



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Maren Lammers

Scham und Schuld – Behandlungsmodule für den Therapiealltag

Für Rosa und Gernot

Maren Lammers

Scham und Schuld – Behandlungsmodule für den Therapiealltag

Maren Lammers

Psychologische Psychotherapeutin
Bernhard-Nocht-Str. 107
20359 Hamburg
lammers@hamburg-privatpraxis.de



Die digitalen Zusatzmaterialien haben wir zum Download auf www.klett-cotta.de bereitgestellt.
Geben Sie im Suchfeld auf unserer Homepage den folgenden Such-Code ein: **OM40011**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2020 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung eines Gemäldes von Friederike Lydia Ahrens Plug Art

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co.

Lektorat: Volker Drüke

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

ISBN 978-3-608-40011-3

Auch als E-Book erhältlich

Kurzes Vorwort und Dank

»Scham und Schuld« war eine Idee, die unmittelbar nach der Veröffentlichung des Buchs »Emotionsbezogene Psychotherapie von Scham und Schuld« entstand. Ebenso äußerten Kolleginnen und Kollegen diesen Wunsch. Dieser ist nur verständlich, bedenkt man die Komplexität des emotionalen Geschehens von Scham und Schuld. Das Buch bietet Möglichkeiten, sich – ähnlich wie bei manualbasierter Literatur – Orientierung, Ideen und konkrete Interventionen anzueignen, um gezielt am Scham- und Schuldleben arbeiten zu können. Scham- und Schuldleben sind störungsübergreifende Themen.

Entsprechend habe ich das Buch an einer inhaltlichen Grundüberlegung angelehnt. Diese Orientierung bietet eine für den Therapiealltag praktische Struktur:

- Scham und Schuld als Emotion
- Scham und Schuld als blockierender/hemmender Zustand
- Scham- und Schuldleben im Rahmen von Prozessen

Die theoretischen Grundlagen haben in diesem Buch nur insoweit Einzug gefunden, als diese notwendig sind, um Scham und Schuld besser zu verstehen und um Interventionen zu erläutern. Eine vertiefende Erläuterung zu dieser Dreiteilung von Scham- und Schuldleben (als Emotion, prozessbegleitend und als blockierender Zustand) finden Sie im Kapitel 3. Die Einteilung wird auch in den folgenden Kapiteln immer wieder als Orientierungs- und Entscheidungshilfe aufgegriffen.

Reduktion von Theorie und Fokussierung auf das praktische Vorgehen standen daher bei der Erstellung des Kompakt-Buchs im Vordergrund. Dennoch »fordern« beide emotionale Entitäten einen Mut zur Methodenvielfalt im therapeutischen Arbeiten. Reduktion und Fokussierung können die wichtigsten Elemente zum Vorschein bringen, durchaus aber auch Wissenswertes unbenannt lassen. Zwischen den Zeilen lässt sich vielleicht eine Entschuldigung herauslesen. Es gibt gute Gründe, dennoch den Weg der Reduktion und Vereinfachung zu gehen. Vereinfachung hat sich im Therapiealltag bewährt. Allgemeines Wissen führt nicht immer zu Veränderungen. Stattdessen lohnt es sich, mit jedem Patienten/Klienten seinen individuellen Bedeutungskontext, dessen Zusammenhänge zu entdecken sowie einen Weg zu angemessenem Scham- und Schuldleben zu finden. Für Interessenten, die sich auf das komplizierte Geflecht von Scham und Schuld einlassen mögen, verweise ich gern auf das oben genannte Erstlingswerk, das mit seinen fast 500 Seiten viel Material zum Lesen und Reflektieren anbietet (Lammers 2016).

Bereits im ersten Buch habe ich meine Einstellung zur Wichtigkeit des integrativen Ansatzes betont. Diesen Ansatz finden Sie hier wieder, angereichert um das emotionsbezogene Vorgehen. Sie werden Materialien vorfinden, die Sie den

Patienten aushändigen können und die helfen sollen, ins emotionale Dickicht von Scham und Schuld einen Zugang zu bekommen. Ebenso gibt es Vorschläge und Arbeitsblätter für die inhaltliche Gestaltung von Therapiestunden. Sprachlich habe ich mich daher bewusst weniger fachlich ausgerichtet, da Umgangssprachliches meist etwas leichter zu vermitteln ist. Bei den Arbeitsmaterialien ist einiges, wenn auch fokussierter auf die emotionalen Prozesse von Scham und Schuld ausgerichtet, vielleicht bereits bekannt und anderes (hoffentlich) neu.

Die Nutzung einer geschlechtersensiblen Sprache birgt einige Herausforderungen in der Ansprache von weiblichen, männlichen und transgeschlechtlichen Formen. Ein Wechsel der Ansprachen ist sicher nur ein Konstrukt – der Versuch, sich am Plural auszurichten, ist nicht immer konsistent gelungen. Seien Sie in jedem Fall herzlich eingeladen und bitte fühlen Sie sich als helfender und professionell arbeitender Mensch mit jeder genutzten Formulierung angesprochen.

Mein erster Dank gilt wie immer meinen Patienten und Klienten, ohne diese wäre auch das Buch nicht entstanden. Täglich lernen wir als Fachleute von Ihnen und entwickeln neue Ideen und Ansätze. Wann immer es in einer Therapie oder zu einem Thema nicht weitergehen will, sind wir gemeinsam auf der Suche. So wie Sie als Patienten/Klienten auch Ihren Weg finden müssen, verstehe ich das therapeutische Arbeiten als Weg. Suchen heißt neue Strategien lernen, Ideen haben, sich ausprobieren, die Einstellung ändern, manchmal auch aushalten und mitfühlen. Scham und Schuld kennen auch psychologische und ärztliche Psychotherapeuten sowie ärztliche Kollegen. Daher werden an der einen oder anderen Stelle Hinweise zu einer möglichen Selbsterfahrung vorzufinden sein. Einige Anregungen dazu können Sie im oben genannten Erstlingswerk finden.

Ein Dankeschön möchte ich auch für die kollegiale Resonanz, das Interesse und den Austausch in und nach den Seminaren und Vorträgen aussprechen. Aspekte aus den Gesprächen habe ich gern aufgegriffen, um diese wiederum den Lesern zugänglich zu machen. Meinem Praxisteam – insbesondere M. Sc. Psych. Lena Herrmann –, das mich auf meinem Weg des Schreibens begleitet und unterstützt, gilt ebenso ein Dankeschön. Begleitung und Unterstützung, Geduld sowie Freigabe von Zeit haben auch meine Familie und Freunde aufgebracht. Das scheint vielleicht erst einmal selbstverständlich, bedeutet mir jedoch sehr viel. Nur so konnte ich (fast) ohne schlechtes Gewissen dem Schreiblauf nachgehen. Danke dafür und für die schönen gemeinsamen Zeiten, die mir immer wieder Freude, Kraft und Energie geben, um mich solchen Buchprojekten zu stellen.

Nun soll das Buch einer kompakten Ausführung gleichen – deshalb ist hier schon das Ende des Vorwortes und des Dankes.

Hamburg, im Sommer 2019
Maren Lammers

Inhalt

ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZU SCHAM UND SCHULD	1
1 Grundlagen	3
1.1 Scham und Schuld – allgemein	3
1.1.1 Funktionale Aspekte von Emotionen	3
1.1.2 Emotionale Netzwerke	4
1.1.3 Grundbedürfnisse und emotionales Erleben	5
1.1.4 Emotionsdreieck	6
1.2 Scham und Schuld bei psychischen Erkrankungen	9
1.2.1 Unikausal versus multikausal	10
1.2.2 Scham und Schuld mit Symptomcharakter	11
1.2.3 Frei von Scham und Schuld	20
1.2.4 Psychopathie	21
1.3 Gemeinsamkeiten von Scham und Schuld	22
1.3.1 Soziale, moralische Emotionen	23
1.3.2 Bedeutung und Begrenztheit von Kognitionen	24
1.3.3 Selbstreflexive Emotionen	25
1.3.4 Werte, Normen, Gesetze und Regeln	25
1.3.5 Motivation	26
1.3.6 Scham- und schuldassoziierte Themen	26
1.3.7 Einfluss von Stimmungen	27
1.3.8 Leidensdruck	27
1.4 Unterschiede zwischen Scham und Schuld	29
1.4.1 Ich bin Scham	30
1.4.2 Ich habe Schuld	30
1.4.3 Scham hat ein eindeutiges Gesicht	31
1.4.4 Schuld zeigt sich unterschiedlich	31
1.4.5 Erleben des Gegenübers	32
1.4.6 Entwicklung und Impulse	32
1.4.7 Soziale Besonderheiten	33

