

Scham – Hindernisse und Notwendigkeiten seelischer Veränderung

Dr.phil., Dipl.-Psych. Franziska Henningsen, Berlin

Vortrag, 20. April 2007, im Rahmen der
57. Lindauer Psychotherapiewochen 2007 (www.Lptw.de)

Lieber Herr Cierpka,
liebe Kolleginnen und Kollegen!

Gerne bin ich der Einladung gefolgt, hier in Lindau meine Gedanken über „Scham in der therapeutischen Beziehung“ darzulegen, auch wenn das Thema eine gewisse Herausforderung bedeutet – sind wir doch alle in unserer therapeutischen Funktion stets mit der Überwindung von Scham befasst, ohne darüber viel zu sprechen. Will man diesen Affekt jedoch begrifflich fassen, kommt man nicht umhin, den Blick über die therapeutische Beziehung hinaus zu richten.

Scham ist eine anthropologische Universalie – wie von Hans Peter Duerr und Leon Wurmser in ihren umfassenden Werken dargelegt haben (Duerr 1992-97, Wurmser 1990). Bereits Plato hat in seinem sokratischen Dialog *Protagoras*¹ aufzeigt, dass jeder Mensch, unabhängig von seiner künstlerischen Begabung und anderer Fähigkeiten, mit einem Empfinden für Scham und Recht (*aidos* und *dike*) ausgerüstet sein sollte, nur so könne ein Staat, eine Gemeinschaft existieren: „Recht und Scham“ ... „alle sollen daran teilhaben; denn es können keine Staaten bestehen, wenn auch hieran nur wenige Anteil hätten wie an anderen Künsten.“ (Platon: *Protagoras* 322c, d, S.119). Wie sehr das Schamempfinden die Integrität eines Menschen erhält und auf gesellschaftlicher Ebene eine Grundbedingung für die Einhaltung von Grundrechten des Menschen bedeutet, ist uns allen mehr oder minder bewusst. Das soziale Gefüge, in das die therapeutische Beziehung eingebettet ist, sollte ihre Intimität schützen, auch das gilt es zu reflektieren.

Mein Vortrag setzt sich aus zwei Teilen zusammen: Im ersten Teil – er trägt den Titel: *Scham - Rahmenbedingungen einer Profession und Gegenübertragung* – werde ich mich in erster Linie mit den Gefährdungen des Therapeuten befassen, wenn er z.B. Schamgrenzen verletzt oder Schamgefühle nicht erkennt, Ausgangspunkt dieser Gedanken ist in diesem Abschnitt die Verbindung zum Recht. Im zweiten Teil – er heißt: *Scham – die Entdeckung oder die Wiedergewinnung eines Gefühls* – werde ich zu zeigen versuchen, wie die Erfahrung von Scham in der therapeutischen Beziehung ein notwendiger Teil des Erkenntnisprozesses ist. Meine Gedanken werde ich in jedem der zwei Abschnitte mit jeweils zwei Vignetten entfalten.

¹ Für diesen Hinweis danke ich Volker Gerhardt.

Mit dieser Einteilung möchte ich versuchen, unsere klinische Arbeit, die ja in Abgeschlossenheit und Stille stattfindet, unter dem Blickwinkel der Erfahrung von Scham zu betrachten und einer Systematik zu unterziehen: Man könnte von zwei Achsen sprechen, die meine Perspektiven abbilden: Die Achse Scham – Recht wäre die Perspektive auf Zivilisation und gesellschaftliche Einbindung, die Achse Scham – Schmerz stellt die individuelle, körperlich-medizinische Seite dar. Ich werde bei meinen Ausführungen ein besonderes Augenmerk darauf legen, wie die Erfahrung von Scham Erkenntnis, Verstehen und seelische Veränderungen fördern und aber auch behindern kann, wenn mit ihr nicht angemessen umgegangen wird.

I. Scham – Rahmenbedingungen einer Profession und Gegenübertragung

Menschen, die eine Psychotherapie aufsuchen, werden stets von einem bewussten oder unbewussten Schamerleben begleitet. Die Einsicht „Ich muss zum Psychotherapeuten“ oder „Ich benötige eine Analyse“ enthält in der Regel – und sei sie noch so verborgen – die Anerkennung des eigenen Versagens und von Beschämung. Psychotherapeuten sind in besonderer Weise darin geschult, die Vulnerabilität der Patienten zu schützen und ihnen bereits im Erstgespräch eine angemessene Achtung entgegenzubringen, damit sie nicht von Schamgefühlen überflutet werden. Die Rahmenbedingungen der Therapie: feste Zeiten, Honorare, Kassenregelung, Urlaubsabsprachen und nicht zuletzt das Setting (Liegen, Sitzen, Stundenfrequenz) schützen die Arzt-Patientenbeziehung und tragen dazu bei, dass der Patient sich trotz der für ihn demütigenden Situation öffnen kann.

Für den Therapeuten gibt es noch eine weitere Quelle der Scham außerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung, die Frank Blohm (2006) in seinem Aufsatz „Analyse zu dritt. Indirekte Gegenübertragungen in Ausbildung und Therapie“ reflektiert. Peinlichkeiten in der Ausbildung, in Supervisions-situationen und Seminaren können zu Schamerlebnissen und Denkhemmungen führen. Es gilt, regelmäßig das Lehrer-Schüler-Verhältnis in den analytischen Institutionen mit Sorgfalt transparent zu halten und eine Kultur des gegenseitigen Respekts zu pflegen. Eine weitere Einflussnahme durch indirekte Gegenübertragungen kann durch das Gutachterverfahren und die uns bevorstehenden Qualitätsprüfungen entstehen. Auch hier stoßen wir „auf eine Schamproblematik in Verbindung mit einem starken narzisstischen Kränkungspotenzial: Wie ausgeführt, zeigt sich das in der heftigen Polemik über das Gutachterverfahren. Tendenziell möchten wir unsere faktische Abhängigkeit von einem Dritten – dem Gutachter und, in letzter Instanz, vom Obergutachter, nicht gerne eingestehen. Für noch schwerwiegender halte ich die Veränderungen durch die Einführung des Psychotherapeutengesetzes (PTG) und des Qualitätsmanagements.“ (Blohm S.370)

Bereits diese Aspekte meines Vortrags könnten die gesamte Zeit, die mir zur Verfügung steht, beanspruchen. Ich möchte mich aber auf einen Blickwinkel beschränken: Eine Verletzung der Rahmenbedingungen setzt immer Schamgefühle frei; wenn sie ausbleiben, so muss man sich weiter fragen, ob denn zuvor bereits die therapeutische Beziehung entgleist ist und/oder ob spezifische Aspekte der Persönlichkeitsstörung hier eine Rolle spielen.

