

DRITTER TEIL: SCHAM IN DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNG

Ich bin zu der Folgerung gekommen, dass man die Psychopathologie kennt (und ebenso einiges über Gesundheit), wenn man die Scham kennt.

- Francis Broucek

Der Verlust von Scham ist das erste Zeichen von Schwachsinn.

- Sigmund Freud

11. Scham und psychopathologische Krankheitsbilder

In diesem Kapitel werden wir uns mit der Verbindung von Schamaffekten und -konflikten und ihrem Auftauchen in der Psychotherapie beschäftigen. Die Bedeutung der Scham als konkreter Affekt für die Psychotherapie wurde lange Zeit unterschätzt und übersehen. Erst durch die in den letzten Jahren unternommenen Bemühungen bestimmter psychoanalytischer Richtungen, die Scham bei der Erklärung der Psychodynamik von neurotischen und frühen Störungen stärker ins Zentrum zu rücken, wurde es möglich, diesen Affekt insgesamt besser zu verstehen.

Welche Rolle spielt nun die Scham bei bestimmten psychischen Störungen? Ist Scham ein Symptom? Der Analytiker Seidler (2001) nennt dies die „Gretchenfrage“ der Schamforschung, insoweit sie Kliniker betrifft. Kann man wirklich von „Schamkrankheiten“ sprechen? Eine ganze Reihe von Autoren haben sich mit diesen Fragen beschäftigt und im Folgenden werde ich mich überblicksartig den unterschiedlichen Bereichen und Störungsbildern widmen.

Ebenso wie andere Autoren konzeptualisiert auch Wurmser (1990), der eine klassisch psychoanalytische Position vertritt, die Scham als „negativen Affekt“. Schamphänomene sind für ihn darum tendenziell krankheitswertig. Andere Autoren stellen diese Sichtweise der Scham als eines überwiegend negativen Affektes aber durchaus in Frage. Seidler (2001), der sich ansonsten sehr an Wurmser anlehnt, bemerkt, dass „der Affekt der Scham, für sich genommen, weder ein Zeichen von Gesundheit noch von Krankheit ist“ (S. 279). Er spricht sich dagegen aus, dass es „Schamkrankheiten“ gäbe, genauso wenig wie es „Hasskrankheiten“ oder

„Angstkrankheiten“ gäbe. Bestimmten Krankheiten kommt nach seiner Ansicht jedoch eine besondere Bedeutung im Hinblick auf Scham zu. Zu einer ähnlichen Schlussfolgerung wie Seidler kommt auch Leibig (1998) in seiner Untersuchung der Rolle der Scham bei unterschiedlichen psychischen Krankheitsbildern:

„Scham ist keine Krankheit. Sie ist Teil der menschlichen Erlebnisfähigkeit, die bei Überschreiten eines bestimmten Ausmaßes Krankheitscharakter annehmen kann bzw. größeren Anteil an der Krankheitssymptomatik hat. Da ein wichtiger Aspekt der Scham die *Beziehungsregulierung* ist, können wir von Krankheitswertigkeit des Schamaffekts am ehesten dann sprechen, wenn diese beziehungsregulierende Funktion nach außen wie auch nach innen unterbrochen ist.“ (S. 30)

Da der Scham eine eher versteckte und versteckende Qualität anhaftet, wurde sie auch als „verschleierte Begleiterin“ (Lansky u. Morrison 1997, S. 15) von so unterschiedlichen klinischen Phänomenen wie Narzissmus (Morrison 1987), Soziale Phobie (Gabbard 1992, Hoffmann 2002), Häusliche Gewalt (Retzinger 1997), Identitätsdiffusion (Miller 1985), Posttraumatisches Stress-Syndrom (Lewis 1987), Masochismus (Wurmser 1990, 1997), sexuelle Perversionen (Stoller 1987) und Depression (Lewis 1972, 1990; Lewis 1991; Will 2002; Morrison 1999) beschrieben. Im Folgenden werde ich mich einigen dieser Krankheitsbilder im Einzelnen widmen, denen meines Erachtens eine besondere Relevanz im Hinblick auf die Rolle der Scham zukommt. Es handelt sich um die soziale Phobie, die „atypische“ oder „narzisstische“ Depression, die Depersonalisation, die beiden Essstörungen Anorexie und Bulimie und die Hysterie. In einem gesonderten Kapitel soll die spezifische Verbindung zwischen der narzisstischen Problematik und dem Schamaffekt untersucht werden.

11.1. Erythrophobie und Soziale Phobie

Die *Erythrophobie* ist die Befürchtung, in bestimmten Situationen oder bestimmten Menschen gegenüber zu erröten. Dieses Krankheitsbild, das in der psychotherapeutischen Praxis oft nicht spontan von den Patienten berichtet wird, sondern erfragt werden muss, kommt eher bei Frauen als bei Männern vor. Die betroffenen Patientinnen erröten häufig wirklich, auch wenn bei dieser Störung eher die *Befürchtung* vor der Errötung im Zentrum steht, also die Scham-Angst. Bergler (1944) weist auf den Abwehrcharakter im Symptom der Erythrophobie hin, der sich gegen den ebenfalls latent in ihr enthaltenen Exhibitionismus richtet. Mit anderen Worten: Die intensive Angst davor, mit rotem Gesicht gesehen zu werden, erfüllt so gesehen eine Abwehrfunktion. Dieser Exhibitionismus soll durch die Erythrophobie abgewehrt werden, wobei letztere sich als eine Art moralisches Alibi darstellt, und zwar gegen die noch ver-

boteneren voyeuristischen Wünsche, die typisch oraler Natur seien. So lässt sich sagen, die Erythrophobie „maskiert“ den Exhibitionismus in sozial legitimer, weil defensiv schamvoller Weise. Diese Patienten erlebten das Schauen als eine Variante oralen Verschlingens. Die frühen Analytiker hatten allgemein die Vorstellung, dass das Erröten Ausdruck einer unbewussten Unterwerfungstendenz sein kann, Ausdruck eines unbewussten Bedürfnisses, vom anderen als Sexualobjekt genommen und gesehen, womöglich überwältigt zu werden. Der Psychoanalytiker Miller (1965) hat sich die hinter dem Erröten liegende Psychodynamik folgendermaßen erklärt:

„Die Strenge und Härte des Über-Ichs unterdrückt jegliche genitale Libido. Dies führt regressionsmäßig zu einem Ansteigen des Exhibitionismus, der absolut verboten erscheint. Schließlich erhöht diese Hemmung die Spannung im Es und der Patient errötet.“ (S. 188)

Heutzutage wird eher davon ausgegangen, dass nicht jede Sozialphobie eine solche sexuelle Konnotation hat, aber speziell bei der Erythrophobie sollte man dies trotzdem immer im Hinterkopf haben (Berner 1998).

