

Verborgene Lasten

Scham: ein blinder Fleck auch in der Psychosomatik?

Marzio Sabbioni

Facharzt für Innere Medizin, Psychiatrie & Psychotherapie, Schwerpunkt Psychosoziale und Psychosomatische Medizin, Bern

Wer kennt die verwirrenden Situationen bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit psychosomatischen Leiden nicht, in denen Ärger und Frustration in den Behandelnden und Patientinnen und Patienten auftauchen und sie sich gegenseitig für das Leiden verantwortlich machen und in denen nach der Konsultation erst auffällt, dass wichtige, persönliche Fragen (z.B. zu kognitiven, psychischen Symptomen) nicht gestellt wurden?

Ich habe im Zusammenhang mit der Teilnahme an einem Projekt zur Rolle der Scham beim Annehmen von Unterstützung [1] und der damit verbundenen Lektüre von Hell's «Lob der Scham» über meine berufliche Tätigkeit nachgedacht [2].

Scham hat in der Psychotherapie erst in den letzten 30 Jahren vermehrt Beachtung erhalten [3]. In den neuen Lehrbüchern der Psychosomatik finden wir aber kaum das Stichwort «Scham» im Sachregister.

Meines Erachtens spielt Scham in der Psychosomatik eine zentrale Rolle bei den uns bekannten Krankheitsmechanismen und in der Patientinnen und Patienten - Ärztinnen und Ärzte - Beziehung.

Scham ist ein unangenehmes Gefühl, das entsteht, wenn das Subjekt eine Diskrepanz zwischen dem Ich-Ideal und dem Real-Ich feststellt. Scham ist bei milder Ausprägung ein selbstreflexives Gefühl, das die Selbstkohärenz fördert und das Individuum zur Veränderung motivieren kann.

Scham löst aber auch den Impuls aus, sich zu verstecken. Scham nimmt zu, wenn sie angesprochen wird. Scham kann rasch generalisieren. Zudem ist Scham ansteckend.

Scham kann aber auch ein überwältigendes Ausmass annehmen, wie dies durch Be-

schämung und Kränkung aber insbesondere durch Traumatisierung und Missbrauch ausgelöst werden kann.

Scham wird mit denen für die Person typischen Abwehrmechanismen abgewehrt. Dies kann dazu führen, dass Patientin oder Patient und Ärztin oder Arzt die Schamthematik kollusiv vermeiden oder verdrängen. Dies hat wahrscheinlich dazu beigetragen, dass die Scham bei der Behandlung oder in der psychosomatischen Theoriebildung wenig Beachtung gefunden hat.

Panksepp & Biven haben Scham nur am Rande erwähnt [4]. Scham ordneten sie nicht den basalen Emotionen, die wir mit der Tierwelt teilen, sondern den komplexen sozialen Emotionen zu, die erst mit der Entwicklung von höheren kognitiven und sozialen Fähigkeiten entstehen. Tomasello beschreibt wie durch die Fähigkeiten des Früh-Menschen vor 400 000 Jahren zur geteilten Intentionalität, zur Empathie und zur Fähigkeit zu mentalisieren sowie der Interdependenz bezüglich der gemeinsamen Jagd, sich moralische Gefühle entwickelt haben [5].

Wir müssen davon ausgehen, dass psychosomatische Leiden und die damit assoziierten psychosozialen Themen schambeladen sind ebenso wie die Behandlung, die nicht darum herumkommt, schambeladene Themen zu bearbeiten.

Es gibt psychosomatische Symptome (ich denke an das Erröten im Gesicht, Schwindel und andere vegetative Symptome), die als körperlicher Ausdruck der (unvollständig) abgewehrten Scham verstanden werden können. Nicht zuletzt wird ein psychosomatisches Symptom auch die Funktion haben, einen Schamkonflikt im Sinne einer unbewussten Abwehr zu neutralisieren. Auch Stress-assozi-

ierte Leiden haben im Kern eine Schamthematik. Stress entsteht dadurch, dass das Subjekt eine Herausforderung nicht bewältigen kann (Inkompetenzscham). Die ersten Massnahmen streben meist eine Verbesserung der Stressbewältigungsstrategien an, was bei einem erneuten Versagen die Scham noch verstärkt. Erst das Annehmen der Scham könnte den Weg öffnen das Ich-Ideal, das festlegt, dass die Herausforderung bewältigbar ist, den realen Möglichkeiten anzupassen.

