

13. Die Rolle der Scham in der narzisstischen und Borderline-Persönlichkeitsstörung

Aus Scham und Selbstsucht verbirgt jeder das Beste und Zarteste in seinem Inneren.

- G. Flaubert, *November*

Scham ist nur die Angst vor der eigenen Unvollkommenheit.

- Siegfried Riegen

13.1. Scham in der Objektbeziehungstheorie

Die drei wichtigen Theoretiker der Selbst- und Objektbeziehungstheorie – Kohut, Kernberg und Winnicott – beziehen sich in ihren Werken über die narzisstische und Borderline-Problematik äußerst selten explizit auf Schamkonflikte und -affekte. Bei Otto Kernberg ist in seinen zahlreichen Werken über schwere Persönlichkeitsstörungen kaum ein Verweis auf die Rolle der Scham zu finden. Eine der wenigen Ausnahmen bildet die Bemerkung im Vorwort zu Günther Seidlers (2001) Buch, in dem er Scham als zentralen Affekt in normalen und pathologischen Interaktionen und in ihrer Funktion „als einen der Schlüsselaffecte, die an den Störungen in der frühen Entwicklung beteiligt sind“ (S. XV), beschreibt. Auch bemerkt er an zwei anderen Stelle in Bezug auf die Symptomatik von narzisstischen Persönlichkeitsstörungen am Rande, dass die Patienten „zwar keine echten Schuldgefühle, aber doch Schamgefühle empfinden, wenn sie im Umgang mit anderen gewisse formelle Konventionen missachtet haben“ (1983, S. 292) und erwähnt, dass diese Patienten eher „durch eine ‘Schamkultur’ als durch eine ‘Schuldkultur’ bestimmt [scheinen] und ihre Werte kindlich [anmuten]“ (2005, S. 133).

Es ist insgesamt auffällig, wenn man die objektbeziehungstheoretische Literatur zu frühen Störungen durchsieht, dass aus dieser wegweisenden psychoanalytischen Richtung, die den Affekten als wichtiges Element der verinnerlichten Objektbeziehungen eine entscheidende Funktion zuschreibt, kaum eine Erforschung des Schamaffektes stattgefunden hat.

Scham wird in dem Klassiker über Objektbeziehungstheorien von Greenberg und Mitchell (1983) noch nicht einmal als Begriff im Register erwähnt. Seidler (2001) konstatiert, dass „aus der Tradition der englischen objektbeziehungstheoretischen Schule keine ausgearbeiteten

Schamkonzeptionen vorliegen“ (S. 102). Der Grund dafür, weshalb Kernberg die Rolle der Scham als Schlüsselaffect weitestgehend ignoriert, ist sicherlich in seiner Betonung des *primären Neides* und der *oralen Wut* bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen zu sehen, mit der er sich stark an Melanie Klein anlehnt. Außerdem führt meines Erachtens die Betonung des Abwehrmechanismus der Spaltung bei narzisstischen Persönlichkeiten in Kernbergs System dazu, dass die Rolle der Scham beim Entstehen und Aufrechterhalten von dissoziierten Teilen der Persönlichkeit verleugnet wird. Kernberg (1983) fokussiert bei seiner Erörterung der Borderline-Persönlichkeitsorganisation auf strukturelle Konzepte, hebt die Rolle der Spaltung als primitiven Abwehrmechanismus und die bedeutsamen Affekte der Wut und des Neides bei Borderlinern hervor, ohne sich mit dem Schamaffekt zu beschäftigen. Dies ist in zweierlei Hinsicht verblüffend: Erstens trägt er mit seiner fast ausschließlichen Hervorhebung des Neid- und Wutaffektes seiner oben bereits zitierten Einschätzung, die den Schamaffekt als einen der „Schlüsselaffecte, die an den Störungen in der frühen Entwicklung beteiligt sind“ beschreibt (in Seidler, S. XV) nicht Rechnung. Zum zweiten überrascht es, weil sich Kernberg in seinen Überlegungen zu schweren Persönlichkeitsstörungen stark an Edith Jacobson (1964) angelehnt hat, die unmissverständlich schreibt:

„Doch immer dann, wenn wir nicht nur ein Überwiegen von Scham- und Minderwertigkeitsgefühlen über Schuldreaktionen, sondern auch ein offensichtliches Fehlen echter Schuldkonflikte und ihre Ersetzung durch Scham- und Minderwertigkeitskonflikte und durch paranoide Ängste vor Bloßstellung finden, sind wir berechtigt, regressive Prozesse im Über-Ich und Ich anzunehmen, die auf Borderline- oder paranoid-schizophrene Zustände deuten.“ (S. 220)

In dem von Kernberg (1996) herausgegebenen Sammelband *Narzisstische Persönlichkeitsstörungen* findet nur bei Mardi Horowitz die Scham eine Erwähnung. Er beschreibt, dass eine „normale“ Person versucht, bestimmte Fehlhandlungen oder ein Scheitern vor der Kritik anderer zu verbergen. Für einen neurotisch gestörten Menschen sind deshalb auch bestimmte Handlungen, die für andere durchaus akzeptabel sind, aus irrationalen Gründen schamerweckend. In seinen Augen ist der narzisstisch Gestörte dafür noch in viel stärkerem Maße anfällig: „Das Selbst ist insgesamt schambesetzt, nicht nur eine spezifische Handlung oder ein Versagen“ (1996, S. 38). Dies bedeutet für den Narzissten eine unendlich große Gefahr, gegenüber der Außenwelt das Gesicht zu verlieren, „erschwert es besonders, diesen Affect zu ertragen und führt dazu, dass die Abwehr, z.B. Verkehrung der Scham in Ärger, viel bestimmender und pathologischer wird“ (Horowitz 1996, S. 38). In dieser Aussage wird auf der einen Seite der äußerst globale und das gesamte Selbst mit einbeziehende Aspekt der Scham

deutlich, auf der anderen Seite die stark ausgeprägte Scham-Angst der narzisstisch gestörten Menschen, die ihnen durch mannigfaltige Abwehrmechanismen verborgen bleibt.

Die Diskrepanz zwischen dem, wie ein Narzisst gesehen werden *will* und wie er sich selbst in der Tiefe seines Selbstgefühls wahrnimmt, schafft den Boden für eine starke Schambereitschaft und für andere, mit ihr verbundene narzisstische Affekte: Neid, Eifersucht, Trotz und Empörung. Die von Kernberg (1983) beschriebene Gefühllosigkeit, Kälte und Arroganz, die er bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen als typisch ansieht, ist aus selbstpsychologischer Sicht eher als eine narzisstische Maskierung im Sinne einer Schamprävention zu verstehen, da sich der Narzisst in seinem innersten Selbst bloßgestellt fühlt, wenn die Polarität und das Schwanken von Grandiosität und Minderwertigkeit deutlich wird.

Mitte der 80er Jahre erschienen drei Artikel von unbekannteren amerikanischen Objektbeziehungstheoretikern, die sich mit der Psychodynamik der Scham bei Störungen auf Borderline-Organisationsniveau beschäftigt haben, nämlich Sebren Fisher (1985), Moshe Spero (1984) und Warren Kinston (1983). Allen drei Autoren ist gemeinsam, dass sie die Beziehung zwischen der Entwicklung und Phänomenologie der Scham und der Entwicklung der frühen Selbst-Struktur fokussieren. Sie verorten dieses objektbeziehungstheoretische Verständnis der Scham im Rahmen der Entwicklung von Objekt- und Selbstbeziehungen.

Im Gegensatz zu der vorherrschenden Meinung der führenden Objektbeziehungstheoretiker, die der Scham bei der Entstehung der narzisstischen und Borderline-Pathologie kaum Beachtung schenkten, schreibt Sebren Fisher (1985): „Scham hat weitreichende und tiefe Implikationen für jeden Mensch. Für das Borderline-Individuum stellt Scham dagegen die Grundlage seines Selbstbildes dar“ (S. 103). Scham ist nicht nur intrapersonal, ein Gefühl also, das sich einstellt, wenn man sich selber bloßgestellt und damit schlecht und inadäquat fühlt, Scham kann vielmehr auch aufgrund ihrer ansteckenden Qualität dadurch provoziert werden, dass jemand anderes bloßgestellt wird. Bei der Borderline-Persönlichkeit ist diese Art von „osmotischem Transfer“ zwischen Kind und Mutter bzw. Vater grundlegend. Als Kind hat der spätere Borderline-Patient gelernt, sich die „Schlechtheit“ der Mutter als eigene Schlechtheit zu attribuieren, ihre gute Seite seinem eigenen guten Selbst zuzuschreiben. Somit entwickelt sich das von Kernberg (1983) konzipierte gespaltene Bild des Selbst- und der Objektrepräsentation. Fisher (1985) geht in seinem Artikel davon aus, dass Scham der affektive Zustand der *Fusion* ist, die Bedrohung des Verschlingens und Verschlungen-Werdens. Diese Erfahrung des Verschmelzens mit der Mutter wird von vielen Borderline-Patienten als „ungetrennte Nabelschnur“ empfunden, die die Mutter und den erwachsenen Menschen noch immer miteinander verbindet. In einer typischen „Borderline-Familie“ herrscht ein alternierender Wechsel

von Verschmelzung und Distanzierung. Borderliner assoziieren mit ihren eigenen Autonomie-Impulsen deshalb auch das „Verschwinden“ des anderen, eine Art erschreckende existentielle Bedrohung ihres eigenen Daseins. Diese Struktur erinnert an Mastersons (1993, S. 83) Konzept der „Verlassenheitsdepression“, die er als eine Mischung katastrophaler Gefühle bei Borderline-Patienten beschreibt. Unter dem Oberbegriff der „Verlassenheitsdepression“ subsumiert Masterson die „sechs Reiter der psychischen Apokalypse“: Depression, Panik, Wut, Schuldgefühl, Hilflosigkeit bzw. Hoffnungslosigkeit und Leere. Die Individuation stellt für Masterson *das* zentrale Problem der Borderline-Persönlichkeit dar, da die im Zusammenhang mit einer Trennung befürchtete „Verlassenheitsdepression“ verhindert, dass das Individuum sich löst. Ähnlich wie Masterson sieht auch Hoffmann (1998, 2000) die *Angst* des Borderliners, nicht das Vorherrschen von Aggression (wie Kernberg 1983), als Hauptursache schwerer Persönlichkeitsstörungen. Als den Kern der Angst vor dem Alleinsein der Borderline-Persönlichkeit bezeichnet er die unbewusste Gleichsetzung von *Alleinsein* mit *Verlassensein*. Der spätere Borderliner ist in seiner Kindheit mit einer Kombination aus zwei mütterlichen Verhaltensweisen konfrontiert worden, nämlich Inkonsistenz und Überengagement. Nur in dieser Kombination lässt sich Hoffmann zufolge eine Borderline-Persönlichkeitsstörung mit einiger Wahrscheinlichkeit voraussagen. Die Angst vor dem Alleinsein ist der eine Pol der Angst, der andere ist die „Angst vor dem phantasierten Verschlungenwerden“ (S. 231). Inhaltlich geht es dabei „um ein magisches Erlebnis, um eine Befürchtung, in einem aggressiv phantasierten Vorgang verschlungen zu werden, in seiner Existenz ausgelöscht zu werden“ (Hoffmann 2000, S. 232). Nähe wird vom Borderliner also einerseits fast suchartig gesucht – in einer Art „Objekthunger“ –, sie wird aber andererseits auch als zu intensiv und v.a. als destruktiv erlebt. Die damit verbundene Angst vor Selbstverlust macht es dem Individuum fast unmöglich, ein Gefühl für die richtige Nähe bzw. Distanz zum Gegenüber zu entwickeln und zu bewahren. Es erlebt sich in einer Art ständigem Oszillieren zwischen diesen beiden Grundängsten vor dem Alleinsein, Verlassenwerden und der Angst vor dem Verschlungenwerden, dem Selbstverlust. Mit Wurmser (1990) Konzeption der frühen Persönlichkeitsstörungen ließe sich dieser Konflikt als einer zwischen Trennungsschuld und Abhängigkeitsscham beschreiben. Sebren Fisher (1985) begreift die Schamthematik bei Borderlinern – anders als Wurmser (1990) – als eine, die mit dem Abwehrmechanismus der Spaltung in Zusammenhang steht:

„Wenn die Matrix der eigenen Identität wirklich Scham ist, dann lebt dieser Mensch mit der ständigen Präsenz des zurückweisenden, idealisierten anderen. Menschen mit quälenden Schamkonflikten tragen deshalb eine *doppelte Identität* („*identity of two*“) in sich: Das „schlechte“ Selbst und der zurückweisende „gute“ Elternteil (eine andere Variante der Spaltung).“ (S. 104, Übersetzung J.T.)

Dies bedeutet, dass Scham in ein komplettes Mutter-Kind System eingebunden ist. Die Einflößung der Scham hat Fisher (1985) zufolge den Geschmack eines „embryonalen Austausches“, einer Art osmotischen Qualität. Die Erfahrung der Scham schließt deshalb auch immer durchlässigere Selbst-Grenzen mit ein. Wenn Scham die Grundlage der Identität ausmacht, können keine klaren Grenzen gezogen werden, da der Patient in sich das Gefühl hat, „eigentlich zwei“ zu sein. Dieser Geisteszustand bei Borderline-Störungen ist durch eine Art der seelischen Fragmentierung (Zersplitterung) gekennzeichnet. Der Therapeut hat dann damit zu tun, dass Ich und Objekt in nur gut und nur böse gespalten werden. Aber diese voneinander getrennten Zustände sind eigentlich eine Vielzahl von psychischen Zentren. Dies ist auch der Grund, weshalb Herold Searles über seine typischen Gegenübertragungsgefühle bei Borderline-Patienten schreibt: „Ich fühle mich von diesem anmaßenden Patienten nicht einfach nur verunsichert oder überrannt, sondern merkwürdigerweise und genauer gesagt *fühle ich mich ihm gegenüber in der Minderzahl*“ (zitiert in Schwartz-Salant 1997, S. 53).

Um die Sicht von Fisher noch einmal zusammenzufassen: Wenn Scham die Determinante der Charakter-Struktur ausmacht, dann sind die persönlichen Grenzen dadurch porös und ermöglichen somit eine Osmose der Identität, einen Prozess, der essentiell für das ursprüngliche Mutter-Kind System war. Diese durchlässigen Grenzen machen das Individuum aber ausgesprochen anfällig für Beschämung. Das System der Scham verstärkt sich somit selbst.

Die Rolle der Wut und des Ärgers in der Borderline-Persönlichkeit ist aus dieser Sicht auch noch einmal anders zu interpretieren. Ärger ist diejenige menschliche Emotion, die am besten dafür sorgt, die Grenzen zwischen Selbst und Anderen aufrechtzuerhalten. So scheint es, dass der Patient, der im Therapeuten Ärger provoziert, weniger Angst davor hat, *verlassen* zu werden, als *verschlungen* zu werden. Die Provokation ist dabei ein Versuch, den Therapeuten dazu zu bewegen, die gute Mutter zu werden, indem er eine sichere Grenze zwischen sich und dem Patient zieht.

Fisher (1985) schlägt bei der Behandlung von Borderline-Patienten einen Weg vor, der den Patienten ermöglicht, dieses allumfassende, ständig sich selbst verstärkende System der Scham Stück für Stück hinter sich zu lassen. Um dieses System der Scham zu durchbrechen, müssen Patienten jedoch fähig werden, sich von der Mutter innerlich zu trennen. Um sich aber von der Mutter trennen zu können, müssen sie ihr vergeben. Um ihr zu vergeben, müssen die Patienten sie als eine eigenständige Person sehen, eine Sicht, die nur indirekt über die Übertragungsbeziehung in der Therapie beeinflusst werden kann. Für den Therapeuten Fisher (1995) ist damit auch das Behandlungsziel definiert: „Das Ziel für Borderline-Patienten ist

nicht, frei von Scham zu sein, sondern ein Leben zu leben, daß nicht von ihr diktiert wird“ (S. 109).

Ein anderer Objektbeziehungstheoretiker, der amerikanische Analytiker Moshe Spero (1984), lehnt sich mit seiner Konzeptualisierung der Scham an die entwicklungspsychologischen Ideen von Margeret Mahler (1980) und Edith Jacobson (1964) an. Für ihn wurzelt „Scham als Affekt in unvollständigen Selbst-Anderen-Grenzen und entsteht, wenn der hauptsächliche Modus der Objektbeziehung eher Introjektion anstatt Identifikation als Mittel zur Verinnerlichung bevorzugt“ (Spero 1984, S. 276). Er stellt der Scham die Schuld gegenüber, die eine vollständigere Differenzierung, Strukturalisierung und Internalisierung von Objektbeziehungen benötigt. In dieser Hinsicht sieht er im Schamaffekt auch einen primitiveren als im Schuldaffekt. Ähnlich wie Jacobson (1973) betont er das Vorhandensein der Scham während der Adoleszenz, wenn schwache Selbst-Grenzen und eine sekundäre sexuelle Entwicklung vorherrschen. Sein Hauptmerk bei der Erörterung des Themas liegt auf dem Gefühl der Zuschauer und des Publikums bei der Scham, mit einem Eindringen von Teilobjekten in die Selbst-Erfahrung, die unzureichende primitive Objektbeziehungen reflektiert. Dabei postuliert er, dass Scham von negativen Ich-Idealen herrührt, die er als „jene Aspekte der Über-Ich-Struktur, die niemals vollständige Internalisierung erreichen“ (S. 267), definiert.