Nach Krause (1990) handelt es sich bei der Hypertrophie des Schamgefühls im Symptom der Erythrophobie um eine fortwährende Präokkupation mit der negativ akzentuierten Andersartigkeit des Ichs. Solche Menschen fühlen sich fortlaufend beobachtet, was eine Reexternalisierung einer tatsächlichen, entwertenden Beobachtung darstellt.

„Die Erythrophobie bedeutet so gesehen eine dauernde Befürchtung, in der eigenen Nichtigkeit erkannt zu werden. Das Größenmoment finden wir in der ‚fixen Idee‘, dauernd von anderen angesehen zu werden. Es handelt sich so gesehen um eine Art verinnerlichter Exhibitionismus mit der gleichen Intensität des Eigenbezuges, negativer Akzentuierung und vor einer inneren Bühne.“ (Krause 1990, S. 685)

Die Erythrophobie ist ein wichtiges Symptom innerhalb des Syndroms der sozialen Phobie. Bei der „einfachen“ sozialphobischen Symptombildung wie der Erythrophobie oder Transpirationsphobie steht subjektiv die Angst im Vordergrund, durch Erröten oder erhöhte Transpiration optisch oder olfaktorisch vom sozialen Umfeld als „Angst-Hase“ oder „Schwächling“ entweder erkannt oder aber missverstanden zu werden. Diese mit sozialen Ängsten verknüpften Phobien treten teilweise mit tatsächlich beobachtbarer, häufig aber auch ohne die befürchtete Vegetativsymptomatik auf, und sie können zu extremem Vermeidungsverhalten führen (Hand u. Münchau 1998). Die unmittelbare und evidente Angst zu erröten, die viele Sozialphobiker erleben und die sie den Kontakt mit anderen Menschen vermeiden lässt, bleibt diesen zunächst unerklärlich. Sie spüren nur, dass diese Angst etwas mit Scham zu tun hat, ohne genau zu wissen, wofür sie sich eigentlich schämen sollten. Manchmal geben sie eine

Reihe von Gründen dafür an. Sie meinen, nicht intelligent genug zu sein, nicht gut sprechen zu können, unvorteilhaft auszusehen, beim Angesprochen-Werden zu erschrecken oder keine Antwort geben zu können, und vieles mehr.

Die typische Sozialphobie beginnt in der Regel vor dem 20. Lebensjahr, charakteristisch ist die Steigerung der Schamaffekte während der Pubertät. Die Ängste und Zweifel kreisen um die eigene Person, den Körper, sowie intime und soziale Beziehungen. Die Verbindung zum Schamaffekt liegt häufig in den Befürchtungen und Phantasien, zu versagen und Schwäche zu zeigen. Auch sind körperliche Ängste wie die erwähnte Errötungsangst, Sprechangst und Angst vor Zittern mit dem zeitgleichen Gefühl des Beobachtetwerdens typisch. Diese Ängste äußern sich dann im Weiteren als Sozialphobie und sind als Komorbidität sehr häufig anzutreffen. Für die Psychotherapie der Soziophobie betont Bassler (2002), dass bei psychodynamischen Therapien wie auch generell bei der Therapie der Angstkrankheiten eine aktive Einstellung des Therapeuten mit der Kombination von Exposition und Einbeziehung der Handlungsebene wichtig ist, so dass sich hier eine Annäherung psychodynamischer Therapien und Verhaltenstherapien in der Behandlungspraxis ergibt.

Bei Untersuchungen des Erziehungsstils fand man bezüglich der Ätiologie dieser psychischen Störung heraus, dass im Vergleich zu Agoraphobikern bei den Soziophobikern oft ein Elternteil oder beide als überbehütend empfunden wurden, die Väter als zurückweisend und die Mütter als sozial ängstlich. Dabei wurde beobachtet, dass ein extremes Gewicht auf die Meinung anderer über die Eltern gelegt wurde und dass von diesen Scham häufig als Disziplierungsmaßnahme eingesetzt wurde.

Das Krankheitskonzept der Sozialen Phobie erfährt durch die Diagnosesysteme des ICD-10 und des DSM-IV in den letzten Jahren große Beachtung. Erfahrungsgemäß ist die differentialdiagnostische Abgrenzung der Sozialphobie von anderen Angststörungen oder von Persönlichkeitsstörungen schwierig. Die Tatsache, dass die üblichen Diagnosesysteme wie ICD-10 und DSM-IV als atheoretische, rein beschreibende Systeme entworfen wurden, erweist sich dabei gerade bei der Sozialphobie als Nachteil.

Am schwierigsten erscheint die Abgrenzung der Sozialphobie (insbesondere des generalisierten Typs) von der vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung. Ähnlich wie die vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung ist die generalisierte Form der sozialen Phobie durch ein Muster von sozialer Gehemmtheit, Insuffizienzgefühlen und Überempfindlichkeit gegenüber Kritik, Missbilligung oder Zurückweisung charakterisiert (Bach 1998). Lépine und Simon (1998) schlagen im Hinblick auf die Persönlichkeit folgende Einteilung schüchternen Personen vor: Personen, die nicht sehr schüchtern und nicht sehr gesellig sind,

ähneln am ehesten schizoiden Persönlichkeiten. Personen, die sehr schüchtern, jedoch etwas geselliger, und durch schwaches Selbstvertrauen charakterisiert sind, haben Ähnlichkeit mit der vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeit. Sehr schüchterne Menschen, die gleichzeitig ein Bedürfnis nach Geselligkeit haben, erfüllen am ehesten die Kriterien für eine Sozialphobie.

Die Definitionen von Schüchternheit und Sozialphobie überlappen einander, was den Gedanken nahe legt, dass beide Konzepte das gleiche Syndrom beschreiben. Das Hauptmerkmal der Sozialphobie, die Ängste in sozialen Situationen, ist auch bei schüchternen Menschen vorhanden. Dabei ist aber die Prävalenz der Schüchternheit in der Allgemeinbevölkerung viel höher als jene der Sozialphobie. Nicht alle schüchternen Menschen sind also gleichzeitig Sozialphobiker. Es stellt sich also die Frage, ob die Sozialphobie nur eine extreme Form der Schüchternheit darstellt oder sich qualitativ von dieser unterscheidet.