Der Versuch vieler Patientinnen und Patienten respektive Ärztinnen und Ärzten bei psychosomatischen Leiden eine somatische Diagnose zu finden, stellt ein Versuch dar, die schambeladenen Themen zu vermeiden. Die fortgesetzte Abwehr der Scham, führt zu einer blockierten Situation mit nur Verlierern und einer überteuerten Medizin infolge von fraglich indizierten Abklärungen und Massnahmen im Sinne einer «kollusiven, medizinischer Abwehr». Das Zulassen und Bearbeiten der Scham, (im Sinne eines Schamprozesses in Analogie zum Trauerprozess [2]), kann ein erster Schritt für die vermehrte Übernahme von Verantwortung für die Bearbeitung der mit Scham und psychosomatischen Leiden assoziierten Themen sein.

Auch bei einer chronischen Krankheit muss nicht nur die Krankheit, sondern auch die mit der Krankheit und ihren Folgen verbundene Scham (z.B. bei einem Parkinson Syndrom [6]) bewältigt werden.

Scham wird bei mittlerer Ausprägung als Selbstwertverlust und v.a. im Zusammenhang mit Beschämung als narzisstische Kränkung erlebt. Das Selbstgefühl ist verletzt, was schwer erträglich ist und nach umgehender Entlastung verlangt. Die andere Person wird verantwortlich gemacht und es wird eine Wiedergut-

machung (z.B. die Forderung an die Ärztin oder den Arzt: «mach mich wieder gesund») verlangt.

Um die Kränkung abzuschwächen, greifen Patientinnen und Patienten aber auch zu Massnahmen wie z.B. sich in Traumwelten oder Grössenphantasien zu stürzen oder sich mit Sinnesreizen oder Einnahme von Substanzen überstimulieren [2]. Diese Erlebens- und Verhaltensweisen treffen wir auch bei Patientinnen oder Patienten mit psychosomatischen Leiden an, und es ist wichtig, die Schamthematik zu erkennen und bearbeiten um die Kränkung nicht zu vertiefen.

Aversive Kindheitserlebnisse und Traumatisierungen werden in der Vorgeschichte von psychosomatischen Leiden oft gefunden [7]. Es wurde in diesem Zusammenhang das Konzept der «pain-proneness» bestätigt, dass von Engel bereits 1959 vorgeschlagen worden ist [8]. Patientinnen und Patienten mit aversiven Kindheitserlebnissen weisen ein höheres Risiko auf, an einem chronischen Schmerzleiden zu erkranken. Scham (und Schuld) sind eine Folge von aversiven Kindheitserlebnissen und sexuellem Missbrauch. In diesem Zusammenhang ist auch die Rede von einer «shame-proneness», die die ähnlichen Risikofaktoren aufweist wie die «pain-proneness» [9].

Wie sind Scham und Schmerz verbunden? Bei den aversiven Kindheitserfahrungen erlebt sich das Kind als wertlos und es nimmt bei sich einen Makel an, um das entwertende und grenzverletzende Verhalten der wichtigen Bezugspersonen zu verstehen. Das Kind wird bemüht sein, es den Bezugspersonen recht zu machen, um die Gefahr eines Liebes- und Objektverlustes zu verkleinern. In dieser Konstellation entsteht die Neigung zum Perfektionismus (ja nichts falsch machen) und ein falsches Selbst (ich muss so sein, wie ich mir vorstelle, dass die Bezugspersonen mich möchten). Das Kind erfährt keine ausreichende Spiegelung und empathische Anerkennung, die es unterstützen könnten, seine Fähigkeiten zu entwickeln, zu mentalisieren, Affekte zu regulieren und Bindungen zu gestalten, was die Vulnerabilität für psychosomatische Leiden erhöht.