In jeder Schamreaktion kann man den Versuch erkennen, sich vor der Aufmerksamkeit eines Gegenübers verstecken zu wollen, aggressiv gegenüber der Schamquelle zu werden und gleichzeitig den Wunsch zu haben, die Objektbeziehung nicht gänzlich abubrechen. Diese „ambivalente Objektbeziehung“ in der Scham stellt seiner Ansicht nach eine primitive Schicht der Objektbeziehung dar. Seine These fasst Spero (1984) folgendermaßen zusammen:

„Ich sehe Scham im Kontext von entwicklungsgeschichtlich oder traumatisch induzierten, unsicheren Selbst-Anderen-Grenzen als eine Reaktion auf die Bedrohung des Eindringens und der desorganisierenden Angst, die durch unassimilierte, negative und abwertende Selbst- und Objektpräsenzen hervorgerufen wird.“ (S. 265, Übersetzung J.T.)

Diese nicht zu assimilierenden Repräsentationen sind dabei *Introjekte* und nicht so sehr Identifikationen und erscheinen typischerweise im Zusammenhang mit Kindheitserfahrungen, die mit Themen wie Frustration des Gefühls von Kompetenz, Wert, Angemessenheit, Körperwohlbefinden und Selbstwert in Verbindung stehen. Auch die Phantasien, die mit Scham assoziiert werden, haben Spero zufolge die zusätzliche Eigenschaft von Introjekten, nicht so sehr von Identifikationen. Diese Phantasien werden eher als „gefühlte Präsenz“ im Bewusstsein wahrgenommen, nicht so sehr als Teil des eigenen Selbst. All diese Qualitäten, die im

Zusammenhang mit Schamaffekten erfahren werden, weisen auf eine unzureichende Unterscheidung von Innen und Außen in Schampersönlichkeiten hin.

Spero (1984) unterscheidet in seinem Artikel auch zwischen „elementaren“ und „komplexen“ Manifestationen von Scham (S. 267). Je nach Massivität der unterbrochenen Entwicklung während der Kindheit kann Scham, Spero zufolge, mehrere Formen annehmen, die unterschiedliche Grade von Internalisierung und Differenzierung reflektieren. Die erste Form beschreibt Spero als „elementare Scham“ und versteht darunter die Erfahrung einer personifizierten Präsenz, vor der man sich abgewertet fühlt. Diese „elementare Scham“ entwickelt sich entwicklungsgeschichtlich um die Mitte des zweiten Lebensjahres, zu einer Zeit also, in der die Grenzen zwischen Selbst und anderen noch nicht vollständig differenziert sind. Wenn solche Erfahrungen einer massiven Beschämung und Abwertung durch einen Elternteil häufig vorkommen, kann das geliebte Objekt durch den Schmerz, den es verursacht, nicht angemessen internalisiert werden. Weil es aber trotzdem so benötigt wird, wird eine Beziehung auf der Grundlage von Introjektion aufrechterhalten. In der reifen Persönlichkeit dagegen sind die Hauptauslöser für Scham diejenigen Aspekte der Über-Ich-Struktur, die niemals komplett internalisiert werden, d.h. negative Ich-Ideale. Bei der „elementaren Scham“ fühlt sich das Individuum dagegen in der Gegenwart von realen oder erst kürzlich introjizierten Objekten beschämt, weil der Unterschied zwischen realer und introjizierter Erfahrung noch unsicher ist. In der reiferen oder „wirklichen“ Über-Ich-Scham wird durch das Maß der vorhandenen Strukturalisierung und Internalisierung der Realismus der Scham-Komponenten reduziert. In den Worten Speros (1984):

„Elementare Scham und die Erfahrung eines beobachtenden Publikums bei der Scham stützen sich nicht so sehr auf spezifische Arten von traumatischen Erfahrungen, sondern auf die gesamte Qualität der bis zu diesem Zeitpunkt etablierten Objektbeziehungen, wenn bestimmte narzisstisch verletzende Traumata geschehen.“ (S. 277, Übersetzung J.T.)

Mit zunehmender Ich-Reife kann Scham dann eher eine internalisierte Qualität annehmen und somit dem Individuum als Signal-Funktion zur Verfügung stehen, die anzeigt, dass gewisse Bedrohungen des Selbstwertgefühls vorhanden sind. Jedoch behält die Scham in ihren höher strukturierten Formen immer das frühe Element der Bedrohung des Eindringens in die innere Privatheit und Selbst-Erfahrung. In dieser reifen Form empfindet ein Mensch Scham, der eine zeitweise Verwischung seiner Selbst-Grenzen aushalten kann und frühe Traumata so gemeistert hat, dass diese damals bedrohlichen Kindheitserfahrungen, die jetzt aktualisiert werden, ihn nicht überschwemmen.

Der letzte der hier zu behandelnden Analytiker, der dafür plädiert, Scham aus der Perspektive der Objektbeziehungstheorie zu verstehen, ist Warren Kinston (1983). Er definiert die Stellung der Scham im Hinblick auf zwei verschiedene Aspekte des Narzissmus. Der erste Aspekt, den er „*self narcissism*“ nennt, entspricht der *Selbstachtung*, d.h. ob man sich gesund oder krank fühlt. Der zweite Aspekt, den er „*object narcissism*“ nennt, besteht aus den Gewohnheiten, Höflichkeitsregeln und Umgangsformen, die uns vor den anderen schützen bzw. schützen sollen. Er entspricht dem *Selbstschutz*. Die Scham ist demnach ein Signal für den Wechsel von einer Spielart des Narzissmus in die andere. In Momenten des Objekt-Narzissmus ist die therapeutische Beziehung Kinston zufolge durch eine Indifferenz dem Therapeuten gegenüber charakterisiert, in Zuständen des Selbst-Narzissmus dagegen, durch Abhängigkeit und Verletzbarkeit. Für Kinston stellen narzisstische Störungen die Schwierigkeit des Individuums dar, sich von Eltern zu trennen, die die symbiotische Verschmelzung mit ihrem Kind aufrechterhalten wollen. Die Scham hat also ihren Ort im Prozess der Individuation, der mit dem Wandel der Objektbeziehung zusammenfällt, also dem Augenblick, in dem sich das Kind der Trennung und der Differenz bewusst wird. Für Kinston (1983) ist „die Scham der Preis, der für die Selbstwertung gezahlt werden muß.“ (S. 219).

Zusammenfassend kann man feststellen, dass die objektbeziehungstheoretische Orientierung bezüglich der Scham die Rolle der frühen Introjekte und Objektrepräsentationen betont und den unsicheren Selbst-Anderen-Grenzen große Bedeutung beimisst. Das schamanfällige Selbst (oder Ich) erscheint aus dieser theoretischen Perspektive als unsicher, archaisch und undifferenziert. Scham ist demnach eine Manifestation von schmerzhafter und unvollständiger Autonomie und Identität, die aus einer Verwundbarkeit gegenüber feindseligen und zurückweisenden signifikanten (inneren oder äußeren) Objekten besteht. In dieser Hinsicht stützten sich Spero, Kinston und Fisher auf Jacobsons pessimistische, entwicklungsbezogene und diagnostische Sichtweise, die Scham als eine „primitive“ und „archaische“ Erfahrung mit frühen Objekten darstellt. Spero stellt dabei die Bedeutung des Publikums bei Schamerfahrungen heraus, die als das Eindringen von Teil-Objekten in die Selbst-Erfahrung, die durch primitive, defizitäre Objektbeziehungen charakterisiert ist, erlebt wird. Für Kinston führt der Prozess der Bewegung von schmerzhafter Autonomie und Identität (Selbst-Narzissmus) in Richtung Verschmelzung und Nachgeben gegenüber den Ansprüchen von anderen (Objekt-Narzissmus) zu der Erfahrung von Scham.

13.2. Borderline-Störungen, Trauma und „nicht-mentalisierte Scham“

Der Verbindung zwischen Borderline-Störung und Traumatisierung wird in den letzten Jahren aus objektbeziehungstheoretischer, bindungstheoretischer Sicht und aus der Perspektive der modernen Säuglingsforschung besondere Beachtung geschenkt. Unter diesem Aspekt möchte ich die Verbindung zwischen Borderline-Störung, Traumatisierung und einer in der Literatur als „nicht-mentalisierte Scham“ (Fonagy 2004b) beschriebene, frühe Form der Scham erörtern. Inzwischen wird in die Konzeption der Borderline-Persönlichkeit zunehmend die Möglichkeit realer Traumatisierungen einbezogen (Rohde-Dachser 1995, 2004; Sachsse 1995; van der Kolk 1999). Die moderne Traumaforschung orientiert sich nach wie vor an Freud (1916/1917, S. 284), der das Trauma als „ein Erlebnis, welches dem Seelenleben innerhalb kurzer Zeit einen so starken Reizzuwachs bringt, daß die Erledigung oder Aufarbeitung desselben in normalgewohnter Weise missglückt“, definiert. Diese Definition ist bis heute gültig. Die Bedeutung, die jedoch dem Trauma in der Genese von psychischen Störungen, besonders Borderline-Störungen, zuzuschreiben ist, wird durch das Aufkommen der psychoanalytischen Traumatheorie in den letzten Jahren intensiv und kontrovers diskutiert. Bohleber (2004) betont, dass unter konservativen Psychoanalytikern weithin die Sorge besteht, dass durch die Anerkennung der Realität des Inzests und des damit verbundenen Traumas die zentrale Bedeutung des Ödipuskomplexes, der lange Zeit als Identitätsmerkmal der Freudschen Psychoanalyse galt, in Frage gestellt werden könnte.

Freud hat seine Verführungstheorie bekanntlich widerrufen, nachdem er einen Traum im Zusammenhang mit dem Tod seines Vaters hatte. Eine Reihe von Autoren glaubt, dass damit auch indirekt Freuds Wunsch nach Schonung und Rehabilitierung des verstorbenen Vaters, den Freud durch seine ursprüngliche Verführungstheorie mit angeklagt hatte, zum Ausdruck kommt (Hirsch 2004). In sehr grundlegender Weise hat die Aufgabe der Verführungstheorie erst den Weg zu einer psychoanalytischen Neurosentheorie geebnet, bei der die Neurose als Ausdruck eines inneren Konfliktes verstanden wird, der sich auf unbewusste Phantasien des Kindes stützt und nicht auf real erlebte Traumata. Die Verschiebung von der Theorie der infantilen Verführung im Jahre 1897 zur Theorie der infantilen Sexualität, eröffnete Freud eine Vielzahl von konzeptuellen und technischen Perspektiven: die Triebtheorie, die infantile Sexualität, Übertragung und Widerstand, neurotische Konflikte und Symptombildungen. Der Ödipus-Komplex und die mit ihm verbundenen, kindlichen Phantasien wurden so zum „Schibboleth“, das die Anhänger der Psychoanalyse von den Gegnern trennte. Im Jahre 1927 stellte Ferenczi in seinem Essay *Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind*

– *die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft* diese Theorie der infantilen Sexualität wegen seiner Vernachlässigung der Bedeutung des Traumas in Frage. Während Freud Mitte der 20er Jahre die Grundlagen der Ich-Psychologie gründete, beschäftigte sich Ferenczi in dieser Zeit zunehmend mit den Objektbeziehungsaspekten und prägt den Begriff der *Introjektion*. Anders als Melanie Klein, die Freuds monadische Orientierung übernimmt, indem sie dem realen, handelnden Einfluss des äußeren Objektes bei der Bildung der Objekt- und Selbstrepräsentanzen kaum Beachtung schenkt, ist Ferenczi an der realen Beziehung zwischen Bezugspersonen und Kind interessiert. Hirsch (2004) fasst diesen Unterschied hinsichtlich der Trauma-auffassung zwischen Freud und Ferenczi folgermaßen zusammen:

„Der Kern der Differenz zwischen Freuds und Ferenczis Psychoanalyse liegt im Gegensatz von einer Ein- und einer Zwei- (bzw. Mehr-) Personen-Psychologie. Freud sah das Individuum im Großen und Ganzen isoliert; die umgebenden Personen waren Objekte der Libido im Einzelnen. Drängen von ihnen traumatisierende Einflüsse auf das Kind ein, so war das Wesen des Traumas der Zusammenbruch der Ich-Organisation, des Reizschutzes des Individuums; das Trauma bestand in der Hilflosigkeit des Ich als Reaktion auf eine quantitative traumatische Einwirkung. So hat bei Freud das Trauma den Charakter des Mechanischen, Unpersönlichen.“ (S. 30)

Die Analytikerin Christa Rohde-Dachser (1994) bemerkt kritisch, ob nicht das teilweise Abrücken Freuds von der Traumatheorie der Neurosen zu einer möglicherweise allzu einseitigen Aufmerksamkeitsausrichtung der Psychoanalyse auf die kindliche Phantasieszene geführt hat. Es wäre ihrer Ansicht nach aber auch ein Irrtum, einfach von der *Realität des sexuellen Missbrauchs* zu sprechen, als ob es sich bei der Frage „Phantasie oder Realität?“ um Gegensätze handelt, zwischen denen sich der Therapeut entscheiden muss. Die Frage „Was wirklich geschehen ist?“ ist dabei eine Frage, die nicht nur die Therapeuten, sondern auch die Patienten bewegt. Rohde-Dachser (1994) gibt zu Bedenken, dass neben der bekannten Bagatellisierung des Traumas durch die Psychoanalyse auch der *Wunsch vieler Traumatisierter, es möge alles nur Phantasie gewesen sein*, dazu beigetragen haben kann, dass es zur Kollusion der Verleugnung von Traumata zwischen Patienten und Therapeuten kommen konnte. Sie bemerkt:

„Denn auch ein Kind, das sexuell missbraucht wird, hat ödipale Phantasien, und auch bei ihm gibt es den Wunsch, aus der (phantasierten) ödipalen Konkurrenz-Situation als Sieger hervorzugehen. Der reale Inzest bringt diese Phantasien nicht zum Erlöschen, aber er macht sie in extremer Weise schuldhaft.“ (S. 91)

In ihrem Buch *Das Borderline-Syndrom* (1995) beschreibt Rohde-Dachser diese Persönlichkeitsstörung als Instabilität im impulsiven, affektiven und zwischenmenschlichen Bereich, die die folgende Symptomatik umfasst: Chronische, frei flottierende Angst, multiple Phobien, Zwangssymptome, Konversionssymptome, dissoziative Reaktionen, Depression, polymorph-

perverse Sexualität, episodischer Verlust der Impulskontrolle. Sie beschreibt für diese Störung folgende Abwehrstrategien: Spaltung, primitive Idealisierung, Identitätsdiffusion, Verleugnung, Omnipotenz und Ent- bzw. Abwertung der Objekte, vor allem aber Projektion und projektive Identifikation. Die Fähigkeit zur Realitätsprüfung sei im Gegensatz zu psychotischen Persönlichkeitsorganisation erhalten. In psychogenetischer Hinsicht verweist Rohde-Dachser auf Traumatisierungen des Autonomiestrebens in der Wiederannäherungsphase im ca. zweiten Lebensjahr. Sie stützt sich hierbei weitestgehend auf Kernberg (1983), der tiefe und frühe Frustrationen des Kindes und die daraus folgenden, aggressiv bestimmten, negativen Kontaminationen der Elternbilder in den Mittelpunkt der Genese stellt. Kernbergs Genius liegt sicherlich darin, dass er ein Konzept der Borderline-Persönlichkeitsorganisation entwickelt hat, in dem die verschiedenen borderline-typischen Krankheitsmanifestationen auf eine gemeinsame Ich-Störung zurückgeführt werden, deren Hauptkennzeichen der primitive Abwehrmechanismus der Spaltung ist. Borderline-Patienten erleben ihre Aggression als so vernichtend, dass sie ihre guten, lebenserhaltenden Objekte nur retten können, indem sie sie vor dieser Aggression abschirmen und somit aufspalten. Kernberg geht von der Annahme aus, dass frühe orale Frustrationen, die er nicht näher spezifiziert, eine exzessive Enttäuschungsaggression auslöst, die im Rahmen einer phasenadäquaten Entwicklung nicht zu bewältigen ist. Die Borderline-Persönlichkeitsorganisation weist deshalb eine „pathologische Verdichtung genitaler und prägenitaler Triebbestrebungen bei gleichzeitiger vorherrschender prägenitaler Aggression“ (Kernberg 1996, S. 41) auf. Als Psychotherapiemethode schlägt er eine übertragungsfokussierte (oder psychodynamische) Psychotherapie vor, in der der Patient vor allem mit seiner pathologischen Abwehr (insbesondere seiner Spaltung und Verleugnung) konfrontiert wird, um zu einer realitätsangemesseneren Wahrnehmung zu gelangen (Kernberg 1993a).