Die soziale Phobie unterscheidet sich von anderen phobischen Phänomenen darin, dass sie kein konkretes Objekt als Angstausröser zum Inhalt hat (wie z. B. bei der Angst vor Spinnen, vor Blut oder spitzen Gegenständen). Wie Resch (1998) beschreibt, „enthält die soziale Angst kein eigentliches Objekt im Zentrum ihres Fokus, sondern ein Subjekt, ein bewertendes Subjekt, vor dessen Maßstab und Intention der Ängstliche glaubt, nicht bestehen zu können“ (S. 81). Die soziale Phobie ist nach seiner Auffassung auch primär keine krankhafte Ausweitung von Angst, sondern des Schamaffektes. Für diesen Autor stehen Minderwertigkeitsgefühle und Identitätsbedrohung in inhaltlichem Zusammenhang mit einem Gefühl der Stigmatisierung. Minderwertigkeitsgefühle sind quasi die „Innenseite der Stigmatisierung“. Dabei beschämt nicht das im Zuge der Stigmatisierung empfundene Anderssein, sondern das Unge-nügen. Diese Angst und Sorge, nicht zu genügen und nicht zu entsprechen, lässt den Sozialphobiker den Kontakt zu anderen vermeiden, um einer phantasierten Beschämung zu entgehen.

Hinsichtlich der Überlappung der Sozialphobie mit depressiven Verstimmungen ist in Analysen eine Komorbidität von 80 % gefunden worden (Resch 1998). In 87,5 % der Fälle fanden sich Zeichen mangelnden Selbstvertrauens. Das Phänomen der sozialen Angst scheint auch mit der Pubertät und der Adoleszenz einen signifikant höheren Stellenwert zu gewinnen, und insgesamt weisen weibliche Patienten mit 34 % eine höhere soziale Ängstlichkeit auf als männliche (mit 28 %).

In einem aufschlussreichen Artikel beschreibt Sven Hoffman (2002), wie es sich bei diesem Störungsbild um eine in der Psychoanalyse zu Unrecht bisher so wenig beachtete Störung handelt. Dabei räumt er dem Schamaffekt bei dieser Störung eine hervorgehobene Bedeutung

ein. Bei der sozialen Phobie handelt es sich um eine chronische und beeinträchtigende Angst vor sozialen Interaktionen, in denen Patienten eine negative Bewertung durch andere befürchten. Es ist die Aufmerksamkeit bzw. kritische Beobachtung von anderen Menschen, die gefürchtet wird und die bei dieser Form der Phobie im Vordergrund steht. Um die Psychodynamik der sozialen Phobie erklären zu können, bedient sich Hoffmann (2002) der selbstpsychologischen Narzissmustheorie, die von einem defizitären Selbstkonzept ausgeht, welches zu kompensatorischer Überhöhung verleitet. Er schreibt: „Dem Affekt der Scham wird dabei die entscheidende motivierende und verhaltensbestimmende Bedeutung zugesprochen“ (Hoffmann 2002, S. 52). Der Sozialphobiker hat in seiner Entstehungsgeschichte eine defizitäre Selbstsicht entwickelt, die häufig mit der Gewissheit einhergeht, für die soziale Umwelt eine Zumutung darzustellen. Diese defizitäre Selbstsicht führt dann im zweiten psychodynamischen Schritt zu einer Abwehr einer überhöhten Sicht des eigenen Selbst – das, was Kohut (1976) das „Größenselbst“ genannt hat. Hoffmann (2002) macht zwei wichtige Aussagen über diese überhöhte Selbstsicht. Die erste Feststellung lautet folgendermaßen: „Eine Veränderung des Selbst im Sinne einer Überhöhung dürfte in der Mehrzahl der Fälle einen kompensatorischen Vorgang zur Abwehr unerträglicher Gefühle von Kleinheit und Minderwertigkeit darstellen“ (S. 55). Und zweitens ist diese Veränderung des Selbst im Sinne eines Größenselbst dem Betroffenen in der Regel unbewusst.

Als Resultat dieser Dynamik kommt es beim Sozialphobiker durch die Verzerrung seiner Selbstwahrnehmung zu einer unbewussten Erhöhung seiner Ansprüche an sich selbst, die sich dem überhöhten Selbstbild anpassen. Die erhöhten Erwartungen führen demgemäß auch zu höheren Erwartungsängsten und zu einer Vermehrung der Scham-Angst des Betroffenen: „Die angestrebte Perfektion der Leistung sollte eigentlich mehr Sicherheit bringen und bewirkt verstärkte Unsicherheit. Sie sollte die Selbstwahrnehmung stabilisieren und destabilisiert sie konsequent“ (Hoffmann 2002, S. 55).

In diesem Zusammenhang liegt auch bei der sozialen Phobie die besondere Bedeutung der Verbindung des unbewussten Strebens nach Perfektion mit dem Schamaffekt, wie ihn Gabbard (1992) herausgearbeitet hat. Er versteht – nach psychoanalytischer Sichtweise – das Störungsbild als eine Kompromissbildung zwischen dem Ausdruck nicht akzeptabler Wünsche und Phantasien auf der einen und der Abwehr solcher Phantasien und Wünsche auf der anderen Seite. Bei der sozialen Phobie ist die abgewehrte Wunschwelt die nach Aufmerksamkeit und sozialer Affirmation durch die Anderen. Beim Sozialphobiker bewirkt dieser Wunsch, wenn er bemerkt wird, automatisch Schamgefühle und stellt somit eine Wiederholung der erfahrenen Beschämung infantiler Wünsche nach Aufmerksamkeit durch die Eltern dar. Als

Konsequenz daraus vermeidet der Sozialphobiker alle Situationen, die in irgendeiner Weise zur Missbilligung durch andere führen könnten. Diese Sichtweise Gabbards kann man als „kompensatorische Selbstüberschätzung“ zusammenfassen: Weil man glaubt, wenig erwarten zu können, will man viel, und man wird dann (in der kognitiven Antizipation) für diesen Wunsch, der eigentlich Sicherheit bringen sollte, beschämt, d. h. umso mehr verunsichert.

Neben der Scham sieht Gabbard (1992) Schuldgefühle als wichtige psychodynamische Komponente der sozialen Phobie an. Einige Menschen missverstehen den Wunsch nach Beachtung in sozialen Beziehungen quasi als Wunsch nach einer „aggressiven Anforderung totaler Aufmerksamkeit“. Wenn es der Sozialphobiker aufgrund seiner wahrgenommen eigenen Unfähigkeit nicht schafft, dieses soziale Gerangel rivalisierend zu seinen Gunsten zu entscheiden, führt dies zu weiterer Beschämung.