1.4.8	Geschlechtsspezifische Besonderheiten	33
1.4.9	Kulturelle Aspekte	34
1.5	Entwicklungspsychologische Betrachtungen	36
1.5.1	Geburt und die ersten Lebensjahre	37
1.5.2	Rund um die Adoleszenz	40
1.5.3	Scham und Schuld im Alter	42
1.6	Einflussfaktoren zur Entstehung von Scham und Schuld	43
1.7	Scham- und Schuldneigung	46
1.8	Rolle der Empathie	46
1.8.1	Glaube und gemeinschaftliche Orientierung	49
1.8.2	Empathische Validierung als ein Merkmal für die therapeutische Beziehungsgestaltung	49
1.9	Zusammenhang zwischen Selbstwert, Scham und Schuld	51
1.9.1	Selbstwertquellen	53
2	Resilienz, Scham und Schuld	55
3	Einordnung von Scham- und Schuld erleben im therapeutischen Alltag	59
3.1	Scham und Schuld als Emotion	60
3.2	Scham und Schuld als Zustand	62
3.3	Scham- und Schuld erleben im Rahmen von Prozessen	66
4	Therapie und Behandlungssetting	71
4.1	Scham und Schuld im therapeutischen Kontakt	71
4.1.1	Patienten abweisen »müssen«	72
5	Therapeutische Haltung	73
5.1	Basiskompetenzen gezielt nutzen	73
5.1.1	Schuld- und schaminduzierende Kommunikation	75
6	Methodenvielfalt	77

PSYCHOEDUKATION FÜR PATIENTEN	79
7 Patienteninformationen zu Scham und Schuld	81
7.1 Allgemeines zu Scham und Schuld	81
7.1.1 Scham und Schuld als quälender Zustand	82
7.1.2 Scham- und Schuldthemen	83
7.1.3 Gemeinsamkeiten	84
7.2 Informationen zu Scham	86
7.3 Informationen zu Schuld	88
7.3.1 Echte Schuld auf sich geladen?	90
7.4 Die Rolle der Empathie, des Mitgefühls und der Selbstfürsorge	91
7.4.1 Emotionsregulationsstrategien	92
7.4.2 Zuwendung	92
7.5 Was macht stark für Scham und Schuld?	93
7.5.1 Sich zuwenden	94
7.6 Wohin kann die Reise gehen?	94
7.7 Wichtig zu wissen	97
THERAPIEANSÄTZE MIT ARBEITSBLÄTTERN	99
8 Störungsmodell und Ziele	101
8.1 Ein Störungsmodell	104
9 Emotionsbezogenes Vorgehen	112
9.1 Emotionsaktivierende Methoden	114
9.2 Emotionsaktivierende und -prozessierende Techniken	117
9.3 Emotionsregulationsstrategien	121
9.3.1 Wissen und ein Bewusstsein über die eigenen Emotionen	121
9.3.2 Emotionale Kommunikation innerhalb von Beziehungen	125
9.3.3 Die Fähigkeit und Bereitschaft zur Empathie	128
9.3.4 Emotionen anderer Personen	131
9.3.5 Förderung sprachlicher Fähigkeiten zugunsten von Scham und Schuld (und anderer Emotionen)	132
9.3.6 Angemessene und hilfreiche Bewältigung von unangenehmen und belastenden Emotionen	139

10	Biographie-Arbeit und Bedürfnisse	143
10.1	Biographischen Bezug herstellen	144
10.1.1	Umgang mit frühkindlichen Scham- und/oder Schuldgefühlen	151
11	Selbstwertarbeit – Selbstentwicklung	153
11.1	Förderung der Identitätsentwicklung und der Individuations- prozesse	159
11.2	Selbstmitgefühl und Selbstakzeptanz	163
11.3	Selbstfürsorge und gesundheitsförderliches Verhalten	166
11.4	Selbstwirksamkeitserleben fördern	170
12	Verinnerlichte Regeln, Normen und Moralvorstellungen	172
13	Soziale Kompetenzen fördern	176
14	Scham und Schuld bei anderen, zugrunde liegenden Erkrankungen	180
15	Scham und Schuld als Zustand – Strategien	184
16	Erste-Hilfe-Ideen für Krisen	194
	Literatur	198
	Sachverzeichnis	205

Allgemeine Informationen zu Scham und Schuld

1 Grundlagen

1.1 Scham und Schuld – allgemein

Scham und Schuld sind Emotionen. Beide emotionalen Entitäten begleiten uns im sozialen Miteinander des Alltags. Beide Emotionen lassen sich sowohl als einfache emotionale Regungen verstehen als auch als komplexe und stark vernetzte Prozesse. Zu den einfachen emotionalen Regungen gehören sicher die ersten (früh-)kindlichen Regungen eines Menschen, die sich in Scham- und Schuldgefühlen recht deutlich zeigen. Mit zunehmenden Lernerfahrungen sowie einer internalisierten Nähe zum eigenen Selbstkonzept, Selbstwirksamkeitserleben und einhergehenden komplexen Kognitionen führt dies oft dazu, dass Therapeuten es in den Behandlungen mit mannigfaltigem und scheinbar undefinierbarem, aber meist intensivem Scham- und Schuld erleben bei Patienten zu tun haben. *Scham- und Schuld erleben findet auf mehreren Dimensionen statt, welche zumeist einen sehr engen Bezug zur Biographie und zum eigenen Selbst haben.*

1.1.1 Funktionale Aspekte von Emotionen

Die frühere Einteilung der Emotionen nach Kategorien wie »positiv« und »negativ« beinhaltet immer auch das Potenzial, negative Emotionen gewissermaßen zu verteufeln, diese nicht mehr haben zu wollen. Das gilt auch für Scham und Schuld, denn das emotionale Erleben ist für viele Menschen sehr unangenehm. Scham und Schuld rangieren mit Wut, Ohnmacht und Hilflosigkeit auf der Liste der Emotionen, die wir am liebsten vermeiden. Der Wunsch, beide Emotionen aus dem Leben zu verbannen, ist verständlich, wenn man sich selbst nur ein wenig daran erinnern mag, wie diese sich für uns anfühlen. Dennoch sind beide Emotionen für uns als Menschen immens wichtig.

Zunehmend widmen sich wissenschaftliche Auseinandersetzungen dem Aspekt der Funktionalität. *Die Aufgabe, die eine Emotion für unser Leben hat, ist relevant.* Dieser teleologische Ansatz, dass emotionale Prozesse dem Zweck des Überlebens und Anpassens an die jeweilige Umwelt dienen, fördert das therapeutische Arbeiten an Scham und Schuld. Es gilt, den Sinn und die individuelle Bedeutung für jeden Patienten zu entdecken und nutzbar zu machen, ohne quälende Symptome zu entwickeln. Oft benötigen Patienten Unterstützung für einen angemessenen Ausdruck beider emotionaler Entitäten, denn deren Übung besteht mehr darin, Scham- und Schuld erleben zu vermeiden.

Emotionen sind wertvoll, und wir brauchen die Vielfalt, um ein gesundes und ausgewogenes Leben führen zu können. Deshalb brauchen Menschen Emotionsregulationsstrategien, um sich der belastenden und vielleicht schmerzhaften Seite von Scham und Schuld stellen zu können.

Praxistipp

Bei fehlenden Strategien findet oft eine unausgewogene, fast ausschließlich kognitive Auseinandersetzung mit Scham, Schuld oder den Inhalten, auf die sich Scham und Schuld meist beziehen, statt. Grübeleien, (sich und andere) In-Frage-Stellen oder Formulierungen wie »Ich habe ein Selbstwertthema« geben Hinweise darauf.

Die emotionale Seite findet keinen Ausdruck, und deshalb fehlen elementare Aspekte, um eine Veränderung oder eine sinnstiftende Auseinandersetzung zu ermöglichen.

1.1.2 Emotionale Netzwerke

Emotionen finden auf verschiedenen Ebenen statt und sind mehrdimensional. In vielen Veröffentlichungen, gerade wenn diese auf neuronaler Forschung basieren, wird emotionales Erleben als in Netzwerken organisiert verstanden. Im therapeutischen Alltag greift vermutlich die Formulierung »emotionales Erleben« das mehrdimensionale Erleben am besten auf. *Im Umgang mit Patienten hat sich deshalb auch die Formulierung »Scham- und/oder Schuld erleben« sprachlich bewiesen.* Diese Formulierung fördert u. a. die Erkenntnis, dass es nicht »die eine Scham oder Schuld« gibt, sondern dass mehrere Prozesse daran beteiligt sind. *Dem gegenüber stehen Scham- oder Schuldgefühle in ihrer ursprünglichen und kindlichen Form.* Bei diesen finden sich nur wenige kognitive Anteile, sondern vielmehr ein emotionales Erleben, das meist eher körperlich spürbar ist (► Kap. 1.5).

Praxistipp

Sich dem Gegenüber mitteilen zu können eröffnet soziale Dimensionen rund um Scham- und Schuld erleben. Es fördert das Selbstwirksamkeitserleben in Bezug auf emotionale Prozesse und die eigenen Bedürfnisse.

Die wichtigsten Ebenen sind im Folgenden noch einmal ausgeführt, weil die Erinnerung daran immer auch ermöglicht, diese explizit zu erfragen. Das Verbalisieren von Prozessen, Erlebnissen und Erfahrungen, gar für sich selbst als Person Ausdruck zu finden ist ein elementarer Wirkmechanismus von Therapie. Scham und Schuld machen oft sprachlos, gerade wenn die emotionale Intensität fast den gesamten Raum des Erlebens einnimmt und sich besonders intensiv darstellt.