Das Wissen um die massiven Traumatisierungen brachte einige Forscher dazu, die Symptome von Borderline-Störungen und posttraumatischen Belastungsstörungen miteinander zu vergleichen. Sachsse (1995) kommt zum Beispiel nach dem Vergleich der Symptome der Borderline-Störung mit denen der Posttraumatischen Belastungsstörung zu dem Schluss: „Diese Resultate rechtfertigen es, im folgenden hypothetisch die Borderlinepersönlichkeitsstörung und ihren Symptombildungen als Traumafolgen zu konzeptualisieren“ (S. 53). Er verwendet dabei die Metapher des „Abszesses“: die traumatischen Situationen werden aus dem Erleben abgespalten, tief verdrängt und durch Gegenbesetzungen aus dem Erleben ausgeschlossen und so quasi abgekapselt wie ein Abszess im Körper. Gelingt diese Abszedierung nicht, bleibt das Trauma im Seelischen wie eine „offene Wunde“, die nicht verheilt und nicht vernarbt. Besonders die Gruppe der weiblichen Borderline-Patientinnen mit erheblichen körperbezogenen

autoaggressiven Symptombildungen sind Sachsse zufolge unter dem Blickwinkel der Traumafolgen besser zu verstehen und zu behandeln als mit den bisherigen Konzepten. Er stellt das Trauma der Borderline-Patienten und die Symptome der Depersonalisierung, die häufig bei dieser Patientengruppe auftauchen, in Zusammenhang mit starken Schamgefühlen (Sachsse 1995, S. 54). Aggressiv oder sexuell misshandelte Kinder können häufig Depersonalisationszustände induzieren, um dadurch Demütigung, Kränkung, Hass und vor allem Scham zu bewältigen. Sie steigen quasi aus ihrem Körper aus.

Der Psychoanalytiker und Affektforscher Krause (2005) bringt zwar nicht konkret die Borderline-Störung mit Traumatisierungen in Verbindung, sieht aber im Gegensatz zu Kernberg (1983) im *Ekel* den Leitaffekt bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Ekel ist affektlogisch der beste Schutz gegen maligne Grenzverletzungen. Wenn dieser Ekel als zentraler Affekt einer Person auftaucht, ist eine Grenzverwischung zwischen Subjekt und Objekt der Kernkonflikt, da

„die Mechanik des Ekelaffektes die Ausstoßung eines toxischen Objektes aus dem Binnenraum des Subjektes beinhaltet. Im interaktiv-expressiven Bereich wurde er häufig bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen und schweren Psychosomaten gefunden. Für die Gegenübertragungs-Gefühle bedeutet das, dass der Therapeut vom Patienten als toxisch erlebt wird. Die Beziehung zum Therapeuten ist für den Patienten gewissermaßen giftig.“ (Krause 2005, S. 110)

In der Interaktion zwischen Therapeut und Borderline-Patient werden häufig die Affekte des Therapeuten als „schamloses Einschleichen in die Seele des Patienten“ (ebd., S. 111) erlebt. Als Gegenreaktion wird der Ekel mobilisiert. Krause (2005) kommt zu dem Schluss, dass Borderline-Patienten im expressiven System selten Wut zeigen, das Fehlen von Wut bei Frühstörungen sogar konstitutiv ist.²² Da Krause (2005) Ekel und nicht Wut als Leitaffekt bei Borderline-Patienten annimmt, stellt die Ersetzung von Ekel und Verachtung in der Borderline-Therapie einen Gewinn und einen Fortschritt dar.

Van der Kolk (1999) ist ein weiterer Therapeut, der zu einem ähnlichen Schluss wie Sachsse (1995) bezüglich der Verbindung zwischen Traumatisierungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen kommt. Er nimmt an, dass für Kinder, die missbraucht werden und diejenigen, die krankhaft schüchtern sind oder häufig Trennungen erlebt haben, die Welt ein Ort des Schreckens sein kann. Van der Kolk (1999) formuliert, dass „die Borderline-Störung eine

²² Für Krause (2005) ist Wut nicht notwendigerweise Aggression. Die Struktur des Wuterlebens ist eine Intention- und Zielbehinderung durch ein Objekt, dem sich das Subjekt überlegen fühlt. Ohne Ärger oder Wut gibt es in der Folge keine Intentionalität. Wut und damit verbundene Frustration ist eine zwingende Voraussetzung für die Aufrechterhaltung der Fähigkeit des Wollens. Eine Selbstsicherheit ohne den episodischen Rekurs auf Wut ist undenkbar. Ärger ist daher unverzichtbar für die seelische Gesundheit. Ohne ein gewisses Ausmaß an Aggression ist die Aktualgenese der Liebe ebenfalls nicht möglich und ein kontrollierter Ärgeraustausch kann lustvoll und adaptiv für den Selbstwerterhalt, die Intelligenz und den Status sein.

Funktion chronischen Geängstigt-Worden-Seins während früher Entwicklungsphasen“ (S. 190) darstellt. Peichl (2004, S. 171) schlägt aus diesem Grund auch die Bezeichnung „post-traumatische Borderline-Störung“ vor, da sie hilft zu erkennen, dass der innere Kern dieser Störungen eine chronifizierte, misslungene Traumaverarbeitung darstellt.

In seiner Darstellung der Borderline-Pathologie hob Kernberg (1983, S. 199) anfangs hervor, dass sich viele Erinnerungen von Borderline-Patienten an traumatische Kindheitsszenen in der Therapie als Phantasien herausgestellt haben. Dieser Ansicht Kernbergs wurde in den letzten Jahren stark widersprochen und er selber gewichtet dies inzwischen anders (1992). Kernberg (2000) bleibt jedoch auch in neueren Publikationen bei einer strikten Differenzierung zwischen dem Syndrom der Posttraumatischen Belastungsstörung und dem Trauma als ätiologischem Faktor von Persönlichkeitsstörungen und unterscheidet zwischen Trauma und chronischer Aggression. Seine Sorge ist dabei, dass das Spezifische des Traumbegriffs sonst verloren geht. Er definiert Trauma als

„eine einmalige, intensive, überwältigende und desorganisierende Erfahrung bzw. als ein Erleben, das von der Psyche nicht absorbiert und ‘metabolisiert’ werden kann und das von einer chronischen Auseinandersetzung mit aggressiven Einflüssen unterschieden werden muss.“ (Kernberg 2000, S. 525)

Bei der von ihm beschriebenen Persönlichkeitsstruktur, die durch Spaltung der Selbst- und Objektrepräsentanzen charakterisiert ist, geht er klinisch gesehen von einer *Identitätsdiffusion* aus, die als grundlegendes Syndrom anzusehen ist, das alle schweren Persönlichkeitsstörungen charakterisiert. Ihm ist dabei die Unterscheidung zwischen chronischer Aggression einerseits und Trauma als einmaligem oder zeitlich beschränktem Erlebnis andererseits wichtig (Kernberg 2000, S. 526).

Die Ergebnisse der modernen Säuglingsforschung (Stern 1992) führen zu einer weiteren Revision der Kernbergschen Annahmen über die Borderline-Pathologie. Die Borderline-Strukturbildung wurde bisher als Fixierung auf der Stufe eines normalen Entwicklungsschrittes der Kleinkindentwicklung, der frühen Wiederannäherungsphase mit seinem Persistieren der Spaltungsmechanismen, verstanden (Kernberg 1981). Borderline-Patienten wären demnach *seelisch Retardierte*. Die Ergebnisse der Säuglingsbeobachtung (Stern 1992, S. 346, Dornes 1993, S. 97ff.) legen dagegen nahe, dass eine Affektpolarisierung und Aufspaltung des Affekterlebens in „nur gut“ und „nur schlecht“ kein Normalvorgang ist, wie dies Melanie Klein (1952) und in ihrer Folge Otto Kernberg (1984) angenommen haben, sondern bereits in der Säuglingszeit ein Resultat pathogener Prozesse ist. Auch das Vorherrschen von Aggressionen, die Kernberg (1992) als intrapsychisch verursacht und als Hauptursache von schweren

Persönlichkeitsstörungen ansieht, wird in neuester Zeit anders gewichtet. Wie schon Ferenczi (1933) in seinem Konzept des Introjekts andeutet, tragen sexuell missbrauchte Borderline-Patientinnen über die Identifizierung mit dem Aggressor ein Objekt in sich, von dem sie nie wissen, wann es ihnen aggressiv begegnet und sie angreift. Da der sexuelle Missbrauch in der Biographie von Borderline-Patienten ganz überwiegend vom Vater verübt wurde, sind es offenbar die Gefühle ihm gegenüber, die das missbrauchte Kind auf diese Weise spalten muss. Die Psychologie des Täters findet sich später via Introjektion in der Psychopathologie von erwachsenen Borderline-Patientinnen wieder. Rohde-Dachser (1994) kommt somit zu einer anderen Gewichtung der Aggression bei Borderline-Patienten als Kernberg:

„Der vielzitierte Ärger, den Borderline-Patientinnen mit sich herumtragen und der so gar nicht mit ihrer Geschlechtsrolle übereinstimmt, entspringt sehr wahrscheinlich nicht nur ihrer eigenen Wut über die früher erlittenen Verletzungen, sondern dem internalisierten Bild eines Vaters, der diese Eigenschaften tatsächlich besaß.“ (S. 89)

Die Analytikerin Christa Rohde-Dacher (1994) hebt darüber hinaus den Frauenüberhang innerhalb der Borderline-Diagnose hervor. Die Schätzungen für die Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung liegen bei 2 bis 4 Prozent der Normalbevölkerung. In stationären und ambulanten Populationen variiert die Prävalenz zwischen 15 und 25 Prozent. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist somit die mit Abstand am häufigsten vorkommende Persönlichkeitsstörung. Dabei ist hervorzuheben, dass zwei Drittel der Patienten weiblich sind. Rohde-Dachser (1994) nimmt ähnlich wie die bereits zitierten Autoren einen starken Zusammenhang zwischen der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter und schweren Missbrauchserfahrungen in der Kindheit an, besonders der Traumatisierung durch sexuellen Missbrauch. Dabei ist festgestellt worden, dass Trauma und Dissoziation hoch miteinander korrelieren. Folgendes Zitat, das ihrem Buch *Im Schatten des Kirschbaums* entnommen ist, verdeutlicht dies:

„Eher könnte man argumentieren, daß die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine vorwiegend weibliche Persönlichkeitsdiagnose darstellt, weil ein großer Teil ihrer Kriterien sich auf typisch weibliche Konfliktlösungsmuster bezieht.“ (Rohde-Dachser 1994, S. 82)

Dabei zeigen Borderline-Patientinnen mit einer Inzest-Erfahrung häufig ein verführerisches Auftreten, Impulsivität, Scheu, Verschwiegenheit, Selbstverstümmelungen, Zerstörungswut, Unbeständigkeit und Vorsicht. Nach Rohde-Dachser (1994, S. 90) sind es besonders die Gefühle von Scham und Misstrauen, die diese Patientinnen beherrschen. Die Grenzüberschreitung und -verletzung, die diese Patienten in ihrer Kindheit durch den physischen und v.a.

sexuellen Missbrauch erlebt haben, wird mit starken Scham- und Schuldgefühlen assoziiert. In diesem Sinne ist es für viele inzestuös missbrauchte junge Frauen besonders demütigend und wird mit massivem Selbsthass erinnert, dass sie sexuell-physiologisch erregt wurden und so u.a. auf den erzwungenen Verkehr reagierten. Der Analytiker Tisseron (2000) betont dabei das Gefühl der *Ohnmacht* als Gemeinsamkeit bei allen Schamaffekten, die durch Gewalt ausgelöst werden, denn „wer sich schämt, dessen Identität ist aufgehoben“ (S. 51). Ferenczi hat schon im Jahre 1932 gezeigt, wie das kindliche Opfer einer Verführung oft die ambivalenten Aspekte seines Verführers übernimmt. Es übernimmt die Scham des Verführers und bildet sich ein, es habe selbst die Erregung ausgelöst, die zur Gewalttat geführt hat. Peichl (2004) erwähnt dabei, dass sich viele männliche Jugendliche, die traumabedingt schweren Beschämungen ausgesetzt sind, zur „Abwehr einen Panzer aus unberührbarer Härte, gesichtsloser Uniformierung und Kälte“ (S. 171) zulegen.

Da das Trauma temporär die Ich-Funktionen und das mit ihnen verbundene gute Objekt zerstört, kann das Trauma nicht angemessen mentalisiert, d.h. symbolisch dargestellt und verarbeitet werden. Das Kind möchte nicht an die unerträgliche Beziehung zu einem bösen Objekt erinnert werden. Der schottische Objektbeziehungstheoretiker Fairbairn (1952) betont die Wichtigkeit der *Scham*, die mit dem Erleben der Beziehung zu einem bösen Objekt regelmäßig verbunden ist:

„Die Beobachtung ist interessant, dass die Beziehung zu einem bösen Objekt für das Kind nicht nur als unerträglich, sondern auch als beschämend erfahren wird. Man kann daraus schließen, dass die Eltern, wenn sich ein Kind ihretwegen schämt (was häufig der Fall ist), für das Kind zu bösen Objekten werden und dies ist auch die Richtung, in die wir für eine Erklärung der Tatsache schauen müssen, dass das Opfer eines sexuellen Übergriffs sich dafür schämt, dass es überhaupt dazu kam. Dass eine Beziehung mit einem bösen Objekt beschämend ist, kann nur dadurch befriedigend erklärt werden, dass in der frühen Kindheit alle Objektbeziehungen auf Identifikation basieren.“ (S. 63, Übersetzung J.T.)

Da Identifizierungen für die Gefühle, die das Kind gegen sich selbst hegt, eine entscheidende Rolle spielen, glaubt es, böse zu sein, wenn es seine Eltern als böse oder beschämend erlebt. Besonders schwierig ist es jedoch für das Kind, sich einzugestehen, dass die Eltern oder andere idealisierte Erwachsene wirklich „böse“ sind.

Eine Besondere Bedeutung schreibt auch Ermann (1999), neben den körperlichen Gewalterfahrungen, dem Erleben von Inzest und sexuellem Missbrauch in einer Vertrauensbeziehung zu. Die Entwicklung von borderline-typischen Symptomen wie Essstörungen, Drogenabusus und selbstverletzendes Verhalten dienen dabei als „Antidissoziativum“. Sie sollen das Gefühl der Beschämung und des Selbsthasses abwehren. In seiner Unterscheidung von „höher-“ und

„niedrigstrukturierten Träumen“ beschreibt Ermann (2005) die klinisch wichtige Beobachtung, dass bei der Traumarbeit mit Patienten, die an Ich- und Entwicklungsstörungen leiden, Scham und paranoid erlebte Schuldgefühle wichtige Elemente sind, um die Dynamik des Behandlungsprozesses zu verstehen. Die Aggression und Wut dient Ermann zufolge dazu, die Scham zu verbergen und den Therapeuten auf Abstand zu halten, damit das Innere nicht bloßgelegt wird. Bei Ermann (2005) heißt es:

„Häufig sind niederstrukturierte Träume deshalb so destruktiv, weil sie Scham verbergen; Scham darüber, in der Bedürftigkeit gesehen zu werden, aber im Sinne der Nachträglichkeit auch Scham, wenn die Patienten in der Behandlung Fortschritte machen. Häufig entsteht auch aggressives und destruktives Verhalten sowie Scham, wenn die Patienten glauben, dass von ihnen Fortschritte erwartet werden, die sie nicht erlangen. Und schließlich tritt Scham auf, wenn es ihnen besser geht und sie mit ihrer Unfähigkeit konfrontiert sind, Dankbarkeit zu empfinden.“ (S. 81)

Einen letzten wichtigen Beitrag, den ich hier anfügen möchte und der die Verbindung zwischen früherer Scham, Traumatisierung und Borderline-Störung betrifft, kommt von dem Analytiker Fonagy (2003) und seinen Mitarbeitern. Fonagy et al. (2003) versuchen in einer Reihe von interessanten Arbeiten, einen Brückenschlag zwischen Objektbeziehungstheorie und Bindungsforschung herzustellen und beschäftigen sich v.a. mit der „Mentalisierung“ und dem Fehlschlagen der Mentalisierung von Affekten während frühen Entwicklungsphasen und schlagen hierbei den Begriff des „Bindungstraumas“ vor. Sie schreiben:

„Ein Bindungstrauma ist oft, wenn nicht immer, ein Teil der Geschichte von als Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostizierten Personen. [...] Obwohl wir wissen, dass verschiedene Arten der Traumatisierung eine signifikante Rolle in der Psychogenese der Persönlichkeitsstörung spielen [...] glauben wir, dass es die Persistenz des Modus der psychischen Äquivalenz ist, verbunden mit früher psychischer Vernachlässigung, die diese Personen in der Folge für solche harten sozialen Erfahrungen besonders verletzlich macht.“ (Fonagy et al. 2003, S. 441)

Die Autoren verstehen darüber hinaus die mangelnde Fähigkeit des Persönlichkeitsgestörten zu interpersoneller Interpretation und Mentalisation als Traumafolgen. Die Persistenz des Traumas ist das Ergebnis der Erfahrung des Traumas in einer nicht mentalisierten Weise. Das bedeutet, dass ein Trauma bzw. ein traumatisches Ereignis Bindungs- und Mentalisierungsfunktionen beeinträchtigt, dass aber die Repräsentanzen von Selbst und Beziehung umso eher wiedergewonnen werden, je stärker die Persönlichkeit auf einer Basis der sicheren Bindungserfahrung ruht. Wie der Selbstpsychologe Milch (1989) betont, besteht das „frühe Trauma“ in einer *Störung der Gegenseitigkeit*, der Mutualität in der affektiven Abstimmung zwischen Säugling und seinen primären Bezugspersonen („affect attunement“), dem Scheitern der „Einstimmung“ im Spiel von Angesicht zu Angesicht.