Hoffmann (2002) äußert sich in ähnlicher Weise dazu, wenn er bemerkt:

„Die Kombination von Angst und Scham als nachhaltig symptom-stabilisierende Affekte zwingt dazu, die Soziale Phobie im Sinne des Leidens und der Tendenz zur progressiven Ich-Einschränkung als eine der ‘schwersten’ Unterformen phobischer Störungen anzusehen.“ (S. 65)

Bassler (2002) erklärt dagegen die Ätiologie der sozialen Phobie aus einer objektbeziehungs-theoretischen Perspektive. Dabei gehe es vor allem um den Prozess der Internalisierung früher negativer Beziehungserfahrungen mit Herausbildung eines Selbstbildes, das von Selbstzweifeln bzw. -ablehnung geprägt ist. Diese Selbstablehnung steht in enger Beziehung zur Scham. Der Schamaffekt geht dabei vor allem auf konkrete Beschämungserlebnisse in der Kindheit zurück. Das Kind, das ein für die Eltern unakzeptables Verhalten an den Tag gelegt hat, wurde dabei von diesen als ganze Person durch erniedrigenden und entwertenden Spott bloßgestellt. Bassler (2002) gelangt zu dem Fazit, dass es genau diese Angst vor Bloßstellung durch andere sei, die das Kernproblem vieler soziophober Patienten sei. Häufig fielen diese schon in ihrer frühen Jugend (z. B. Schule) diesbezüglich auf.

11.2. Atypische oder Scham-Depression

Ein weiterer Zusammenhang wird in letzter Zeit zwischen bestimmten, als „*atypisch*“ bezeichneten Depressionen und dem Schamerleben hergestellt. Der Psychiater Nathanson (1992) folgt in seinen Konzepten über atypischen Depressionen dem Affektforscher Tomkins (1963), der Depression als ein Syndrom konzipiert, das sich aus Scham und anderen Unlustaffekten zusammensetzt. In der Folge komme es zu einer Absenkung der Tonuslage, die als An-

triebsschwäche empfunden werde und affektiv zu einer Dämpfung der Gefühle führe. Bei der „klassischen Schuld-Depression“ klagten die Patienten eher über ständiges Grübeln und schreiben sich selbst Verfehlungen zu, die sie ihrer Ansicht nach begangen haben. Bei der „atypischen“ oder „Scham-Depression“ stehen dagegen Klagen im Vordergrund, die mehr damit zu tun haben, dass sich die Patienten als defekt, ungenügend, beschädigt oder unzulänglich empfinden. Dieses Auftreten von Depressionen, die vorrangig mit der Dimension des Selbstwertes in Verbindung stehen, scheint zu einer Veränderung der traditionellen Verknüpfung von Depressivität mit nicht erlebter Trauer, Wut und Schuld zu führen. Es wird hier nicht so sehr von einem Gewissens- oder Schuldkonflikt ausgegangen (vgl. Rudolf 2000), sondern von einer Störung der Selbstwertregulierung, die mit einem empfundenen Unwertleben in Verbindung steht.

Die Autorin Helen Block Lewis (1971), die mit ihrem Buch *Shame and Guilt in Neurosis* den Weg für eine differenzierte Auseinandersetzung mit Schamaffekten in der psychoanalytischen Theorie geebnet hat, setzt sich darin auch mit der Rolle der Scham bei Depressionen auseinander. Ihrer Theorie nach resultiert die Depression aus „nicht entladener Scham“. Ebenso wie die Depression dreht sich die Scham im typischen Fall um das eigene Selbst, sie ist selbstzentriert. Das Individuum fühlt sich niedergeschlagen, unwürdig, unfähig und allgemein elend. Bei Depression wie bei Scham lässt sich der empfundene Fehler oder Mangel nicht leicht rationalisieren oder rechtfertigen. Lewis weist darauf hin, dass Frauen anfälliger für Scham sind als Männer. Sie deutet dies als im Einklang mit der Tatsache stehend, dass Frauen „feldabhängiger“ und anfälliger für Depression sind. Auch Krause (1990) stellt fest, dass Frauen viel stärker von chronischen Schamgefühlen betroffen sind als Männer. Letztere haben eine viel größere Inzidenzrate an Perversionen. In beiden Fällen handelt es sich nach Krause um eine „Erkrankung der Idealität“. Den Zusammenhang zwischen Schamgefühlen und dem Geschlecht erklärt sich Bastian (2006) so, dass Männer mit Scham eher in aggressiver Weise umgehen oder versuchen, sie zu überspielen. Frauen reagieren dagegen häufiger mit Rückzug. Wenn man dies etwas klischeehaft zusammenfasst, dann kann man sagen, dass Männer eher dazu neigen, Scham nach außen zu tragen, indem sie sich etwa über andere verächtlich äußern. Frauen neigen tendenziell dazu, die Scham und auch die Aggressionen, die daraus erfolgen, gegen sich zu richten. Dies begünstigt u. U. eine depressive Erkrankung.

Michael Lewis (1991) bemerkt, dass Menschen, die wiederholt Schamerfahrungen ausgesetzt waren, diese entweder durch Depression oder durch Wut ersetzen. Er fügt den aufschlussreichen Hinweis hinzu, dass man im klinischen Bereich selten einen Patienten sieht, der sich

bewusst schämt und die Scham zugibt. Scham wird auch in der Therapie eher als depressiver Affekt oder als Wut sichtbar.

Aufgrund der Zentralität der Selbstwertregulations-Thematik nennt Herbert Will (1994, S. 375) diese atypische Depressionsform die „narzisstische Depression“. Er unterscheidet sie von der „klassischen“ Depression, bei der Überich- und Schuldkonflikte im Vordergrund stehen, wobei er dabei zugespitzt die Depression als eine „Überich-Krankheit“ (S. 91) klassifiziert. Als typische Emotion nennt Will (1994) bei der narzisstischen Depression die Scham und die Selbsterniedrigung nach dem Motto: „Ich bin nichts wert, bin ein Versager!“. Will (1994) bezeichnet mit dieser narzisstischen Depression depressive Zustände,

„die mit Gefühlen von Beschämung, Erniedrigung und Selbstverachtung verbunden sind, mit der Wahrnehmung von chronischer Leere, Beziehungslosigkeit und Erstarrung wie schließlich auch mit einem katastrophischen Zusammenbruch: ‘Ich habe keinen Halt mehr, stürze wie im freien Fall in eine bodenlose Tiefe.’“ (S. 375)

