

## 29 Sexualität und Beziehungen in der psychodynamischen Psychotherapie

Birger Dulz, Charlotte Ramb und Hertha Richter-Appelt

### Stationäre Therapie

Bei Borderline-Patienten können Probleme mit Sexualität vor dem Hintergrund ganz unterschiedlicher Struktur- und Konfliktkonstellationen vorkommen; die damit verbundenen sexuellen Schwierigkeiten und Störungen sind ebenso wie die zugrunde liegenden Konstellationen in der Regel therapeutisch relevant und sollten deswegen aus der Behandlung nicht ausgeklammert werden, zumal sie sich ohnehin nicht »abstellen« lassen dürften. Hierzu einige Beispiele:

- Zu Beginn des Aufenthaltes auf der Borderline-Station gehen manche Patienten eine sexuelle Beziehung ein, um schnell Nähe und Geborgenheit herzustellen und um so das Alleinsein im fremden, aber dennoch dichten und somit für sie bedrohlichen Beziehungsraum der Borderline-Station zu vermeiden.
- Sexualität kann auch die Funktion haben, diffuse Spannungszustände oder innere Leere zu bekämpfen (Sexualität als »Droge«), aber auch aggressive oder destruktive Affekte auszuleben.
- Nicht selten steht Sexualität oder auch die Sexualisierung der nichtsexuellen Kontakte im Dienst einer Vermeidung unerträglicher Gefühlszustände oder Selbstanteile: Durch die bewusste oder unbewusste Selbstinszenierung etwa als »Sexprotz« oder »geile Schlampe« können die darunter liegenden unerträglichen Gefühle oder Erinnerungen wie Scham, Verletztheit und erlittene sexuelle Traumata abgewehrt, betäubt oder gewissermaßen vom ohnmächtig Erlittenen ins Aktive gewandelt werden (kontraphobischer Sex).

- Viele Patientinnen und Patienten mit Borderline-Störung haben aufgrund von Minderwertigkeits-, Scham-, Ekelgefühlen bei negativem Körperselbst und/oder bei Ängsten vor Nähe, Kontrollverlust oder Gewalt noch fast oder überhaupt keine Erfahrungen mit Sexualität gemacht.
- Insbesondere Angst spielt eine Rolle in der Sexualität der Patienten: Angst vor Nähe, Angst vor Alleinsein, Angst vor Versagen. Dahinter steckt aus unserer Sicht eine frei flottierende Angst. Zum Zusammenhang von sexuellem Verhalten und (frei flottierender) Angst wird auf Kapitel 21 (S. 195) verwiesen.

Auch geht es niemals nur um Sexualität allein, sondern immer auch um die jeweilige individuelle Gesamtproblematik des betreffenden Patienten. Dabei kann Sexualität im Dienst von Abwehr- oder Bewältigungsstrategien stehen, die manchmal, aber durchaus nicht immer dysfunktionalen bis destruktiven Charakter haben.

Hieraus ergibt sich die Wichtigkeit des Einbezuges des Themas Sexualität in den Rahmen der stationären Beziehungszentrierten psychodynamischen Psychotherapie und gleichzeitig die Vergeblichkeit, den »gelebten Sex« aus der Behandlung auszuklammern, vertraglich auszuschließen oder gar zu verbieten.<sup>1</sup>

Die Beziehungszentrierte psychodynamische Psychotherapie stellt einen Entwicklungsraum zur Verfügung, in dem die Patienten sich so offen und vollständig wie möglich mit allen Aspekten ihrer Persönlichkeit auseinandersetzen können (s. Dulz u. Ramb 2009). Hierzu gehört auch ein möglicherweise problemati-

scher Umgang mit Sexualität. Im Folgenden soll der therapeutische Umgang mit dem Patienten (auch im Zusammenhang »Angst und Sexualität« betrachtet werden; dies setzt eine Gestaltung des Entwicklungsraumes derart voraus, dass dieser bzgl. der Rahmenbedingungen weitgehend angstfrei erlebt werden kann (haltende Funktion im Sinne von Winnicott [1965])).

## Stationäres Setting

Fast alle Patienten mit einer Borderline-Störung leiden unter schweren Affektregulationsstörungen, d. h. sie kommen durch sich selbst nicht »innerlich zur Ruhe«, vermutlich weil sie in der Kindheit keinen Halt, keine Akzeptanz und keine Beruhigung vermittelnden Beziehungserfahrungen verinnerlichen konnten. Später, als erwachsen gewordene »Borderliner«, bedürfen sie daher mehr als psychisch Gesunde einer externen Affektregulierung. Das bedeutet, dass sie ihre starken Affekte nicht innerpsychisch regulieren bzw. »abwehren« können, sondern dass sie hierfür andere Menschen (bzw. Ersatzobjekte wie Alkohol, Drogen und Rasierklingen) dringend benötigen. Dabei geraten sie jedoch in folgendes Dilemma: Zwar benötigen sie zur Affektregulierung dringend andere Menschen oder Ersatzobjekte, leiden aber gleichzeitig unter erheblichen Beziehungsschwierigkeiten, oft verbunden mit Angst vor Nähe, Intimität oder Austausch von innigen Gefühlen. Sie fühlen sich durch die Nähe des Anderen massiv bedroht, nehmen ihn nicht