Schär et al., 2022 haben zwar keine kurzfristige Auswirkung von experimentellem Schmerz auf induzierte Schuld finden können [10]. Meines Erachtens sind dafür die oben erwähnten anhaltenden Erlebens- und Verhaltensmuster verantwortlich, die im Zusammenhang mit aversiven Kindheitserfahrungen entstanden sind.

Eine andere Studie identifizierte Scham als den Faktor, der das Entkräften der Schmerzerfahrung v.a. durch Angehörige mit dem Auftreten von depressiven Symptomen in Verbindung bringt, die dann ihrerseits eine

Chronifizierung der Schmerzen begünstigen können [11].

Bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit psychosomatischen Leiden «laert» die Schamthematik hinter dem Symptom und wird die Beziehung und die Behandlung torpedieren, wenn sie nicht angemessen berücksichtigt wird. Die Scham muss aber zuerst erkannt werden, um angemessen berücksichtigt zu werden. Das heisst wir müssen:

- unsere eigene Schamvulnerabilität und Schamabwehrmechanismen reflektieren,
- die eigene Schamtoleranz verbessern,
- unsere diagnostischen und therapeutischen Interventionen nach ihrem Beschämungspotential untersuchen und falls notwendig korrigieren,
- unsere Fähigkeiten verbessern, eine Schamproblematik bei der Patientin oder dem Patient zu erkennen und konstruktiv damit umzugehen.

Ich möchte die Psychosomatikerinnen und Psychosomatiker für die Scham sensibilisieren und auffordern, Scham in Forschung und Lehre, Klinik und Praxis, Weiter- und Fortbildung, aber auch in Supervision und Selbsterfahrung zum Thema zu machen, um das Verständnis der psychosomatischen Krankheitsbilder und der betroffenen Patientinnen und der Patienten, aber auch um die Arzt-Patientinnen- und Ärztinnen-Patienten-Beziehung und unserer Behandlungskonzepte zu verbessern.

Verdankung

Ich danke Dr. med. Kyrill Schwegler für seine konstruktive Kritik an diesem Manuskript.

Conflict of Interest Statement

Der Autor hat deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Korrespondenz

Dr. med. Marzio Sabbioni
Hochfeldstr. 101
CH-3012 Bern
sabbioni.marzio[at]bluewin.ch

Literatur

- 1 Ein Teilprojekt von «geben & annehmen!» – Freiwilligenengagements für Sorgende Gemeinschaften www.geben-annehmen.ch
- 2 Hell D. Lob der Scham. Verlag Herder; 2019.
- 3 Jens L. Tiedemann. 4th ed. Giessen: Scham. Psychosozial-Verlag; 2022.
- 4 Panksepp J, Biven L. Archeology of mind. Neuroevolutionary origins of human emotions. New York: Norton & Company; 2012.
- 5 Tomasello M. Eine Naturgeschichte der menschlichen Moral. Suhrkamp; 2016.
- 6 Angulo J, Fleury V, Péron JA, Penzenstadler L, Zullino D, Krack P. Shame in Parkinson'S Disease: A Review. *J Parkinsons Dis.* 2019;9(3):489–99.
- 7 Egle UT, Joraschky P, Lampe A, Seggige Krenke I, Cierpa M, editors. Sexueller Missbrauch, Misshandlung,

- Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. Schattauer, 4. Überarbeitete und erweiterte Auflage 2016
- 8 Engel GL. Psychogenic pain and pain-prone patient. *Am J Med.* 1959 Jun;26(6):899–918.
- 9 Wojcik KD, Cox DW, Kealy D. Adverse childhood experiences and shame- and guilt-proneness: examining the mediating roles of interpersonal problems in a community sample. *Child Abuse Negl.* 2019 Dec;98:104233.
- 10 Schär S, Vehlen A, Ebner J, Schick Tanz N, de Quervain DJ, Wittmann L, et al. M. grosse Holtforth, S. Protic, A. Wettstein, N. Egloff, K. Steinberger, K.I.M. Schwegler. Guilt is effectively induced by a written auto-biographical essay but not reduced by experimental pain. *Front Behav Neurosci.* 2022;16:891831.
- 11 Boring BL, Walsh KT, Nanavaty N, Mathur VA. Shame mediates the relationship between Pain invalidation and depression. *Front Psychol.* 2021 Dec;12:743584.