Fonagy und Target (2002) verweisen in ähnlicher Weise wie Milch (1989) auf die besondere Bedeutung der Affektspiegelung durch die Mutter und vor allem auf die zentrale Rolle der Ich-Funktion der Affektregulation für die frühe psychische Entwicklung des Selbstsystems. Scheitert diese Art Spiegelbeziehung zwischen Säugling und Bezugsperson im ersten Lebensjahr, so folgt im Umkehrschluss, dass die erspürten Affekte diffus bleiben, undifferenziert, an viszerale vegetative Körpervorgänge gebunden und somit wenig mentalisiert sind. Nach dieser Ansicht ist die Regulation von negativen Affekten und die Spannungskontrolle auf sehr archaischem Niveau fixiert. Dies führe zu Defiziten in der Selbstwahrnehmung und der Selbstkontrolle von Affekten, zu einer instabilen Ich-Identität mit porösen Grenzen zwischen Selbst und Objekt und damit einer Neigung zur projektiven Identifikation. Lichtenberg (1983) führt die Tatsache, dass viele Borderline-Patienten ein Gefühl von Lebendigkeit nur durch Erfahrungen auf hohem Erregungsniveau erreichen können, darauf zurück, dass schon in ihrer frühen Kindheit diese Hochspannungssituationen in Interaktionen im Nahraum erzeugt und verinnerlicht wurden. Es sind diese Spitzenaffekte, die sich ab einer bestimmten Intensität vom Säugling nicht mehr in eine einheitliche Erfahrung der Welt integrieren lassen und die später zu keinen, einheitlich erlebten Selbst- und Objektrepräsentanzen führen. Diese Erfahrungen müssen abgespalten werden und leiten die Entwicklung einer Identitätsdiffusion ein. Der Bindungsforscher Fonagy (2004b) führt in diesem Zusammenhang den meiner Ansicht nach sehr treffenden Begriff der „selbstdestruktiven Scham“ ein:

„Brutalisierung im Kontext von Bindungs-Beziehungen erzeugt intensive Scham. Wenn diese sich mit einer daraus folgenden Schwäche in der Fähigkeit zur Mentalisierung verbindet, dann kann dies ein mächtiger Auslöser für Gewalt werden, weil die Intensität der Demütigung während der traumatischen Erfahrung nicht durch Mentalisierung abgeschwächt werden kann. Nicht-mentalisierte Scham wird in der Folge als Zerstörung des Selbst erlebt; wir haben dies ‘selbstdestruktive Scham’ genannt.“ (S. 167)

Dieser Sichtweise folgend kommen Gewalt und Aggression dann zum Einsatz, wenn es dem Individuum nicht gelungen ist, die erfahrenen Affekte auf eine psychische Ebene zu heben und zu „mentalisieren“. Fonagy (2004b) nennt dies den „Modus psychischer Äquivalenz“, in dem Denkmuster der frühen Kindheit weiter wie ein Ding behandelt werden, das sowohl der inneren als auch der Außenwelt angehört. Die nicht-mentalisierte Scham wird dann als Zerstörung des Selbst erlebt. Für Fonagy et al. (2004a, S. 205) spielt dieses Konzept der „selbstdestruktiven Scham“ eine Schlüsselrolle in ihren Untersuchungen über Gewalt in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter. Der maligne Charakter der Brutalisierungserfahrung wurzelt diesen Autoren nach in der Intensität der mit ihr verbundenen Demütigung. Die Angriffe können nicht verarbeitet und erträglich gemacht werden, weil die Fähigkeit fehlt, den durch

die Entmenschlichung der Bindung erzeugten Schmerz zu mentalisieren. Nach Fonagy et al. (2004a) wird unerträgliche Scham dadurch erzeugt, daß „einem die Menschlichkeit in ebenjenem Augenblick, in dem man zu Recht erwartet, anerkannt und für wertvoll erachtet zu werden, abgesprochen wird“ (S. 428). Der durch eine Brutalisierung vulnerable Mensch fühlt sich wie einen Gegenstand behandelt. Die Scham ist in dieser Sicht ein höherentwickelter Abkömmling dieses basalen Schmerzaffectes. Freud (1914) hat darauf hingewiesen, daß das Selbst auf die Liebe des Objektes angewiesen ist, da diese dann zur Selbstliebe wird. Fonagy et al. (2004a) beschreiben anschaulich, wie Kälte das Fehlen von Wärme anzeigt – so wie das charakteristische Merkmal eines nach Liebe hungernden Selbst die Scham sei. Genauso wie die Kälte ist die Scham „ungemein schmerzhaft, erzeugt aber, sobald sie eine bestimmte Intensität erreicht, das Gefühl der Taubheit oder Abgestorbenheit“ (S. 429). Der einzige Umgang mit dieser selbstdestruktiven Scham und Demütigung ist hierbei eine selektive, aber massive Verleugnung der Subjektivität sowohl des Objektes als auch des Selbst.

Dies erklärt auch zum Teil die psychischen Mechanismen, die auf der Täterseite zugrunde liegen. Der Gewaltausbruch resultiert demnach selten aus blinder Wut. Sie ist ein verzweifelter Versuch, das fragile Selbst vor dem Anstrich von Scham zu schützen, die häufig unabsichtlich durch einen Anderen ausgelöst wird.

„Die empfundene Demütigung, die das Individuum in dem fremden Teil des Selbst zu containen versucht, wird dann zu einer existentiellen Bedrohung, die unverzüglich externalisiert werden muss. Sobald dies geschehen ist und sie als Teil der Repräsentation des Opfer im Innern des Täters wahrgenommen wird, scheint es möglich zu sein, sie ein für allemal zu zerstören.“ (Fonagy et al. 2004a, S. 429f.)

So verstanden ist die Gewalttat eine Geste der Hoffnung, eine Wunsch nach einem Neuanfang, selbst wenn sie in der Realität gewöhnlich nur den tragischen Ausgang darstellt.

Diese frühkindliche Enttäuschung am Objekt auf der Seite des Opfers (und eventuell späteren Täters) kann so massiv und nachhaltig destruktiv verlaufen sein, dass die Objekt-Repräsentanz sofort vor der riesigen Enttäuschungswut abgeschirmt werden muss, um das Individuum psychisch nicht völlig zu zerstören. Eine mögliche Reaktion ist dann „das Einfrieren des Objekts in einen Zustand weder tot noch lebendig“ (Rohde-Dachser 2004, S. 48). Rohde-Dachser bezieht sich auf Greens Konzeption der Konservierung des Objekts in seiner Arbeit über *Die tote Mutter* (1983). Die reale Mutter ist in dieser Konzeption nicht wirklich tot, aber aufgrund ihrer Depression – und damit fehlender Affekteinstimmung – innerlich abwesend. Das Kind introjiziert die Imago einer abwesenden Mutter und spaltet sie gleichzeitig ab. In Greens (1983) Worten: „Als Grabwächter und einziger Besitzer des Schlüssels zur Gruft erfüllt er

seine Pflegefunktionen im geheimen. Er hält die tote Mutter gefangen, die auf diese Weise ganz sein eigen bleibt“ (S. 230).

Eine Weiterentwicklung dieses Konzeptes wurde in jüngster Zeit von Moser und Zeppelin (2004) vorgenommen. Sie führen den Begriff der „Affektkonserve“ ein, bei der anstelle des Objekts der Affekt selbst besetzt und zum Kompagnon genommen wird. Ihrer Ansicht nach sind es v.a. drei Affekte, die auf eine solche Art konserviert werden: Neid, Groll und Scham. Dabei ist es besonders die Scham, die nicht mentalisiert werden kann und damit innerlich abgekapselt bleibt:

„*Scham* als Affekt ist in der interaktiven Situation von der Angst begleitet, sich zu blamieren. Es gibt aber Scham auch als verinnerlichte Konserve im Sinne einer nicht mentalisierten Scham, die ständig und fortschreitend am Selbstgefühl nagt.“ (Moser u. Zeppelin 2004, S. 54)

Diese theoretischen Überlegungen zur Rolle der Scham bei frühen Störungen von Fonagy (2004) und Moser und Zeppelin (2004) verbinden auf originelle Weise Ideen aus der Objektbeziehungstheorie, der Bindungstheorie und der empirischen Säuglingsforschung.

13.3. Weiterentwicklungen des Schamverständnisses in der Selbstpsychologie

Die von Rycroft im Jahre 1968 noch als „Aschenputtel“ der unangenehmen Gefühle bezeichnete Scham hat im Laufe der Zeit in der Selbstpsychologie eine Entwicklung durchgemacht, die der des Mädchens im Märchen sehr ähnlich ist. Das Märchen vom Aschenputtel kann als die Geschichte der Transformation von Einsamkeit, Demütigung und Scham in exhibitionistischen Triumph und Ruhm mittels magischer Hilfsmittel interpretiert werden. Die folgenden Autoren haben viel dazu beigetragen, die Scham als vernachlässigten Affekt in der psychoanalytischen Forschung von seinem Schatten- und Kellerdasein zu befreien und sie ins rechte Licht zu rücken.

Heinz Kohut (1973, 1976, 1979) hat sich in seinen Werken nur selten der Scham als Affekt zugewendet, dennoch spielt sie in der Art und Weise, wie er seine Patienten psychoanalytisch behandelt hat, eine große Rolle. Viele seiner gewählten Begriffe deuten auf Scham hin: „vermindertes Selbstbewusstsein“, „gestörte Selbstannahme“, „Kränkung durch Bloßstellung“ und „schuldlose Verzweiflung“. Ein Hauptteil seiner analytischen Arbeit besteht darin, der narzisstischen Persönlichkeit dabei zu helfen, die intensive Scham zu meistern, zu überwin-

den und zu lindern, die die Dissoziation, Verleugnung oder Abspaltung des grandiosen Selbst bewirkt hat. Mit dieser Linderung der Scham, die an das grandiose Selbst gebunden ist, wird der Weg dafür frei, dass das archaische grandiose Selbst zu einem normaleren idealen Selbst werden kann. Bestimmte Energien, die vorher dazu verwendet worden sind, die Scham abzuwehren, inklusive die Energien, die in den Aufbau eines grandiosen Selbst investiert wurden, können dann für andere Zwecke benutzt werden.

Heinz Kohut schreibt über die spezifische Behandlungsdynamik von Narzissten, dass diese häufig am Anfang der Therapie mit Scham-Ängsten und Inkompetenzscham zu kämpfen haben: „Häufig (besonders in den frühen Phasen der Analysen narzisstischer Persönlichkeiten) kommt der Patient von Scham und Angst überflutet zu seiner Sitzung wegen eines *faux pas*, den er glaubt, begangen zu haben“ (1976, S. 263). Kohut berichtet von narzisstischen Patienten, die häufig auf die Erinnerung an einen *faux pas*, bei dem sie z.B. einen Witz in Gesellschaft anderer erzählt haben, der sich als unpassend herausstellte, mit übermäßiger Scham und Selbstablehnung reagierten. Der Analytiker muss diese in der Therapie berichteten Situationen empathisch begleiten und „Verständnis für das brennende Schamgefühl des Patienten aufbringen“ (S. 264). Nur durch die langsame und systematische Analyse sich wiederholenden traumatischen Zuständen dieser Art werden Kohuts Meinung nach die alten Größenphantasien und der alte Exhibitionismus hinter den starken Widerständen erkennbar.

In einer der wenige Passagen, die sich direkt auf Scham beziehen, differenziert Kohut (1976) zudem die Rolle von Schuld- und Schamgefühle bei narzisstischen Patienten:

„Narzisstische Patienten werden im allgemeinen nicht vorwiegend von Schuldgefühlen bedrängt. [...] Sie haben vielmehr vorwiegend die Neigung, von Schamgefühl überflutet zu werden, d.h., sie reagieren auf den Durchbruch der archaischen Aspekte des Größen-Selbst, besonders seines nicht neutralisierten Exhibitionismus.“ (1976, S. 265)

Die längste Abhandlung über den Schamaffekt findet sich bei Kohut (1973) in seinem Aufsatz *Überlegungen zum Narzissmus und zur narzisstischen Wut*. Hier geht er anhand der historischen Figur Kaiser Wilhelms II. auf den Zusammenhang zwischen Organminderwertigkeit und Scham ein. Die Tendenz des Hohenzollers, sich leicht beleidigt zu fühlen und mit Krieg zu reagieren, führt Kohut auf das Gefühl einer spezifischen Organminderwertigkeit zurück, da Kaiser Wilhelm II. mit einem verkümmerten Arm geboren worden sei. Dieses defekte Glied wurde laut Kohut „zur seelischen Wunde, die während seines ganzen Lebens offen blieb“ (1973, S. 526). Die psychodynamische Erklärung für diese Interpretation liefert Kohut mit seiner Theorie der fehlenden, bestätigenden und beifälligen Widerspiegelung des Selbst („*mirroring*“) seitens der Mutter, die die Umformung der archaischen narzisstischen Beset-

zung des Körper selbst unvollständig gelassen hat. Diese Primitivität der intensiven narzisstischen Besetzung des grandiosen Körper selbst bleibt aus diesem Grunde unverändert bestehen und der betroffene Teil des Körpers – im Falle von Kaiser Wilhelm der verkümmerte Arm – kann wegen seiner archaischen Grandiosität und seinem archaischen Exhibitionismus nicht in die übrige psychische Organisation integriert werden. Dies führt Kohut zufolge zu zwei Formen der Spaltung:

„Die archaische Grandiosität und der archaische Exhibitionismus werden vom Real-Ich abgespalten ('vertikale Spaltung' in der Psyche) und/oder durch Verdrängung von ihm getrennt ('horizontale Spaltung'). [...] Trotz seiner Absonderung macht das archaische, grandios-exhibitionistische (Körper-) Selbst jedoch von Zeit zu Zeit seine primitiven Ansprüche geltend, indem es entweder die Verdrängungsschranke auf dem Weg des vertikal abgespaltenen Sektors der Psyche umgeht oder die spröden Abwehrformationen des zentralen Sektors durchbricht. Es dringt dann in den Bereich des Real-Ichs ein und überflutet es plötzlich mit nicht neutralisierten exhibitionistischen Besetzungen.“ (Kohut 1973, S. 527)

Dieser plötzliche Einbruch der archaischen Grandiosität und des archaischen Exhibitionismus überwältigt das Selbst, so dass das gelähmte Ich intensive Scham und Wut empfindet. Wenn ein defekter Körperteil angeschaut oder angestarrt wird, wird bei einem Erwachsenen Scham und der „Druck unmodifizierter archaisch-exhibitionistischer Libido“ (ebd., S. 529), mit dem das defekte Organ besetzt geblieben ist, mobilisiert.

Neben der Verbindung von Organminderwertigkeit und Scham bezieht sich Kohut in diesem Artikel auf den Zusammenhang zwischen Schamgefühlen und narzisstischer Wut. Anders als Freud (1920), der in seinen späteren Arbeiten annahm, dass jegliche Aggression als Ausdruck des Todestriebes verstanden werden muss, betont Kohut den *reaktiven* Charakter der Aggression, da sie oft aufgrund von Frustration auftritt. Kohut (1973) unterscheidet zwei Arten von Aggression: die *konkurrierende Aggression gegen Objekte*, die bei der Erlangung begehrteter Ziele im Wege stehen, und die *narzisstische Wut gegen Selbstobjekte*, die das Selbst bedrohen oder es beschädigt und beschämt haben. Das beleidigte oder beschämte Selbstobjekt muss zum Verschwinden gebracht werden: „Das zu Scham neigende Individuum wird Mißerfolge und Fehlschläge als persönliche Kränkungen ansehen und mit unersättlicher Wut darauf reagieren“ (ebd., S. 540). Dabei geht Kohut davon aus, dass das narzisstisch verwundbare Individuum auf tatsächliche oder erwartete narzisstische Kränkungen entweder mit schamerfühltem Rückzug (Flucht) oder mit narzisstischer Wut (Kampf) reagiert. Der narzisstisch Kränkbare empfindet das beschämende Gegenüber dabei nicht als eigenständiges Individuum, sondern als einen widerspenstigen Teil seines erweiterten Selbst („*expanded self*“). Kohut sieht die metapsychologische Verbindung zwischen den beiden Affekten von narzisstischer Wut und Scham mit anderen Worten darin, dass diese Wut dann entsteht, wenn der Mensch

von einem narzisstisch besetzten Selbstobjekt beschämt wird, das den absolutistischen Ansprüchen des Narzissten nicht gerecht wird und damit Eigenständigkeit beweist. Prägnant charakterisiert Kohut (1973) seine Vorstellung:

„Jeder neigt zwar dazu, auf narzisstische Kränkungen mit Beschämung und Ärger zu reagieren – quälendste Scham und heftigste Wut entstehen jedoch bei jenen Individuen, für die ein Gefühl absoluter Kontrolle über eine archaische Umgebung unabdingbar ist, weil die Aufrechterhaltung ihres Selbst und ihrer Selbstachtung auf der bedingungslosen Verfügbarkeit der billigend-spiegelnden Funktionen eines bewundernden Selbst-Objekts beruht oder auf der stets vorhandenen Gelegenheit zur Verschmelzung mit einem idealisierten Objekt.“ (S. 541)

Die Scham ist in diesem Sinne auch der Feind des grandiosen Selbst und lässt den Narzissten gegenüber dem omnipotenten Objekt mit dem Gefühl zurück, unakzeptabel zu sein. In dieser Konzeption Kohuts ist Scham der Gegenspieler des grandiosen Selbst, so dass die Person mit einem grandiosen Selbst danach streben muss, die Scham zu eliminieren. Der Narzisst behandelt aus diesem Grunde auch den Anderen nicht als ein Subjekt, sondern als ein Ding, einen Gegenstand, der lediglich seinen eigenen Zwecken zu dienen hat. Darüber hinaus wird der Andere nicht nur als *Instrument* betrachtet, sondern auch als *Bild*. Einer der faszinierenden Aspekte der Rolle der Scham in der Konzeption der Selbstpsychologie besteht darin, dass die Scham bei narzisstischen Störungen eine doppelte Rolle zu spielen scheint: Einerseits als anregende Kraft beim Aufbau des grandiosen Selbst, andererseits als Affekt, der für das defensive Abspalten des grandiosen Selbst vom Rest der Selbst-Organisation verantwortlich ist.