selten paranoid verzerrt wahr und projizieren eigene Ängste, Befürchtungen und Spannungsgefühle in ihn hinein; umgekehrt nehmen sie die Bedürfnisse, Gefühle und Bedürfnislagen des Anderen nicht richtig wahr. Sexualität kann eine Möglichkeit sein, dieses Dilemma scheinbar zu lösen, Spannungen und Differenzen schnell zu überbrücken oder zu »überblenden«, ggf. auch durch sexuelles Handeln auszuleben, ohne dass wirkliche Nähe und Intimität entstehen (unverbindliche Verbindung).

Ein betont sexualisiertes Auftreten kann aber auch dazu führen, sich andere Menschen vom Leibe zu halten. Durch eine »offensive Sexualisierung« können andere in der Kontaktgestaltung kontrolliert und bewusst manipuliert werden, wodurch Nähe und Distanz reguliert werden können.

Im Behandlungsverlauf wird deutlich, dass Patienten, die ihre Kontakte »sexualisieren« – ob nun durch flirtende, machomäßige oder anderweitig sexuell getönte Beziehungsgestaltung, aber auch durch die Auswahl bestimmter Themen in den Therapiesprächen –, im Grunde große Probleme mit Schamgefühlen und intimer Nähe haben, was aber oftmals nicht so schnell deutlich wird. Andere Menschen und gelegentlich auch Mitarbeiter des Behandlungsteams schätzen diese Patienten nämlich eher so ein, dass sie aufgrund ihrer selbstbewussten, coolen Ausstrahlung das Beziehungsgeschehen etwa innerhalb der Patientengruppe recht gut in der Hand haben. Sie laufen daher Gefahr, sich von der Abwehr der Patienten täuschen zu lassen, als ob diese in ihrer »sexuellen Aufrüstung« sozusagen unverletzbar seien. Tatsächlich realisieren die Patienten häufig gar nicht, wie sehr sie bei ihrer »Flucht nach vorne« ihre überblendeten eigenen Schamgrenzen selbst überschreiten und manchmal auch von anderen überrennen lassen und andere geradezu dazu verführen oder auffordern, dies zu tun.

Psychodynamisch betrachtet kann man dies als einen Bewältigungsmechanismus verstehen im Sinne einer Umkehr von früher erlebter Ohn-

1 Auf einer Akutstation mag das etwas anders sein, aber jeder erfahrene Psychiater weiß: Auch dort ist Sexualität nicht nur ein Thema unter den Patienten, sondern wird praktiziert. In unserer Klinik war Sexualität auf den Station früher strikt unterbunden worden (es gab nur reine Männer- und Frauenstationen) mit entsprechenden Folgen: Ein bestimmtes Waldstück hieß unter den Patienten »Verlobungswald« ...

macht – etwa im Zusammenhang mit einem erlittenen Missbrauch – in eine nun (vermeintlich) sexuell »mächtige« oder zumindest aktive Position. Es können darüber hinaus aber auch (unbewusste oder bewusste) Tendenzen bestehen, über »sexuelles Verhalten im weitesten Sinne« sich selbst zu schädigen, sich einer Gefahr auszusetzen, mit der »Gefahr zu spielen« und/oder sich und anderen die eigene Schlechtigkeit erneut zu »beweisen«.

Es lässt sich unschwer vorstellen, dass hier eine große Gefahr für sexuelle Retraumatisierungen bzw. Reviktimisierungen gegeben ist, und dies kann sich natürlich auch während einer Therapie, insbesondere in Kliniken, ereignen. Je sensibler Therapeuten und Behandlungsteams jedoch mit dem Thema Sexualität umgehen, und je weniger dieser Bereich aus der therapeutischen Bearbeitung ausgeklammert wird, desto besser kann dieser Gefahr entgegengewirkt werden; nur so können die zugrunde liegenden individuellen Muster und Beweggründe herausgefunden, psychodynamisch bearbeitet und korrigiert werden und die Patienten zu einem sensibleren und bewussteren Umgang mit ihrer Sexualität und auch mit ihren Schamgefühlen kommen. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung für eine befriedigende Liebesbeziehung. Es können krisenhafte Einbrüche auftreten, wenn in Situationen mit großer zwischenmenschlicher Nähe (z. B. beim zärtlichen Liebespiel, aber auch im Rahmen eines psychotherapeutischen Gesprächs) die sexualisierte Abwehr plötzlich nicht aufrechterhalten werden kann und die darunter liegenden Gefühle wie z. B. Scham, Ekel oder auch Angst und Panik über Patienten und Gesamtsituation hereinbrechen. Deshalb ist es auf den zweiten Blick auch nicht verwunderlich, dass viele der besonders sexy zurechtgemachten und sexuell sich erfahren gebenden Patienten angeben, Sexualität nur in alkoholisiertem Zustand und/oder unter Drogen zu ertragen. Nicht wenige dieser Patienten berichteten uns auch, noch nie im Leben »richtige« Sexualität oder auch eine Orgasmus gehabt zu haben (vgl. Kap. 21, S. 195).