In Bezug auf die Patienten sind uns alle solche „Grenzüberschreitungen“ vertraut, wenn z. B. der Patient während der Sitzung auf die Toilette geht, die verabredeten Zeiten nicht einhält, nicht zahlt, die Couch verlässt und im Behandlungszimmer spazieren geht, die Kinder oder den Partner des Therapeuten in Gespräche verwickelt usw. Diese Ereignisse werden in der Behandlung auf den unbewussten Konflikt des Patienten zurückgeführt, in der Regel wird dabei etwas verstanden, was der Patient nur auf dem Wege des Agierens ausdrücken konnte, und danach kann die Behandlung in ruhigeren Bahnen weiter voranschreiten. Meist spürt der Patient später – nachdem er sein Agieren anerkannt hat – eine Beschämung über sein Verhalten. Darauf komme ich später zurück.

Einen anderen Aspekt möchte ich allerdings weiter ausführen: Was geschieht, wenn der Therapeut die Rahmenbedingungen nicht einhält? Wie steht es mit seiner Scham und der Dynamik für den Behandlungsprozess? Hierzu zwei Beispiele aus meiner Praxis:

1. Vignette: Frau R.

Frau R. (Henningsen 2002) ist eine junge Akademikerin, die einen Zusammenbruch erlitten hatte wegen ihrer Unfähigkeit, ihr Studium abzuschließen. Sie war seit frühester Kindheit sequentiell und kumulativ traumatisiert worden. Ärzte hatten ihrer schwerkranken Mutter eine Lebenserwartung von noch maximal zehn Jahren prognostiziert und vor einer Schwangerschaft eindringlich gewarnt, diese würde sie nicht überleben. Die Mutter habe die ungewollte Schwangerschaft aber schnell akzeptiert und darum gekämpft, einen Arzt zu finden, der bereit war, sie zu betreuen. Frau R. war durch Sektio geboren worden, musste während der ersten sechs Lebenswochen in den Brutkasten, der Mutter konnte in dieser Zeit auf der Intensivstation das Leben gerettet werden. Über die Lebensgefahr von Mutter und Kind wie auch über die sichtbare Behinderung der Mutter wurde in der Familie nie gesprochen. Ohnmacht war mit unerträglicher Scham verbunden und musste deshalb vermieden werden. Das „Unsagbare“ in der Geschichte dieser Patientin scheint mir in der abschließlichen Einheit von Leben und Tod, Sterben und Geborenwerden zu liegen. Eine Entität, die für die Beteiligten nicht fassbar war, zu Spaltungsvorgängen zwang und Symbolisierungen verhinderte.

Im Folgenden möchte ich die Schamabwehr und die damit verbundenen Spaltungsprozesse spezifizieren: Wut und Verzweiflung über ihre schweren körperlichen Defizite haben die Mutter angetrieben, beharrlich und erfolgreich gegen ihre Krankheit zu kämpfen und sich vieles zu erretzen, was man ihr nicht zutraute. Abhängigkeit und Ohnmacht waren mit Todesgefahr verbunden und mussten manisch abgewehrt werden. Frau R. dürfte schon vorgeburtlich als das narzisstisch besetzte mütterliche Selbst der Mutter fungiert haben, d. h. die Mutter trug sich selbst als körperlich unversehrt in sich. Diese Phantasie kann aber nur aufrechterhalten werden, wenn Aspekte der Realität, wie körperliche Grenzen, Abhängigkeit, Ohnmacht abgespalten werden. Mit der Geburt der Tochter hatte die Mutter einerseits die Todesgefahr besiegt, zugleich aber war dieser überlebende Teil sie selbst, d. h. es mussten Selbst und Objekt lebenslänglich fusionieren, um sich gegenseitig am Leben zu erhalten und keine Schamgefühle aufkommen zu lassen. Ein Teil des Selbst der Patientin durfte quasi nicht geboren werden, er blieb abgespalten und mit der abgewehrten Depression der Mutter konkretistisch verbunden. Der siegreiche, überlebende Teil konnte sich entwickeln zu einer klugen, engagierten und hilfsbereiten Person. Die unauflösbaren Konflikte zwischen Mutter und Tochter können als gescheiterte Versuche der Abgrenzung verstanden werden. Die dahinter liegende tiefe Einsamkeit wurde erst im Erwachsenenalter manifest, als die Eltern sich nach dreißigjähriger Trennung scheiden ließen, sich auf ihren Lebensabend einstellten, die Patientin endgültig ins Berufsleben eintreten musste, d. h. als die Unumgänglichkeit von Trennung und Tod erneut Realität wurden. Der Zusammenbruch der Patientin kurz vor Abschluss ihrer Berufsausbildung verhinderte ihre Autonomie und hatte die Funktion, die Verschmelzung fortzusetzen.

In den ersten zwei Analysejahren fand die Analyse von Frau R. auf zwei Schienen statt, wie es Freud in seiner Schrift *Die Ichspaltung im Abwehrvorgang* (1940e) beschrieben hat. Frau R. schilderte in grammatikalisch einwandfreiem Deutsch ihre Geschichte, hoch komplizierte Interpretationen zu diversen Konfliktsituationen. Es gab keinen Traum. („Ich träume nie.“) Die einzelnen Begebenheiten waren zwar inhaltlich schlüssig, immer aktuell und wichtig, die Abfolge der Ereignisse war aber chaotisch. Ich versuchte, durch Mitschreiben, Erinnerungsübungen, Vorstellen in einer Interventionsgruppe dem unbewussten Duktus der kämpferisch und chaotisch anmutenden Texte auf die Spur zu kommen. Parallel dazu liefen ununterbrochen Tränen, was sie anfangs nicht zu bemerken schien. Ich kaufte mir zuerst einmal ein weiteres Kissen für die Couch, denn ich konnte dieses durchnässte Kissen auf keinen Fall einem anderen Patienten anbieten. Mit den Tränen meldete sich

die „kleine Sonja,“ das zarte liebebedürftige Frühgeborene, das dringend Wärme und Hilfe benötigte, von der aber die große klug redende Sonja vorerst nichts wissen wollte, die mir einmal erklärte, ich sei ja ihre Analytikerin, als Mensch dürfe sie mich nicht wahrnehmen, denn dann würde „das mit den Projektionen und der Übertragung nicht funktionieren.“ Tränen flossen in jeder Stunde von der ersten bis zur letzten Minute, ohne dass man es an einer Intonation in der Stimme oder an einer bestimmten Textstelle hätte erkennen können.

Die Übertragungsspaltung wurde sehr schnell deutlich: Das offizielle, kontrollierte (aber falsche) Selbst, das weder Ohnmacht noch Scham kennt und mit dem sie gewohnt war zu kommunizieren, nahm über die Sprache mit mir Kontakt auf. Ich versuchte zu folgen, so gut ich konnte, spürte aber, dass ich sie im Wesentlichen nicht erreichte, fühlte mich angestrengt und ermüdet. Nach etwa drei Monaten Analyse unterlief mir ein schwerer Fehler, ich war in der Stunde eingeschlafen, ich schämte mich sehr, mir war das noch nie passiert. Frau R., die meine Abwesenheit bemerkt hatte, hatte blitzartig ein tröstendes Wort für mich übrig: „Das kann doch jedem mal passieren.“ Ich fühlte mich auf katastrophale Weise schuldig, dachte daran, wie ich nun in meiner Funktion als Analytikerin genauso versagt hatte wie die Mutter als Mutter. Frau R. war schnell dabei, mein Defizit zu beschwichtigen, wie sie es sicherlich sehr oft bei der kranken Mutter tat. Ich spürte auch, wie verführerisch es war, mich durch sie zu entlasten.