Festzuhalten wäre hier, dass Kohut als narzisstische Wut die Reaktion von Personen mit einer narzisstischen Störung auf eine Verletzung ihres Selbstwertgefühls versteht. Narzisstische Wut und Scham sind demnach im selbstpsychologischen Schema die beiden grundsätzlichen Manifestationen von Störungen des narzisstischen Gleichgewichts. Diese selbstpsychologische Sicht Kohuts wurde in der Folge von einigen Autoren weiterentwickelt.

Die Selbstpsychologen Ornstein und Ornstein (1993, zitiert in Milch 2002) beschreiben die narzisstische Wut als einen komplexen psychischen Zustand, der nicht auf einen zugrunde liegenden Trieb zurückgeführt werden kann. Dieser Zustand der narzisstischen Wut trete vielmehr dann auf, wenn das Selbst geschwächt und damit gefährdet sei, zu fragmentieren – oder zum Teil schon fragmentiert sei. In diesem Zustand sei das Selbst besonders verletzlich gegenüber Lächerlichkeit, Scham und Erniedrigung, die mit destruktiven Formen der Wut beantwortet würden.

Die beiden Affekte der „Kränkung“ einerseits und der „Verletzung“ andererseits hat der Selbstpsychologe Jürgen Kind (2004) differenziert und mit den Affekten der Scham und der narzisstischen Wut in Verbindung gebracht. Vor dem Hintergrund der Selbstpsychologie be-

tont er die unlösliche Verbindung zwischen einer Kränkung und einem Angriff auf die bisherige Beziehung zum Objekt – nämlich zum Selbstobjekt. Eben dieser *Beziehungsmodus des Selbstobjekts* werde durch eine Kränkung beim Narzissten bedroht. Die Kränkung konfrontiert Kind zufolge das Selbst mit einem Aspekt, den sich der Narzisst bisher geweigert hat, anzuerkennen: „Da der Narzisst in einer Welt lebt, in der es nur *ein* Subjekt gibt, nämlich ihn selbst, wird diese Welt unsicher, sobald ein weiteres auftaucht. Andere Personen sind hier lediglich Verlängerungen des Selbst“ (Kind 2004, S. 77). Die Kränkung besteht somit darin, dass sich das Selbstobjekt auf diese Weise als unabhängiges Subjekt zu erkennen gibt und als solches erkannt wird. Diese Emanzipation des Selbstobjekts, das dann zum Subjekt wird, wenn deutlich wird, dass es einen eigenen Kern besitzt, wird durch die Veränderung des Beziehungsmodus zwangsläufig zu einem *kränkenden Objekt*. Diese Kränkung, die durch die Selbständigkeit des Selbstobjektes offenbar wird, hat ihre Ursachen in einer frühen Eltern-Kind-Beziehung, in der das Kind nicht in seiner Eigenständigkeit und Autonomie von den Eltern wahrgenommen wurde. Kind (2004) beschreibt dies folgendermaßen:

„Der Grad der Selbständigkeit (bzw. Unselbständigkeit) des Kindes wird für Eltern, die ihr Kind unbewusst als narzisstische Verlängerung und Vervollständigung ihres Selbst erleben, zum Barometer für ihre eigene Lebendigkeit.“ (Kind 2004, S. 80)

An der Genesisgeschichte erläutert Kind (2004) die Dynamik und Verflechtung von Gefühlen der narzisstischen Kränkung und Scham. Der Sündenfall wird ja ursprünglich durch ein Verbot, ein Tabu in Szene gesetzt. Wenn es kein Verbot gibt, das übertreten werden kann, kann es auch keine Trennung und keine Individuation geben. Kind interpretiert Gott in der Genesisgeschichte als Projektion des menschlichen Narzissmus, der seinen Geschöpfen mit diesem Verbot nicht erlaubt, sich als eigene Subjekte zu erkennen. Dieser äußerst kränkbar anmutende Gott reagiert auf die ihm, durch die Übertretung seines Verbotes zugefügte Kränkung mit narzisstischem Zorn und steht damit stellvertretend für den Menschen, der sich auch mit dem Problem der Mäßigung seines Narzissmus herumschlagen muss. Auf der Seite von Adam und Eva wird Scham erlebt – wie auch später bei Kain, der durch die Bevorzugung Abels von Gott zutiefst beschämt wird (Bastian u. Hilgers 1990). Der Anlass für die narzisstische Kränkung und die sich daran anschließende narzisstische Wut Gottes ist in Kinds Interpretation die Tatsache, dass sich die Menschen durch den Sündenfall von ihrem allmächtigen Objekt getrennt haben und ihren Status als Selbstobjekte Gottes aufgegeben haben. In Übertragung auf das narzisstische Individuum bedeutet dies, dass die Emanzipation des Selbstobjekts zu einem eigenständigen Subjekt einen massiven „Aderlass“ für das Selbstwertgefühl des narzisstischen Subjekts darstellt. Das Gefühl der Getrenntheit ist für die narzisstische Persönlichkeit

so konfliktrüchtig und schwer zu ertragen, dass Gefühle der Abhängigkeit angstbesetzt sind und unweigerlich vermieden werden müssen.

Eine *Kränkung* entsteht somit dann, wenn ein (phantasierter) Angriff auf das Größenselbst erfolgt ist. Kind (2004) unterscheidet den Begriff der *Verletzung* von dem der Kränkung, obwohl beide häufig synonym verwendet werden. Er definiert *Verletzung* im Unterschied zur narzisstischen Kränkung als einen Angriff auf das *Realselbst*. Die Kränkung trifft einen illusionären Selbstanteil – das in seiner Selbständigkeit beraubte Selbstobjekt. Kind (2004) geht noch einen Schritt weiter, wenn er schreibt: „Kränkung ist ein Gefühl, das das gesamte Selbst durchdringt, genauer: das Größenselbst, mit dem das Selbst identifiziert ist und das fast den gesamten Raum des Selbst okkupiert hat“ (S. 96). Das erklärt auch die Destruktivität, das Ausmaß der narzisstischen Wut, die als Reaktion auf eine Kränkung typisch ist.

Wenn sich Kränkung auf ein Geschehen in Bezug auf das *Größenselbst* richtet, dann spielt im Gegensatz dazu bei der Scham das *allmächtige Objekt* die Hauptrolle: „Bei der Kränkung liegt alle Größe im Subjekt [...]. Beim Schamaffekt ist es gerade umgekehrt. Scham wird möglich, wenn alle Größe im Objekt liegt und das Objekt beobachtet“ (Kind 2004, S. 99). Seidler (1995) spricht in diesem Zusammenhang von einer „phantasmatischen Übereinstimmung“ zwischen Subjekt und (Selbst-) Objekt, so dass das Erleben von Scham noch nicht möglich ist. Diese „Hülle“ – die häufig auch von narzisstischen Persönlichkeiten als eine körperlich-seelische Empfindung beschrieben wird – repräsentiert die Metapher des „Paradieses“.

Bei beiden Gefühlen, Scham und Kränkung, spielt Trennung somit eine große Rolle: Scham ist die Reaktion auf eine Trennung, die mit dem Bewusstwerden der Getrenntheit verbunden ist. Bei der Kränkung versucht das Subjekt jedoch die Wahrnehmung der Getrenntheit dadurch zu umgehen, dass es diesen anderen innerlich vernichtet. Der Beschämte sagt: „Ich nehme mit Erschrecken wahr, dass wir getrennte Wesen sind und dass die Tatsache, dass du mich siehst, auch die Möglichkeit umfasst, dass du mich beurteilst und über mich etwas denkst, wovon ich nichts weiß.“ Bei Scham bricht eine Selbstobjekt-Beziehung auf, aber die durch diesen Trennungsbruch entstehenden Subjekte bleiben bestehen. Der Gekränkte sagt: „Es ist nicht wahr, dass wir getrennte Wesen sind, denn in meinem Weltall gibt es nur ein Subjekt, mich!“.

Zusammenfassend kann man sagen, dass Kind (2004) zufolge bei der Kränkung das durch seine Selbständigkeit kränkende Selbstobjekt vernichtet werden muss. Scham ist dem gegenüber die Folge eines „drohenden Beziehungswandels zwischen einem mit seiner Kleinheit identifizierten Ich und seinem allmächtigen Objekt“ (S. 100). In der analytischen Beziehung

tritt nach diesem Modell dann die Gefahr der Beschämung auf, wenn die stille, beurteilungsfreie Wahrnehmung des allmächtigen Objekts (Therapeut) in eine empfundene Beurteilung und Bewertung durch das Objekt übergeht. Dieses plötzlich als getrennt wahrgenommene Subjekt führt im Erleben der narzisstischen Persönlichkeit zu einem Bruch in der Beziehung. Dieser Zusammenhang zwischen narzisstischer Wut und Scham wird durch die moderne psychoanalytische Affekttheorie bestätigt. Laut dem Autorenpaar Moser und von Zeppelin (1996) kann der narzisstischen Wut der Affekt der Scham zugrunde liegen:

„Affekte wie Scham, Furcht, die die Selbstempfindung beeinträchtigen, können durch Ärger und Verachtung ersetzt werden. Diese letzteren Affekte sind direkt auf ein Objekt gerichtet und bringen Entlastung der bedrohten Selbstempfindung. Die narzisstische Wut ist ein typischer Nachfolgeaffekt dieser Art.“ (S. 40)

Ein Autor, der in seinem Aufsatz *Shame and its relationship to early narcissistic developments* (1982) und vor allem in seinem Buch *Shame and the self* (1991) aus selbstpsychologischer Sicht in der Folge Kohuts die Rolle der Scham bei narzisstischen Phänomenen besonders behandelt hat, ist Francis Broucek. Sein Hauptaugenmerk gilt dem Zusammenhang von Scham und „Verdinglichung“ oder „Vergegenständlichung“. Darunter versteht er die Erfahrung, dass „der eigene Status als Subjekt ignoriert, missachtet, verleugnet oder verneint wird“ (1991, S. 151). Für die Entwicklung der Scham in der frühen Kindheit bezieht er sich auf drei mögliche Schamquellen, die für die Ätiologie einer späteren narzisstischen Persönlichkeitsstörung relevant sein können. Die früheste Schamquelle liegt seiner Meinung nach in dem frühkindlichen Erlebnis der eigenen *Wirkungslosigkeit*. Dies bedeutet, dass der Säugling an dem Versuch scheitert, eine befriedigende Intersubjektivität mit anderen herzustellen:

„Das ursprüngliche Material, aus dem das ideale Selbst aufgebaut wird, bezieht sich auf Erinnerungen der eigenen Wirksamkeit (*efficacy*) mit den sie begleitenden Gefühlen der Freude und des Wohlbefindens.“ (1982, S.134, Übersetzung J.T.)

Das Maß, in dem diese Erinnerungen in der Phantasie weiterentwickelt worden sind und magische und omnipotente Qualitäten erhalten haben, bestimmt, ob die resultierende Konstruktion als „ideales Selbst“ oder „archaisches grandioses Selbst“ bezeichnet werden kann. Die zweite Schamquelle ist die *Selbstobjektivierung* oder *Selbstverdinglichung*, mit der ein Vorgang gemeint ist, der zu einer Art der Selbstentfremdung und primären Dissoziierung führt. Als dritte Quelle nennt er die chronische oder episodische Erfahrung, von wichtigen anderen, besonders den Eltern, als ungeliebt betrachtet zu werden oder als Sündenbock behandelt zu werden. Diese drei Quellen der Scham führen laut Broucek im Laufe der Entwicklung dazu, dass es „zu einer Überbesetzung des idealisierten Selbstbildes und einer Entwertung des tat-

sächlichen Selbst“ (1991, S. 24) kommt. Mit dem Auftauchen der „objektiven Selbstwahrnehmung“ (OSW) („*objective self-awareness*“, OSA) um das zweite Lebensjahr herum wird dem Kind seine vergleichbare Kleinheit, Schwäche und seine relative Unfähigkeit im großen Leben bewusst. Diese objektive Selbstwahrnehmung definiert Broucek (1991) als „ein Bewusstsein von einem selbst als Objekt für andere“ (S. 37). Beim Zurückverfolgen der Entstehung der Scham wird deutlich, dass Scham immer ein Element der kognitiven Aktivität beinhaltet: einen Vergleich, der einen Schock-Effekt auf das Individuum hat. In ihrer späteren Form als vergleichende Aktivität und Urteil überlappen sich Scham und Neid, da sie beide „Vergleichsaffekte“ sind (1982, S. 375). Broucek spricht auch von einer „sekundären“ Scham, bei der jemand darüber beschämt ist, dass er sich überhaupt schämt. Man kann sich auch über solche Schamabkömmlinge wie Schüchternheit oder Grandiosität schämen. In dieser Scham-Angst ist die Motivation zu sehen, die dem Abwehrmechanismus der sogenannten Spaltung bei narzisstischen Persönlichkeiten zugrunde liegt. Broucek (1991) hält es für sinnvoller, nicht von Spaltung, sondern von einer „Nicht-Anerkennung“ zu sprechen, um den Vorgang, bei dem das narzisstische Individuum bestimmte Persönlichkeitsanteile durch eine Dissoziation aus dem Bewusstsein fernhält, zu bezeichnen. Auch Léon Wurmser (1986) übt als Vertreter der klassischen Triebpsychologie Kritik am Kernbergschen Spaltungsbegriff, wie er besonders in der Beschreibung der Psychodynamik schwerer Persönlichkeitsstörungen verwendet wird. Was auf den ersten Blick als Spaltung erscheinen mag, beruht seiner Meinung nach auf komplizierten Phantasien und nicht auf einer besonders frühen Form der Abwehr. Wurmser (1986) bemerkt: „‘Spaltung’ ist ein Oberflächensymptom, ein klinisches Phänomen, nicht ein tiefer dynamischer Tatbestand“ (S. 23). In ähnlicher Weise sieht Reich (1995) im Phänomen der „Spaltung“ eher das Ergebnis des Zusammenwirkens mehrerer Abwehrprozesse, die Verleugnung und/oder Verdrängung einschließen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass Broucek (1982, 1991) im Zusammenhang mit dem Schamgefühl durch seine Betonung der zentralen Bedeutung der „objektiven Selbstwahrnehmung“ für die Selbst- und Identitätsentwicklung und der Entgleisung des Vorgangs der objektiven Selbstwahrnehmung bei exzessiver Objektifizierung, einen großen Beitrag zum psychoanalytischen Schamverständnis geleistet hat.

Ein anderer Autor, der sich aus Sicht der psychoanalytischen Selbstpsychologie mit dem Zusammenhang von Scham und Narzissmus eingehend beschäftigt hat, ist Andrew Morrison. In seinen beiden Werken *Shame – The Underside of Narcissism* (1989) und einem weiteren Buch mit dem Titel *The Culture of Shame* (1996), das etwas populärer gehalten ist, vertieft er unser Verständnis der Scham. Seine Erklärung dafür, weshalb der Scham in der klassischen

psychoanalytischen Literatur nur eine sekundäre Position zugewiesen wurde, besteht darin, dass die Scham mit etwas in Verbindung steht, das in den klassischen freudianischen Konzepten wenig vorkommt: dem *Selbst*. Er vertritt die Ansicht, dass Selbstpsychologen die Empfindung, die Analytiker Schuldgefühl nennen, häufig zutreffender als Scham beschreiben. Wie erwähnt rückt Kohut die Scham mehr ins Rampenlicht, obwohl er sie selten explizit erwähnt. Morrison (1989) kritisiert Kohuts enge Sichtweise der Rolle der Scham beim Narzissmus, die einen überflutenden Exhibitionismus als einzige Ursache für Scham beschreibt.