## Umgang mit Sexualität außerhalb der Klinik

Natürlich gibt es auch Patienten, die eine feste Partnerschaft (außerhalb der Klinik) haben. Mit ihnen wird ebenso über deren Sexualität gesprochen wie mit Patienten, die ohne festen Partner Sexualität – wo auch immer – praktizieren. Wir haben ja einen therapeutischen Auftrag und keinen moralisierenden, denn wir sind keine »norddeutsche Glaubenskongregation«.

Letztlich ist die Sexualität auch in festen Partnerschaften selten ungestört, und wir bearbeiten dies in Einzel- und (manchmal) Gruppentherapien. Immer wieder finden auch Gespräche mit beiden Partnern statt, wobei es dabei naturgemäß (wir sind ja »Partei« unserer Patienten, und zu den Partnern außerhalb der Station besteht keine stabile therapeutische Beziehung, sondern es kommt nur punktuell zu Kontakten) in erster Linie um Informationen geht, nicht aber um eine Art Paartherapie.

Situationen, in denen wir sowohl von einer Partnerschaft außerhalb der Klinik als auch von einem weiteren sexuellen »Verhältnis« (außerhalb oder innerhalb der Klinik) wissen, kommen nicht selten vor. Dann ist es therapeutische Aufgabe, die nun offenkundigen Beziehungsmuster des Patienten mit diesem zu bearbeiten. Erneut geht es nicht um Moralisieren, sondern um die Frage, ob der Patient so behandelt werden möchte, wie er seinen Partner behandelt. Übergeordnet ist dabei die Thematik, die allzu oft von Therapeuten, die Traumatisierte behandeln, vergessen wird: Das Opfer als Täter.

Falsch ist übrigens die Annahme, dass es immer die Männer sind, die Frauen zur eigenen Pseudostabilisierung missbrauchen. Ebenso tun dies Männer mit Männern, Frauen mit Männern und Frauen mit Frauen.

## Soll »Sex« unter den Patienten auf der Borderline-Station zugelassen oder verboten werden?

Immer wieder kommt diese Frage auch in unserem Behandlungsteam auf. Es scheinen ja auch gute und triftige Gründe gegen eine im klinisch-stationären Setting »frei praktizierte« Sexualität vorzuliegen: Können Behandler überhaupt zulassen bzw. verantworten, dass Patienten im Zeitalter von HIV und Hepatitis C ungeschützt miteinander verkehren? Zumal wir doch wissen, dass es sich bei einem Großteil unserer Patienten um Menschen handelt, die in ihrem Leben sexuelle Traumatisierungen erlebt haben, eine sexuelle Selbstbestimmung und gesunde Abgrenzungsfähigkeit oft gar nicht erlernen konnten und daher in besonderem Maße auf unseren Schutz angewiesen sind? Müssen nicht gerade diese Patienten durch ein verbindliches, verlässliches, Sexualität im Rahmen der Therapie verbotendes Regelwerk geschützt werden?

Die Gründe und Überlegungen, warum uns ein generelles »Sex-Verbot« gerade bei der zur Rede stehenden Patientengruppe nicht nur wenig sinnvoll, sondern nicht selten sogar schädlich erscheint, sollen nachfolgend skizziert werden.

Ob Sexualität von den Patienten »wahllos« und in extremer Häufigkeit praktiziert wird oder aber »noch nie« praktiziert wurde, ob sie als grell-offensive Zurschaustellung oder in subtiler oder auch verführerisch-»manipulativer« Andeutung in Erscheinung tritt, ob sie in der Beziehungsgestaltung untereinander in Form liebevoll-zärtlichen Miteinanders oder als manifeste, versteckte oder »abgespaltene« aggressive Destruktivität oder gar als sadistische Lust am Quälen anderer stattfindet, ob in der tatsächlichen Ausübung zu zweit oder zu mehreren oder ob geleitet durch Sexphantasien unterschiedlichster Art: Aus dieser sicherlich sehr unvollständigen Aufzählungsreihe wird deutlich, dass Sexualität, in welcher Form auch immer sie auftreten mag, stets auch irgendetwas

mit zwischenmenschlichen Beziehungen und oft auch mit deren Störungen zu tun hat – zumindest was unsere Patienten betrifft.