In mir war aber eine Angst vor dem Scheitern wachgerufen, bevor die eigentliche Analyse begann. Mein unbewusstes Mitagieren hatten mich die Verzerrungen in der Affektspiegelung ahnen lassen, die Frau R. als Neugeborenes und Kleinkind erlebt hatte. Ich war in der Stunde in eine depressive Stimmung geraten, die mich hatte einschlafen lassen. Ich trug die Depression der Patientin, der Mutter in mir und war in dieser Verbindung ganz konkret meiner Funktion als Analytikerin nicht mehr mächtig, aber mit der Patientin in ihrem Unglück verschmolzen. Die Lebensbedrohung von Mutter und Kind zum Zeitpunkt ihrer Entstehung und Geburt haben einen Zirkel an projektiver Identifizierung mit dem zum Tode verurteilten Teil des eigenen Selbst in Gang gesetzt, der sich auf dem Wege der konkretistischen Fusion zwischen uns manifestierte. Mit dem Extra-Kissen hatte ich auf der Handlungsebene erst einmal dafür gesorgt, dass die Patientin weinen konnte. In den folgenden Jahren ging es darum, den abgespaltenen Teil des Selbst in der Übertragung zu bearbeiten, damit er als ein Teil der seelischen Realität der Patientin erfahrbar werden konnte.

Erst nachdem die Separationsängste bearbeitet und das frühkindliche Trauma in eine Symbolsprache übersetzt werden konnte, war die Pat. dazu fähig, Ohnmacht anzuerkennen und Scham zu fühlen, sie konnte eine Liebesbeziehung eingehen und heiratete. Entgegen ihrer Prophezeiung zu Beginn der Behandlung entwickelte sie einen Kinderwunsch, eine Schwangerschaft stellte sich ein. Die Übertragung vertiefte sich, ich spürte in meiner Gegenübertragung eine Fülle von Ängsten um das körperliche Wohl der Patientin und das werdende Kind. Erneut – aber auf einer symbolischen Ebene – ging es um die Bearbeitung der inneren Repräsentanzen, die die Patientin von ihren Eltern erfahren hatte: es wurden Todesängste virulent. Zugleich erfuhr die Patientin von ihrem Mann (und auch von mir) die Bereitschaft, sie darin zu begleiten, die Ungewissheit über ihr Kind zu tragen und sie nicht zu verlassen. Wir haben uns vor der Geburt ihres Kindes noch einmal an die Tiefendimension ihrer Beziehung zu ihrer Mutter erinnert. Sie entwickelte Gefühle der Demut bei dem Wunsch nach einem gesunden Kind und wurde darin von ihrem Mann unterstützt. Die Analyse wurde nach sieben Jahren beendet.

Ich möchte meine Gedanken über die Dynamik meiner Schamgefühle noch ein wenig vertiefen. Wie schon gesagt, die Patientin kam mir sehr schnell zu Hilfe, als sie meinte, so etwas könne doch jedem einmal passieren. Und ich muss gestehen, die Verführung war groß, es damit auf sich beruhen zu lassen. Ich insistierte aber, mich entschuldigen zu dürfen und erklärte ihr, dass ein solches Verhalten meinerseits nicht in Ordnung sei. Ich habe bereits gezeigt, dass ich in Identifikation mit der Mutter der Patientin in die von Mutter und Tochter abgewehrte Depression gefallen war. Dies

zu erkennen, war für den weiteren Verlauf der Behandlung lohnend. Es gab noch einen weiteren Aspekt, der die Abwehr der Scham betrifft. Die Mutter der Patientin war wegen ihrer sichtbaren Behinderung bereits als Kind massiv beschämt worden, selbst ein gesundes Kind zu haben, diente ihr nicht allein der Abwehr ihrer Depression sondern auch der Abwehr der die Depression begleitenden Schamgefühle. Die Existenz der Tochter war für die Mutter eine Art Schutzschild, der die tiefen narzisstischen Kränkungen und die unermessliche Ohnmacht wettmachen sollte. Auch deshalb musste die Fusion zwischen Mutter und Tochter für immer bestehen bleiben. Mein Bekenntnis zu meiner Scham und Ohnmacht mögen der Patientin auch einen ersten Weg dazu eröffnet haben, dass man sich dazu bekennen kann und dass die damit ermöglichte Trennung zwischen Subjekt und Objekt Spielräume eröffnet.

2. Vignette Frau A.

Ich möchte nun ein Beispiel diskutieren, das aus meiner Tätigkeit als Gutachterin für traumatisierte Flüchtlinge in aufenthaltsrechtlichen Verfahren stammt (Henningsen 2003, 2004). Beinahe hätte ich in einem Fall mit der Klientin gemeinsam die Darstellung des Traumas übersprungen und wäre damit meinem Auftrag, der mir vom Gericht erteilt worden war, nicht nachgekommen – eine schwere Verletzung des Rahmens meiner Tätigkeit.

Frau A. – aus Bosnien-Herzegowina stammend – wies alle Symptome einer PTBS auf, in den Akten wurde auf verschiedene traumatisierende Erfahrungen während des Krieges und ihrer Flucht hingewiesen, auch hatte sie viele Verwandte verloren. Trotzdem wurde das Gutachterverfahren eingeleitet, denn man hatte ihren widersprüchlichen Aussagen misstraut. Mündlich war mir vom Landeseinwohneramt noch beiläufig mitgeteilt worden: „Sie ist aber nicht vergewaltigt worden.“

Frau A. war während der Gespräche kooperativ und offen. Auf meine Bitte in der dritten Sitzung, über die Kriegszeit zu sprechen, reagierte sie mit knappen Worten und sagte: „Ja, dann brach der Krieg aus, und ich bin nach Berlin gegangen.“ Mimisch teilte sie mir mit, dass sie mit ihrem Bericht fertig war, bevor sie begonnen hatte. Für einen kurzen Moment spürte ich eine Erleichterung und zögerte. Eine bedrückende Schwere breitete sich aus. Ich atmete dann aber tief durch, um mich und sie zu ermuntern, ihre Erlebnisse mitzuteilen. In meinem Inneren hatte sich ein Widerstand gemeldet, ein Gefühl, das mir in vielen Untersuchungssituationen mit traumatisierten Flüchtlingen begegnet. Was war geschehen? In der Gegenübertragung hatte ich mich der Versuchung ausgesetzt gefühlt, das Gespräch auf sich beruhen zu lassen, schließlich war sie in Berlin angekommen, wir könnten unsere Arbeit beenden. Was hatte sich unbewusst zwischen uns abgespielt?