Dabei steht nicht wie bei der klassischen Über-Ich-Depression die Beziehung zu Objekten in Frage, sondern die Beziehung zur eigenen Person: „So wie in einer Über-Ich-Depression der Kranke mit seinem strengen vorwurfsvollen Gewissen im Kampf liegt, so in der narzisstischen Depression mit einem erhöhten Wunschbild von sich selbst und den Liebesobjekten“ (Will 1994, S. 376). Die depressive Verstimmung kann dabei als ein komplexer emotionaler Zustand verstanden werden, der sich aus mehreren Primäraffekten zusammensetzt, insbesondere aus Traurigkeit, Angst, Ärger, Ekel und Scham (Will 2000, S. 94). In ähnlicher Weise erscheint es dem Selbstpsychologen Morrison (1989) klinisch sinnvoll, zwischen „Schulddepressionen“ und „Schamdepressionen“ zu unterscheiden, je nachdem, ob Verlust und/oder Aggression, oder Versagen gegenüber den eigenen Idealen vorherrschen. Morrison (1989) stellt fest: „Ich betrachte Scham als ein zentrales Element in der Erfahrung von niedrigem Selbstwert“ und „als einen häufig zwangsläufigen Auslöser von Depression“ (S. 113).

Beide, Will und Morrison, folgen in dieser Konzeptualisierung der Schamdepression in gewisser Hinsicht dem Analytiker Bibring (1953), der in seiner Beschreibung die Scham zwar nicht explizit erwähnt, aber deutlich macht, dass er die Scham als ein wichtiges Element der Depression erachtet. In Freuds (1917) Verständnis sind Hass und orale Aggression gegenüber dem Objekt – äußerlich oder verinnerlicht – die Quelle der Depression. In seiner Theorie der Melancholie betont Freud die Rolle des Objektverlustes und der Verinnerlichung in der Genese der Depression. Karl Abraham (1911) stellt dagegen eher den Hass gegen das Objekt heraus, der nach innen projiziert wird. Dieser Selbst-Hass wird dann im zweiten Schritt rationalisiert und bezieht sich auf die eigene empfundene Schlechtigkeit und Minderwertigkeit.

Bibring (1953, S. 24) hat im Gegensatz zu Freud und Abraham eher die *Hilflosigkeit* als narzisstische Kränkung beschrieben, die das Selbstwertgefühl weiter herabsinken lässt. Das aktuelle Trauma der Hilflosigkeit des Ichs geht einher mit Gefühlen der Ohnmacht, Lähmung, Mutlosigkeit, Erstarrung, Leblosigkeit, Gefühllosigkeit und Beziehungslosigkeit. Depression stellt in seiner Sicht diese Art von Hilflosigkeit dar, den „narzisstischen Anforderungen“ nicht gerecht zu werden, woraus ein Gefühl der Schwäche, Minderwertigkeit und des Versagens resultiert. Dieses Trauma der Hilflosigkeit des Ichs in dem Versuch, seine wesentlichen unbewussten Ziele zu erreichen, sieht Bibring als wichtigen Faktor der Psychogenese der Depression an. Heutzutage würde man gerade diese Diskrepanz zwischen Ideal- und Real-Ich als Scham konzipieren.

Der Vorstellung Bibrings ähnlich ist auch Kohuts (1977) Definition der Depression, die „schuldlose Depression“ als Folge des Versagens beschreibt, bestimmte Ideale erreicht zu haben. Morrison (1999, S. 113) nimmt auf Bibring und Kohut Bezug und versteht viele Fälle der Depression als Ausdruck einer Hilflosigkeit, eines zerstörten Selbstwertgefühls und einer Ich-Entleerung. Auch in den Fällen, in denen Depression deutlich einen Objektverlust oder eine gegen das verinnerlichte Objekt gerichtete Aggression darstellt, ist die intrapsychische Bedeutung dieser Feindseligkeit die, dass das Selbst als minderwertig und unwert erlebt wird.

11.3. Alkoholabhängigkeit und Toxikomanie

Eine andere psychische Krankheit, bei der die Scham eine zentrale Rolle spielt, ist nach Meinung von Heigl-Evers (1998) die Sucht- und Abhängigkeitserkrankung. Gerade bei der Sucht ist es besonders wichtig, zwischen einer „primären“ und einer „sekundären“ Scham zu unterscheiden. Die primäre Scham bezieht sich psychodynamisch auf eine Reihe von negativen Selbstdefinitionen und Selbstabwertungen, die mit Hilfe des Alkohols verdrängt oder verleugnet werden müssen. Im Zuge einer Abhängigkeitsentwicklung entsteht dann eine sekundäre Scham, die daraus erwächst, dass der Betroffene sich mit dem Wissen konfrontiert sieht, von einem Suchtmittel abhängig zu sein, gleichzeitig soll dieses Wissen aber verleugnet werden. Dies wird oft als ein Makel und eine Schande empfunden, und in der Regel kommt es zu heimlichem Trinken. Der Alkohol wird vor Familienangehörigen oder Partnern versteckt, und die Betroffenen entwickeln ein oft kompliziertes System von Lügen und Selbsttäuschungen. Oft besteht eine unerträgliche Scham im Nachhinein darin, dass andere Zeugen der Abhängigkeit und der damit verbundenen sozialen Entgleisungen geworden sind. Um diese Scham für

die eigene Schwäche und Abhängigkeit nicht in ihrer ganzen Deutlichkeit spüren zu müssen, greifen Süchtige oft zu der Form der Abwehr solcher unerträglichen Affekte, die sich schon vorher für sie „bewährt“ hat: zum Alkohol. Dadurch entstehen Teufelskreise, bei denen das Trinken zu vernichtender Scham führt, die nur mit erneutem Trinken zu bewältigen ist.

Für Wurmser (1997) dienen bestimmte *Impulshandlungen* wie z. B. auch der Drogenmissbrauch dem Zweck, sich nicht schämen zu müssen. Er bezieht sich in seiner Auffassung der Drogensucht u. a. auf Fenichel (1945) und sein Konzept der Impulsneurosen. Wurmser (1997) spricht im Zusammenhang mit Sucht ebenfalls von Impulshandlungen, rechnet die Toxikomanie im Gegensatz zu Fenichel jedoch nicht zu den Impulsneurosen. Die Einnahme von Suchtmitteln und die Berausung ist nach Wurmser letztlich nur eine *pharmakologisch verstärkte* Form der Abwehr. Somit handelt es sich bei der Suchterkrankung um eine künstliche Affektabwehr, mit dem Ziel, heftige Affektstürme – quasi durch eine augenblickliche Wiederherstellung der inneren Kontinuität – zu besänftigen. Der Alkohol und generell alle Drogen wirken antiphobisch und dienen besonders der Abwehr von Scham – nicht aber von Schuld, deren Ursprung für Wurmser (1997) in der frühen Kindheit und der in ihr erlittenen schweren Traumatisierung liegt. Drogen beruhigen nach Wurmser (1997, S. 195) vor allem die intensiven Gefühle der Wut, Scham, Angst, Einsamkeit und das aus diesen Gefühlen resultierende Leid. In dieser Konzeption dient der Drogen- und Alkoholkonsum hauptsächlich der Affektabwehr gegen Scham und in geringerem Maße auch gegen Wut und aggressive Impulse. Nach Wurmser (1997) ist die Über-Ich-Pathologie bei Süchtigen insgesamt wesentlich schwerwiegender als bei allen Neuroseformen. Er schreibt:

„Schließlich besteht viel Evidenz dafür, daß für diese Patienten eine Art der Aggression, die in Scham enthalten ist, nämlich Verachtung, Hohn und undifferenzierte Wut (weit mehr als Ärger und Haß) im Dienst der Externalisierung steht – und dies sogar noch stärker masochistisch gegen das Selbst als gegen die Außenwelt gerichtet.“ (S. 329)

11.4. Anorexie und Bulimie

Auch bei zwei weiteren Suchterkrankungen spielt das Schamerleben eine große Rolle: der Anorexie und Bulimie. Die beiden Autoren Seidler (2001) und Wurmser (1990) haben in ihren Arbeiten auf die Verknüpfung von Essstörungen und Schamthematik verwiesen – sowohl bei der Anorexia nervosa als auch bei der Bulimia nervosa. Den Fokus, den die Patientinnen auf die Kontrolle ihres Gewichtes legen, überdeckt meist die unbewussten Gefühle des Man-

gels und der Unadäquatheit, die die eigentliche Ursache der Scham der betreffenden Patientinnen – und inzwischen auch zunehmend männlicher Patienten – sind.

Das drastische Fasten und Verwenden von Laxantien wird von magersüchtigen Patientinnen meistens vehement geleugnet. Bei anorektischen Patientinnen besteht psychodynamisch häufig – wenn auch nicht immer – eine Triangulierungsschwäche, d. h. die Entstehung dieser schweren Störung ist auf präödipalem Entwicklungsniveau anzusiedeln. Seidler (2001) zufolge gelingt es der anorektischen Frau nicht, „Objekt der Wahrnehmung von jemand anderem zu sein und dabei Subjekt zu bleiben“ (S. 303).

Nach Wurmser (1990) wurzelt die Anorexia nervosa sehr stark in der Scham, in welcher der eigene Körper als schmutzig und hässlich empfunden wird und nicht mehr gesehen werden soll. Jegliche Passivität und Rezeptivität werden als Zeichen einer äußerst erniedrigenden Schwäche aufgefasst. Essen wird mit sexueller Aufnahmefähigkeit gleichgesetzt (Vagina = Mund), also auch mit Schwäche (Mangel an Autonomie), Penetration sowie Kontrollverlust, und ist deshalb besonders beschämend. Wurmser (1990) hat dies wie folgt dargestellt:

„Der Kern der Schamgefühle bei der Anorexia nervosa kann in der Angst gesehen werden, durch sadistische Exhibition anderer passiv überwältigt zu werden und damit in Bedürfnissen, die Macht durch Schauen und Zurschaustellen wiederherzustellen. Diese Bedürfnisse werden dann sekundär auf das Essen verschoben. Umgekehrt werden oralsadistische, omnipotente Wünsche vom Mund auf die visuellen und expressiv-exhibitionistischen Gebiete verschoben.“ (S. 318)

Der Neokleinianer Thomas Ogden (1995) setzt bei der Beschreibung der Psychodynamik von Anorexie-Patienten einen etwas anderen Akzent als Wurmser. Für ihn sind diese Patienten selten in der Lage, einen emotionalen oder physiologischen Zustand herbeizuführen, der sinngemäß als Appetit und als Verlangen, Nahrung aufzunehmen, zu beschreiben ist. Die psychische Schwierigkeit, die der Unfähigkeit dieser Patienten, Appetit zu entwickeln, zugrunde liegt, beeinträchtigt nach Ogden (1995, S. 217) „beinahe jegliche Fähigkeit, Begierde zu entwickeln, einschließlich sexuellen Verlangens, Lernbegierde, Arbeitslust, des Verlangens, mit anderen Leuten zu sein und des Verlangens, allein zu sein“. Man könnte aus diesen Aussagen Ogdens die Vermutung herleiten, dass die an anderer Stelle beschriebene Scham für Bedürfnisse, Gefühle und Begierden bei Anorektikerinnen so groß ist, dass diese komplett aus dem Bewusstsein verdrängt werden müssen, und diese Patientinnen bestrebt sind, einen Zustand der „Pseudo-Autonomie“ oder „Autarkie“ herzustellen, in dem nichts und niemand gebraucht wird. Hinter dieser pseudoautonomen Fassade ist aber psychodynamisch eine große Schamsensitivität versteckt, die wegen ihrer Bedrohlichkeit vehement abgewehrt werden muss.

Bei der Bulimia nervosa bezieht sich die Scham eher auf das Erbrechen von Essen als auf das gierige Verschlingen. Wurmser (1990) versteht die Funktion von diesen gierigen Essanfällen

als „Gegenverschlingen gegen die überwältigenden Blicke und Exhibitionen der anderen“ (S. 318). Die Bulimieanfälle folgen häufig zwischenmenschlichen Kontakten, die von den Patientinnen als sehr bedrohend und nah empfunden werden. Sie führen zu starken Schuld-, Scham- und Ekelgefühlen. Die Schuld und das schlechte Gewissen zentrieren sich um die oralen Impulse, die als destruktiv erlebt werden. Die Scham manifestiert sich dann, wenn dieses impulsive Verschlingen als Kontrollverlust und somit als „Schwäche“ erlebt wird. Der Ekel bezieht sich dagegen auf die orale Befriedigung selbst.

