsscham, die ein Mitglied erleben kann, z.B. wenn es sich anders und getrennt von der Gruppe erlebt. Dabei können Schamkonflikte und ihre Öffentlichkeit durch unterschiedlich ausgeprägte Formen des Im-Boden-Versinkens oder psychophysischen Unsichtbarwerdens abgeehrt werden.

Die extremste Form eines solchen Verschwindens bestünde im Suizid; eine weitere, weniger destruktive Form in dauerhaftem bzw. zeitweiligem Wegbleiben von der Gruppe. Hingegen können Derealisations- oder Depersonalisationserscheinungen einen Verbleib in der Gruppe ermöglichen, indem lediglich der Kontakt zu Teilen des Selbst „weg“ ist. Dissoziative Phänomene ermöglichen für Einzelne wie für die Gruppe das Aussparen bestimmter Themenbereiche bei sonst erhaltenen Funktionen. Offensichtlich ist zudem, dass es häufig nach subjektiv spannungsintensiven oder beschämenden Interaktionssequenzen bei emotional instabilen Patienten zu selbstverletzendem Verhalten als Selbstregulativ kommt.

Fallbeispiel

Ein Gruppenmitglied erlebt nach einer Sitzung ausgeprägte Depersonalisationserscheinungen, die sich mit der eigenen Stimme verknüpfen. Die eigene Stimme als Quelle der Selbstöffnung wird auf diese Weise objektiviert und als nicht zugehörig erlebt („Nicht ich und meine Stimme haben das gesagt, dies ist nicht meine Stimme“). Es kann durchaus hilfreich sein, einem Mitglied solche Depersonalisationserscheinungen während der Woche nach einer offenbar beschämenden Stunde als konstruktiven Umgang mit der Scham zu deuten, da der Patient hierdurch immerhin weiterkommt und zugleich hierüber weiterhin spricht, statt wegzubleiben und zu schweigen (Arthur Hegger, 1995, in einer persönlichen Mitteilung). Hierdurch werden das ohnehin lädierte Kompetenzerleben und das Gefühl eigenen Wertes gestärkt und der Patient nicht noch mehr isoliert: „Vielleicht haben Sie das jetzt so gelöst, dass Sie sich erst einmal während der Woche von diesen Dingen distanzieren haben.“ Schamaffekte können also in Gruppen

durch die hergestellte Öffentlichkeit eine Verschärfung erfahren, die sich in unterschiedlich ausgeprägten Formen von Verstummen, Erstarren und Verschwinden bemerkbar macht.

Häufig ist jedoch auch die gesamte Gruppe von Schamkonflikten betroffen, die durch zähes, merkwürdig unklares Reden einzelner Mitglieder abgewehrt werden. Nicht selten betrifft dies Tabus, die entweder einzelne Mitglieder oder die Gesamtgruppe betreffen. Damit reaktualisiert sich die eigentliche Funktion des Tabus, nämlich einen beschämenden, demütigenden oder als makelhaft erlebten Teil des Selbst oder der Vergangenheit dissoziativ dem Diskurs vorzuenthalten (zur schaminduzierenden Wirkung von Tabus, Folter, politischer Verfolgung oder krimineller Vergangenheit von Angehörigen siehe Tisseron, 2000). Solche Bereiche können eigenes Handeln wie auch das der Herkunftsfamilie, der Peergroups oder kollektiver Gruppen beinhalten. Besonders in Deutschland wirken die transgenerationalen Traumatisierungen von Opfern des Nationalsozialismus bei Kindern der Opfer und Täter nach. Bei Migranten muss besonders mit schambesetzten Bereichen der eigenen Geschichte gerechnet werden, die aber aufgrund der hiezulande meist weniger bekannten Details oder kulturellen Differenzen schwer erkennbar sein mögen.

Besondere Probleme können schweigende Patienten aufwerfen, da bei Kurzzeitgruppen kaum Zeit bleibt abzuwarten, ob der Patient nicht doch noch aktiv wird. Der Gruppenleiter muss daher schon in den ersten Stunden schweigende Patienten ansprechen: „Frau X, wie geht es Ihnen mit diesem Thema?“ Häufig entsteht dennoch ein Scham-Scham-Dilemma: Schweigt der/die Patient/in weiterhin, nimmt er/sie eine schambesetzte Außenseiterposition ein. Entschließt er/sie sich zum Sprechen, sind seine/ihre ersten Worte hochbedeutsam und finden große Aufmerksamkeit, was der/die Patient/in meist besonders schamvoll erlebt. Mögliche Intervention: „Herr Y, das ist bestimmt gar nicht leicht für Sie; ich sehe, wie Sie sehr aufmerksam zuhören, aber irgendwie nicht die richtigen Worte finden. Was können wir tun, damit es Ihnen leichter wird, zu diesem Thema etwas zu sagen?“