Frau A. litt neben den Depressionen, die sich auf den Verlust der Verwandten und ihrer Heimat bezogen, unter massiven Scham- und Schuldgefühlen. In ihrem Heimatdorf waren alle bosnischen Häuser zerstört worden, die Frauen lebten mit den älteren Menschen und den Kindern in den noch zugänglichen Kellern. Regelmäßig drangen Serben in die Keller ein und vergewaltigten die Frauen, „nur mich nicht.“ – „Wissen Sie, warum Sie davon verschont geblieben sind?“ – „Der Anführer der Truppe ist in meine Schule gegangen. Wir sind zehn Jahre lang in derselben Klasse gewesen.“

In meinem Unbewussten war ich einer komplexen Übertragungsbeziehung ausgesetzt gewesen, die ich anfangs nicht annehmen wollte. Frau A., die Übersetzerin und ich standen in einer helfenden, solidarischen Beziehung zueinander, wir befanden uns quasi im Keller eines der zerstörten Häuser und hielten zusammen. Unbewusst hat sich Frau A. als Verräterin gefühlt, als sie die Schonung durch den früheren Freund annahm. Dieser (erste) Verrat und der dazu gehörende Schamaffekt wurden abgespalten und in mich projiziert. Außerdem war für sie die ursprünglich positive Bindung an einen Klassenkameraden zu einer perversen Beziehung geworden, die sie vor der Vergewaltigung bewahrte – als sei sie (in einem zweiten Verrat) einen Pakt mit dem Teufel eingegangen. Diese destruktiven Introjektionen wurden abgespalten und in den psychosomatischen Symptomen und

der Depression manifest. In dem Moment, als Frau A. ihr Leben verteidigen und für sich sprechen musste, um eine Aufenthaltsbefugnis in Berlin zu erhalten, wiederholte sich auch dieser Aspekt der Kriegsereignisse: Ich hätte sie beinahe mit möglicherweise retraumatisierenden Fragen verschont (so wie der frühere Klassenkamerad sie verschont hatte), zugleich wäre sie aber in ihrem Leid nicht erkannt, sondern durch Abschiebung bestraft worden. In der Übertragung bestand die Gefahr, dass ich die projizierte Destruktion und die damit verbundene Scham nicht wahrnahm, mich unbewusst mit dem doppelten Verrat identifizierte und im Sinne einer projektiven Gegenübertragungsreaktion (Grinberg 1991) handelte. Es ist durchaus denkbar, dass die Behörden mit dem Zweifel an ihrer Traumatisierung und der Bemerkung „Sie ist aber nicht vergewaltigt worden“ dieser projektiven Identifizierung, die keine Scham mehr kennt, erlegen waren.

Leon Wurmser hat in seinem umfangreichen Buch *Die Maske der Scham* (1990) unter dem Blickwinkel des Psychoanalytikers die Manifestation von Schamaffekten und -konflikten in der Klinik wie auch in der Kulturgeschichte dargestellt. Er zeigt die beeindruckende Vielfalt des Phänomens und verdeutlicht aber auch, wie sehr dieser Affekt zum Menschsein gehört, eine „verhüllte Begleiterin des gesunden wie des pathologischen Narzissmus“ ist. Der Schamaffekt ist immer auch ein körperhaftes Phänomen, nach Innen gerichtet, er dient dem Selbsterhalt und der Gemeinschaft. Extrem traumatisierte Menschen werden ihrer Schamgefühle beraubt, sie fühlen sich entleert. Dies zu erkennen, erfordert in der Gegenübertragung sehr viel Kraft und kann Therapeuten und Helfer überfordern und zu Burnout-Syndromen führen.

Die Rahmenbedingungen unserer Arbeit dienen dem Schutz der Schamgrenzen. Zugleich gibt es eine Fülle von Gegenübertragungsgefühlen und -reaktionen, die dazu verleiten können, die Scham zu verleugnen, abzuspalten und eine ungute Kollision mit dem Patienten oder Klienten zu agieren. Die nicht wahrgenommenen Schamgefühle werden dann zum Hindernis des Erkenntnisprozesses. Wenn sie jedoch entziffert werden können, kann ein äußerst produktiver Verlauf in Gang kommen.

II. Scham – die Entdeckung oder die Wiedergewinnung eines Gefühls

In diesem Teil meines Vortrags möchte ich mich nun mit der unbewussten (3. Vignette) und der fehlenden Scham (4. Vignette) von Patienten während des psychotherapeutischen Prozesses befassen.

3. Vignette Frau M.

Frau M. war eine junge anerkannte Lehrerin, sie litt unter Depressionen und ihrer Einsamkeit, wünschte sich einen Partner. Als Kind war sie wegen der vielen Geschwister oft übersehen worden. Wegen einer Komplikation nach der Geburt, musste sie die ersten Wochen ihres Lebens im Krankenhaus bleiben, nachdem die Mutter entlassen werden konnte.

Die Analyse schien gute Fortschritte zu machen, Frau M. wurde mir gegenüber offener, ihre depressiven Zustände hatten sich verringert. An einem Wochenende war ich mit einer Situation konfrontiert, die mich zwang, meine Stunden für den Montag abzusagen. Für mich eine ungewöhnliche Situation – aber nicht zu verhindern. Ich rief meine Patienten an, entschuldigte mich und bat diejenigen, die ich nicht erreichte – es waren zwei – mir auf dem Anrufbeantworter mitzuteilen, ob sie die Nachricht erreicht habe, damit ich sicher sein konnte, dass sie sich nicht umsonst auf den Weg machten. Von Frau M. erhielt ich keine Nachricht, ich versuchte es am Sonntag noch einmal, aber vergebens.

Am Dienstag erschien Frau M. zu gewohnter Stunde, ohne ein Wort über die ausgefallene Stunde zu verlieren. Ich fand eine Gelegenheit, dies anzusprechen. Pat.: „Wieso, Sie haben halt nicht ge-

konnt. Das wird schon seine Gründe haben.“ Ich: „Ja? Ist das so einfach?“ Pat.: „Ja, was sonst? Ich find das ganz normal. So dramatisch ist das nun auch nicht.“ Die Patientin betonte, es sei unwichtig und egal mich zurückzurufen, außerdem sei ich ja weg und sowieso nicht erreichbar. Sie hinterließ in mir ein Gefühl von Ärger und Scham – ich hatte mir Sorgen darüber gemacht, wie sie, die so leicht übersehen wird und die außerdem ein frühkindliches Trennungstrauma in sich trägt, die Absage meinerseits verkraften würde. Hatte ich die Angelegenheit überschätzt? Ratlosigkeit kam auf, meine Einfühlung in die Patientin war offenbar etwas übertrieben gewesen, mir war das peinlich.