Merke

Wie jede andere Emotion finden Scham und Schuld auf folgenden vier Ebenen statt:

- Somatische Ebene mit den vegetativen Komponenten der Aktivierung
- Kognitive Ebene in Form von Gedanken, die im engen Zusammenhang mit dem emotionalen Erleben stehen
- Motivationale Ebene, die je nach Emotion zu unterschiedlichen Reaktionen anregt – oft als innerer Impuls spürbar
- Verhaltensebene, die zur Motivation entsprechende Handlungen ausführen lässt – es sei denn, dies ist in der Form nicht möglich

1.1.3 Grundbedürfnisse und emotionales Erleben

Neben diesen Ebenen ist die Verbindung zwischen Emotionen und den Grundbedürfnissen einer Person vielfach beschrieben (z. B. Glasenapp 2013; Greenberg 2006), und sie hat sich im therapeutischen Arbeiten als hilfreich erwiesen. Den Blick auf die dahinterliegenden Grundbedürfnisse gemeinsam mit den Patienten zu richten hat etwas Sinnstiftendes.

Grundbedürfnisse sind ein mögliches Ziel und geben damit eine Idee, wofür es sich lohnen könnte, an diesen durchaus sehr schmerzhaften Emotionen zu arbeiten.

Einen Zugang zu den Grundbedürfnissen einer Emotion zu finden und in motivdienlicher Handlungsweise für das eigene Wohlbefinden sorgen zu können ist ein wesentlicher Bestandteil der Selbstfürsorge.

Selbst für sich sorgen können schafft Selbstwirksamkeitserleben in Bezug auf die eigene Person. Für Patienten, die sich ihrem Scham- und Schulterleben ausgeliefert erfahren, ist dies ein sehr wirksames Element in der Behandlung.

Stellvertretend für die vielen Bedürfniskonzepte wird an dieser Stelle auf Grundbedürfnisse nach Epstein (1990, 1994) Bezug genommen. Im bedürfnispsychologischen Modell werden Bindung/Autonomie, Orientierung/Kontrolle/Grenzen, Selbstwertschutz/-erhalt und -erhöhung sowie das Bedürfnis nach Lustgewinn/Erholung und Unlustvermeidung genannt. Grawe (2004) ergänzt das Konzept um das »Bedürfnis« des Strebens nach Konsistenz. Mit Letzterem ist der zentrale Wirkmechanismus des Bemühens um eine innere Konsistenz zwischen den Bedürfnissen gemeint.

Stehen die bisher genannten Grundbedürfnisse miteinander im Konflikt, z. B. Bindung und Selbstwerterhalt, kommt es zu Dysregulationen und zu einem Inkonsistenzerleben. Dieses geht dabei häufig auf der emotionalen Ebene mit Scham- und Schulterleben einher.

Scham- und Schulterleben lassen sich oft bei Patienten feststellen, die einen Bedürfniskonflikt erleben und diesen für sich weder kurz-, mittel- noch langfristig lösen können. Typischerweise geht damit auch ein Insuffizienzerleben einher, was wiederum zu neuen und komplexeren Kognitionen führt, die sich förmlich an das emotionale Erleben knüpfen und infolgedessen mit aktiviert werden. Der Fokus auf kognitive Klärung oder der Versuch, ein Verständnis darüber zu entwickeln, reguliert zwar die Intensität des emotionalen Erlebens, schafft jedoch keine wirklichen Umgangsmöglichkeiten mit dem eigenen Scham- und Schuld-erleben. Daher gilt es, die Aufmerksamkeit auf die vermiedenen emotionalen Prozesse mit einhergehendem körperlichem Erleben zu richten und sich zugunsten der dahinterliegenden Bedürfnisse zu verhalten.

Emotionales Erleben ermöglicht den Zugang zu den zugrunde liegenden Grundbedürfnissen. Diese Idee basiert auf einem ressourcenorientierten Ansatz, der den teleologischen Ansatz ergänzt. Emotionales Erleben fördert den Zugang zu Ressourcen, wenn Emotionen gut zugänglich und regulierbar sind. Psychi-

sches Wohlbefinden kann damit gesteigert werden und hat wichtige Auswirkungen auf die eigene Resilienz (z. B. Masten 2016). Persönliche Kontrolle, positive Affekte wie Optimismus und soziale Unterstützung fördern Resilienz (Dantzer et al. 2018).

Praxistipp

Selbstwirksamkeitserleben zugunsten eigener Bedürfnisversorgung ist ein bedeutsamer Schutzmechanismus vor dysfunktionalen Prozessen mit einhergehendem maladaptivem Scham- und Schuld erleben.

Grundbedürfnisse spielen auch eine große Rolle in der eigenen Weiterentwicklung. Je nach Entwicklungsphase stehen mit dem Lebensalter unterschiedliche Grundbedürfnisse im Mittelpunkt der Entwicklung. Scham- und Schuld erleben kann diese Entwicklungsprozesse fördern oder auch hemmen, wenn beispielsweise Emotionsregulationsstrategien nicht ausreichend erworben wurden. Ein Übermaß an Scham und Schuld kann Ausdruck dafür sein, dass diese Prozesse in der sozialen Umwelt entweder gar nicht oder nicht ausreichend stattgefunden haben/stattfinden konnten. Oft gilt es in den Therapien, solchen Entwicklungsprozessen eine sinnvolle Ausrichtung zu geben.

Merke

Für eine gesunde Entwicklung und Auseinandersetzung rund um Scham und Schuld sind kognitives Wissen, Kompetenzen im Umgang mit Emotionen sowie Emotionsregulationsstrategien notwendig. Ein gutes Wissen ermöglicht unter Umständen auch gute Kompetenzen bzw. den Aufbau dieser. Emotionsregulationsstrategien fördern wiederum sowohl die Kompetenzen als auch das individuelle Wissen um das emotionale Erleben einer Person.

1.1.4 Emotionsdreieck

Eine vereinfachte Betrachtungsweise von Zusammenhängen lässt sich auch auf emotionales Geschehen übertragen. In diesem Kontext lassen sich daran gut die Wechselwirkungen als Emotionsdreieck in Bezug auf Scham- und Schuld erleben ableiten. Folgende Darstellung wird daher im Anschluss um kurze Erläuterungen ergänzt (► Abb. 1-1).

Bei genauerem Hinsehen legen die Beschriftungen (Wissen, Kompetenzen und Emotionsregulationsstrategien) Überschneidungen nahe. Natürlich stellt Wissen auch eine Kompetenz dar. Genauso lassen sich Emotionsregulationsstrategien als Kompetenzen verstehen, denen ein Wissen darüber zugrunde liegt. Zur Verdeutlichung der Unterschiede und Verbindungen werden die Begrifflichkeiten im Folgenden explizit ausgeführt.

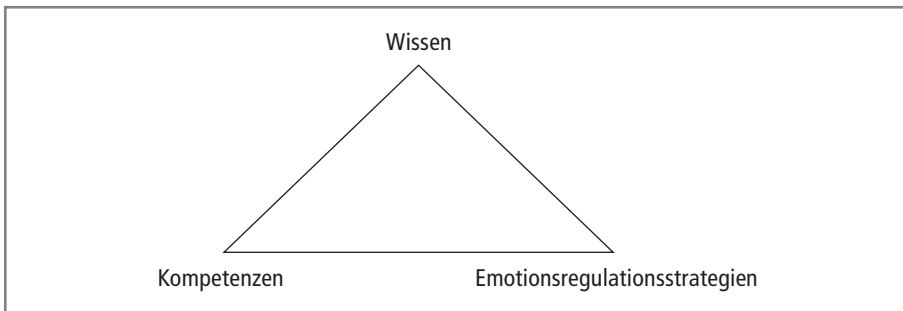


Abb. 1-1 Emotionsdreieck

Wissen

Zum Wissen um Scham und Schuld gehören insbesondere theoretische Informationen. Diese lassen sich unterteilen in übergeordnetes, allgemeines und spezifisches Wissen. Allgemein betrachtet haben Emotionen eine wichtige Aufgabe und spielen eine wesentliche Rolle im Leben eines Menschen. *Unangenehme und schmerzhaft Emotionen sind ebenso bedeutsam für uns wie angenehme Emotionen.*

Jedem emotionalen Erleben liegt zudem mindestens ein menschliches Bedürfnis zugrunde. Modifizieren und regulieren lassen sich Emotionen über Emotionsregulationsstrategien. Spezifischer betrachtet bringen Scham- und Schuld erleben als emotionale Entitäten Besonderheiten mit sich. So scheinen beide zunächst sehr ähnliche moralische Emotionen darzustellen, aktivieren jedoch recht gegensätzliche Verhaltenstendenzen.

Darüber hinaus spielen Empathie und Selbstfürsorge eine wichtige Rolle im Umgang mit Scham und Schuld. Entsprechend ist ein Verständnis darüber nötig, dass auch diesen Emotionen Bedürfnisse zugrunde liegen. Genauso bedeutsam ist der individuelle Bedeutungszusammenhang, z. B. der Bezug zur Biographie, oder auch das Wissen, dass Scham und Schuld als Folge einer anderen Erkrankung Leidensdruck verursachen können.

Praxistipp

Persönliche Ziele im Umgang mit Scham und Schuld helfen, einen sinnstiftenden Weg anzubahnen.