Nun treten gerade bei Patienten mit Borderline-Störungen im Rahmen von Therapien, zumal im »beziehungsdichten« stationären Rahmen, ganz unweigerlich sog. Inszenierungen bzw. Reinszenierungen alter Beziehungserfahrungen zutage. Dieses macht sich unser therapeutisches Konzept bewusst mit der Möglichkeit »erlebbarer« und im günstigen Falle »strukturell zu korrigierender« Beziehungserfahrungen zunutze; in diesem Rahmen entstehen partielle bzw. fokussierte Ich-strukturelle Nachreifungsprozesse (Dulz 2004; Dulz u. Ramb 2009; Dulz u. Schneider 2001).

Es wäre nicht nur unrealistisch, sondern auch antitherapeutisch, zu versuchen, den bei unseren Patienten häufig zumindest in Teilaspekten »dysfunktionalen« Bereich der Sexualität aus dem Therapieprozess, der letztlich ja Ich-Integration (versus Identitätsdiffusion) anstrebt, auszuklammern, etwa nach dem Motto: »Es kann nicht sein, was nicht sein darf.« Dies erscheint unrealistisch, weil die Praxis immer wieder gezeigt hat, dass diesbezügliche Verbote hintergangen werden. Uns liegen vielfache Berichte von Patienten vor, die – teilweise geradezu süffisant und triumphierend – schilderten, wie sie in der Klinik X das dort bestehende Sex- und Beziehungsverbot ausgehebelt hätten, ohne dass das Team etwas mitbekommen hätte; dabei handelt es sich um durchaus Borderline-kompatibles Verhalten, und es verwundert immer wieder, dass in Kliniken wie Praxen versucht wird, ein Borderline-typisches Symptom (dazu gehört nun einmal auch pathologisches Beziehungs- und Sexualitätsverhalten) per Dekret (»Konzept«) zu unterbinden. So etwas funktioniert bei keiner einzigen psychiatrischen Störung, aber es wird ja vornehmlich auch nur bei Persönlichkeitsstörungen versucht, die Störung oder Störungsanteile per Verbot zu unterbinden.

Nach unseren Erfahrungen führt eine rigide »Sex verbotende« oder auch »nur« Sexualität ausblendende, aber implizit »missbilligende«

klinische Praxis eher dazu, dass die Patienten im Rahmen des Therapieverlaufs ihre sexuellen Erlebnisse aus der Bearbeitung auslagern, vor dem Behandlungsteam geheim halten und um so destruktiver praktizieren bzw. dazu tendieren, ihre Destruktivität in diesen therapeutischerseits »verbotenen« Teil auszulagern: umso mehr, je mehr sie bewusst oder unbewusst annehmen, dass damit etwas »Unrechtes« geschieht. Es sei angemerkt, dass Sexualität eine immer noch zwingende Voraussetzung für das Fortbestehen von Leben darstellt. Die Gefahr, dass dysfunktional-destruktive Dynamiken (möglicherweise in der »gut laufenden« Therapie »angeheizt«) dann in der heimlich praktizierten Sexualität ausgelebt werden, während die Therapie scheinbar harmonisch und friedlich läuft, bis sich irgendwann irgendeine Katastrophe oder zumindest Überraschung ereignet, ist dann umso höher.

Zum Beispiel erhöht sich u. E. bei einem generellen »Sex-Verbot« die Gefahr einer sog. Reviktimisierung von früher sexuell missbrauchten Patienten, wenn es durch einen rigiden und verleugnenden Umgang des Teams mit »Sex« ungewollt zu gewissen Parallelen zwischen damals und heute kommt – beispielsweise zwischen dem Damals in der Missbrauchsfamilie und dem auch heute in der Klinik geltenden »offiziellen« Verbot von Sexualität einerseits und der damals wie heute möglicherweise bestehenden Tendenz zum Wegschauen beim Auftreten sexualisierten Verhaltens oder gar sexueller Übergriffe andererseits. Die Gefahr, ein sexuelles Trauma wieder zu erleiden, erscheint uns erheblich höher in einer stationären Atmosphäre, in der Sexualität prinzipiell verboten und dadurch im Erleben der Patienten und auch einiger Mitarbeiter gleichsam »kriminalisiert« bzw. in eine »Schmuddelecke« abgeschoben wird. Dadurch wird im Behandlungsteam über Sexualität nicht als über etwas ja doch grundsätzlich Selbstverständliches gesprochen, sondern als über eine zu ahnende oder zu sanktionierende Fehlverhaltensweise (»Schweinerei«). Typischerweise fordert –

wenn es zu dem »Unaussprechlichen« unter Patienten gekommen sein sollte – Pflegepersonal einen Arzt auf, »das« zu unterbinden – Borderline-typischer geht es nicht. In einer solchen pathologischen Atmosphäre fühlt der Patient sich sicher, denn diese kennt er aus der eigenen Familie, und mit ihr hat er gelernt umzugehen und in ihr zu überleben ... so ist die Störung entstanden und so bleibt zumindest die Beziehungsstörung trotz ansonsten ausgezeichneter Behandlung bestehen.