In der nächsten Stunde berichtet Frau M. folgenden Traum:

„Die Direktorin meiner Schule hat mich gelobt. Sie sagte mir, dass ich so gut logisch denken kann, sonst sei sie immer diejenige, die am besten logisch denken könne, diesmal war ich es aber gewesen.“

Die Patientin kommentiert den Traum spontan mit den Worten: „Auf jeden Fall ist das ein großes Lob und eine große Anerkennung für mich, und das ist bestimmt der Wunsch hinter dem Traum“, und möchte das Thema verlassen. Ich halte aber am Thema fest: „Gestern haben Sie bei der Frage nach der ausgefallenen Stunde auch ganz logisch argumentiert.“ – „Ja, im Traum ist das aber positiv. Jetzt können Sie ja was draus machen.“ Schweigen. Frau M. berichtet dann eine Episode aus ihrer Klasse vom vorherigen Tage und beschreibt, wie die Kinder die Abwertung, die sie erfahren, an andere Kinder weiter geben. Es war nun für uns beide „logisch“, dass dieser Einfall nicht nur zum Traum sondern auch zu der ausgefallenen Stunde zurückführte. Frau M. hatte Angst, sich von mir zu abhängig zu fühlen, meine Absage hatte sie gekränkt, und sie dachte: „Wie Du mir so ich Dir.“ Sie schämte sich ihrer Gefühle, sie wollte nicht die Beleidigte sein, die wieder nicht beachtet wird. „Wenn man andere beschämt, dann geschieht das absichtlich, und Scham ist ein Gefühl, völlig unabsichtlich kommt es auf, es ist einfach da. Bei Ihnen war das ja unabsichtlich.“ Ich: „Aber es ist angekommen als Schmerz.“ Pat.: „Ja, der dann sofort zurück geschossen werden muss.“ Ich: „Ich glaube, Sie haben hier bei mir auch versucht, die Dinge mit logischem Denken zu bewältigen, damit Sie diese entsetzliche Scham nicht fühlen müssen.“

Die Wiederentdeckung der abgewehrten Scham löste eine Fülle von Erinnerungen aus, die bearbeitet werden konnten. Es ging um ihre Verlassenheit, die mit mangelnder Beachtung gepaart war. „Ich wollte nicht aussprechen, dass mir die Stunde fehlt, weil mir das peinlich ist. Ich dachte, Sie wissen schon, wie ich das meine, dass das normal ist. Es ist ja auch beschämend, wenn man an den Eltern hängt und das nicht erwidert wird.“ Als sie seinerzeit als Neugeborenes in der Klinik bleiben musste, hatte die Mutter für sie die Milch abgepumpt, die der Vater brachte, wenn er zur Arbeit ging, während sich die Mutter um die Geschwister kümmerte. Meine Stimme auf dem Anrufbeantworter entsprach der abgefüllten Milch aus der Flasche und war ein Surrogat, das die wärmende Brust nicht ersetzen konnte. „Ich will nicht so dazwischen geschoben werden“, sagte die Patientin in einer der folgenden Stunden – die unbewusste Phantasie, zu mir eine exklusive Beziehung zu unterhalten, wurde mit nicht minder vielen Schamgefühlen bearbeitet.

Bevor ich zu meinem nächsten und letzten Beispiel übergehe, möchte ich auf etwas aufmerksam machen, was ich aus vielen Behandlungen mit frühkindlich traumatisierten Patienten kenne und auf das ich später in meinen theoretischen Überlegungen noch einmal zurückkommen werde:

In dem manifesten Trauminhalt ist der Triumph über mich (Direktorin) und meine Unfähigkeit zum logischen Denken unübersehbar. Ich glaube, dass die Patientin etwas von meiner Hilflosigkeit gespürt hat. Ihr war es gelungen, mich in eine beschämte Position zu bringen – darüber triumphtierte sie in ihrem Unbewussten mit Hilfe des Traums, und in der Stunde noch einmal, als Sie sagte: „Jetzt können Sie ja was draus machen.“ Die Folge: Abspaltung und Projektion des Schamaffekts in der Übertragung – Schamgefühle werden in der Gegenübertragung manifest – Reintrojektion durch die

Bearbeitung der Abwehr, erscheint mir ein häufig zu beobachtender Verlauf bei Patienten, die schwer traumatisiert sind wie z.B. Frau A. oder aber eine frühe Störung aufweisen und entsprechend nicht befriedigend getrennt sind wie z.B. Frau R. und Frau M..

4. Vignette Herr P.:

Während ich mit dem eben genannten Beispiel zu zeigen versucht habe, wie die schmerzhaft bewusste Bewusstwerdung unbewusster Scham den Erkenntnisprozess fördern und zur Integration abgespaltener traumatischer Erfahrungen beitragen kann, möchte ich mich nun einem gegenteiligen Phänomen zuwenden, das Ihnen allen aus der Praxis vertraut ist: Die Rolle der Distanzlosigkeit einiger Patienten, die mit der Unfähigkeit zu Schamgefühlen zu begründen ist.

Es gibt Patienten, die bei Terminabsprachen eine bedrängende körperliche Nähe zum Therapeuten herstellen, um selbst mit in den Terminkalender zu schauen, andere nehmen ihre Garderobe mit ins Behandlungszimmer und ziehen sich im wahrsten Sinne des Wortes vor dem Therapeuten an und aus. Diese Verhaltensweisen sind uns ein Diagnostikum und weisen in der Regel auf eine mangelnde Abgrenzung des Patienten hin. Unbewusst stellen diese Patienten sehr oft eine Einheit mit dem Therapeuten her, den sie kontrollieren wollen. Oft liegt diesem Verhaltensmuster eine frühe Beziehungsstörung zugrunde, die auf eine narzisstische Verschmelzung mit der Mutter zurückzuführen ist. Ein Beispiel:

Herr P. überflutete mich zu Beginn der Analyse mit seinen Onaniepraktiken, beschrieb mir genauestens, wie er die Gerätschaften, die er sich organisiert hatte, anal einführte und wie seine Computerdatei mit ihm sexuell erregenden Frauenbildern aufgebaut war. Er konnte sich je nach Bedarf das Bild einer blonden oder dunkelhaarigen Frau mit großer oder kleiner Oberweite herunterladen usw. Er hatte in der Pubertät damit begonnen, sich exzessiv selbst zu befriedigen und verschaffte sich damit ein hohes Maß an „Selbstbestätigung“, wie er meinte. Ich fühlte mich beim Zuhören sehr gequält, Gedanken wie: „Der schämt sich auch überhaupt nicht“, oder: „was man sich als Therapeut alles anhören muss“, gingen mir durch den Kopf. Ich spürte dabei auch, wie ich den Patienten mit meinem Gefühl entwertete und konnte seine Verlassenheit spüren. Als ich darauf hinwies, dass er sich aber doch eine Selbstbestätigung in Einsamkeit verschaffe und damit sein Glück ein wenig anzweifelte, reagierte er abwehrend, ich hätte wohl nicht genügend sexuelle Erfahrung, sei prude, würde hinter dem Mond leben. – Ich wurde beschämt. Trotzdem hatte meine Deutungsarbeit, die auf seine hinter allem liegende Not abzielte und weniger auf die Sexualität, langsam seine Wirkung. Es gelang ihm, eine Freundin zu finden, die bereit war, mit ihm zu schlafen. Als er aber anfing, sie zu belehren (wie mich), ihr die Augen verbinden und sie ans Bett fesseln wollte, brach sie die Beziehung ab.