Kompetenzen

Zu den Kompetenzen lassen sich die Fähigkeiten des Erlebens und Aushaltens von Emotionen zählen. Es braucht Akzeptanzstrategien gegenüber unangenehmen Emotionen wie Scham und Schuld. Dazu gehört neben der individuellen Toleranz auch das wertfreie Wahrnehmen emotionaler Prozesse. *Emotionale*

Kompetenzen schließen Entspannungsfähigkeiten, Bedürfnisaufschub-Optionen und durchaus auch positive Selbstverbalisationen ein. Sich selbst durch inneren Trost und ermutigende Gedanken unterstützen zu können und Selbstmitgefühl aufzubringen fördert auch den kompetenten Umgang mit Scham- und Schuld-erleben. Eine Emotion spüren zu können ermöglicht, einen Zugang zu den dahinter liegenden Bedürfnissen finden zu können. Damit einhergehend lassen sich Ressourcen zugänglich machen und Selbstfürsorge/-mitgefühl zugunsten der Bedürfnisse und Emotionen umsetzen. Infolgedessen ist es natürlich auch bedeutsam, die Fähigkeiten, Bedürfnisse und das emotionale Erleben in einem sozialen Umfeld angemessen kommunizieren zu können. Heilsame Effekte durch Fürsorge und Wohlwollen durch Mitmenschen stellen gerade bei Scham und Schuld ein bedeutsames Korrektiv dar.

Emotionsregulation

Emotionsregulationsfähigkeiten fördern, wenn sie eingesetzt werden, das seelische Wohlergehen. Zur Emotionsregulation zählt die Strategie der Reiz- oder Stimuluskontrolle, also die Modifikation von Aufmerksamkeit, Reizen oder der Situation. Zudem besitzt die kognitive Bearbeitung von Erlebnissen, die Emotionen bei uns auslösen, eine wichtige Bedeutung im Umgang mit den eigenen Emotionen. Das den Emotionen »entgegengesetzte Handeln« als Strategie hat in vielen Therapien Erfolge gebracht und lässt sich unter der Modifikation der Reaktionen einordnen. *Schließlich hat auch der aktive Einfluss auf die Intensität von Emotionen im aktuellen Moment sowie auf eigene Handlungsbereitschaften und -impulse, die mit dem jeweils aktuellen emotionalen Erleben einhergehen, einen positiven Einfluss auf soziale Interaktionen.*

Merke

Zu den **emotionsregulatorischen Fertigkeiten** eines Menschen gehören nach Saarni (1999) (modifiziert dargestellt):

- Wissen und ein Bewusstsein über die eigenen Emotionen
- Wissen und Bewusstsein darüber, dass emotionale Kommunikation innerhalb von Beziehung stattfindet
- Die Fähigkeit und Bereitschaft zur Empathie
- Emotionen anderer Personen dechiffrieren, verstehen und unterscheiden zu können
- Sprachliche Fähigkeiten zugunsten von Emotionen und deren Kommunikation
- Fähigkeit der Unterscheidung zwischen eigenen inneren, subjektiven emotionalen Prozessen und äußerem emotionalen Ausdruck
- Angemessene und hilfreiche Bewältigung von unangenehmen und belastenden Emotionen (wie beispielsweise Scham und Schuld) sowie von Situationen
- Fähigkeit zur emotionalen Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge im Rahmen des emotionalen Erlebens

Für den therapeutischen Alltag bedeutet dies, Wissen zugänglich zu machen, zu fördern und den individuellen Wissenstransfer zu verbessern. Typischerweise

werden Emotionsregulationsstrategien für den Umgang mit emotionalem Erleben vermittelt. *Auffällig ist jedoch, dass für einzelne Emotionen wie Scham, Schuld, Hilflosigkeit und Ohnmachtserleben oft kaum oder keine Strategien angewendet werden.* Deshalb sollten Kompetenzen emotionsspezifisch exploriert und gefördert werden, um das Selbstwirksamkeitserleben im Umgang mit Scham und Schuld zu steigern. *Somit gilt es, Emotionsregulationsstrategien anhand des Umgangs mit anderen Emotionen auch für Scham- und Schuldserleben nutzbar zu machen und zusätzliche Strategien zu implementieren.*

1.2 Scham und Schuld bei psychischen Erkrankungen

Das DSM-5 beschreibt eine psychische Störung als Syndrom einer Person. Dieses Syndrom geht mit klinisch signifikanten Störungen von Kognitionen, Verhalten und der Emotionsregulation einher (Falkai und Wittchen 2015). Bei (fast) allen psychischen Erkrankungen lassen sich auch Störungen im emotionalen Erleben finden (Lammers 2007). So trägt eine defizitäre Emotionsregulation »zur Entstehung und Aufrechterhaltung vieler psychischer Störungen bei« (Berking und Hondong 2018, S. 77).

Merke

Übergreifend lassen sich die **Störungen der Emotionsregulation** grob einteilen in:

- Zu intensives und/oder einseitiges Erleben einer Emotion, wie beispielsweise Angst bei Angststörungen und/oder Scham bei sozialen Phobien
- Zu wenig Zugang zum eigenen emotionalen Erleben, wie es im Rahmen einer Dysthymia oder Depression oft beschrieben wird
- Dysfunktionale Denk- und Verhaltensweisen, die emotionales Erleben in den Hintergrund treten lassen; Zwangsgedanken und -handlungen sollen beispielsweise emotionales Erleben und innere Anspannung neutralisieren

Persönlichkeitsstörungen zeichnen sich entweder durch eine emotionale Unterregulation, mangels fehlender oder nicht genutzter Emotionsregulationsstrategien, oder durch überregulierte emotionale Prozesse aus. Überregulation wird oft durch kognitive Prozesse oder schnelle Verhaltensweisen, die das emotionale Geschehen in den Hintergrund drängen, erreicht. Typischerweise stehen trotz Über- oder Unterregulation einzelne Emotionen im Vordergrund eines möglichen Geschehens, wie Wut und Hass bei narzisstischer oder paranoider Persönlichkeitsstörung oder Angst und Unsicherheit bei ängstlich vermeidenden oder dependenten Strukturen.

Scham und Schuld als intensivstes Erleben findet sich oft bei Patienten mit einer emotional instabilen und ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung. Patienten mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung haben oft das vulnerable emotionale Selbstschema im Sinne des doppelten Selbstkonzeptes (Sachse 2010) im Hintergrund. Scham- und Schuldthemen sowie die Auseinandersetzung und mögliche Vermeidung von Scham und Schuld lassen sich manchmal eher

kognitiv bei anankastischen und narzisstischen Persönlichkeitsstrukturen finden. Fehlendes Scham- und Schuldempfinden und -erleben bzw. die manipulative Nutzung von Scham- und Schuldimpulsen wird im Zusammenhang mit antisozialen Persönlichkeiten und unterschiedlichen Psychopathieansätzen diskutiert (► Kap. 1.2.4).

Unabhängig von einzelnen Störungen spielen auch Scham und Schuld eine bedeutsame Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen. Gerade Scham- und Schuld erleben stellen einen wichtigen Teil des Leidensdrucks dar, es nicht alleine zu schaffen oder geschafft zu haben. Weiterhin kann der Umstand, eine Erkrankung oder lebenslange Folgen einer Erkrankung zu spüren, mit sekundärem Scham- oder Schuld erleben einhergehen. Körperliche Beeinträchtigungen, die sichtbar sind, verursachen beispielsweise durchaus Scham. Aber auch die Folgen einer langjährigen Essstörung, die sich in irreversiblen körperlichen Folgeerkrankungen zeigt, werden oft begleitet von Schuld- und/oder Schamerleben.

1.2.1 Unikausal versus multikausal

Festhalten lässt sich, dass das Arrangieren mit einer »einfachen« körperlichen Erkrankung den meisten Menschen anscheinend leichter gelingt, als wenn sie unter psychischen Störungen leiden. Mit »Arrangieren« ist vor allem der Anpassungsprozess an die unterschiedlichen Stadien gemeint, also an das Lebensalter mit den dazugehörigen Rahmenbedingungen des sozialen Umfeldes. Die Anpassung ist keineswegs statisch zu verstehen, sondern eher als dynamische Auseinandersetzung, die mit Toleranz und Akzeptanz einhergeht. Die Auseinandersetzung scheint bei psychischen Erkrankungen deutlich schwieriger zu sein, vermutlich da insbesondere chronische Erkrankungen oder Rezidive einer Erkrankung zum (Wieder-)Erleben von Scham und Schuld führen (können).

Ähnlich verhält es sich jedoch auch mit körperlichen Erkrankungen, die einen *multikausalen Zusammenhang*, wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aufweisen. In früher Kindheit lernen die meisten Menschen, dass es *eine* Ursache gibt, die im kausalen Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung steht. Multikausalität verändert das Einfluss- und Selbstwirksamkeitserleben. *Dem gleichzeitigen Auftreten vieler möglicher Ursachen erfahren sich Patienten hilflos ausgeliefert.* Einzelne Ursachen werden meist fokussiert, und der eigene Einfluss darauf wird überbewertet. Das Ausbleiben von Erfolgen führt wiederum zu Scham- und Schuld erleben.

Die medizinisch notwendige Behandlung kann neue potenzielle Gefahrenquellen für Scham- und Schuld erleben verursachen. Nebenwirkungen der Medikationen und Zeitaufwendungen für die eigene Genesung sind wichtig, aber durchaus auch kritisch. Im Umfeld wünschen sich oft nahe Angehörige nach der überstandenen Zeit eine Würdigung der erbrachten Unterstützung. Oft kommt es in dieser Phase zu Trennungen, wenn die »Bringschuld« nicht erbracht wird.