Ein »nichttherapeutischer« Umgang mit Sexualität – gerade unkritische, ungefilterte, negative Gegenübertragungsdynamiken, gerade bei therapeutisch nicht »verstandenen« bzw. unreflektierten, ins Gesamtbild des Patienten nicht einbezogenen, sondern einfach nur abgeurteilten und »ausgestoßenen« abweichenden sexuellen Praktiken unserer Patienten – kann zu Behandlungsfehlern, Fehleinschätzungen, Eskalationen usw. führen. Die teils sublimen, teils manifesten, teils unbewussten und teils bewusst ablaufenden Gegenübertragungsdynamiken des pflegerischen, aber auch des sog. akademischen Behandlungsteams als Reaktion auf therapeutisch nicht einbezogenes und als Regelwidrigkeit bekämpftes Sexualverhalten kann sich überaus schädlich und desintegrativ auf den Therapieprozess auswirken.

Gerade für Patienten, die früher sexuell traumatisiert worden sind und die eine erhebliche Selbstwertproblematik sowie erhebliche selbstschädigende Tendenzen aufweisen, stellt ein derartiges Setting das »ideale« komplementäre Beziehungsangebot zur Reinszenierung alter Missbrauchsfälle und Opferrollen und somit Selbstbestrafungsszenarien dar. Dies kann therapeutisch nicht gewollt sein.

#### Fallbeispiel

Der neue Assistenzarzt Dr. A. befindet sich am Beginn seiner beruflichen Laufbahn und ist jetzt schon seit vier Monaten auf der allgemeinpsychiatrischen Langzeitstation tätig, auf der sich überwiegend schwer persönlichkeitsgestörte Männer befinden.

Er sitzt morgens in der Übergabe, als der Patient B. übergeben wird, ein schwächtiger, etwas minderbegabter »Antisozialer«. Da »verplappert« sich plötzlich ein Pfleger, wird aber von der Stationschwester sogleich zur Vernunft gerufen: »Damit wollten wir doch den Herrn Dr. A. nicht belästigen, das hatten wir doch extra abgesprochen.« Aber Dr. A. hakt nach, und schließlich berichtet die Stationsleitung unter sichtlicher Scham Folgendes: »Der Patient B., das ist doch unser Stationslutscher; na ja, so was ist doch wirklich widerlich, deswegen wollten wir Ihnen das ja auch eigentlich gar nicht zumuten. Aber der B. braucht doch auch sein Zigarettengeld und so, und dem macht das auch sowieso nix aus, der merkt ja sowieso nicht viel (lacht verlegen). Na ja, so ist das hier halt eben, daran werden Sie sich auch noch gewöhnen. Wollen Sie noch einen Kaffee?«

In der Rückschau hat sich den Autoren gezeigt, inwieweit ein derartiges »Sexverbot«, seine Nichteinhaltbarkeit sowie deren Leugnung in dieser »Dreierkombination« schließlich zu einer therapeutischen Arbeitsatmosphäre und schlimmer noch zu einem Stationsklima geführt haben, das mit seinem Pseudo-Schutz und mit seinem Totschweigen für die Patienten letztlich schädlicher gewesen ist oder aber in dem zumindest therapeutische Chancen nicht genutzt werden konnten: anders als wenn mit dem Thema Sexualität offener und pragmatischer umgegangen worden wäre und die Patienten je nach Bedarf unterstützt oder eben begrenzt worden wären, wie es in anderen »Teilbereichen« des stationären Betriebes (z. B. Putzen, Essensverteilung) ja auch selbstverständlich geschieht.

### Welches Regelwerk halten wir für erforderlich?

Auch wir sind nicht der Meinung, dass ein vollständiger Verzicht auf Hinweise und Regeln im Zusammenhang mit Sexualität für unsere Pa-

tienten angebracht ist. Dies sind u. a. genau jene Grundregeln, die im Wesentlichen durch die allgemeinen Grundregeln für das zwischenmenschliche Miteinander auf einer Borderline-Station abgedeckt sind. Eine Regel besagt z. B., dass Gewalt der Patienten untereinander nicht toleriert wird. Hierzu gehören auch Einschüchterungen, Bedrohungen und sexuelle bzw. sexualisierte Gewaltausübung. Eine ganz wesentliche Regel besteht darin, dass die Patienten Ruhezeiten und Privatsphären untereinander respektieren und einhalten müssen. Dieses stellt ein großes Übungsfeld für die Patienten dar. Denn in Zweibettzimmern untergebracht gibt es vielfältige Herausforderungen, an denen sie eine Verbesserung der wechselseitigen Rücksichtnahme, Nähe-Distanz-Regulierung sowie Wahrung und Respektierung der eigenen Privat- und Intimgrenzen sowie die der Anderen üben können und müssen.