Morrison's Hauptthesen bezüglich der Scham bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen können folgendermaßen zusammengefasst werden: „Scham ist die zentrale Antwort auf *Versagen* im Hinblick auf das Ideal, auf Mängel in der Selbsterfahrung“ (1989, S. 20) und „Scham spiegelt v.a. das *entleerte* Selbst wider, dem es misslungen ist, Antwort vom *idealisierten* Selbstobjekt zu erhalten“ (ebd., S. 83). Strukturtheoretisch ausgedrückt bedeutet dies, dass ein Teil des Über-Ichs, nämlich das *Ich-Ideal*, d.h. der Teil, der beinhaltet, wie ich gerne sein *möchte*, in Spannung zu dem *Real-Ich*, d.h. zu dem, wie ich selber *bin*, steht. Das Gefühl der Scham entsteht somit dann, wenn es zu einer Diskrepanz oder einem Konflikt zwischen Ich-Ideal und (Real-) Ich kommt. Je höher die Anforderungen an die Selbstvollkommenheit sind, die von diesem verinnerlichten Bild des Ich-Ideals ausgehen, umso leichter neigt das Individuum zu Minderwertigkeits- und Schamgefühlen. Krause (1990) knüpft an Morrison's Gedanken an, geht aber in einer Weise über ihn hinaus:

„Grundsätzlich kann man feststellen, daß Pathologien der Idealität dann auftreten, wenn das Projekt, eine ideale Person zu sein, nicht in die Zukunft verschoben wird, um langfristig so zu werden, wie einem die idealisierte Person jetzt erscheint. Der Aufschub setzt einerseits eine Identifikation mit dem idealisierten Dritten, was im allgemeinen der Vater ist und andererseits Arbeit, Reifung und Realitätswahrnehmung voraus. [...] Die Idealisierung des Vaters setzt die Akzeptanz der momentanen eigenen Kleinheit voraus.“ (S. 686)

Diese Vorstellung bringt Scham mit der Erkrankung der Idealität in Zusammenhang, die nach Krause in der ödipalen Idealisierung des Vaters ihren Ursprung hat.

Der Analytiker Mario Jacoby (1993), der eine Synthese zwischen jungianischen und selbstpsychologischen Konzepten anstrebt, spricht in diesem Zusammenhang von den Forderungen unseres Ichideals, die sich in kränkender Weise bei der Scham bemerkbar machen. Im Unterschied dazu sind es beim Schuldgefühl „Gewissensbisse“, also schmerzende Signale, die vom Gewissen, also vom Über-Ich ausgehen. Das Gegenteil, die Aufhebung dieser Spannung oder Diskrepanz zwischen den beiden Ich-Teilen, wird als Stolz empfunden.

Morrison (1989) beschreibt diese intrapsychische Konfliktspannung, die der Scham zugrunde liegt, aus selbstpsychologischer Perspektive, indem er Scham als zentrale Antwort auf ein

Versagen im Hinblick auf das Ideal konzipiert. In seinen Augen ist die Scham, die gegenüber Bedürfnissen empfunden wird, auch psychodynamisch äußerst relevant. In *The Culture of Shame* (1996) beschreibt er die Entwicklung des Sichschämens für Bedürfnisse sehr anschaulich:

„Tatsächlich ist die *Abwesenheit* einer idealisierbaren Elternfigur während entscheidenden Abschnitten in der Entwicklung ein Teil dessen, was zur Schamsensitivität führt und die dringliche Suche nach einer mächtigen, oft schädlichen Gestalt auslösen kann. [...] Scham und Schamsensitivität sind das unvermeidliche Vermächtnis von während der Kindheit nicht antwortfähiger oder abwesender Eltern, die idealisiert worden sind. Scham folgt auf das vergeblich Sich-Sehnen des Kindes nach Verbundenheit und kann sich auf das *Bedürfnis* selbst ausdehnen. Das Kind kommt unbewusst zu dem Schluß: Es ist böse, jemanden zu benötigen. Eine ‘starke’ Person sollte völlig selbstgenügsam sein.“ (S. 77, Übersetzung J.T.)

Zusammenfassend kann man sagen, dass Morrison einen theoretischen Schwerpunkt auf die Diskrepanz zwischen idealem und realem Selbst legt und dabei die Versagung der idealisierter Selbstobjekte besonders hervorhebt. Er orientiert sich damit mehr an einem Defizit- als an einem Konfliktmodell. Eine veränderte Sicht der Behandlung ist die Folge. Die Auffassung, dass der Heilungsprozess in der Psychotherapie eine Art „korrigierender Selbstobjekt-Erfahrung“ (Bacal 1990) beinhaltet, steht in scharfem Gegensatz zum traditionellen analytischen Verständnis, demzufolge Einsicht den entscheidenden Faktor darstellt.

Auch der narzisstischen Wut misst Morrison einen anderen Stellenwert als die klassische Psychoanalyse oder die Objektbeziehungstheorie nach Kernberg bei. Selbstpsychologen bezeichnen diese Wut als „Zerfallsprodukt“. Sie ist ein Resultat der Fragmentierung des Selbst. Während Kohut zwar darauf hinweist, dass narzisstische Wut u.U. mit einem Gefühl der Scham verbunden sein kann (Kohut 1976, S. 78), hebt Morrison (1989) in noch stärkerem Maße die *Scham* als zentrale Affektkomponente der narzisstischen Wut hervor. Die eigentliche Reaktion auf das Gefühl der Hilflosigkeit angesichts der Erfahrung, dass das Selbstobjekt versagt, ist seiner Ansicht nach Scham, sowie ihr noch extremeres Pendant, das Gefühl der *Demütigung*. Da diese Affekte aber derart unerträglich sind, werden sie rasch aus dem Bewusstsein getilgt und lösen gleichzeitig die Äußerung narzisstischer Wut auf das kränkende Objekt aus. Ein Selbst, das durch Selbstobjekt-Beziehung Stärkung erfahren hat, wird im Gegensatz dazu, laut Morrison, weniger leicht zu narzisstischen Wutzuständen neigen.

In der Weiterentwicklung der Selbstpsychologie in der Form der Intersubjektivitätstheorie von Orange, Stolorow und Atwood (2001) wird davon ausgegangen, dass die intersubjektiven Wurzeln der Scham in „Entgleisungen des Prozesses der Affektintegration“ (Orange et. al 2001, S. 114) liegen. Diese Autoren beziehen sich auf Broucek (1991), der die Scham als

Folge einer Fehl Abstimmung auf Affektzustände beschrieben hat, die durch ein Element der Erregung, des Stolzes und der Lust am eigenen Funktionieren charakterisiert ist. Im Gegensatz zu Broucek betonen diese Autoren jedoch, dass

„Fehl Abstimmungen auf *jeden* signifikanten Aspekt der kindlichen Affektivität Scham erzeugen können, das heißt auch die ausbleibende Bestätigung der freudigen affektiven Erfahrungen, die mit Entwicklungsfortschritten verbunden sind, oder der schmerzvollen reaktiven Affektzustände, die durch Verletzungen oder Unterbrechungen ausgelöst werden.“ (S. 115).

In ihrem Buch *Intersubjektivität in der Psychoanalyse* (2001) schlagen diese Intersubjektivisten außerdem vor, narzisstische Störungen unter dem Blickwinkel der Affektschicksale innerhalb eines intersubjektiven Systems zu betrachten und beziehen sich dabei auf die von Kohut (1973) beschriebenen Dissoziationsprozesse. Diese Wahrnehmungsabwehr wird von Kohut mit „vertikaler“ und „horizontaler“ Spaltung²³ beschrieben. Die „vertikale Spaltung“ ist ein Verleugnungsmechanismus, der besonders bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen psychodynamisch wirksam ist und dafür sorgt, dass bestimmte äußere Wahrnehmungen, die dem Bewusstsein zugänglich sind, vom zentralen Kern der Persönlichkeit nicht anerkannt werden. Die lärmende Grandiosität und die innere Leere bzw. die Minderwertigkeitsgefühle, die typische Manifestationen der narzisstischen Störung darstellen, werden so durch *Verleugnung*, nicht durch Verdrängung, voneinander getrennt gehalten. Im Gegensatz dazu besteht die „horizontale Spaltung“ darin, dass das archaische Grandiositätserleben unter einer Verdrängungsschranke liegt und in Symptomen wie dem Gefühl inneren Abgestorbenseins und der eigenen Wertlosigkeit zum Ausdruck kommt. Diese Wertlosigkeitsgefühle wechseln sich nach Kohut mit Zuständen eines bewussten, lärmenden und herrischen Grandiositätserlebens ab. Nach Orange, Stolorow und Atwood (2001) hat Kohut den Begriff „Größen-Selbst“ sowohl für einen traumatisch entwerteten und verdrängten Persönlichkeitssektor, als auch für einen Anteil verwendet, der sich auf herrische Weise Ausdruck verschafft. Dies hat noch mehr Verwirrung in das ohnehin schon etwas komplizierte, wenngleich theoretisch sehr fruchtbare Konzept der beiden Arten der Spaltung gebracht. Die Autoren schlagen deshalb vor, den Begriff der „archaischen Expansivität“ (S. 116) für das Erleben zu gebrauchen, das bei der horizontalen Spaltung abgespalten wird. Für die Arroganz, Anspruchshaltung und Verachtung auf der einen Seite der vertikalen Spaltung schlagen sie dagegen den Begriff „defensive Grandiosität“ (ebd.) vor. Sie beziehen das „defensiv“ darauf, dass diese Grandiosität aus Identifizierungen besteht, die aus dem beschriebenen Selbstideal hervorgehen und zu der

²³ Diese Formen der „vertikalen“ und „horizontalen“ Spaltung sind nicht mit dem von Kernberg (1983) und anderen Objektbeziehungstheoretikern beschriebenen, archaischem Abwehrmechanismus der Spaltung zu verwechseln.

Ausformung einer angepassten Haltung an die Betreuungspersonen entstanden ist, um die Beziehung zu diesen aufrechtzuerhalten. Die defensive Grandiosität stellt sich demnach als eine „splendid isolation“ dar, die sich in einer omnipotenten Selbstgenügsamkeit und einer Entwertung anderer manifestiert. Sie sorgt auch für die Verdrängung der horizontal abgespaltenen Wünsche nach Verbundenheit und der Sehnsucht nach Spiegelung der Betreuungspersonen. Dabei ist für die Entwicklung einer späteren narzisstischen Persönlichkeitsstörung relevant, dass die Eltern immer wieder das kindliche Expansivitätsbedürfnis frustriert haben und nicht in der Lage waren, sich in das Kind und seine schmerzhaften Frustrationen einzufühlen. Als Reaktion darauf hat das Kind die unbewusste Grundüberzeugung gebildet, dass seine schmerzvollen Affektzustände für die Eltern zu belastend sind. Da es sich jedoch die Bindung zu den Eltern um jeden Preis bewahren muss, entsagt es diesen Affekten. Diese lärmende Grandiosität hat u.a. auch die Abwehrfunktion, den Schmerz auf der anderen Seite der vertikalen Spaltung zu leugnen, d.h. die Empfindung eines verhassten Defektes, die das Kind aufgrund seiner unwillkommenen Gefühle entwickelt hat. Die Autoren Orange, Stolorow und Atwood (2001) kommen nun hinsichtlich des Zusammenhangs der beiden Spaltungen und dem Schamerleben zu dem Schluss:

„Intensive Schamreaktionen können entlang jeder dieser beiden Spaltungen ausgelöst werden. Wenn die archaische Expansivität ins bewusste Erleben eindringt, ist dies gewöhnlich mit einer antizipatorischen Scham verbunden, [...] weil der Betroffene die gleichen traumatischen Versagungen und Enttäuschungen erwartet, mit denen die Betreuungspersonen ursprünglich auf seine Expansivität reagiert haben. Infragestellungen oder Einbrüche der defensiven Grandiosität rufen im allgemeinen ebenfalls Schamgefühle hervor, weil sie die verleugnete Verletzlichkeit und den Schmerz zu offenbaren drohen, die als unwiderlegbarer Beweis für einen zugrunde liegenden, unbeheblichen Makel organisiert worden sind.“ (S. 117).

In diesen Situationen werden auch häufig die narzisstische Wut und Destruktivität aktiviert, die als ein verzweifelter Versuch verstanden werden können, die defensive Grandiosität wiederherzustellen und sich damit auch von der unerträglichen Scham zu befreien.

Kohut (1973) ging im Gegensatz zu Orange, Stolorow und Atwood (2001) davon aus, dass in der Therapie mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen zuerst an der vertikalen Schranke (die durch Verleugnung aufrechterhalten wird) gearbeitet werden sollte. Das Real-Ich wird dadurch zunehmend in die Lage versetzt, den vorher ungezügelt infantilen Narzissmus im abgespaltenen Sektor der Psyche zu kontrollieren. Im zweiten Teil der Bearbeitung ist das Ziel hauptsächlich der Abbau der horizontalen Schranke (die durch Verdrängung aufrechterhalten wird), damit das Real-Ich bzw. die Selbstrepräsentanz mit narzisstischen Energien besetzt wird. Somit kann der Narzisst „niedriges Selbstwertgefühl, Schamneigung und Hypo-

chondrie überwinden, die diese Struktur geprägt hatten, solange ihr narzisstische Energien fehlten“ (1973, S. 215f.).

Die Autoren Orange, Stolorow und Atwood (2001) heben dabei hervor, dass die nachteiligste Auswirkung der Tatsache, dass Kohut keinen begrifflichen Unterschied zwischen der archaischen Expansivität und der defensiven Grandiosität machte, darin besteht, dass es nach selbstpsychologischer Sichtweise hilfreich ist, die defensive Grandiosität zu „spiegeln“. Dies laufe aber auf eine Kollusion mit der Abwehr des Patienten hinaus und könne eine Sucht nach der „Responsivität“ des Analytikers fördern. Sie schlagen dagegen ein anderes Vorgehen vor:

„Unserer Erfahrung nach besteht der effektivste Umgang mit der defensiven Grandiosität weder darin, sie zu spiegeln, noch darin, sie wie ein Ballon zum Platzen zu bringen; vielmehr sollte der Therapeut auf Situationen warten, in denen sich Zugänge zu dieser Grandiosität erschließen – das heißt, auf Gelegenheiten, Kontakt zu dem schmerzvollen Affekt herzustellen, der durch die vertikale Spaltung abgetrennt wurde. Solche Versuche wecken in der Übertragung unweigerlich intensive Schamgefühle, da der Patient fest überzeugt ist, dass der Analytiker die bloßgestellte Unzulänglichkeit insgeheim nur verabscheuen und verachten könne.“ (2001, S. 118)

Das Deuten und Durcharbeiten dieser Scham und der komplizierten Dynamik, die sich dahinter verbirgt, sind für die therapeutische Beziehung und Bindung grundlegend, weil so die verleugneten affektiven Schmerzen integriert werden können und der Patient auf seine defensive Grandiosität immer weniger angewiesen ist. In der Therapie kann der Patient dann immer wieder die Erfahrung machen, dass auf seine schmerzvollen Gefühle, die in der frühen Kindheit Verletzungen und Unterbrechungen der Eltern-Kind-Beziehung bewirkt haben, vom Therapeuten in der aktuellen Situation nicht mit Abscheu und Verachtung reagiert wird. Durch die Akzeptanz und das Verständnis kann der narzisstische Patient damit eine „Sicherheitszone“ entwickelt und erweitern und kann sich mit seinen ursprünglichen, verdrängten Bedürfnissen und Wünschen dem Therapeuten gegenüber öffnen. Damit reduziert sich auch automatisch das schamerfüllte Selbsterleben des Patienten.

Ein letzter Punkt scheint mir an dieser Stelle noch wichtig zu sein, da er die Verbindung von Kohuts (1976) Konzept der Spaltung und Winnicotts (1974) Begriff des „falschen Selbst“ betrifft. Wie Bacal und Newman (1994) zeigen, beschreibt Winnicotts Konzept des „falschen Selbst“ den Versuch, eine Bindung durch willfährige Anpassung an die emotionalen Bedürfnisse der Betreuungsperson aufrechtzuerhalten. In dieser Hinsicht ließe sich das selbstpsychologische Konzept der Schwächung oder Fragmentierung des Selbst als Reaktion auf ein Selbstobjekt-Versagen durch Winnicotts Konzept des falschen Selbst erweitern und vertiefen. Nach Winnicotts Ansicht entwickelt sich das falsche Selbst, indem es Umweltansprüchen

Folge leistet, um sich der Unzulänglichkeit des Selbstobjektes anzupassen. Damit verrät es seine Authentizität.

Bacal und Newman (1994) schlagen nun vor, dass sich das Konzept des wahren und falschen Selbst als hilfreiche Ergänzung von Kohuts Konzept der vertikalen und horizontalen Spaltung erweisen könnte:

„Die Beschreibung der vertikalen Spaltung, die zwei Teile des Selbst entstehen lässt, von denen der eine sich als minderwertig empfindet, während der andere sich großartig fühlt (sog. infantile oder archaische Grandiosität), ist im Grunde eine Möglichkeit, die Organisation des falschen Selbst darzustellen.“ (S. 249)

In dem Moment, in dem einer dieser beiden Selbstzustände dominiert, wird der andere nicht mehr anerkannt. Kohuts Konzept der horizontalen Spaltung stellt demnach die Verdrängung des von Winnicott als *wahres* oder *reales* Selbst bezeichneten Zustandes dar. Kohut setzte diesen Teil des Selbst zunächst mit „unerfüllten archaischen narzißtischen Forderungen“ gleich (Kohut 1976, S. 226), dessen Äußerungsform man als „gesunde Grandiosität“ betrachten kann.