Herr E., 56 Jahre, kommt ein Jahr nach einer akuten körperlichen Krisensituation zum therapeutischen Erstgespräch. Ihm sei empfohlen worden, eine Therapie zu machen, dass verstehe er nur bedingt. Durchaus nehme er jedoch die Herz-Kreislauf-Erkrankung als eine Art Bestrafung für Fehlverhalten in der Vergangenheit wahr. Insbesondere die Nichtbeachtung von wichtigen Informationen, wie beispielsweise die Häufung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei den männlichen Familienmitgliedern und das eigene jahrzehntelange Rauchen, wiegt aus seiner Sicht besonders schwer.

Die Medikation bekämpft nun die Symptome der Erkrankung, aber die Nebenwirkungen, insbesondere die Impotenz, würden ihm sehr zu schaffen machen. Seine Partnerin klagt zusätzlich darüber, dass Herrn E. die emotionalen Regungen im Gesicht fehlen würden, sie sei lange nicht mehr angelächelt worden. Immerhin habe sie auch eine intensive Zeit der Angst überstanden, denn ihr Mann sei der Alleinversorger, und ohne ihn seien existenzielle Ängste aufgetaucht. Es solle ihm schnell wieder bessergehen, und gemeinsam müsse man Vorsorge betreiben, damit so etwas nicht wieder geschehe. Ebenso wäre die Umverteilung der finanziellen Situation wichtig. Wegen der fehlenden Patienten- und Betreuungsvollmacht sei es zu kritischen Situationen gekommen. Diese habe Herr E. noch gar nicht ausreichend realisiert – genauso wenig wie die Leistungen der Ehepartnerin im letzten Jahr.

1.2.2 Scham und Schuld mit Symptomcharakter

Im Rahmen psychischer Erkrankungen können Scham und Schuld also ein Symptom der psychischen Erkrankung sein. Das Wissen rund um Scham und Schuld heißt auch, ein Verständnis von Gesundheit und psychischen Störungen zu haben (Broucek 1991). Scham- und Schuld erleben kann pathogenen Charakter haben und sollte im Rahmen einer Therapie beachtet und gewürdigt werden (► Kap. 3). Die folgenden Ausführungen geben einen kurzen Überblick möglicher Zusammenhänge und Einflüsse.

Praxistipp

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass ein Übermaß an Scham oft mit einem Mangel an angemessener Selbstfürsorge und Verantwortungsübernahme einhergeht, wohingegen zu viel Schuld erleben und -empfinden oft Schamerleben und frühe Schamgefühle kompensiert (Erläuterung zum Unterschied ► Kap. 1.5).

Angststörungen

Angsterkrankungen können mit Scham- und Schuld erleben als Folge der Erkrankung einhergehen. Das Selbstbild und die Selbstwahrnehmung spielen dabei große Rollen. Angst nimmt einen großen Raum im eigenen emotionalen Erleben ein und führt oft dazu, dass andere Emotionen kaum noch eine Rolle im Lebensalltag spielen. Diese Verschiebung des emotionalen Erlebens stellt eine Abgrenzung zum sozialen Umfeld dar und aktiviert oft zusätzliches Scham- und Schuld erleben bei Betroffenen. Häufig werden antizipierte Sorgen vor Bloßstellung geäußert, sodass Scham- und Schuld erleben als weiterer Makel und Bestä-

tigung des »Anders-Seins« verstanden werden. *Ängste, Scham- und Schuld erleben können sich manifestieren und einen zustandsartigen Charakter annehmen, der noch mehr zu Rückzug und Einsamkeit führt* (► Kap. 3, 7.1 und 15).

Depression

Ein Kriterium der *Depressionen* im (noch aktuellen) ICD-10 stellt fest, dass das »Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen [...] fast immer beeinträchtigt« sind (Dilling und Freyberger 2008). *Selbst bei einer leichten depressiven Episode gibt es Gedanken an die eigene Wertlosigkeit, die wiederum Scham triggern kann. Intensive Schuldvorwürfe sind ein diagnostisches Merkmal.* Die Intensität von erlebter Scham weist Zusammenhänge zu Depression auf (Kämmerer 2010). Gambin und Sharp (2018) konnten in ihrer Studie zu den Zusammenhängen zwischen Empathie, Schuld, Scham und Depressionen bei adoleszenten Patienten nachweisen, dass Scham mit emotionaler Empathie einen großen Zusammenhang zu Depressionen aufwies. Kognitive Empathie korrelierte hingegen eher mit kontextabhängiger Schuld und zeigte keine Verbindung zu Depressionen.

Pulcu et al. (2014) lieferten im Rahmen einer fMRT-Studie Hinweise, dass Scham bei Patienten mit einer remittierten depressiven Störung eine erhöhte neuronale Aktivierung innerhalb der rechten Amygdala sowie der rechten posterioren Insula im Vergleich zur Kontrollgruppe aufweisen. Diese besondere Aktivierung wird im Sinne einer erhöhten Vulnerabilität bei remittiert depressiv Erkrankten diskutiert. Gestützt wird dieses Ergebnis von einer früheren fMRT-Studie (Green et al. 2012), die Schuld erleben bei Patienten mit remittierter Depression untersucht hatte. Im anterioren Temporallappen, der spezifisch für Repräsentationen von sozialen Konzepten und selbstbeschuldigenden Emotionen ist, scheint es zu einer Entkopplung des temporo-fronto-limbischen Bereiches zu kommen. Diese Entkopplung wird wiederum in den Zusammenhang mit den typisch verzerrten Selbstbeschuldigungen bei Depressionen gesetzt. *Scham- und Schuld erleben sind immer auch ein elementares Thema bei einem chronisch rezidivierenden Verlauf von Depressionen, sodass es bei jeder erneuten Episode an Relevanz gewinnt.*

Derealisation und Depersonalisation

Massive Derealisation und Depersonalisation gehen mit einer hohen Funktionalität einher. So können beide beispielsweise als Symptom einer Borderline-Erkrankung, einer sozialen Phobie oder im Rahmen einer Posttraumatischen Belastungsstörung auftreten. Michal et al. (2006) beschreiben den Zusammenhang von sozialen Ängsten und Scham. *Derealisation und Depersonalisation werden als Kompensationsmechanismus für »pathologische Scham« und soziale Ängste bezeichnet.* Durch die Fokussierung auf defizitäre Anteile des eigenen Selbst kommt es dazu, dass Menschen sich selbst innerlich ablehnen und bewerten. Depersonalisation ist daher ein Distanzierungsmechanismus vom eigenen defizitären Selbst. Derealisation schafft durch das Unwirklichkeitserleben gegen-

über der umgebenden Realität einen möglichen Schutzraum vor antizipierten und erfahrenen Beschämungen und Abwertungen. *Korrigierende Erfahrungen werden im Rahmen der scheinbar schützenden Distanzierungsprozesse jedoch verhindert.*

Dissoziation

Dissoziation als grundsätzlich adaptive Fähigkeit kann kreative Prozesse anregen und Blockaden lösen. Dieser Effekt wird in hypnotherapeutischen Ansätzen im Rahmen einer Trance genutzt. Pathologisch anmutende dissoziative Prozesse gehen vermutlich mit frühen Bindungstraumata einher (Schore 2012). Cyrulnik (2011) beschreibt in seinem Buch als *frühes Dissoziationserleben den desorientierten Bindungsstil, was wiederum später das Auftreten von Dissoziationserleben begünstigt*. Dissoziation, die weniger als Fähigkeit, sondern mehr als intensiv und überflutend wahrgenommen wird, hat hohe Folgekosten im Alltag. Dazu gehören Wertlosigkeits-, Scham- und Schulterleben sowie Resignation. Zu diskutieren ist, ob sich hierin auch ein Anteil der frühen traumatischen Bindungserfahrungen auf emotionaler Ebene widerspiegelt.

Essstörungen

Scham- und Schulterleben fokussiert sich oft auf den eigenen Körper und körperliche Vorgänge. Unzulänglichkeitserleben im Rahmen von Ess- und Brechattacken mit nachfolgender Scham werden von Patienten immer wieder berichtet. Anorexie und restriktives Essverhalten dienen oftmals der Kontrollerreichung über den eigenen Körper, verhindert aber auch Reifungsprozesse – insbesondere in Lebensphasen, die eine Schwellensituation darstellen, z. B. die Adoleszenz oder das Klimakterium. *Schamerleben kann als emotionaler Anteil/Prozess einer Körperschemastörung verstanden werden.* Sich selbst abzuwerten und körperlich abnormal einzustufen führt zu Ekel, der wiederum das eigentliche Schamerleben oftmals überdeckt. Kontrollerleben und sich Nahrung zu verweigern kann als kognitiv machtvolle Methode das emotionale Schamerleben reduzieren. *Schulder erleben Patienten sich selbst gegenüber bei Nichteinhaltung der restriktiven und strengen Vorgaben.* Schulterleben aktiviert wiederum Scham und den Wunsch nach mehr kognitiver Kontrolle über das eigene Selbst und den Körper.