Gerade der letzte Punkt ist für viele der Patienten sehr schwierig einzuhalten, und zwar sowohl was die Wahrung ihrer eigenen Privatsphäre bzw. »Grenzen« als auch die der anderen Menschen betrifft. Dies hängt oft mit den Ich-strukturellen Auffälligkeiten unserer Patienten zusammen, die wiederum zumeist in einem Entwicklungskontext mit den besonderen Lebens- und Beziehungserfahrungen bzw. Beziehungstraumatisierungen zu sehen sind.

Dass einerseits sexuell höchst aktive und andererseits sexuell höchst zurückhaltende Patienten gemeinsam behandelt werden, bringt Vorteile wie Schwierigkeiten mit sich:

- Die aktiven Patienten erfahren die (auch sexuellen) Nöte jener, die ihnen manchmal als »Jagdtrophäen« dienen.
- Die passiven Patienten erleben, dass die vermeintlich »Starken« letztlich dieselben Probleme wie sie haben.

Das Team befindet sich dabei immer wieder im Spannungsfeld »Balance zwischen Überbehütung, Überreagieren, Einengung, Entmündigung sowie Vertrauen auf Ressourcen der

Patienten und deren Selbstverantwortlichkeit«. Zunächst ermutigen wir die Patienten, zu versuchen, ihre Probleme miteinander selbst zu klären. Letztlich entscheiden wir uns bei einem Misslingen dieses Klärungsversuches zumeist für ein (manchmal auch zu spätes) Einschreiten in der Annahme, dass unsere Patienten fast alles besser können als auf sich selbst zu achten und eigene Bedürfnisse zu respektieren.

## Einzelspsychotherapie (stationär und ambulant)

### Sexualität als Abwehr von Intimität

#### Fallbeispiel

Eine Patientin kommt in Therapie, da sie so etwas wie mit ihrem letzten Freund nicht noch einmal erleben wolle. Der Freund war um Jahre älter, sehr intelligent, in gehobener, angesehener Position und verheiratet. Außerdem war er alkoholabhängig. Sie habe alles machen sollen, was er von ihr verlangt habe, v.a. auch im Bereich der Sexualität. So habe sie Reizwäsche tragen und ihren Partner oral befriedigen sollen, ohne dass es jedoch zum vaginalen Geschlechtsverkehr gekommen sei. Die Patientin selbst hatte eine gute berufliche Position, habe aber ihren Beruf aufgeben sollen, um sich ganz um diesen Mann zu kümmern, wenn er es wünschte. Die Patientin sei zunächst stolz gewesen, einen so bedeutsamen Partner zu haben. Sei sie in den ersten Wochen noch ganz froh darüber gewesen, dass der Partner verheiratet war und auch nicht den Wunsch geäußert habe, mit ihr zusammenzuziehen, so habe sie dies nach einer gewissen Zeit in eine tiefe Depression gestürzt; sie habe Tage im Bett allein verbracht und keinen Ausweg aus ihrer Situation mehr gesehen.

Die Beziehung zum Vater in der Kindheit sei einerseits durch liebevolle und zärtliche Zuneigung, aber auch durch unkontrollierte, unvorhersehbare Wutausbrüche gekennzeichnet gewesen. Der Vater habe oft unter Alkoholeinfluss gestanden, sei häufig deprimiert gewesen und habe auf die Patientin

nur wirklich lebendig gewirkt, wenn er nüchtern und dann aber auch aggressiv gewesen sei. Die Mutter sei ihm dann aus dem Weg gegangen und habe die Patientin mit dem Vater allein gelassen. Dies habe dazu geführt, dass die Patientin mit zunehmendem Alter vermehrt anfing, den Vater durch auffällige Kleidung zu provozieren. Sie habe einen aggressiven, dafür aber lebendigen Vater einem depressiven vorgezogen. Schon früh habe sie Angst gehabt, nach Hause zu kommen, wenn sie wusste, dass die Mutter nicht da war. In der Kindheit bis in die Pubertätszeit habe sie von ihrem Vater intensive Gute-Nacht-Küsse bekommen, die sie aber für übertrieben gehalten habe. Bei jeder Begrüßung habe er sie fest an sich gedrückt, so dass sie sein Genitale gespürt habe. Sie habe jedoch Angst gehabt, diesen unglücklichen Vater zurückzuweisen. In der Pubertätszeit habe er sie vermehrt ins Ehebett der Eltern geholt, wenn die Mutter nicht zu Hause gewesen sei, und sie liebte. Sie habe wie tot dagelegen und nicht gewagt, sich zu wehren. Das Verhältnis zur Mutter sei von früher Kindheit an sehr schwierig gewesen. Die Mutter sei auf die Patientin sehr eifersüchtig gewesen und habe sie immer wieder wegen ihres verführerischen Aussehens kritisiert. Die Männerbeziehungen der Patientin in der Jugend und im frühen Erwachsenenalter seien von beiden Eltern kritisiert worden. Das habe dazu geführt, dass die Patientin sich relativ schnell auf sexuelle Kontakte zu einem Mann eingelassen habe, nach kurzer Zeit sei sie dann aber immer unsicher gewesen, ob er denn der Richtige für sie sei, und sie habe sich wieder getrennt.