Ein weiterer Schnittpunkt zwischen den Konzepten der beiden Analytiker Winnicott und Kohut besteht darin, dass das falsche Selbst das wahre Selbst solange schütze, bis der Patient die Sicherheit beim Therapeuten bekommen hat, die es ihm möglich macht, mit seinem wahren Selbst zu kommunizieren. Damit sagt Winnicott etwas, was in ähnlicher Form auch Kohut behauptete: die Therapie muss zuerst im Bereich der vertikalen und später dann im Bereich der horizontalen Spaltung durchgeführt werden. Dabei betont Winnicott, dass eine Therapie nur dann erfolgreich sein kann, wenn sie das wahre Selbst in den Mittelpunkt stellt. Eine reine Analyse des falschen Selbst würde auf eine Analyse der introjizierten Umwelt hinauslaufen.

„Um beide Überlegungen miteinander zu verbinden: Charakteristisch für den Bereich der vertikalen Spaltung, in dem, wie wir meinen, das falsche Selbst überwiegt, sind Abwehrmechanismen gegen die Entwicklung von Selbstobjekt-Übertragungen, während sich im Bereich der horizontalen Spaltung Selbstobjekt-Übertragungen, die Anteile des „wahren Selbst“ der Persönlichkeit widerspiegeln, entwickeln.“ (Bacal u. Newman 1994, S. 249)

Als letzten Autor, der sich mit den selbstpsychologischen Theorien zum Narzissmus und speziell der Rolle der Scham bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen ausführlich beschäftigt hat, möchte ich hier den amerikanischen Objektbeziehungstheoretiker A.H. Almaas vorstellen. In seinem Buch *The Point of Existence* (1996) legt er eine umfassende Synthese aus Ideen der Objektbeziehungstheorie, Selbstpsychologie und der transpersonalen Psychologie dar. In seinen Augen ist Narzissmus eine Erfahrung des Selbst, das von seinem Kern in der Tiefe

abgeschnitten ist. Die Entfremdung der Seele von ihrer ursprünglichen, wahren Natur, die von Almaas „*Essenz*“ genannt wird, ist für ihn die Grundlage des Narzissmus. Zwei Fähigkeiten des Selbst scheinen ihm dabei besonders relevant für die Entwicklung des Narzissmus zu sein. Erstens die Fähigkeit des Geistes, Konzepte und Strukturen als Antwort auf Erfahrungen zu bilden. Zweitens die Fähigkeit des Selbst, sich mit unterschiedliche Aspekten von Erfahrungen zu identifizieren, speziell mit Bildern im Geist und gewohnten emotionalen und physischen Zuständen.

Der pathologische Narzissmus, der in der Selbstpsychologie „narzisstische Persönlichkeitsstörung“ genannt wird, ist nach Almaas (1996) eigentlich nur eine schwere Form des Narzissmus des Alltagslebens. Die Persönlichkeit ist dabei um die fehlende Verbindung zur Seele herum kristallisiert. Beim Narzissmus geht es ganz grundlegend um das Thema der Identität – und Almaas wird nicht müde zu wiederholen: *Identität* ist nicht das gleiche wie das *Selbst*. Almaas (1996) legt großen Wert auf die unterscheidende Tatsache, dass die Selbst-Repräsentanz nicht das wirkliche Selbst darstellt, sondern ein *Konzept* des Selbst ist. Das grundlegende narzisstische Dilemma sieht aus dieser als „transpersonal“ zu nennenden Perspektive folgendermaßen aus: „Entweder habe ich mich selbst, oder ich habe das Selbstobjekt (Außenwelt)!“.

Dies ist ein Dilemma, das vom Selbst als unerträglich erlebt wird. Almaas (1996) lehnt sich in seinen Überlegungen an Kohut und Winnicott an, wenn er beschreibt, dass „Narzißmus auf einer grundlegenden Ebene der zentrale Ausdruck davon ist, dass das Individuum von seinem wahren Selbst entfremdet ist“ (S. 173). Aus dieser Perspektive entsteht Narzissmus durch Reaktivität und Gefügigkeit, wie sie von Winnicott (1974) in der Entwicklung des falschen Selbst beschrieben wurde: „Diese Gefügigkeit auf Seiten des Säuglings ist das früheste Stadium des falschen Selbst und gehört zur Unfähigkeit der Mutter, die Bedürfnisse ihres Säuglings zu spüren“ (S. 189). An anderer Stelle schreibt Almaas (1996): „Während ein wahres Selbst sich real fühlt, führt die Existenz eines falschen Selbst zu einem Gefühl des Unwirklichen oder einem Gefühl der Nichtigkeit“ (S. 193).

Bestimmte Faktoren tragen Almaas (1996) zufolge dazu bei, dass sich eine narzisstische Symptomatik bildet. Dazu gehört in der Kindheit vor allem das Bedürfnis, *gesehen* zu werden. Dieser Wunsch nach *Gesehenwerden* wird von Michael Balint (1968) als „*Wunsch nach Erkannt-Werden*“ bezeichnet. Kohuts Begriff der „Empathie“ und der „Glanz im Auge der Mutter“ beschreiben genau dieses tiefe Bedürfnis, das das wahrscheinlich tiefste narzisstische Bedürfnis darstellt. In Almaas Sichtweise entwickelt ein Kind, das in seinem Wunsch nach *Gesehenwerden* frustriert wurde, ein Selbst, das im Innersten leer und ohne Essenz ist und sich nur mit seinen äußeren Attributen und Leistungen identifiziert. Dies führt zu einer „fal-

schen Identität“, zu einer Entfremdung des Selbst, die im Innersten als „narzisstische Wunde“ (S. 195) gefühlt wird. Eng mit dieser narzisstischen Wunde ist das Gefühl des Verlustes des eigenen Wertes verbunden, das mit Gefühlen einer „defizitären Leere“ (ebd.) assoziiert wird. Eine typische Reaktion auf diese defizitäre Leere erlebt der Narzisst in Form von Über-Ich-Attacken. Darunter empfindet sich der Narzisst als „leere Schale“ („*empty shell*“, S. 305). Diese leere Schale fühlt sich verarmt, ohne eigene Substanz und falsch an. Diese Empfindung verdeutlicht, dass „die leere Schale im Grunde das Selbst darstellt, wenn es von seinem essentiellen Kern entleert wird“ (1996, S. 306). An diesem Punkt geht Almaas (1996) weit über die Objektbeziehungstheorie und Selbstpsychologie hinaus, wenn er sagt:

„Jede Definition von uns selbst durch ein Bild oder Konzept wird früher oder später als eine Schale empfunden werden. In dem Moment, in dem wir uns durch den Geist begreifen, werden wir zur Schale.“ (S. 306, Übersetzung J.T.).

Die Auffassung des „Unecht-Seins“, die universell mit Narzissmus in Verbindung gebracht wird, geht über die gängige Tiefenpsychologie hinaus. Diese transpersonale Sichtweise legt nahe, dass *Falschheit* ein inhärenter Bestandteil des Ich-Lebens ist und nicht nur eine Qualität des pathologischen Narzissmus im Sinne eines „falschen Selbst“. Es stellt nach Almaas eine existentielle Erfahrung des Selbst in der konventionellen Dimension dar, da „die Falschheit nur offensichtlicher im pathologischen Narzissmus erscheint, weil die Schale deutlicher exponiert ist“ (S. 307).

In der von Almaas praktizierten transpersonalen Psychotherapie, die Aspekte der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie mit körperpsychotherapeutischen Elementen verbindet, führt normalerweise das körperliche Erfahren einer *Leere* oder eines *Loches* während der Therapie zum Empfinden eines emotionalen Schmerzes, der darunter liegt. Im Falle der narzisstischen Wunde ist dies jedoch genau umgekehrt: zuerst wird eine Wunde spürbar, die zum Gefühl der Leere führt. Diese narzisstische Wunde taucht besonders dann auf, wenn sich der Narzisst nicht gesehen fühlt für das, was er wirklich ist, eine Art des Spiegelns, der Resonanz und Anerkennung fehlt. Diese Wunde steht in direkter Verbindung mit dem ursprünglichen kindlichen Schmerz, nicht gesehen oder bewundert worden zu sein. Das Drama des Kindes besteht darin, dass es seine Eltern nicht genügend narzisstisch besetzen konnte und stattdessen selber besetzt wurde. Auf der tiefsten Ebene reflektiert diese Wunde jedoch den Verlust der Verbindung zur „essentiellen Identität“ (S. 311), die Almaas als ein spirituelles Selbst begreift. Wenn diese narzisstische Wunde in der Therapie vollständig erfahren wird, ohne dass dagegen angekämpft wird, kann sich die Schale auflösen, die ja letztendlich die Wahrnehmung der inneren Leere konstituiert. Deshalb nennt er diese narzisstische Wunde auch „die

Wunde der Leere“ („*emptiness wound*“). An diesem Punkt der Therapie kommt die Scham ins Spiel:

„Wir erfahren normalerweise Verlegenheit und Scham, wenn wir anfangen, die narzisstische Wunde zu fühlen. Der narzisstische Schmerz ist der Zugang zu der Einsicht, dass nichts an unserem konventionellem Selbstgefühl dran ist, dass es eine Fälschung ist.“ (Almaas 1996, S. 312, Übersetzung J.T.).

Gegen die Bewusstwerdung dieses Gefühl der „Fälschung“, des „falschen Selbst“ oder der „Schale“ richten sich einige Abwehrmechanismen, von denen vier besonders hervorzuheben sind: 1. die Angst, nicht zu sein oder zu haben, 2. die Angst, dass bei genauem Hinsehen deutlich wird, dass man nicht wichtig, bedeutend und adäquat ist, 3. die Angst, dass man nur eine leere Schale ist und 4. *Scham* (ebd., S. 308). Die narzisstische Leere und die mit ihr verknüpften Gefühle sind schwer zu ertragen und werden vom Betroffenen, der diese Leere erfährt, mit einem tiefen Gefühl des Mangels und der Selbstverurteilung erfahren. Die Person fühlt sich mangelhaft und unangemessen, wertlos und unwichtig, schwach und minderwertig, wie ein Fehler, ein Verlierer, ein Nichts. Diese Empfindungen bringen den schmerzhaftesten Affekt von allen mit sich: eine umfassende und tiefgreifende Scham. Der Mensch fühlt sich in bzw. durch seine eigenen Augen beschämt, peinlich berührt und möchte sich verbergen. Diese Scham ist ein besonders schmerzhaftes Gefühl des Mangels, der Bloßstellung und der Verurteilung, das mit einem Empfinden von *Unzulänglichkeit*, man selbst zu sein, verbunden ist. Was diese Scham zu einem besonderen, narzisstischen Merkmal macht, ist der Glaube, dass man sich dabei unzulänglich fühlt, man selbst zu sein und sich als solcher auch verachtet. Almaas (1996) betont, dass

„die narzisstische Scham ein intensiver Schmerz ist, der mit einem sozialen Versagen verbunden ist: das Versagen, ein wirkliches menschliches Wesen zu sein. Es ist das Gefühl, ein minderwertiges menschliches Wesen zu sein, das einer sozialen Beurteilung ausgesetzt wird, während es eine schwere Fragmentierung des Selbst erfährt. Wenn dies umfassend erfahren wird, ist dieser Affekt sehr schmerzhaft. Der Affekt selbst hat eine desintegrierende Wirkung auf das Selbst.“ (S. 335, Übersetzung J.T.).

Im therapeutischen Prozess des Durcharbeitens der narzisstischen Wunde und Leere komme es laut Almaas vor allem darauf an, dass der Betreffende sich diesen Gefühlen ohne Widerstand öffnet und sich klar wird, was der Zustand der Leere bedeutet und was seine Reaktionen und Abwehrmanöver sind – wie Über-Ich-Attacken oder narzisstische Wut. Zu lernen, mit dieser inneren Verurteilung umzugehen, ist größtenteils eine Sache der Einsicht und inneren, allmählichen Ablösung von einer bestimmten Objektbeziehung. Diese Objektbeziehung be-

steht zwischen einem leeren und unrealen Selbst und einem zurückweisenden, kritischen, unempathischen und hassenden Objekt. Das Selbst fühlt sich in der Tiefe leer, verloren und bedeutungslos und projiziert dieses Bild auf andere, die es dann als kritisch und zurückweisend erlebt.

Dies ist die narzisstische Form einer allgemeineren Objektbeziehung zwischen einem kleinen und verschreckten Selbst und einem zurückstoßenden, machtvollen Objekt. In engem Zusammenhang mit dem Erfahren der narzisstischen Wunde steht die „narzisstische Wut“, die für Almaas (1996) eine Reaktion auf das Gefühl ist, nicht gesehen oder missverstanden worden zu sein. In der narzisstischen Wut reagiert eine Person auf die wahrgenommene Verfehlung einer angemessenen Antwort einer anderen Person (des Selbstobjektes) mit einem unkontrollierten und irrationalen Ärger. Diese Art von Ärger hat mehrere Charakteristika. Eines davon ist der defensive und beschämende Charakter des narzisstischen Ärgers, der ihm eine isolierende Qualität gibt.

Dieses defensive und schizoide Merkmal isoliert den Narzissten von jedem echten Kontakt oder jeder echten Kommunikation mit einem anderen. Die schizoide Qualität wird auch in der „energetischen Qualität“ des narzisstischen Ärgers deutlich, die Almaas als eine „emotionale Härte“ bezeichnet, die sich fast metallisch anfühlt. Die Wut kann sich auch in einen kalten Hass verwandeln, oder von ihm begleitet sein, der ihm die Qualitäten der Macht, Unbesiegbarkeit und Berechnung gibt. Ein intensiver Neid, wie er von Kernberg (1996b) beschrieben wird, kann ebenso von narzisstischer Wut begleitet sein und diese noch anfeuern. Kohut wurde ja von einigen Autoren, besonders von Kernberg dafür kritisiert, dass er der Aggression bei der narzisstischen Störung nicht die gebührende Bedeutung verliehen hat. Dieser Kritik schließt sich Almaas (1996) an, wenn er schreibt:

„Meiner Ansicht nach vernachlässigt Kohuts Ansatz die enge Beziehung zwischen Narzissmus und objektbezogenen Konflikten sowie die entscheidende Rolle aggressiver Konflikte in der Psychopathologie narzisstischer Persönlichkeitsstörungen.“ (S. 326, Übersetzung J.T.)

Almaas (1996) betont demgegenüber, dass das Auftreten des Narzissten in der Therapie durch chronisch-wiederholte heftige Wutausbrüche in Verbindung mit einer rücksichtslos fordernden Haltung gekennzeichnet ist. Begleitet wird dies von entwertenden Angriffen gegen den Therapeuten – kurzum all das, was als „narzisstische Wut“ bezeichnet wird.

Während sich Kohut primär auf die narzisstische Verwundbarkeit und das Bedürfnis nach Empathie bezieht, sieht Kernberg dagegen in den aggressiven Elementen, narzisstische Wut, Hass und Neid die zentralen Charakteristika, um die narzisstische Persönlichkeit zu verstehen. Die narzisstische Komponente der Wut und des Hasses zeigt sich in einer eher diffusen, ohn-

mächtigen und „blinden“ Qualität. Die beziehungslose narzisstische Qualität dieses Hasses geschieht nach dem Motto: „Wenn ich wütend werde, explodiert die Welt!“. Sehr anschaulich hat beispielsweise der amerikanische Schriftsteller Herman Melville diese globale und „Yehowa-artige“ Qualität in der Figur des Kapitäns Ahab und seiner Wut auf Moby Dick beschrieben. Kapitän Ahab wird dabei völlig von seiner narzisstischen Wut beherrscht und schwört Rache, auch um den Preis seines eigenen Lebens.

Almaas (1996) stimmt hinsichtlich der Betonung der Aggression bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen mit Kernberg überein. Diese narzisstische Störung, in der er ebenfalls eine Unterform der Borderline-Organisationsform sieht, und die damit verbundene narzisstische Wut hat für ihn eine orale Qualität. Er betont aber auch, dass Kernberg anscheinend mit schwerer gestörten Individuen zu tun hat, bei denen diese Form des „oralen Narzissmus“ eine größere Rolle spielt als bei den narzisstisch Gestörten, die Kohut untersucht und behandelt hat, bei denen die Aggression eine geringere Rolle spielt. Almaas widerspricht an diesem Punkt Kernberg und postuliert, dass die Aggression zwar einen wichtigen Teil für die Behandlung narzisstischer Störungen darstellt, für die Ätiologie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung aber nicht die Rolle spielt, die ihr Kernberg zuspricht, vor allem nicht beim sogenannten „zentralen Narzissmus“.