Schamkonflikte bei Beendigung einer gruppenpsychotherapeutischen Behandlung

Der sich verabschiedende Patient ist mit Gefühlen von Angst, Unsicherheit und Zweifel konfrontiert, ob er das Leben ohne die Behandlung wohl meistern werde, aber auch mit Stolz, nun allein und unabhängig zurechtzukommen zu können bzw. zu wollen. Wird die Behandlung vom Patienten selbst als Erfolg erlebt, beweist dies umgekehrt jedoch auch die Macht des Leiters bzw. die wenigstens vormalige Abhängigkeit vom Leiter und eventuell auch die der anderen Gruppenteilnehmer. Zudem löst eine erfolgreiche Behandlung Gefühle von Dankbarkeit, eventuell auch Neid auf den erfolgreichen Therapeuten aus, die sich bei Trennung mit Trauer mischen. All diese differenzierten Empfindungen können Scham evozieren, da sie mit Abhängigkeit, Schwäche und Empfindsamkeit assoziiert sind und dies auch für die Gruppe sichtbar werden kann. Abhängigkeits- und Intimitätsscham wollen zu diesem Zeit-

punkt ertragen werden, ebenso wie das Berührtsein durch die genannten Empfindungen, was viele Patienten als (beschämenden) Kontrollverlust erleben.

Es kann hilfreich sein, das Sichtbarwerden von Traurigkeit als neu gewonnene innere Stärke des Patienten zu interpretieren, um der häufigen Verwechslung von agierter Härte und Abwehr mit persönlicher Stärke entgegenzuwirken, zum anderen, um modellhaft Affektwahrnehmung, -regulation und angemessene Selbstöffnung den anderen Gruppenmitgliedern zugänglich zu machen: „Sie haben jetzt die Stärke gewonnen, sich und den anderen Gruppenmitgliedern Traurigkeit über Ihren Abschied zu zeigen und natürlich auch Freude und Stolz, ohne die Gruppe leben zu können.“

Schließlich erleben die in der Gruppe verbleibenden Patienten, dass ihre Fortschritte noch nicht weit genug sind, so dass sie von dem oder den weggehenden Patienten verlassen werden und sich weiterhin in eventuell beschämender Abhängigkeit von Therapeut und Therapie befinden. Auch hier kann Neid auf den erfolgreichen Patienten zu Entwertungen des scheidenden Patienten, der Gruppe, der eigenen Person oder des Leiters führen. Die zurückbleibenden Patienten können Erleichterung über die fortbestehende Sicherheit in der Gruppe empfinden oder auch Minderwertigkeitsgefühle, weil sie „noch zu klein“ sind, um die schützende Gruppe und die elterliche Autorität des oder der Leiter zu verlassen.

Da maßvolle Scham jedoch motiviert, kann bereits die Frage, ob denn angesichts des scheidenden Patienten bei den übrigen Teilnehmern Neid und Minderwertigkeitsgefühle überwiegen oder ob umgekehrt mit dem Abschied nehmenden Patienten auch Hoffnungen auf die Realisierbarkeit eigener Ziele verbunden sind, ein Ansporn sein, sich mutig den eigenen Herausforderungen zu stellen. Denn hier - wie bei allen Schamkonflikten - entscheidet am Ende, ob die ausgelösten Schamgefühle dazu herausfordern, das eigene Schicksal in die Hand zu nehmen und die Konzepte von sich, den anderen und der Welt zu besseren Konfliktlösungen zu führen.