11.5. Depersonalisation

Die vierte Störung, der neben der Essstörung, Depression und Erythrophobie nach Wurmser (1990) psychodynamisch und ätiologisch eine große Bedeutung des Schamerlebens zukommt, ist die nicht-psychotische *Depersonalisation*. Wurmser (1990, S. 351) erwähnt, dass er noch keinen Fall von schwerer, chronischer, nicht-psychotischer Depersonalisation behandelt hat, bei dem das Problem der weitgehend unbewussten Scham keine hervorragende Rolle gespielt hätte. Charakteristisch für die Depersonalisation sei die Selbstbeobachtung. Das Gefühl, „neben sich zu stehen“ sei in solchen Fällen leichter zu ertragen, als überhaupt kein Identitätsgefühl mehr zu haben. Seidler (2001) versteht solche Entfremdungs- und Verdopplungsergebnisse als eine Art „Not-Triangulierung“, d. h. bei diesen Patienten ist die Fähigkeit, sich den Blick des Anderen zu eigen zu machen nicht ausreichend verfügbar. Anders ausgedrückt: Diese Patienten konnten nicht die Fähigkeit entwickeln, Subjekt und Objekt zugleich zu sein. Die Fähigkeit zur „objektiven Selbstbewusstheit“ steht somit nicht im ausreichenden Maße zur Verfügung, was auf eine frühe Entstehungsgeschichte dieser Störungen hindeutet. Parallel zum Zusammenhang von schwerer unbewusster Schuld und Depression kann man von einer engen Verbindung von chronischer, schwerer *Entfremdung* und unbewusster Scham sprechen. Aus Sicht der klassischen Triebtheorie sind dabei die Triebqualitäten der Wahrnehmung und des Ausdrucks – d. h. exhibitionistische Impulse – durch den Einfluss starker unbewusster Scham verleugnet worden. Wurmser (1990) fasst aus dieser triebtheoretischen Perspektive die Psychodynamik der genannten Störungen folgendermaßen zusammen:

„Die Dynamik zentriert sich um archaische Konflikte zwischen extremen Verlangen nach symbiotischer Abhängigkeit und ebenso radikalen Wünschen nach Selbstisolierung und Autonomie, und spezifischer – zwischen Verschmelzungsimpulsen durch Schauen und Sich-zeigen und Ängsten wegen totaler Abweisung und Selbstverlust in der Form der Schamangst.“ (S. 323)

Wurmser legt großen Wert auf die Bedeutung des Sehens und Gesehen-Werdens beim Schamerleben und stellt gerade bei der Ätiologie früher Störungen die Rolle dieser als bedrohlich und vernichtend empfundenen Blicke der anderen in den Mittelpunkt.

11.6. Scham und Hysterie

Eine weitere, diesmal „klassisch“ neurotische Krankheit, bei der das Schamerleben eine große Rolle spielt, ist die Hysterie. Diese Wechselseitigkeit wird jedoch nur nach moderner Auffassung geltend gemacht, Freud selbst maß der Scham im Zusammenhang mit hysterischen Neurosen keine nennenswerte Bedeutung bei. Um dies zu verstehen, müssen wir uns kurz mit der Geburtsstunde der Psychoanalyse und ihrer Verbindung zur Hysterie beschäftigen.

Wie weiter oben schon erwähnt, maß Freud der Scham bei der psychoanalytischen Behandlung keine Bedeutung bei und konzentrierte sich stattdessen auf Schuldgefühle und -konflikte. Dies erscheint verwunderlich aufgrund der Tatsache, dass Freud sich bei seiner Behandlung von neurotischen Störungen so sehr auf den Aspekt der Sexualität und deren Verdrängung bei der Hysterie konzentriert hat und sich somit schon thematisch in der Nähe des Schamerlebens bewegt hat. Das Aussprechen von sexuellen Phantasien, die sich auch auf den Analytiker bezogen haben, muss man sich in der analytischen Behandlung als eine für die Patientin – und für den Analytiker – peinliche und beschämende Situation vorstellen. Dies wird jedoch in Freuds Behandlungsprotokollen nicht ersichtlich. Im Gegenteil erscheint sein früher Behandlungsstil, besonders im legendären Fall Dora (Freud 1905) als ein eher direkter, „überführender“ und fast beschämender. Die Art und Weise, wie Freud seine Deutungen darbietet, hat meines Erachtens eher den Beigeschmack einer Unterstellung und Anklage als einer empathischen und zugewandten Haltung.

Die Psychoanalyse als psychotherapeutische Behandlungstechnik und -praxis entstand durch die Analyse von zum großen Teil hysterischen jungen Frauen durch Freud und Breuer. Dabei scheint es wichtig zu betonen, wie eng die Entwicklung der psychoanalytischen Behandlungsstrategie mit der Hysterie und ihrer Psychodynamik zusammenhängt. Die psychoanalytische Haltung, die Freud seinen Schülern empfahl, war eine, die durch quasi militärische Disziplin und Strenge geprägt war. Technisch gesehen wurde die Abstinenz, Anonymität und Neutralität zu den entscheidenden Grundpfeilern der analytischen Haltung, um sich gegen die verführerische Kontaktaufnahme der hysterischen Patientinnen zur Wehr zu setzen. Man könnte sagen, dass sich das ganze psychoanalytische Setting somit aus der Analyse von Hysterikerin-

nen heraus entwickelt hat. Freud war andererseits der Auffassung, „dass die verschiedenen Krankheitsformen, die wir behandeln, nicht durch die nämliche Technik erledigt werden können“ (Freud 1919, S. 191). Dies bedeutet im Konkretem, dass die psychoanalytische Technik, die durch die Behandlung von hysterischen Störungen konzipiert wurde, nicht einfach auf andere Störungsbilder übertragen werden kann und darf.

Bei keiner Neurose spielen die sexuellen Störungen und die damit verbundenen Konflikte eine so große Rolle wie bei der Hysterie. Diese Störungen umfassen ein breites Spektrum und reichen von der Anorgasmie, die durch Frigidität und einer allgemeinen Interesselosigkeit an der Sexualität gekennzeichnet ist, bis zur vermehrten Sexualisierung. Der Hypersexualität als kontraphobischer Abwehr kommt eine große Bedeutung bei der Hysterie zu. Es erscheint zunächst als Paradoxon, dass durch die Sexualisierung die genitale Sexualität im eigentlichen Sinne abgewehrt wird. Die Sexualität ist somit nicht das Verdrängte, sondern das Verdrängende. Man könnte somit – salopp ausgedrückt – Hysterikerinnen als „Vorspiel-Fetischistinnen“ bezeichnen, wobei der sexuelle Akt eigentlich eine sekundäre Bedeutung hat, während das Verführen und die Sexualisierung in den Vordergrund rücken.