So hätte sie zwar schon sexuelle Erfahrungen mit vielen Sexualpartnern gehabt; sie leide aber darunter, dass es ihr bisher nicht gelungen sei, eine länger dauernde Beziehung einzugehen. Wenn sie einen Mann neu kennenlerne und dieser sexuelles Interesse zeige, habe sie das Gefühl, sie dürfe seine Wünsche nach sexuellem Kontakt nicht abschlagen, da der Mann sich dann gleich von ihr abwenden würde, oder wie ihr Vater mit depressivem Rückzug reagieren könnte.

Dieses Beispiel soll demonstrieren, dass es gerade Personen, die sexuelle Übergriffe erlebt haben, oft schwer fällt, erneute Grenzüberschreitungen zu erkennen und sich davor zu schützen. Dabei können die Übergriffe durchaus in einer subtilen sexualisierten Interaktion entstehen und müssen sich nicht immer in abgegrenzten Missbrauchshandlungen äußern.

## Sprechen über Sexualität und sexuelle Handlungen

Borderline-Patientinnen und -Patienten berichten häufig darüber, dass entweder in ihrer Familie Sexualität ausgelebt wurde, ohne dass darüber geredet wurde; es gibt aber auch Patienten, die in Familien aufgewachsen sind, in denen übertrieben viel über Sexualität, meist in abfälliger Weise, gesprochen wurde. Nicht selten findet man in diesen Biographien keine Handlungen, die man als sexuelle Übergriffe bezeichnen könnte, und dennoch muss man von einem sexuell emotionalen und verbalen Missbrauch sprechen.

In der Behandlung von Personen mit einer Borderline-Störung spielt das gestörte Verhältnis des Sprechens über Sexualität zu sexuellen Handlungen oft insofern eine Rolle, als die fehlende Sprache bei den Patienten dazu führt, dass das Ansprechen von sexuellen Themen, v. a. wenn es sich um weibliche Patienten und männliche Therapeuten handelt, als Interesse an sexuellen Handlungen verstanden wird. Es gilt dann, dieses Missverständnis anzusprechen, dem Patienten die Angst zu nehmen und ihm zu zeigen, dass Reden über Sexualität auch möglich ist, ohne sexuelle Erregung und sexuelles Interesse zu erleben und auszulösen.

Ebenso relevant für die Bearbeitung sexueller Probleme kann aber auch jene Erfahrung sein, dass eine vom Vater sexuell missbrauchte Patientin zu einem männlichen Therapeuten leichter eine tragfähige therapeutische Beziehung aufbauen kann – schließlich hat sie die Erfahrung gemacht, dass zu einem Mann (dem

»Täter-Vater«) eine enge Beziehung entstehen kann (selbst eine traumatisierende Beziehung ist eine Beziehung), während eine Beziehung zur wegschauenden Mutter (oft genug eine Mittäterin [s. Dulz u. Jensen 2000]) nicht erlebt werden konnte.

In einer gut laufenden Beziehung findet Sexualität oft statt, ohne dass darüber geredet wird. Wenn daher ein Patient berichtet, dass in seiner Familie über Sexualität nicht gesprochen wurde, muss das nicht unbedingt heißen, dass ein der Sexualität gegenüber aversives Klima herrschte, sondern es kann durchaus sein, dass es einen liebevollen Umgang mit Sexualität gegeben hat.

## »Asexuelle« oder »jungfräuliche« Patientinnen, Patienten »ohne Sexualität«

Angaben, bisher weder masturbatorische noch partnerschaftliche Sexualität erlebt zu haben, findet man – bis auf die wenigen Ausnahmen, bei denen dies organisch bedingt ist (z. B. durch eine Hormonstörung) – nur bei in der Kindheit stark vernachlässigten und misshandelten Patientinnen und noch seltener bei Patienten (vgl. Kap. 4, S. 42). Häufig kann man dies bei Personen beobachten, die in Sekten oder bestimmten Religionsgemeinschaften aufgewachsen sind. Sie haben in der Erziehung vermittelt bekommen, dass Sexualität etwas Schlechtes sei und, wenn überhaupt, nur in der Ehe erlaubt sei. Gleichzeitig berichten diese Patienten aber von sexuellen Übergriffen durch enge Familienangehörige. Nach außen wird in einem solchen Umfeld also das Bild einer streng die religiösen Gebote einhaltenden Familie demonstriert, nach innen finden hingegen Gebotsüberschreitungen statt, die nicht in Frage gestellt werden. Patienten mit derartigen Biographien können meist nur nach langen Therapien, in denen diese Gebots- und Tabuwelt in der Übertragung bearbeitet wird, zu einer befriedigenden Sexualität kommen. Sie sind aber