Offenbar musste der Patient noch einmal das inszenieren, was er mit mir getan hatte: auch ich war – durch die Rahmenbedingungen der Analyse – quasi gefesselt und habe mir alles anhören müssen. In meiner Gegenübertragung war ich mit meinen Gedanken auch in der Gefahr, ihn zu verlassen. Erst nach dieser Inszenierung konnte Herr P. spüren, wie er versuchte, sich meiner zu bemächtigen, mich kontrollieren wollte wie die Computerbilder usw. Er begann sich zu schämen.

Im Laufe der Analyse konnten wir erkennen, dass seine Onaniepraktiken eine wahrscheinlich notwendige Überlebenstechnik waren. Er war das narzisstische Objekt einer schwer traumatisierten Mutter gewesen. Unbewusst war er der Garant für das Leben der Mutter und sollte mit seiner Männlichkeit und seinem Können die Defizite der Mutter wettmachen. Auf diese Weise war er mit ihr verschmolzen. Ein eigenständiges Leben, eine eigene Sexualität hätte diesen unbewussten Auftrag aufgekündigt. So war das Onanieren eine gute Kompromisslösung: er schloss sich zu Hause in seinem Zimmer ein, onanierte, fühlte seinen eigenen Körper – das war die „Selbstbestätigung“, die er sich verschaffte. Wenn er sich auch nicht seelisch von der Mutter trennen konnte, so war es auf

diesem Wege doch räumlich und körperlich möglich. Herr P. hatte sich einen „Ort des seelischen Rückzugs“ (Steiner 1998, 2006) geschaffen, der zugleich ein Ort war, in dem es keine Scham gab. Er wurde von niemandem gesehen. Der analytische Raum bot ihm die Möglichkeit, mir diesen Ort zu zeigen, und damit wurde eine seelische Veränderung möglich. Er entdeckte dabei seine Schamgefühle. Diese Entwicklung eröffnete den Weg zur Separation und zur Fähigkeit, Objektliebe zu erfahren. Herr P. ist im Laufe seiner Analyse sehr oft auf den Beginn der Behandlung zurückgekommen und sagte, ihm sei es peinlich, was er da gemacht habe, er würde sich schämen, könne sich heute überhaupt nicht mehr vorstellen, was ihn da „geritten“ habe. In seiner unbewussten Phantasie konnte er während der Selbstbefriedigung die Verhältnisse umkehren, er war nicht das narzisstische Objekt sondern derjenige, der sich andere – und seien es tote Objekte, Gegenstände oder Bilder – zum narzisstischen Objekt machte.

An anderer Stelle habe ich ausführlich einen Fall (Herr G.) dargestellt: Der Patient sollte von Kindesbeinen an die Mutter vom Suizid abhalten, fand sie jedoch im Alter von acht Jahren im Keller hängend – nach mühevoller Bearbeitung der Traumata und nach Betrauerung des Todes der Mutter konnte seine Perversion, die er als Pubertierender entwickelt hatte, in der Übertragung manifest und dann aufgelöst werden. Auch dieser Prozess war davon begleitet, dass der Pat. lernte, die verschmelzenden Beziehungen aufzugeben, Scham zu empfinden und eine Liebesfähigkeit als Ehemann und Vater in Abgrenzung zum Objekt zu entwickeln (Henningsen 2000).

III Theoretische Überlegungen – Abschluss

Die vier Fallbeispiele, die ich Ihnen vorgestellt habe, weisen trotz ihrer Verschiedenheit auf eine Reihe von Ähnlichkeiten, die ich noch weiter reflektieren möchte. Scham ist ein Affekt, oft stellt er die Kehrseite, die nach innen gerichtete Seite eines Schuldgefühls dar. Häufig ist er – wie z.B. bei schwer traumatisierten Menschen oder auch bei Kindern – an ein Ohnmachtsgefühl und eine demütigende Erfahrung gebunden. Scham ist immer auch körperhaft, ob und wie differenziert Schamerleben symbolisiert werden kann, hängt von der Persönlichkeitsstruktur des Betroffenen wie auch von der Art des beschämenden Ereignisses ab.

Bei allen vier Patienten wurde eine Art von selbstverständlicher Übereinstimmung mit dem Gegenüber konstatiert, die enttäuscht wurde, weil sie für mich nicht stimmig war. Frau R. hielt es für „normal“, dass ich eingeschlafen war, Frau A. hätte beinahe mit mir gemeinsam in aller Selbstverständlichkeit die Darstellung ihrer traumatisierenden Erlebnisse übersprungen, Frau M. wäre es fast gelungen, unsere Beziehung von allen peinlichen Gefühlen zu reinigen und auf ein sublimes, auf logischem Denken beruhendes Gleis zu heben. Für Herrn P. war es eine Selbstverständlichkeit, dass ich mich in gleicher Weise wie er – in totaler Übereinstimmung – für seine sexuellen Praktiken interessiere. Diese Fusionen werden auch von Warren Kinston in seiner Arbeit über den theoretischen Kontext von Scham (1983) beschrieben.

Kinstons Unterscheidung in Selbst- und Objektnarzissmus scheint mir besonders hilfreich. Ein Kind, das in seiner Spontaneität angemessen unterstützt und von den Eltern nicht beschämt wird, wird einen gesunden „Selbst-Narzissmus“ entwickeln, das ihm zu Autonomie und einem Sinn für Freiheit verhelfen wird. Dieses Kind wird später relativ wenige Schamprobleme haben. Theoretisch müsste ein solches Kind mit den Beschämungen, die das Leben bereithält, relativ gut fertig werden. Bei schweren Traumatisierungen würde allerdings auch bei diesen Menschen der Selbst-Narzissmus zusammenbrechen.

Anders das Kind, dessen narzisstische Regulation an die Eltern gebunden bleibt, das eine Fusion mit den Eltern aufrechterhalten muss, um die Erwartungen der Eltern zu erfüllen und auf diese Weise sich selbst vor einer Beschämung schützen muss. Diese Kinder entwickeln einen „Objekt-

Narzissmus“, sie stellen permanent und automatisch mit dem Gegenüber eine Einheit her. In den von mir beschriebenen Fällen wurden diese Fusionen auf mich übertragen. Wenn es mir gelang, dieses Übertragungsangebot zu spüren und zu verstehen, konnte die abgewehrte Scham bewusst werden und der therapeutische Prozess voranschreiten.