Der grundlegend neue Gesichtspunkt, mit dem Almaas die Diskussion um die narzisstische Störung – und damit auch um die Rolle der Scham als wichtigem Affekt bei dieser Störung – erweitert hat, ist ein *transpersonaler* Aspekt, der deutlich über die Erkenntnisse und Konzepte der Selbstpsychologie und Objektbeziehungstheorie hinausgeht. Almaas beschreibt die Entfremdung der Seele oder Essenz von ihrem natürlichen Kern, in der er die Grundlage des Narzissmus sieht, als Ausdruck unserer modernen Lebens- und Sozialform. Almaas (1996) erweitert die Vorstellung der narzisstischen Dynamik, bei der in der Tiefe das Selbst als unauthentisch erlebt wird, um eine transpersonale Perspektive, indem er schreibt: „Das Ich enthält ein tiefes, grundlegendes Gefühl und eine Angst vor Unzulänglichkeit“ (S. 371). Den Klinikern zufolge ist die innere Befindlichkeit des Narzissmus durch ein leeres oder fragmentiertes Selbst gekennzeichnet, das verzweifelt versucht, diese Leere zu füllen, indem es sich selbst erhöht und andere erniedrigt. Diese innere Leere und die damit verbundene Geschäftigkeit, diese Leere zu füllen oder zu verbergen, sind nach Almaas typische Anzeichen einer Fixierung auf einer psychischen Ebene, in der das Ich zum alleinigen Herrscher im inneren Universum anwächst. Ein Gedicht von Emily Dickinson, das diese Empfindung der inneren Leere meines Erachtens treffend ausdrückt, lautet folgendermaßen:

*„Ein Schmerz, so durchdringend,
dass er das Sein verschlingt,
den Abgrund zudeckt mit Verwirrung,
und die Erinnerung um ihn herum,
über und auf ihn treten kann.
So wie wir in einer Trance
ständig weitergehen, da wir mit offenen Augen
fallen würden, Stück für Stück.“ (Dickinson 1924, S. 314)*

Dieser Abgrund, von dem Dickinson spricht, bezieht sich auf das Gefühl der inneren Leere, das sich dann einstellt, wenn der Mensch nicht mehr mit seinem Wesen in Berührung ist. Es ist in extremer Form in der „narzisstischen Wunde“ und „Leere“ spürbar, wie sie von Almaas (1996) ausführlich und differenziert beschrieben wird.

Für Ken Wilber (2003), den führenden transpersonalen Philosophen und Psychologen unserer Zeit, ist der Narzissmus ebenfalls eine facettenreiche Überlebensstrategie, die wir entwickelt haben, um das psychologische Selbst vom Rest des Lebens getrennt zu halten. Der holländische Körperpsychotherapeut und Tiefenpsychologe Maarten Aalberse (1998) stellt eine ähnliche Verbindung zwischen transpersonalen Erfahrungen und der Rolle der Scham im Narzissmus her:

„Transpersonale Erfahrungen können desintegrierend wirken, wenn Scham nicht angemessen beachtet wird. Im Angesicht transpersonaler Realität wird unser Ego mit seiner Kleinheit konfrontiert, und wir fühlen uns tief demütig.“ (S. 164).

Im Angesicht einer solchen „Gipfelerfahrung“, die die normale Identifikation mit unserem konventionellen Selbst oder Ich transzendiert, kommt schnell ein Gefühl der Hilflosigkeit und Scham auf. Um diese transpersonalen Erfahrungen zu integrieren, ist ein „starkes“ und gefestigtes Ich notwendig, das auch mit Schamgefühlen angemessen umgehen kann. Diese Scham tritt dann häufig mit ihrer Nachbarin, der Verzweiflung auf. Der Weg zu einer umfassenderen Selbstwertung und Selbsttranszendenz führt also in Aalberse Augen geradewegs durch die Scham hindurch, nicht an ihr vorbei. Dies beschrieb schon Friedrich Nietzsche in *Jenseits von Gut und Böse*: „Der Reiz der Erkenntnis wäre gering, wenn nicht auf dem Wege zu ihr so viel Scham zu überwinden wäre“ (Nietzsche 1886, S. 212). Dabei ist nicht zufällig eines der griechischen Worte für Scham „aidos“, was sowohl Scham als auch *Ehrfurcht* bedeutet (zitiert in Schneider 1987, S. 134), was sich auch im Deutschen in den oben von Aalberse verwendeten Worten „demütig“ niederschlägt.

13.4. Körperpsychotherapeutische Aspekte der narzisstischen Scham

Aus körperpsychotherapeutischer Perspektive haben sich hauptsächlich Alexander Lowen (1986) und Stephen Johnson (1987) mit der narzisstischen Thematik beschäftigt. Der Pionier der Körperpsychotherapie Wilhelm Reich hat in seiner 1933 erschienenen *Charakteranalyse* den „phallisch-narzisstischen Charakter“ beschrieben. Dieser stellt sich als ein selbstsicherer, teilweise arroganter und oft imponierend wirkender Mensch dar, dessen Aggressivität Reich (1933) besonders betont. Diese Aggression diene dazu, Gegenangriffen vorzubeugen. Der Begriff „phallisch“ bezieht sich auf Reichs These, dass der Narzisst sein Gesamt-Ich stark mit seinem Phallus identifiziert. Die in der heutigen selbst- und objektbeziehungstheoretischen Richtung beschriebene Kernproblematik des Schwankens zwischen Grandiosität und Minderwertigkeit erkannte Reich (1933) zu diesem Zeitpunkt noch nicht. Seine Behandlungstechnik war dementsprechend, anders als später bei Kohut, auch stärker auf *Konfrontation* angelegt, nicht auf Empathie. Reichs Hauptschüler in Amerika, der Begründer der Bioenergetik Alexander Lowen hat die Analyse des phallisch-narzisstischen Charakters in seinem Buch *Narzissmus – die Verleugnung des wahren Selbst* (1986) qualitativ weiterentwickelt. Er integriert in diesem Buch u.a. psychoanalytische Gedanken, definiert das Selbst aber im Unterschied zur Selbstpsychologie als den „lebendigen Körper, der das Geistig-Seelische einschließt“ (S. 18). Lowen lehnt das Freudsche Konzept des „primären Narzissmus“ ab, das einen undifferenzierten Zustand des Säuglings bezeichnet, der seine libidinösen Strebungen auf sich selbst richtet. Freud beschreibt demzufolge jeden Narzissmus, der als eine Folge der Störung in der Mutter-Kind-Beziehung auftritt, als sekundären Narzißmus. Anders als im Defizitmodell, in der die Eltern etwas *unterlassen* haben, haben nach Lowen (1986) die Eltern dem Kind etwas *angetan*, z.B. in Form von Demütigungen.

Kernthese seines Buches ist, dass der Narzisst seine Gefühle und damit sein wahres Selbst verleugnet. Seines Erachtens betrachtet der narzisstische Mensch seinen Körper als Werkzeug des Geistes. Dies äußert sich in einer Verleugnung der Gefühle und drückt sich körpertherapeutisch in einer extremen Spaltung zwischen Kopf und Körper aus. Häufig ist der Oberkörper bei Narzissten gut entwickelt, der Brustkorb wirkt aufgebläht, während der Unterkörper schwach wirkt. Körperdiagnostisch lassen sich chronische Verspannungen der Muskeln an der Schädelbasis feststellen, die Kopf und Hals verbinden. Manfred Thielen (1997), ein Biodynamiker, beschreibt dies folgendermaßen:

„Die Rigidität des Körpers des Narzissten unterdrückt die unangenehmen Gefühle, die nicht zu seinem Image oder falschen Selbst passen, vor allem Traurigkeit und Furcht, Demütigung, Hilflosigkeit, Bedürftigkeit, Ungeliebtsein, Grauen bis hin zum Wahnsinn.“ (S. 15)

Dies führt zu einer, vom Begründer der Tiefenpsychologischen Körpertherapie Hans Krens als „Kopf-Panzerung“ bezeichneten Haltung, die den Kopf vom Rest des Körpers trennt. Krens (2002) beschreibt die Trennung innerhalb der narzisstischen Persönlichkeitsstruktur folgendermaßen:

„In der Tiefe bewirken (narzisstische Tendenzen) einen Rückzug aus Beziehungen mit einhergehenden Einsamkeitsgefühlen: „Ich muss es doch alleine machen, ich bin der/die Einzige, auf die ich mich verlassen kann.“ Bedürfnisse nach dem ‘Anderen’ müssen eliminiert werden. Dies geschieht z.B. durch eine starke Kontrolle, die den Kopf von den ungewünschten Bedürfnissen des Körpers trennen soll. Potentiell warme Gefühle wie Trauer, Sehnsucht und Liebe werden so abgespalten.“ (S. 1)

Die Kiefermuskeln sind bei narzisstisch strukturierten Menschen ebenfalls stark angespannt, weil Beiß- und Saugimpulse und das Verlangen nach Nähe und Kontakt unterdrückt werden. Diese Form von körperlicher Spaltung spielt in der körpertherapeutischen Behandlung von narzisstischen Persönlichkeiten eine große Rolle, da hier die tiefe Diskrepanz zwischen Kopf und Bauch überwunden werden soll. Schon Winnicott (1974) beschreibt diese Art von „Kopf-Panzerung“ im Zusammenhang mit der Entwicklung eines falschen Selbst bei Narzissten:

„Wenn sich ein falsches Selbst in einem Individuum mit einem hohen intellektuellen Potential aufbaut, besteht eine starke Tendenz, daß der Intellekt der Ort des falschen Selbst wird, und in diesem Fall entwickelt sich eine Dissoziation zwischen intellektueller Aktivität und psychosomatischer Existenz.“ (S. 187)

Der österreichische analytische Körpertherapeut Peter Geissler (1994) hält es für problematisch, narzisstisch gestörte Patienten mit invasiven körpertherapeutischen Methoden zu konfrontieren, da das wenig gefestigte und strukturierte Ich beim Narzissten u.U. nicht in der Lage ist, sich angemessen mit den ausgelösten körpertherapeutischen Prozessen auseinanderzusetzen. Er rät zu öffnender und z.T. druckvoller Körperarbeit an der Körpervorderseite, die eine Hilfe sein kann, damit eine rasche Regression einsetzt. Die haltende Arbeit an der Vorderseite, v.a. an der Brust, lasse nicht selten eine tiefe Sehnsucht nach dem schützenden Vater schlagartig aufsteigen, die von tiefem Weinen begleitet sein kann. Die Bearbeitung der Schädel- und Basismuskulatur durchbreche häufig die Verleugnung von Ohnmacht und Hilflosigkeit. Geissler (1994) betont zwar die Wirksamkeit und Notwendigkeit der körpertherapeutischen Intervention bei narzisstischen Strukturen, um mit den verleugneten Gefühlen der Leere, Hilflosigkeit, Minderwertigkeit und Scham in Kontakt zu kommen, warnt aber auch

gleichzeitig vor der Gefahr, Prozesse der Fremdidentifikation damit zu unterstützen und eventuell sogar zu fördern:

„Die Gefahr der Körperarbeit bei narzisstischen Klienten liegt aber darin, daß all ihr Handeln und Tun aus dem falschen Selbst, aus einem Bemühen um Perfektion, kommt und ohne Kontakt zu wahren Selbstgefühlen ist. Dieser Kontakt zum wahren Selbst muß erst in einem mühevollen Langzeitprozeß hergestellt werden. [...] Noch mehr: Körperarbeit kann dann im Dienste der Beibehaltung des Widerstandes und der Abwehr von wahren Selbstanteilen fungieren.“ (S. 117)

Ein weiterer Autor, der sich neben Alexander Lowen und Peter Geissler intensiv mit der narzisstischen Persönlichkeit aus körpertherapeutischer Perspektive beschäftigt hat, ist Stephen Johnson. Johnson, amerikanischer Professor für Psychologie und körperorientierter Psychotherapeut, verbindet in seinem Buch *Der narzisstische Persönlichkeitsstil* (1987) die Erkenntnisse der Selbst-, der Objektbeziehungstheorie und der Körpertherapie. Der Schlüssel zum Verständnis des Narzissmus liegt seiner Ansicht nach in der *narzisstischen Kränkung*. Diese datiert er in Übereinstimmung mit der Objektbeziehungstheorie ätiologisch zwischen den 15. und 24. Lebensmonat, in die von Mahler (1980) „Wiederannäherungskrise“ genannte Phase. In dieser Zeit geht es um die Getrenntheit des Kindes von der Mutter und um die Gefühle wie Verletzlichkeit und Begrenztheit. Wenn das Durchlaufen dieses wichtigen Entwicklungsabschnittes misslingt, entwickelt das Kind Abwehrhaltungen gegen die Gefühle von Verletzlichkeit, Ohnmacht und Abhängigkeit, in Form von Idealisierung des anderen mit der fortbestehenden Illusion des Einsseins mit diesem.

Die narzisstische Kränkung wird als eine tiefe Wunde empfunden, die der Erfahrung des wahren Selbst zugefügt wurde. „Der Narzißt hat den Ausdruck seines wahren Selbst aufgrund früherer Verletzungen begraben und es durch ein hochentwickeltes, kompensatorisches falsches Selbst ersetzt“, schreibt Johnson (1987, S. 53). Es hat dem Kind an Empathie, Fürsorge und Betreuung gefehlt und es kam zu Demütigungen und Beschämung, durch die das Individuum eine schizoide Unwirklichkeit in den Objekt- und Realitätsbeziehungen entwickelt hat. Vor allem hat es dem Kind an Kontakt gefehlt, es ist gefühlsmäßig sozusagen „ins Leere gelaufen“. Das Dilemma des Kindes, einerseits gesehen werden zu wollen aber gleichzeitig die Angst zu haben, beschämt zu werden, drückt Philip Roth (2002) in seinem Roman *Der menschliche Makel* treffend aus:

„Die Angst des frühreifen Kindes, durchschaut zu werden, und auch die Angst des frühreifen Kindes, nicht durchschaut zu werden. Die Angst, demaskiert zu werden, und die Sehnsucht, erkannt zu werden – ein echtes Dilemma.“ (S. 210)

Dieses Gefühl des Ungeliebt-Seins und Nicht-Gesehen-Werdens war damals so schmerzhaft, dass der Narzisst ein idealisiertes Selbstbild aufgebaut hat, das den tiefen Wunsch des Kindes verbirgt, angenommen zu werden und zugleich aus der Angst vor dem Schmerz besteht, bestraft und mit Liebesentzug behandelt zu werden. Das Kind erhält durch seine primären Bezugspersonen Botschaften wie: „Sei nicht, wer du bist, sei der, den ich brauche. Der du bist, enttäuscht mich, bedroht mich, ärgert mich, überreizt mich. Sei, was ich will und ich werde dich lieben!“ (Johnson 1987, S. 54). Dieses kindliche Gefühl: „So wie ich bin, bin ich nicht recht“, kann von Seiten des Kindes aber nicht dauerhaft ertragen werden. So entwickelt sich in der kindlichen Seele ein Paradox: „Nur, wenn ich so und so bin, bekomme ich Aufmerksamkeit und Liebe - in welcher Form auch immer.“ Diese Frage, so oder so sein zu müssen, kann aus der Sicht des Kindes zu einer Frage von Leben und Tod werden. Das ist auch der Grund, warum narzisstische Menschen so beharrlich am eigenen, idealisierten Selbstbild hängen.

Die Aufdeckung dieses idealisierten Selbstbildes in der Therapie erzeugt nun starke Angst, Panik, narzisstische Wut und vor allem Scham. Johnson (1987) beschreibt dies wie folgt:

„Die Neigung zu Scham und Demütigung verrät zum Beispiel gleichzeitig den ‘Druck von unten’ d.h. von der primären narzisstischen Kränkung, die Schwächung des wahren Selbst und das damit verbundene archaische Verlangen nach Spiegelung. Gleichzeitig signalisiert sie die unrealistischen, grandiosen Ansprüche, die vom infantilen falschen Selbst erhoben werden, das in der Grandiosität steckengeblieben ist. Die extremen Gefühle von Wertlosigkeit, Demütigung und Scham, die durch jedes Versagen und jede Blamage ausgelöst werden, sind symptomatisch für die Weigerung, sich von dem überheblichen Selbstkonzept zu trennen, dass keine menschliche Fehlbarkeit zulässt.“ (S. 80)

Von diesem falschen Selbst gehen Angstgefühle aus – vor allem Scham-Angst – sobald die grandiosen Überzeugungen in Gefahr geraten. Beim wahren Selbst herrscht das Gefühl des Schmerzes über die ursprüngliche narzisstische Kränkung vor, nicht ausreichend gespiegelt oder von den Eltern „angenommen“ zu sein. Dies ist auch der Grund, weshalb für Johnson (1987) der Narzisst vor allem *Verständnis* in der Therapie braucht, da eine große Neigung zur Scham besteht. Die Bearbeitung der Scham in einer vertrauensvollen, empathischen, therapeutischen Beziehung führt auch zur Erfahrung tiefer Trauer und Wut. Maarten Aalberse (1998) fasst diese elementare Bearbeitung der Scham in der Psychotherapie und die in ihr liegende Chance folgendermaßen zusammen:

„Je mehr wir Scham anerkennen und respektieren können, desto fähiger werden wir, die zerstörerische Einwirkung von Scham zu vermindern, und desto eher kann Scham uns so dienen, wie sie es wahrscheinlich soll, als schützende und humanisierende Kraft, als bedeutsame Kraftquelle in unserer Suche nach Erfüllung und bedeutungsvoller Freude. Das Ziel von Therapie ist nicht, den

Klienten völlig von Scham zu befreien. Das Ziel der Therapie ist es, schwächende Scham in eine humanisierende und herausfordernde Scham zu transformieren und die Fähigkeit zu Lust und Freude zu erhöhen.“ (1998, S. 163)