auch besonders gefährdet, auf Therapeuten zu stoßen, die meinen, die Patienten – im Extremfall sogar durch sexuelle Erfahrungen in der Therapie – »retten« zu können oder die solche Patienten aus narzisstischen Gründen in Behandlung nehmen.

## Verlieben in der ambulanten oder stationären Therapie

Wenn Patienten sich im Verlauf der Therapie in den Therapeuten verlieben, kann hier eine Chance bestehen, dass »frühe« Liebessehnsüchte und Verschmelzungswünsche zunehmend Raum bekommen. Diese können somit bearbeitet werden, ohne dass für die Patienten die Gefahr besteht, in irgendeiner Weise missbraucht zu werden. Genau dies ist den Patienten aber in ihrer früheren Lebensgeschichte häufig passiert, sei es durch eine narzisstische Symbiose oder durch einen sexuellen Missbrauch in einer Abhängigkeitsbeziehung etwa von einem Elternteil.

Gleichwohl liegt die Schwierigkeit meistens darin, dass Ich-strukturell gestörte Patienten mit einer therapeutischer Arbeit an einer »Liebesübertragung« und dem dazugehörigen Verzicht häufig überfordert sind, und dass es ihnen im Zuge der entstehenden Dynamik manchmal nicht gelingt, ausreichend zwischen Realbeziehung und therapeutischer Beziehung bzw. Übertragungsbeziehung zu unterscheiden bzw. diesen Unterschied anzuerkennen. Die Nichterfüllung ihrer Liebeswünsche kann dann stets aufs Neue als schmerzliche Zurückweisung ganz real erlebt werden; nicht selten werden die in Folge auftretenden Gefühle wie Schmerz, Kummer, Verzweiflung, Wut und Scham mit Borderline-typischen Bewältigungsmustern wie selbstverletzendem Verhalten, »ersatzobjektalen« Substanzmittelmissbrauch oder parasuizidalen Handlungen bekämpft.

Zumeist handelt es sich hierbei um Patienten, die sich auch in ihrem sozialen Außenfeld in irgendeiner Weise in »unmögliche« Partner verlieben, sei es, dass diese unerreichbar sind,

oder sei es, dass sie diese sogar »stalken« (in letzterem Falle ist die Prognose allerdings wenig günstig). Insofern stellt das Sich-in-den-Therapeuten-Verlieben bzw. das entsprechende Ausagieren wie so vieles andere auch eine Reinszenierung von verinnerlichten und oft real sich bereits mehrfach wiederholt habenden »dysfunktionalen« Beziehungsmustern dar.

Eine Liebesbeziehung bzw. eine Affäre zwischen zwei Patienten und die dabei entstehenden Dynamiken und Dramen können nicht nur im ungünstigen Falle der destruktiven Entgleisung, sondern auch bei konstruktiver Bearbeitung so viel Zeit und Kraft in Anspruch nehmen, dass andere wichtige Themen therapeutisch kaum noch bearbeitet werden können und andere Beziehungen im Therapieraum der Borderline-Station sowie Probleme im sozialen Außenfeld völlig an den Rand geraten. Insofern sollte sich hier auch die Frage stellen, ob sich der Patient in einen rauschartigen Verliebtheitszustand versetzt, um der Bearbeitung unbequemer Themen zu entgehen (Schaffung eines »Nebenkriegsschauplatzes«), oder ob es sich hier um ein Vermeidungsverhalten oder um einen unbewussten Widerstand handelt.

## Literatur

- Dulz B (2004). Zum Umgang mit Sexualität und Liebesbeziehungen im klinischen Alltag. *Persönlichkeitsstörungen*; 8: 43–48.
- Dulz B, Jensen M (2000). Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten. In: *Handbuch der Borderline-Störungen*. Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg.). Stuttgart: Schattauer; 167–193.
- Dulz B, Ramb C (2009). Beziehungszentrierte Psychotherapie. In: *Stationäre Psychotherapie der Borderline-Störungen*. Fabian E, Martius P, Dulz B (Hrsg.). Stuttgart: Schattauer; 35–49.
- Dulz B, Schneider A (2001). *Borderline-Störungen: Theorie und Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Winnicott DW (1965). *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Frankfurt a. M.: Fischer.