Erlauben Sie mir einen kleinen Exkurs über die Relation von Trauma und Scham. In der traumatischen Situation ist wahrscheinlich der Verlust der seelischen Realität, die Erfahrung von Entleerung (2007 EPF Trauma Group), die sich in Intrusionen, Dissoziationen und Numbing manifestiert und mit einem tiefen Schmerz der Scham verbunden ist, das Wesentliche. Die Affekte von Scham und Angst verdienen dabei eine besondere Betrachtung. Kinston spricht von Scham als „Signalerfahrung“ (*signal experience* S.217), die das Individuum in einer schmerzhaften Situation dazu anhält, aus der Situation zu verschwinden. Man möchte „im Boden versinken“, wie eine deutsche Redewendung sagt. Es werden diverse menschliche Unzulänglichkeiten wie Abhängigkeit, Konflikte, Unterlegenheit, Ohnmacht, Unvollkommenheit verleugnet, und mit der Metamorphose zum Objekt-narzissmus wird ein neues Gleichgewicht hergestellt. Diese Abwehr wird von Steiner als seelischer Rückzug (1998) beschrieben. Nach meiner Erfahrung wirken dauerhaft drohende Beschämungen auf das Subjekt kumulativ traumatisierend und können zum Verharren im Zustand des Objekt-Narzissmus führen. Der abgespaltene Affekt ist dabei der Klebstoff, der Subjekt und Objekt miteinander verbindet; es entsteht eine Fusion zwischen Subjekt und Objekt, die auf den Therapeuten übertragen wird. Etwas Ähnliches beschreibt Silvia Amati (1990), wenn sie von dem „symbiotischen Band“ zwischen Mutter und Kind spricht und dafür plädiert, es „nicht mit der projektiven Identifizierung gleichzusetzen, da es sich bei ihm nicht um eine von Projektion und Identifizierung gekennzeichnete Beziehung mit einem bestimmten Teil- oder Gesamtobjekt handelt, sondern um die Projizierung eines nicht objektalen ‚Undifferenziertheitskernes‘ und sein Deponieren in die Außenwelt.“ (a. a. O., S.725) Ogden hat etwas Ähnliches als „adhesive Identifizierung“ (*autistic-contiguous position*) beschrieben, auch hier geht es um das Verkleben in der frühen Kindheit, das nicht vollständig mit dem Begriff der projektiven Identifizierung zu erklären ist. (Ogden 1989)

Es geht um die Ausstoßung unerträglicher Affekte, die direkt – wie Intrusionen – in das Gegenüber eindringen können. An anderer Stelle habe ich die Abwehrkonfiguration der *konkretistischen Fusion* beschrieben, die zwischen Subjekt und Objekt bei frühkindlicher und / oder kumulativer Traumatisierung entstehen kann. Der abgespaltene Affekt kann nicht verarbeitet werden und bindet Mutter und Kind aneinander. Diese Fusion zwischen Mutter und Kind – es kann sich durchaus auf Teile der Person beziehen – kennt keinen Übergangsraum (Winnicott 1971). Der Affekt kann nicht mentalisiert werden und führt zum Agieren, zu Symptomen und dauerhaften Abwehrstrategien, die die Partner lebenslänglich aneinander binden. Sobald dieses Band zerreißt, sobald es bewusst wird, kommen Scham und Angst vor Entleerung auf. In der psychoanalytischen Therapie sind wir sehr häufig damit befasst, diese Verklebungen zu erkennen und den Patienten zu mehr Individualität zu verhelfen, damit sie einen Übergangsraum entwickeln können.

Bei den drei Patienten (Frau R., Frau M. und Herr P.), die wegen ihrer seelischen Erkrankung bei mir eine Analyse machten, lag eine frühkindliche Traumatisierung vor. Sie waren alle drei sehr verschieden in Bezug auf die Symptomatik und die Persönlichkeitsstruktur. Bei jedem war aber parallel zur Traumaerfahrung eine Pathologie der Scham zu beobachten. Bei Frau R. waren Scham und Trauma abgespalten und verleugnet. Die Fusion mit der abgewehrten Depression der Mutter kam durch das *Enactment* – mein Einschlafen in der Stunde – in die Behandlung und konnte erkannt werden. Hierzu war es aber notwendig, dass ich den Schamaffekt bei mir wahrnahm, mich dazu bekannte und meine Schuld an dem Geschehen in angemessener Weise darstellte. Ich hatte den analytischen Rahmen verletzt und meine Unzulänglichkeit versucht anzuerkennen.

Die Geschichte von Frau M. ist voller Ereignisse von Nicht-Beachtung, Entwertung und Beschämung, die sie zu Beginn der Behandlung nicht anerkennen konnte. Sie wollte unabhängig und auto-

nom sein, um keine weitere Demut zu spüren. Auch in diesem Fall meldete sich das Abgewehrte, das nicht symbolisiert werden konnte, durch ein äußeres Ereignis. Ich musste eine Stunde absagen. Die stillschweigende und selbstverständliche Einheit wurde damit in Frage gestellt. Wieder war ich diejenige, die sich zuerst beschämt fühlte, ich hatte den Eindruck mit meiner Fürsorge und meinem Engagement ins Leere zu laufen, da doch so etwas „rein logisch“ mal vorkommen kann. Auch in diesem Verlauf wurde deutlich, dass ich es mit einem abgespaltenen Schamaffekt der Patientin zu tun hatte, der in mich projiziert wurde. Die anschließende Bearbeitung ermöglichte das Verstehen ihrer Traumata und der dazu gehörenden Schamgefühle.

Herr P. stellte auf grandios narzisstische Weise eine Einheit mit mir her, in der es keine Scham geben konnte, weil ich zum narzisstischen (toten) Objekt gemacht worden war. Wenn ich mich mit meinen Gefühlen oder meiner Dynamik regte, wurde ich in meiner Kompetenz in Frage gestellt. Auf diese Weise wurde ich gedemütigt und beschämt – so wie er von seiner Mutter seelisch missbraucht worden war. Es galt, Herrn P. zu zeigen, in welche Einsamkeit er sich auf diese Weise manövrierte, damit er allmählich das Risiko eingehen konnte, seine eigene Scham zu erkennen und sich „lebenden“ Objekten zuzuwenden. Erst nachdem in der Übertragung die Fusion aufgelöst werden konnte, er ein Sicherheitsgefühl in einer objektalen Beziehung zu mir entwickelte, konnte Herr P. die perversen Praktiken aufgeben.