Literatur

- Alonso A, Rutan JS (1988): The experience of shame and the restoration of self-respect in group therapy. *Int J Group Psychother* 38:3-14
- Berk T (1986): *Groepstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus
- Chasseguet-Smirgel J (1981): *Das Ichideal*. Frankfurt/M: Suhrkamp
- Eckert J (2001): Indikation und Prognose in der Gruppenpsychotherapie. In: Tschuschke V (Hrsg.): *Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Thieme, S. 56-64
- Hahn WK (1994): Resolving shame in group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 44:449-461
- Hegger A (1993): Schaamte in groepstherapie. In: Berk TJC et al. (eds.): *Handboek Groepstherapie Boom Stafleu*. Deventer: Van Loghum
- Heigl-Evers A, Heigl F (1973): *Gruppentherapie: interaktionell - tiefenpsychologisch fundiert (analytisch orientiert) – psychoanalytisch*. *Gruppenpsychother Gruppendedyn* 7:132-157
- Herpertz S (2002): Stationäre Gruppenpsychotherapie mit Borderline-Patienten. In: Lehmkuhl G (Hrsg.): *Theorie und Praxis individualpsychologischer Gruppentherapie*. Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht, S. 271-286
- Herpertz S, Saß H (2000): Die Sichtweise der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der historischen und aktuellen psychiatrischen Klassifikation. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, New York: Schattauer, S. 115-124
- Hilgers M (2006): *Scham. Gesichter eines Affekts*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Hilgers M (2002): Minderwertigkeitsgefühle, Scham und ihre Kompensation bei stationärer und ambulanter Gruppenpsychotherapie. In: Lehmkuhl G (Hrsg.): *Theorie und Praxis individualpsychologischer Gruppenpsychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 182-199
- Hilgers M (2004): Psychotherapeutische Behandlung antisozialer Persönlichkeiten. *PTT* 8:109-121
- Hirsch M (1997): *Schuld und Schuldgefühl*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Lewis HB (1971): *Shame and Guilt in Neurosis*. New York: International Universities Press
- MacKenzie KR (2001a): Techniken der Gruppenleitung. In: Tschuschke V (Hrsg.): *Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Thieme, S. 102-110
- MacKenzie KR (2001b): Klinische Berücksichtigung von Phasen der Gruppenentwicklung. In: Tschuschke V (Hrsg.): *Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Thieme, S. 134-139
- McCallum, M. (2001): Patientenauswahl und Gruppenzusammensetzung. In: Tschuschke V (Hrsg.): *Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Thieme, S. 70-73
- Piper WE, Ogronczuk J (2001): Gruppenvorbereitung. In: Tschuschke V (Hrsg.): *Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Thieme, S. 74-78
- Palmowski B (1992): Zur Bedeutung von Scham und Selbsterleben für Indikation und Verlauf in der analytischen Gruppenpsychotherapie. *Forum Psychoanal* 8:134-146
- Piers G, Singer MB (1953/1971): *Shame and Guilt*. New York: Norton
- Radebold H (1992): *Psychodynamik und Psychotherapie Älterer*. Berlin: Springer
- Riemer M, Tschuschke V (2004): Schweigepflicht und Zeugnisverweigerungsrecht in der Gruppenpsychotherapie. *Gruppenpsychother Gruppendedyn* 40:193-203
- Tantam D (1990): Shame and groups. *Groups Anal* 23:31-43
- Tisseron S (2000): *Phänomen Scham*. München: Reinhardt
- Tschuschke V (1993): Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie. *Prozess-Ergebnis-Relationen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Tschuschke V (2001a): Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie In: Tschuschke V. (Hrsg.): *Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Thieme, S. 140-147
- Tschuschke V (2002b): Zur Bedeutung von Gruppenleitern in der gruppenpsychotherapeutischen Weiterbildung. *Psychotherapeut* 47:204-213
- Tschuschke V (2003): *Kurzgruppenpsychotherapie. Theorie und Praxis*. Wien: Springer
- Tschuschke V (2005a): Der Gruppenpsychotherapeut als „Türwächter“ – Grenzverletzungen und ihre Beachtung durch die Gruppenleitung. In: Brandes H (Hrsg.): *Grenzen und Grenzverletzungen in Gruppen. Die Gruppe in Klinik und Praxis*. Opladen: Barbara Budrich, S. 19-25
- Tschuschke V (2005b): Grenzen von Gruppenpsychotherapien. *Psychother Dialog* 6:193-196

- Tschuschke V, Greene LR (2002): Group therapists' training: What predicts learning? *Int J Group Psychother* 52:463-482
- Tschuschke V, Weber R (2002): Persönlichkeitsstörungen und Perspektiven gruppenpsychotherapeutischer Behandlungen – ein aktueller Überblick. *Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Praxis* 6:80-93
- Vogel G (2002): Indikation und therapeutische Zielsetzung. In: Lehmkuhl G (Hrsg.): *Theorie und Praxis individualpsychologischer Gruppenpsychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 80-96
- Wallace BA, Nosko A (1993): Working with shame in the group treatment of male batterers. *Int J Group Psychother* 43:45-61
- Wright F (1987): Men, shame and antisocial behavior: A psychodynamic perspective. *Group* 11:238-246
- Wurmser L (1987): *Die Flucht vor dem Gewissen*. Berlin, Heidelberg: Springer
- Wurmser L (1990): *Die Maske der Scham*. Berlin: Springer

Dipl.-Psych. Micha Hilgers
Psychologischer Psychotherapeut
Psychoanalytiker, Gruppenanalytiker
Oppenhoffallee 7
52066 Aachen

Univ.-Prof. Dr. rer. biol. hum. Dipl.-Psych.
Volker Tschuschke
Medizinische Psychologie
Universitätsklinikum zu Köln
Kerpener Straße 68
50924 Köln