Hypochondrie

Hypochondrie geht einher mit einer sehr intensiven Neigung, sich und den eigenen Körper selbst zu beobachten. Die wahrgenommenen Veränderungen führen die Patienten dazu, Ärzte aufzusuchen und sich diagnostischen Untersuchungen zu unterziehen. *Im Rahmen der Erkrankung dominiert die Wahrnehmung, einen Körper zu haben, der sich gegen Krankheiten und deren Folgen nicht wehren kann.* Dieser Defekt kann Ausdruck eines interpersonellen Scham- und Schulterlebens sein, denn ein defizitärer Körper könnte dazu führen, dauerhaft krank und in der

Folge unter massivem Schmerzerleben von anderen Menschen abhängig zu sein. Schuld an Erkrankungen zu haben oder eine Schuldzuweisung durch medizinisches Personal während der Untersuchungen zu erhalten ist für Patienten unerträglich. In analytischen Betrachtungsweisen steht das Immunsystem symbolisch für das eigene Selbst, das sich gegen körperliche Gefahren und Krankheiten nicht wehren kann. Dabei sind insbesondere Erkrankungen mit multikausalem Geschehen eine große Bedrohung. *Zurückweisende Rückmeldungen und Hinweise auf die psychischen Besonderheiten der Personen, die an hypochondrischen Ängsten leiden, verursachen ebenso häufig Scham- sowie Schuld erleben.*

Körperdysmorphie Störung

Körperdysmorphie Störungen haben oft den Beinamen »Schamkrankheit«. Die eigenen wahrgenommenen Abweichungen bekommen im Kontext des eingengten Denkens über das defizitäre Selbst häufig einen wahnhaft anmutenden Charakter. Individualität und naturgerechte Abweichungen gilt es zu korrigieren und möglichst zu vermeiden, weil diese maladaptive und interpersonelle Scham triggern und aufrechterhaltenden Charakter haben. Intensives Scham- und Schuld erleben verhindern oft, dass diese Patienten sich in therapeutische Behandlungen begeben.

Persönlichkeitsstörungen

Chronisches und oft frühkindlich geprägtes Schamerleben findet sich häufig als vulnerabler Bestandteil bei Persönlichkeitsstörungen wieder (beschrieben z. B. Scheel et al. 2013 oder Sachse 2010). *Im vulnerablen Kern vieler Persönlichkeitsstörungen lassen sich fehlende Validierungserfahrungen, Wichtigkeit der Fokussierung auf das Kind als zentraler Mittelpunkt einer Familie/der Bezugsperson sowie frühe Erfahrungen von Demütigung, Bloßstellung und Beschämung finden. Kombiniert mit fehlenden Emotionsregulationsstrategien und/oder einer dysfunktional ausgeprägten Fokussierung auf Kompensationsstrategien, werden chronisches Scham-, aber auch Schuld erleben intern aufrechterhalten. Interpersonelles Scham- und Schuld erleben stellen häufig einen symptomgenerierenden Charakter dar (Hirschfeld et al. 1986; Kocherscheidt et al. 2002). So lassen sich auch Ich-dystone Anteile bei Persönlichkeitsstörungen entdecken, die oft komorbide psychische Erkrankungen mit sich bringen.*

Im DSM-5 (Falkai und Wittchen 2015) wird die bisher *ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung nun als selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung* bezeichnet. Mit der neuen Bezeichnung stehen nun auch Kriterien zur Verfügung, welche die Rolle von Schamerleben in den Vordergrund stellen. Dazu gehören die Zurückhaltung in intimen Beziehungen – aus Angst, beschämt oder lächerlich gemacht zu werden – und Hemmung aufgrund von Gefühlen der Unzulänglichkeit sowie die Überzeugung, gesellschaftlich unbeholfen, persönlich unattraktiv zu sein sowie die Angst vor potenzieller Beschämung. Hoffmann (2015) bezeichnet den *Schamaffekt als bedeutsame Gemeinsamkeit dieser Persönlichkeitsstörung und der sozialen Phobie.*

Interpersonelles Schulterleben wird in einer Vergleichsstudie zu Psychotherapie-Patienten (zwischen Bevölkerungsstichprobe und Medizinstudenten) von Albani et al. (2004) als persönlichkeitsnahes Konzept verstanden. *Je früher im Lebensalter sich quälende Scham- und Schuldgefühle ausgeprägt haben, desto näher scheint es an die Persönlichkeit und damit den Selbstwert gekoppelt.* Neben dem symptomgenerierenden Charakter lässt sich in der Folge auch die Entwicklung von dysfunktionalen Denk- und Verhaltensweisen feststellen. Eine Längsschnittstudie mit 380 Kindern (Erstbefragung 10–12 Lebensjahre; 68% der Teilnehmer nahmen an der Zweitbefragung nach dem 18. Lebensjahr teil) zeigt, dass die Neigung zu internem Schamerleben bei Kindern begünstigte, dass diese später ungeschützten Geschlechtsverkehr ausübten und illegale Drogen konsumierten (Stuewig et al. 2015).

Posttraumatische Belastungsstörung

Bei Posttraumatischen Belastungsstörungen spielen Angst und Scham bedeutende Rollen bei der Entstehung der Erkrankung (Leskela et al. 2002). Massive Grenzverletzungen, wie sie bei Opfern von anhaltenden und massiven sexuellen Traumata in der frühen Biographie zu finden sind, gehen mit dysfunktionalen Wahrnehmungen des eigenen Selbst einher. Bei Trauma-Patienten, die sowohl Missbrauch als auch Vernachlässigung mit Kindeswohlgefährdung in der Kindheit erfahren haben, konnte nachgewiesen werden, dass diese über eine signifikant höhere (subjektive) Intensität von Scham und Traurigkeit im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne Traumata in der Vorgeschichte berichten (Holl et al. 2017). Der Zusammenhang zwischen Scham, Traurigkeit und Substanzkonsum wurde in dieser Studie nachgewiesen. *Körperkonzepte, Schulterleben, Scham und Ekel können als intensive Emotionen kaum reguliert werden und begünstigen Intrusionen, Dissoziation als auch Suizidalität* (Bohus und Brokuslauf 2006). Boos (2005) beschreibt als Folge anhaltender Traumatisierungen das Erleben von Teilnahmslosigkeit gegenüber anderen Menschen und der Umwelt sowie eine Gleichgültigkeit in Bezug auf die eigene Person. Dies kann als innerer Distanzierungsmechanismus verstanden werden, der vor weiteren Beschämungen, Verletzungen und erneuten Reizüberflutungen einen durchaus schützenden Charakter hat. Die Folgen dieser inneren Distanzierung gehen einher mit dem Verlust von Selbstachtung- und Selbstfürsorgeverhalten. *Stattdessen lassen sich häufig Selbstabwertungen und Selbstverletzungen finden, die wiederum Scham- und Schulterleben auslösen und aufrechterhalten.* Das Klären von Schuld als ein Bestandteil der versuchten Verarbeitung ist ein retrospektiver Kontrollversuch. Die Bemühungen in der Auseinandersetzung um eine mögliche Schuld am traumatisierenden Geschehen gehen einher mit einer gesteigerten emotionalen Belastung (Kubany und Watson 2002). *Scham- und Schulterleben haben auch in der Behandlung eine große Bedeutung.* »Wie denkt der Behandler von mir?«, »Der Therapeut ekelt sich vor mir« sind häufige Kognitionen im Rahmen von Expositionstherapien. Diese können eine erfolgreiche Exposition behindern, wenn die Angst vor negativer Bewertung durch den Therapeuten das Scham- und Schulterleben begleitet.

Schizophrenie, Psychosen, Wahn

Schizophrenie, Psychosen, Wahn gelten als grundlegende Selbststörungen (Parnas 2003). Die Kriterien des ICD-10 (Dilling und Freyberger 2008) und des DSM-IV (Saß et al. 2003) geben diagnostische Hinweise auf ein defizitäres Ich, dem das Fehlen der Grenzen und die Antizipation sowie der Eindruck, »beeinflusst, durchschaut, oder gesteuert zu sein«, zugeschrieben werden. Gedanken und Gefühlen, die von »außen« gemacht werden, erleben Erkrankte sich ausgeliefert. *Sich selbst und die eigenen Grenzen nicht schützen zu können geht oft mit Scham- und Schulterleben einher.* Das DSM-5 (Falkai und Wittchen 2015) verweist auf eine Einschränkung zentraler Funktionsbereiche wie zwischenmenschliche Beziehungen und Selbstfürsorge, die mit dem Beginn der Erkrankung unter dem vorherigen Niveau liegen. Im ICD-11 werden u. a. folgende diagnostische Kriterien diskutiert: Störungen des Willens, des Einflusses und des Selbsterlebens mit einhergehenden unvorhersehbaren und unangemessenen Emotionen. *Ebenso wird in der analytischen Betrachtungsweise die Störung des basalen Selbst als zugrunde liegend beschrieben.* Es folgen in der Weiterentwicklung Defizite und Einschränkungen des primären leiblichen Selbst, ökologischen Selbst und sozialen Selbst (Fuchs 2003). Mit dem Beginn der Erkrankung gehen Scham- und Insuffizienzerleben einher. Die folgende typische Affektverflachung könnte dabei schützenden Charakter für die Wahrnehmung der Selbststörungen haben und so Schamerleben verhindern. *In akuten psychotischen/wahnhaften Phasen ist für Betroffene Scham- und Schulterleben oft nicht zugänglich.* Nach dem Abklingen von Psychosen haben die Auseinandersetzungen mit Scham- und Schulterleben oft eine bedeutsame Rolle. Wahn wird oft mit Schizophrenie und Psychose in Verbindung gebracht, obwohl Wahn auch bei anderen Erkrankungen, wie Depressionen, Demenzen, bei Bipolaren Störungen etc., eine Rolle spielt. *Wahnhalte haben thematisch sehr häufig Bezüge zu Scham und Schuld, z. B. im Schuld- und Versündigungswahn, im Rahmen des Wichtigkeits- und Kleinheitswahns, des Schädigungswahns und auch des Verarmungs- und Verfolgungswahns.*