Bei Frau A. liegen die Verhältnisse anders. Sie erlitt als Erwachsene eine schwere Traumatisierung, ihre prätraumatische Persönlichkeitsstruktur bewegte sich auf neurotischem Niveau mit depressiven Zügen. Die Todesängste, der Verlust geliebter Menschen, die Angst um die eigenen Kinder, die Angst vor Vergewaltigung und schließlich die Überlebensschuld versetzten Frau A. in dissoziative Zustände, mit Alpträumen, Flashbacks, Intrusionen, psychovegetativen Beschwerden, Schlaf- und Denkstörungen. Es war für sie extrem beschämend, dass sie als Mutter ihren Kindern nicht mehr gerecht werden konnte, den Tag und ihr Leben nicht mehr bewältigte. Sie versuchte in der Untersuchungssituation bei mir alles auszustoßen und zu verleugnen, um nicht erneut mit den unerträglichen Schmerzen konfrontiert zu werden. Die begleitenden Affekte waren in mich projiziert, ich spürte die Schwere, kämpfte gegen eine sich ausbreitende Leere und Depression an und musste meine eigene Scham und Hilflosigkeit überwinden, bevor ich Frau M. ansprechen konnte. Auch hier entstand auf intrusivem Wege in der Übertragung eine Fusion der abgespaltenen Gefühle, die es zu erkennen und aufzulösen galt: Ich erinnerte mich an meinen Auftrag, an die Realität und atmete durch, um mich in meiner Rolle zu finden und Distanz zu gewinnen.

Die Überwindung von Scham schafft Intimität und die für seelische Veränderungen notwendige emotionale Nähe, deshalb ist es notwendig, in der therapeutischen Beziehung mit Schamerleben besonders achtsam umzugehen. Der Göttervater Zeus schickte den Menschen Scham und Recht (*aidos* und *dike*), nachdem Prometheus den Menschen die Weisheit und das Feuer überbrachte hatte. Ich habe bereits eingangs auf Platons Gründungsmythos über die Entstehung der Kultur verwiesen (Platon a.a.O. 320c-322d). Ich hoffe, dass ich mit meinen Ausführungen zeigen konnte, dass wir mit unseren Patienten durch manches Feuer gehen, um Erkenntnis zu erlangen, die Wahrung oder Wiederentdeckung der Scham sowie die Wahrung des therapeutischen Rahmens, an dem sich das Recht festmacht, bleiben dabei ständige Referenzpunkte.

Wenn es die Zeit noch erlaubt, möchte ich Ihnen gerne einen Gedanken vermitteln, der wieder aus dem therapeutischen Raum hinausweist und zwar in unsere mediale, öffentliche Welt, die allem Anschein nach vorgibt, kaum noch Schamgrenzen zu beachten. Hierzu ein Auszug aus einem Interview, das Peter von Becker mit Luca Giuliani, dem neuen Rektor des Berliner Wissenschaftskollegs, für den Tagesspiegel führte:

Giuliani: „... Nach dem 11. September hat mich umgetrieben, wie atemberaubend artifiziell die Bilder des New Yorker Anschlags waren. Auffällig war das fast völlige Fehlen von Lauten. Oder

der konsequente Verzicht auf Nahaufnahmen. Kurz nachdem das erste Flugzeug in einen Turm eingeschlagen war, hatten sich unzählige Kameras postiert und zum Teil Teleobjektive installiert, mit denen sie eine Maus auf dem Mond hätten filmen können. Trotzdem gab es keine Nahaufnahmen. Man sah winzige Menschen undeutlich an den Fenstern oder aus dem 110. Stockwerk springen, nicht den Aufprall, kein Blut – es war eine völlig ästhetisierte, stilisierte Wiedergabe eines Weltgeschehens. Als wären alle Kameras von einem einzigen Regisseur gelenkt worden. ... Ich glaube natürlich nicht an Verschwörungstheorien, wohl aber an ästhetische Normen und an die verblüffende Wirkung von Selbstzensur.“ (Tagesspiegel 22.3.07)

Nun, hier – so meine ich – kann das psychoanalytische Verständnis weiterhelfen: Die „Selbstzensur“ und die „ästhetischen Normen“ sind nach meiner Überzeugung mit der entsetzlichen Scham zu begründen, die diese Kameraleute zu bewältigen hatten. Es erscheint mir wesentlich und auch ein wenig tröstlich, dass angesichts des Terrors und der unermesslichen Erschütterung der Menschen dieses Minimum an Schamgefühl nicht zerstört werden konnte.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Literatur

Amati, S. (1990): Die Rückgewinnung des Schamgefühls. *Psyche – Z Psychoanal* 44, 724-740

Blohm, F. (2006): Analyse zu dritt. Indirekte Gegenübertragungen in Ausbildung und Therapie. *Forum Psychoanal* 2006, 22, 358-373

Duerr, H. P.(1992-97): *Der Mythos vom Zivilisationsprozeß*. Band 1-4, Suhrkamp. Frankfurt

EPF Trauma Group (2007): *Depletion*. Unveröffentlichtes Manuskript, Forschungsgruppe

Freud, S. (1940c): Die Ichspaltung im Abwehrvorgang. *GW XVII*, 57-62

Giuliani, L. (2007): Interview mit Peter von Becker, *Tagesspiegel*, 22.3.07

Grinberg, L. (1991): Gegenübertragung und projektive Gegenidentifizierung bei nonverbaler Kommunikation. *EPF-Bulletin*, 36, 14-29

Henningsen, F. (2005): Macht und Ohnmacht in der Übertragung und Gegenübertragung bei der Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge. In: Springer, A., Gerlach, A. u. a. (Hgg.): *Macht und Ohnmacht*. Bibliothek der Psychoanalyse. Psychosozial Gießen 2005, 321-340

Henningsen, F. (2003): Traumatisierte Flüchtlinge und der Prozeß der Begutachtung. *Psychoanalytische Perspektiven*. *Psyche*, 57, 2, 97-120

Henningsen, F. (2002): Konkretistische Fusion, Agieren und Symbolisieren. Zum psychoanalytischen Prozeß bei schwer traumatisierten Patienten. *Tagungsband der DPV, Herbsttagung* 215-232

Henningsen, F. (2000): Destruktion und Schuld. Spaltungen und Reintegrationsprozesse in der Analyse eines traumatisierten Patienten. *Psyche – Z Psychoanal*, 54, 974-1001

Kinston, W. (1983): A theoretical context of shame. *Int. J. Psychoanal.* 64, 2, 213-227

- Ogden, T.H. (1989): On the Concept of an Autistic-Contiguous Position. Int. J. Psychoanal. 70, 127-140
- Platon (1977) Band 1 Protagoras in Eigler, G. (Hg.): Gesammelte Werke. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
- Steiner, J. (2006): Narzisstische Einbrüche: Sehen und Gesehenwerden. Scham und Verlegenheit bei pathologischen Persönlichkeitsorganisationen. Klett-Cotta, Stuttgart
- Steiner, J. (1998): Orte des seelischen Rückzugs. Pathologische Organisationen bei psychotischen, neurotischen und Borderline-Patienten. Klett-Cotta, Stuttgart
- Winnicott, D.W. (1971): Playing and Reality. Tavistock London. Deutsch: (1973): Vom Spiel zur Kreativität. Klett, Stuttgart
- Wurmser, L. (1990): Die Maske der Scham. Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten. Springer-Verlag. Berlin
-

Kontakt:

Dr.phil, Dipl.-Psych. Franziska Henningsen
Südenstr. 26 A
12169 Berlin