Freud (1923) ging von der Annahme aus, dass der Ödipuskomplex der Kernkonflikt sei, der sich besonders in der Hysterie zeige. Im heutigen psychoanalytischen Verständnis wird das Verführerische von Hysterikerinnen eher als eine Fassade betrachtet, hinter der sich eine frühe orale Problematik mit der Mutter, die als emotional unversorgend empfunden wurde, verbirgt. Das kleine Mädchen wendet sich aus diesem Mangel heraus ‘verführerisch’ an den Vater, so dass die Beziehung zu ihm sexualisiert wird. Es ist dies aber eine „defensive Vater-suche“, da das kleine Kind versucht, sich aus der Symbiose mit der Mutter quasi herauszukatapultieren und beim Vater landet. Damit wehrt es die innere Verschmelzung und die Versorgungsfrustration mit der Mutter ab. Spezifisch für die Genese der Hysterie ist dabei, dass der Vater die Beziehung zur Tochter sexualisiert und somit die Generationsgrenze nicht eingehalten wird. Ätiologisch gesehen geht es somit in der heutigen Auffassung der Hysterie nicht so sehr um eine Störung, die aus der ödipalen Triangulierung heraus zu verstehen ist, sondern eher um eine Störung, die noch in der Mutter-Kind-Dyade angesiedelt werden muss.

Die klassische psychoanalytische Trias, die sich aus dieser Ursprungssituation der hysterischen Neurose bildet, besteht in einem Verhalten, das als *Egozentrik*, *Infantilität* und *Unechtheit* beschrieben wird. Schon an der Wortwahl wird deutlich, dass keine psychische Störung mit so abwertenden und negativ konnotierten Begriffen beschrieben wird, wie die Hysterie. Es ist davon auszugehen, dass die Hysterie in ihren Ausdrucksformen die Analytiker der ersten Stunde genauso fasziniert wie abgeschreckt haben muss.

Neben dieser Trias werden Merkmale wie Abhängigkeit, Exhibitionismus, theatralisches Verhalten, Labilität des Affekts und Dramatisierung genannt. Chodoff und Lyons (1958) fassen die Hysterie folgendermaßen zusammen:

„Der Terminus hysterische Persönlichkeit kann auf Personen angewandt werden, die eitel und egozentrisch sind, die eine labile und reizbare, aber oberflächliche Affektivität zeigen, deren dramatisches, aufmerksamkeiterheischendes und theatralisches Verhalten bis zu den Extremen des Lügens oder Pseudologie gehen kann, die von sexuellen Dingen sehr eingenommen sind, sich sexuell provokativ verhalten, jedoch selbst frigide sind und die in den zwischenmenschlichen Beziehungen abhängig und fordernd sind.“ (S. 122)

Die enge Verbindung zwischen Hysterie und ödipalem Konflikt wird in dieser Darstellung deutlich. Für unsere Thematik relevant ist hierbei die Betonung der Affektivität für die hysterische Störung. Wenn dieser Affektivität eine so große Bedeutung zukommt, wie ist dann der Zusammenhang zum Schamerleben zu verstehen?

In einem Punkt sind sich die meisten Autoren, die sich mit der Affektivität bei der Hysterie beschäftigt haben, einig: Sie weisen auf die „unechte“ Qualität der Affekte hin. Hinter dieser schillernden und verführerischen Fassade erleben und beschreiben sich hysterische Frauen (und Männer) als klein, ungenügend, unzureichend und unzulänglich. All dies weist auf eine deutliche Verbindung zu einem stark ausgeprägten Schamerleben hin und auf die Herausbildung eines „falschen Selbst“ (Winnicott 1974), das all diese, an sich selbst verabscheuten Qualitäten nach außen hin verbergen soll. Auch die von Mentzos (1980) immer wieder betonte Wichtigkeit des inneren und äußeren „Zuschauers“ bei der Hysterie verweist auf das Thema des Sehens und Gesehen-Werdens. Er schreibt der Hysterie darum auch keinen bestimmten Konflikt zu, sondern bezeichnet eher eine bestimmte Art der Konfliktverarbeitung als „hysterisch“.

Auch Seidler (2001), der die Hysterie eindeutig dem ödipalen Entwicklungsniveau zuordnet, kommt in seinem Buch über Scham zu dem Ergebnis, dass „die Schamthematik ubiquitär zur Hysterie dazugehöre“ (S. 310). Hinter dem Theatralischen und „Unechten“ verbirgt sich ein Selbstempfinden, das durch Scham und Peinlichkeit gezeichnet ist. Sven Hoffmann (2000) geht in seinem Übersichtsartikel über hysterische Persönlichkeitsstörungen von einem für hysterische Patientinnen charakteristischen Defizit im Selbstwertgefühl aus, das sich am besten mit der Theorie des Narzissmus fassen lässt, wie sie von Kohut (1976, 1979) konzipiert wurde. Hoffmann (2000) geht im Gegensatz zu den eher abwertenden Beschreibungen der frühen Analytiker davon aus, dass „viele hysterische Persönlichkeitszüge erst einmal als ein Versuch der Gewinnung von Liebeszuwendung zu verstehen sind“ (S. 135).

Das negative Selbstbild und -gefühl äußert sich bei Hysterikern oft so, dass sich diese selbst nicht mögen, lieben oder respektieren. Darum drängen sie andere dazu, genau dies zu tun.

„Die diesem Drängen folgen, werden dafür (letztlich) verachtet, denn sie haben nicht die Schwärze der hysterischen Seele (das negative Selbst) erkannt, sind vielmehr auf sie hereingefallen. Diejenigen, die sich dagegen entziehen, die Desinteressierten und die Unerreichbaren – sie beweisen durch ihr Desinteresse, dass sie verstanden haben, worum es geht, dass nämlich der Hysteriker jemand ist, den man nicht lieben kann und darf. Dafür, für diese Größe, liebt er sie.“ (Hoffmann 2000, S. 136)

Dieser Aspekt der hysterischen Objektbeziehung wird in seinen narzisstischen Anteilen sehr deutlich. Die „Abwehr des negativen Selbst“ führt zu einem Muster, bei dem der erreichbare, solide, nicht „aufregende“ Partner abgewertet und doch geheiratet wird. Der Unerreichbare wird dagegen idealisiert, aufgewertet und stilisiert. Wenn sich der Idealisierte dann doch herablässt, schlägt die Idealisierung häufig in Verachtung um, dass nun auch dieser zu den Verachtungswürdigen zählt, die auf sie hereingefallen sind. Hoffman (2000) kommt zu dem wichtigen Schluss:

„Ab diesem Umschlagen der Idealisierung in Verachtung zeigt sich die Grunddynamik der hysterischen Objektbeziehung: Die hysterische Persönlichkeit, die sich nach nichts mehr sehnt als nach Zuwendung, muss den verachten, der sie wirklich liebt – aus dem einfachen Grunde, weil sie sich unbewusst selbst verachtet.“ (S. 136)

Die Psychodynamik der Hysterie aus moderner psychoanalytischer Sicht steht demnach in enger Verbindung zur Scham und vor allem zu deren Abwehr.