Sexuelle Funktionsstörungen

Sexuelle Funktionsstörungen sind mit Scham- und Schulterleben häufig eng verknüpft. *Früh geprägte Scham- und Schuldgefühle, insbesondere solche in Bezug auf den eigenen Körper, limitieren Lustempfinden und andere angenehme Emotionen.* So ist aktuelles Scham- und Schulterleben bereits vorgebahnt, und kognitive Bewertungsprozesse finden scheinbar automatisiert statt. *Schamerleben führt zu einer inneren Distanzierung vom eigenen Selbst und begünstigt dysfunktionale Bewertungsprozesse, einhergehend mit einer hohen körperlichen Anspannung.* So berichten Patienten oft, »nicht abschalten oder sich nicht einlassen zu können«. Sexualität wird eher vermieden, denn die hohe körperliche Anspannung begünstigt u. a. Schmerzempfinden beim Geschlechtsverkehr.

Zeitgleich können gelebte Lust und sexuelle Praktiken abgewertet und unangemessen verurteilt werden. Den Partner zu begrenzen, weil beispielsweise Prak-

tiken als unangenehm wahrgenommen werden, kann wiederum Scham- und Schuld erleben aktivieren, da dem Partner scheinbar etwas genommen wird, was »normal« scheint. Vor dem Hintergrund fehlender Emotionsregulationsstrategien kommt es zu typischen Trennungsprozessen des aktuellen emotionalen Erlebens von kognitiven Fertigkeiten und kann dissoziative Prozesse begünstigen. *Sich dissoziiert dem Partner zur Verfügung zu stellen ist oft die einzige Lösung und bietet zeitgleich Raum für traumatisierende Erfahrungen oder Grenzüberschreitungen – ein Teufelskreis für viele Betroffene.*

Soziale Phobie

Die Soziale Phobie wird begleitet von der Angst, in der eigenen Unzulänglichkeit entdeckt, bloßgestellt und dadurch beschämt zu werden. Daher wird die Erkrankung mit dem häufig chronischen Verlauf oft auch als »Schamkrankheit« bezeichnet. Scham und Schuld sind oft bereits vor der eigentlichen Erkrankung zu finden – als interpersonelle Grundüberzeugung, »minderwertig, klein und/oder unzureichend« und/oder »schuldhaft, wenig kompetent, sich lächerlich zu verhalten«. Die eigentliche Erkrankung mit dem Ich-dystonen Charakter ist dabei die Bestätigung für die bereits vorhandenen Grundannahmen in Bezug auf sich selbst.

Ruminative Prozesse rund um diese Grundüberzeugungen folgen oft sozialen Interaktionen. Die Bewertung des eigenen Verhaltens und der eigenen Person nach Interaktionen sollen vorbereitenden Charakter für neue Interaktionen mit dem sozialen Umfeld haben. *Vor dem Hintergrund der defizitären Selbstwahrnehmung und der Fokussierung auf Fehler und Abweichungen haben die kognitiven Prozesse jedoch aufrechterhaltenden Charakter für Scham-, Schuld- und Angsterleben.* Symptome wie Erröten, Schwitzen, den Blick senken und der Wunsch, aus der Situation umgehend zu verschwinden, lassen sich vor allem dem Schamerleben zuordnen. *Die Angst davor, auch in der Scham und Schuld mit der Angst als Defizit und Schwäche entdeckt sowie dafür vom Gegenüber bloßgestellt zu werden, ist ein Leitsymptom.* Fehlende Emotionsregulationsstrategien unterstützen kompensatorische und vermeidende Verhaltensweisen.

Substanzkonsum und Suchterkrankungen

Substanzkonsum und Suchterkrankungen sind sehr oft eng verknüpft mit Schamerleben. Dabei scheint Schamerleben stärker mit alkoholbezogenen Problemen und Konsum assoziiert zu sein als Schuld (Luoma et al. 2017). *Viele Patienten tendieren im Rahmen eines grundlegenden Schamerlebens dazu, zum Substanzkonsum überzugehen.* Es zeigte sich jedoch auch, dass Schuld Erfahrungen mit problematischem Trinkverhalten einhergehen. *Eine hohe Schuldneigung hat ab der Jugend jedoch schützenden Charakter.* Es kommt tendenziell zu weniger Konsum von illegalen Drogen und Alkohol (Stuewig et al. 2015; Treeby und Bruno 2012).

In der oben benannten Studie zu Trauma-Patienten mit Kindeswohlgefährdung (Holl et al. 2017) konnte ein positiver, linearer Zusammenhang zwischen Scham, Traurigkeit und Substanzkonsum nachgewiesen werden. *Der ursprüng-*

lich intendierten emotionsregulatorischen Wirkung, Schamerleben weniger stark spüren zu müssen, folgt oft Scham- und Schuld erleben über den (notwendigen) Konsum im Rahmen der körperlichen Abhängigkeit. Interessanterweise tolerieren auch gesunde Patienten Scham nur bis zu einer gewissen Intensität. Bei überflutender Intensität wird auch Substanzkonsum eingesetzt (ebd.). Der Konsum steht häufig im Widerspruch zu den internalisierten Werten und Normen sowie der übergeordneten Idee in Bezug auf das eigene Selbst. Der wahrgenommene Widerspruch begünstigt einen Teufelskreislauf aus erneutem Trinken; Einsamkeitserleben; dem eigenen Schamerleben ausgesetzt zu sein; zu konsumieren; Schuld- und Schamerleben bei abklingender Wirkung über den Konsum; intensives Grübeln rund um das eigene Insuffizienzerleben mit selbstabwertenden Prozessen und daraus wieder neu resultierendem Scham- und Schuld erleben.

Tief verankerte Scham- und Schuldemotionen, die Patienten ein Leben lang begleiten, begünstigen die Bereitschaft zum Substanzkonsum (Stuewig et al. 2016). Eine Längsschnittstudie zu Scham, Schuld und Substanzkonsum bzw. -störungen (Alkohol und pathologisches Spielen) verdeutlichte, dass Depressionen mit einem höheren Wert an Scham einhergingen, was wiederum zu mehr Spiel- und Alkoholkonsum führte. *Scham stellte sich als Mediator zwischen Depressionen und Suchtverhalten heraus* (Bilevicius et al. 2018). *Neben der Förderung der Abstinenzentscheidung ist es unverzichtbar, innerhalb der Therapie an Scham- und Schuld erleben der Patienten zu arbeiten.*

Eine Untersuchung von Patienten und Patientinnen während des Entzugs von Amphetaminen, Kokain, Opiaten, Alkohol und THC liefert Hinweise auf Geschlechtereffekte (O'Connor et al. 1994). Frauen (42 Teilnehmerinnen) haben eine durchschnittlich höhere Schamneigung und Depressionswerte. Männer (88 Teilnehmer) tendieren dazu, zu externalisieren. (Anmerkung zum Lesen und zur Einschätzung der Studienlage: Viele Studien aus dem Suchtbereich haben hauptsächlich männliche Studienteilnehmer, und geschlechtsspezifische Effekte werden nur teilweise berücksichtigt, sodass die Befunde vieler Forschungsarbeiten mit Vorsicht zu genießen sind.) Auf die individuelle Wechselbeziehung zwischen interpersonellem Scham- und Schuld erleben und dem Konsum sollte in der Therapie ein besonderer Fokus gelegt werden. *Die Behandlung der eigentlichen Suchterkrankung und der komorbiden Erkrankung sollte immer auch die Therapie von Scham- und Schuld erleben bei Patienten beinhalten.* Wichtige Bestandteile der Behandlung sind Elemente, die Akzeptanz und Selbstvergebung enthalten (dazu z. B. McGaffin et al. 2013).

Suizidale Syndrome, Suizidalität

Suizidalität und suizidale Syndrome haben ihre Ausgangsbasis oft in Scham- und Schuld erleben und einhergehender Einsamkeit im Zuge einer anderen Erkrankung. Gemeinsam ist diesen, dass die Erkrankung von der Unfähigkeit begleitet wird, nicht mit dem Leben und der eigenen Person umgehen zu können, wie es andere tun. Dazu gehört auch der Wunsch, nicht mehr um die eigene Existenz und einen Platz im Leben kämpfen zu müssen. Der soziale Rückzug, wie er bei vielen psy-

chischen und physischen Erkrankungen zu beobachten ist, begünstigt, mit den eigenen Gedanken an die Wertlosigkeit und Unfähigkeit alleine zu sein. *Das resultierende und sehr quälende Einsamkeitserleben kann zusammen mit Scham- und Schulterleben selbstzerstörerischen Charakter annehmen und suizidale Handlungen begünstigen.* Diese sind begleitet von aggressiven Impulsen als Ausdruck falsch verstandener Kontrolle und Größe. Appellative Suizidversuche sind dagegen oft ein Versuch, über die soziale Umwelt eine Bedürfnisbefriedigung zu erreichen. *Der Wunsch nach Beachtung, Bindungsangeboten und Sorge um den Selbstwert, kombiniert mit der eigenen Unfähigkeit, für sich sorgen zu können, stehen mit Scham- und Schulterleben in enger Wechselbeziehung.*

Zwänge

Zwangsgedanken und -handlungen haben eine sehr enge Verbindung mit Scham und Schuld. Schuld an potenziellen und antizipierten Unglücken oder Katastrophen zu vermeiden bildet eine wesentliche Grundlage für Zwangsgedanken und auch Zwangshandlungen. Eine fMRT-Vergleichsstudie lieferte klinische Hinweise darauf, dass deontologische Schuld, also Schuld, die eine Handlung einer verpflichtenden Regel initiiert, bei Zwangsstörungen als wichtiger bewertet wird als altruistisches Schulterleben (Basile et al. 2014). *Zwangshandlungen und -gedanken wird dabei eine neutralisierende Wirkung zugeschrieben. Zeitgleich entstehen erneut Scham und Schuld, wenn ritualisierte Handlungen und Gedanken einen großen Raum im Alltag einnehmen.* Der oft über Jahre entstandene Eindruck, scheinbar weder Einfluss noch Kontrolle auf die Gedanken und Handlungen zu haben, steht im Widerspruch zu der oft wahrgenommenen Unsinnigkeit dieser. Gerade Zwangsgedanken mit bedrohlichen und quälenden Inhalten gegenüber anderen Menschen und sich selbst führen dazu, dass die betroffene Person sich infrage stellt oder unter intensiven Bestrafungsängsten leidet.

Zwangsgedanken regulieren vermutlich durch den hohen und intensiven kognitiven Charakter das dahinterliegende emotionale Geschehen. Die Überregulation und Unterdrückung des emotionalen Erlebens führen dazu, dass sich die Probleme rund um das Geschehen ungünstig entwickeln und weitere psychische Symptome generieren (Campbell-Sills et al. 2006). Die einhergehende Beeinflussung der Stimmung – bis hin zu ausgeprägten depressiven Episoden als komorbide Erkrankungen – ist typisch. Die Angst vor dem emotionalen Geschehen, die auch den Zwangshandlungen und -gedanken zugrunde liegt, wird oft auch als emotionsphobischer Konflikt bezeichnet (z. B. Lammers 2007; Lammers und Berking 2018). *Durch Handlungen vermeintliche und antizipierte Schuld zu vermeiden verschafft eine kurzfristige Erleichterung, aber vor dem Hintergrund der wahrgenommenen »Unsinnigkeit« auch ein erneutes Scham- und Schulterleben mit symptomgenerierendem Charakter.* Mit den Zwangserkrankungen einhergehend entsteht die Erkenntnis, dass mit der eigenen Person »etwas nicht normal ist«, wenn sie sich entweder so verhalten oder so denken muss.

Merke

Das maladaptive Erleben von Scham und Schuld spielt sowohl bei der Entstehung als auch bei der Aufrechterhaltung einer Vielzahl von psychischen Störungen eine elementare Rolle. Insbesondere der symptomgenerierende Charakter ist daher ein wichtiger Schwerpunkt für das therapeutische Vorgehen.

1.2.3 Frei von Scham und Schuld

Die variierenden Grenzen rund um Scham- und Schuld erleben und -empfinden sowie das dazugehörige Bewusstsein scheinen im Alltag und über die Lebensspanne hinweg einen funktionalen Charakter zu haben. So muss es möglich sein, Scham- und Schuldempfinden in sozialen Kontexten bestimmten Menschen gegenüber zu variieren und modifizieren. Genauso kann es sinnvoll sein, Schuld erleben zu verstecken und nicht zu erleben, wenn beispielsweise reale Schuld begangen wird. Ein Alltagsbeispiel ist das Fahren ohne gültigen Fahrschein. Das sichtbare Erkennen von Schuld oder gar Scham würde eine Person, die sich so verhält, für andere Menschen sichtbar machen und die Wahrscheinlichkeit der Entdeckung vergrößern.

Neben den alltäglichen Fähigkeiten und Empfindungen von Scham und Schuld gibt es natürlich auch andere Besonderheiten und begünstigende Umstände, weshalb beispielsweise Scham- und Schuldempfinden und deren Erleben gestört oder nicht zugänglich sein können.

Hirnorganische Beeinträchtigungen des Frontallappens oder präfrontale Demenz, bei Patienten nach einer durchgeführten Lobotomie, oder auch das Korsakow-Syndrom haben Auswirkungen auf die Fähigkeit, Scham und Schuld empfinden zu können. Begleitend geht häufig die Fähigkeit verloren, sich Folgen von Ereignissen vorstellen zu können (z. B. Vetter 2007).

Bei vielen *psychischen Erkrankungen* lassen sich sowohl Veränderungen im Scham- und Schuldempfinden (als grundsätzliche Fähigkeit) als auch beim Scham- und Schuld erleben feststellen. So kann die Fähigkeit, Scham und Schuld zu empfinden, unter Substanzkonsum und akuter Intoxikation oder auch als Folge von Substanzabhängigkeiten maßgeblich beeinträchtigt sein. Ein wichtiger Regulationsmechanismus für das eigene Verhalten fehlt und begünstigt grenzverletzendes Verhalten sich und anderen Personen gegenüber.

Manische Phasen zeichnen sich grundsätzlich durch wenig spürbare und bewusste Emotionalität aus. Erkrankten Personen ist es möglich, Grenzen zu überschreiten und massive Risiken einzugehen. Im ICD-10 (Dilling und Freyberger 2008) wird für eine manische Phase typischerweise der Verlust des normalen sozialen Verhaltens, das tollkühnes und/oder rücksichtsloses Handeln begünstigt, beschrieben. Die Libido ist gesteigert sowie von sexueller Taktlosigkeit begleitet. Nach manischen Episoden entstehen oft Scham- und Schuld erleben als Reaktion der Bewertung des eigenen Verhaltens.

Praxistipp

Das Ausbleiben von Veränderungen des Scham- und Schuldempfindens bei Menschen, welche typischerweise im Laufe des Lebens auftreten, sowie untypische Entwicklungen des Scham- und Schuldempfindens bieten wichtige Hinweise auf maladaptives Erleben dieser Emotionen. Diesen Hinweisen sollte dringend Beachtung geschenkt werden.

1.2.4 Psychopathie

In vielen Konzepten wird der Mangel an Scham- und Schuldempfinden sowie an Einsicht in Schuld als Kern der Psychopathie beschrieben (z. B. Cleckley 2011). Das Fehlen von Reue, Schamgefühl, empathischem Einfühlungsvermögen sowie der Mangel an Schuldbewusstsein sind Bestandteile der Checkliste für Psychopathie (PCL-R, u. a. bei Spice et al. 2015; Hare 2003). Immer wieder werden neurobiologische Hinweise für das Fehlen von Scham- und Schuldempfinden thematisiert. Demgegenüber stehen Veröffentlichungen, die zwar das Vorhandensein der Strukturen nachweisen, jedoch gleichzeitig wichtige Hinweise darauf geben, dass eine andere Verarbeitung von Scham und Schuld stattfinden könnte (z. B. Glenn und Raine 2008).

Die Studienlage ist so vielfältig wie widersprüchlich. Männliche Gewalttäter mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung und höheren Werten der Psychopathie berichten von weniger Schuldempfinden und einem höheren Maß an mentaler Kontrolle sowie von Tendenzen zur Externalisierung (Johnsson et al. 2014). Eine Untersuchung von 236 Schülern (Nyström und Mikkelsen 2013) zeigte, dass psychopathische Eigenschaften im Zusammenhang damit stehen, welches Scham-Management betrieben wird. So hing in der Studie ein hohes Maß an psychopathischen Eigenschaften mit der Tendenz, eher externalisierende (z. B. Angriff anderer) als internalisierende Scham-Management-Strategien (z. B. Rückzug) zu verwenden, zusammen. Darüber hinaus wiesen Jungen im Vergleich zu Mädchen durchschnittlich mehr psychopathische Eigenschaften auf. Eine hohe Schuldneigung geht mit einer geringen Ausprägung einer »angeborenen« Psychopathie (konstitutionelle Vulnerabilität zu emotionalen Defiziten; kein Empfinden von Empathie und Reue) einher (Prado et al. 2016). Der Zusammenhang zwischen Schamneigung und sekundärer Psychopathie (relativ intakte emotionale Fähigkeiten, ungünstige Lernerfahrungen wie Missbrauch und Traumata in der Geschichte) konnte nachgewiesen werden.

Merke

Einigkeit besteht in vielen Studien dahingehend, dass auf der Beobachtungsebene die gezeigten Besonderheiten rund um Scham- und Schuldempfinden, -erleben und -bewusstsein eine große Bedeutung haben. Psychopathische Eigenschaften zeigen sich eher bei Menschen mit Externalisierungstendenzen im Umgang mit Scham und Schuld.