

Extreme sadomasochistische Sexualität*

Birger Dulz

Schlüsselwörter

Borderline-Persönlichkeitsstörung, Sadomasochismus, Angst, Haltende Funktion

Zusammenfassung

Eine Vielzahl sexueller Praktiken aus dem Bereich des Sadomasochismus sind harmlos. Im Bereich der Persönlichkeitsstörungen und insbesondere auch der Borderline-Persönlichkeitsstörung hingegen kommt auch hoch riskantes Verhalten hinzu. Dieses wird ebenso dargestellt wie deren Ursache, die frei flottierende Angst. Abschließend werden therapeutische Implikationen umrissen.

Keywords

Borderline personality disorder, sadomasochism, anxiety, holding function

Summary

Many sexual practices in the field of sadomasochism are harmless. However, in the field of personality disorders and especially the borderline personality disorder this coincides with high risk behaviour. This is presented here as well as their cause, the symptom of free-floating anxiety. Finally, therapeutic implications are lined out.

Extreme sadomasochistic sexuality

Persönlichkeitsstörungen 2009; 13: 258–268

Bei sadomasochistischen Praktiken handelt es sich grundsätzlich um ungefährliche und harmlose sexuelle Vorlieben, die einvernehmlich praktiziert werden. Bereits die Verwendung von Augenbinde oder Handschellen oder das Kratzen des Partners kann zu sadomasochistischen Praktiken gezählt werden. Mit anderen Worten: Eine klare Grenzlinie zwischen „normalen“ Praktiken und von Sadomasochismus geprägter Sexualität existiert nicht.

Dementsprechend definiert das DMS-IV für den sexuellen Masochismus/Sadismus als Kriterium, dass die Fantasien, Bedürfnisse und Verhaltensweisen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursachen. Die ICD-10 geht davon aus, dass eine Störung (Sexueller Sadomasochismus) nur vorliegt, wenn die sadomasochistischen Betätigungen die hauptsächliche Quelle der Erregung oder für die sexuelle Befriedigung unerlässlich sind. Das DSM-IV betont, dass Paraphilien als Reaktion auf psychosoziale Belastungsfaktoren, in Abhängigkeit zu anderen psychischen Störungen oder mit wachsender Möglichkeit, die paraphilen Wünsche ausleben zu können, zunehmen.

Sadomasochistische Praktiken

Die Diskussion, was paraphil ist und was nicht, soll hier nicht geführt werden. Aufgeführt werden müssen aber Beispiele sadomasochistischer Praktiken, die im Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen – gleichfalls als selbstverletzendes Verhalten (auch durch die Art der Beziehungsgestaltung einschließlich der Nähe-Distanz-Regulierung) – auftreten können und allgemein als seltsam oder gar beunruhigend bis „pervers“ empfunden werden:

Demütigung

- Befehle: Der/die Masochist/in muss stehen, während alle anderen sitzen; er/sie darf ohne Aufforderung kein Wort sprechen; die Anrede der/des Sadisten muss in der Höflichkeitsform erfolgen
- absolute Unterwerfung: als Fußbank oder Tisch zu „dienen“, auf jedes Wort „gehörchen“, aus einem Napf vom Fußboden essen, bei Tisch alle bedienen

* Dieser Beitrag ist die ergänzte Form des Textes „Sexualität und Angst“. In: Dulz B, Benecke C, Richter-Appelt H (Hrsg). Borderline-Störungen und Sexualität. Stuttgart, New York: Schattauer 2009 (195-204)

Bondage

- das Verschnüren des Masochisten mit Stricken, Lederbändern oder Riemen
- der passive Partner wird an ein „Andreaskreuz“ oder an Haken in der Zimmerdecke oder den Wänden gebunden
- Ziel ist es, den Partner so bewegungsunfähig wie möglich zu machen und so das Gefühl des Ausgeliefertseins zu verstärken oder/und durch die Fesselung eine bestimmte Körperhaltung zu „erzwingen“

Spanking

- Zufügen von leichten bis zu extrem harten Schlägen mit der flachen Hand oder einem Gürtel oder Ähnlichem

Flagellation

- Steigerung im Vergleich zum Spanking: Der Körper des Masochisten wird mit diversen Schlagwerkzeugen „bearbeitet“ (wie Peitschen, Reitgeräten, Rohrstöcken, Brennesseln). Die Effekte reichen von leichten Hautrötungen über blaue Flecken und Platzwunden bis zu blutigen Striemen

Folterspiele

- der Körper des Masochisten wird mit Nadeln, Rasierklingen, heißem Wachs, dem Anbringen von Metallklammern und Gewichten an Brustwarzen und im Genitalbereich oder mit einer Brandmarkung „behandelt“. Es kann zur Durchbohrung der Haut und zum Befestigen von Ketten oder Ringen an diesen Stellen kommen. Weitere Praktiken: Stromschläge, das Einführen von Gegenständen in Vagina, Anus oder Rektum (um einen Dehnungseffekt zu erzielen, evtl. unter Anwendung von z. B. Amylnitrit [Poppers] zur Muskelrelaxation), die Einschränkung der Atmung (dosiertes Würigen: Hypoxyphilie/autoerotische Asphyxie)

Andere

Das gemeinsame Auftreten unterschiedlicher Praktiken (insbesondere sadomasochistischer Praktiken und Fetischismus sowie Exhibitionismus) kommen vor, beispielsweise

- Akrotomophilie: sexuelles Interesse an Personen mit verküppelten oder amputierten Gliedmaßen
- Koprophilie, Urophilie: sexuelle Befriedigung durch Essen oder Spielen mit Exkrementen oder darin Masturbieren
- Vampirismus: sexuelle Stimulation durch das Trinken von Blut
- Sodomie oder Zoophilie: sexuelle Handlungen mit Tieren

Es liegt nahe, dass gerade extreme Formen von Sadomasochismus aus Gründen der Stabilisierung der eigenen Psyche ausgelebt werden. Dies ist bei Borderline-Patienten die Reduktion von frei flottierender Angst.

Angst als zentraler Affekt bei Borderline-Störungen

Angst stellt das Zentralsymptom der Borderline-Störungen dar – als letzte Stufe der Angstentwicklung, die mit der Vernichtungsangst des Säuglings im Sinne Winnicotts beginnt und seine Wiederbelebung durch die Realtraumatisierung erfährt (Dulz 1999). Diese archaische und traumatische so genannte frei flottierende Angst – sie entspricht aufgrund ihrer „Wurzeln“ mehr einer Grund- denn einer konkreten Erwartungsangst – wird „automatisch“ als eine innerseelische Abwehr gegen unbewusst erwartete Bedrohungen (im Rahmen von Beziehungen) aufgebaut. Sie äußert sich oft „getarnt“ sowohl auf der deskriptiven Ebene wie der strukturellen Ebene (vgl. Dulz u. Schneider 1995).

Säuglingsangst

Winnicott (1974; 1993, S. 60f) postuliert eine mit Angst zusammenhängende Vernichtungsbedrohung: „Sein und Vernichtung sind die beiden Alternativen.“ Im Tierreich ist das ganz deutlich: Angst vor Vernichtung steuert das Verhalten selbst primitiver Lebewesen. An anderer Stelle ergänzt Winnicott (1978; 1992, S. 32): „Falsches Halten ruft im Kind extremes Unbehagen hervor; es ist die Grundlage für: ... das Gefühl, die äußere Realität sei zur Beruhigung nicht zu gebrauchen, und andere Ängste, die gewöhnlich als 'psychotisch' bezeichnet werden.“

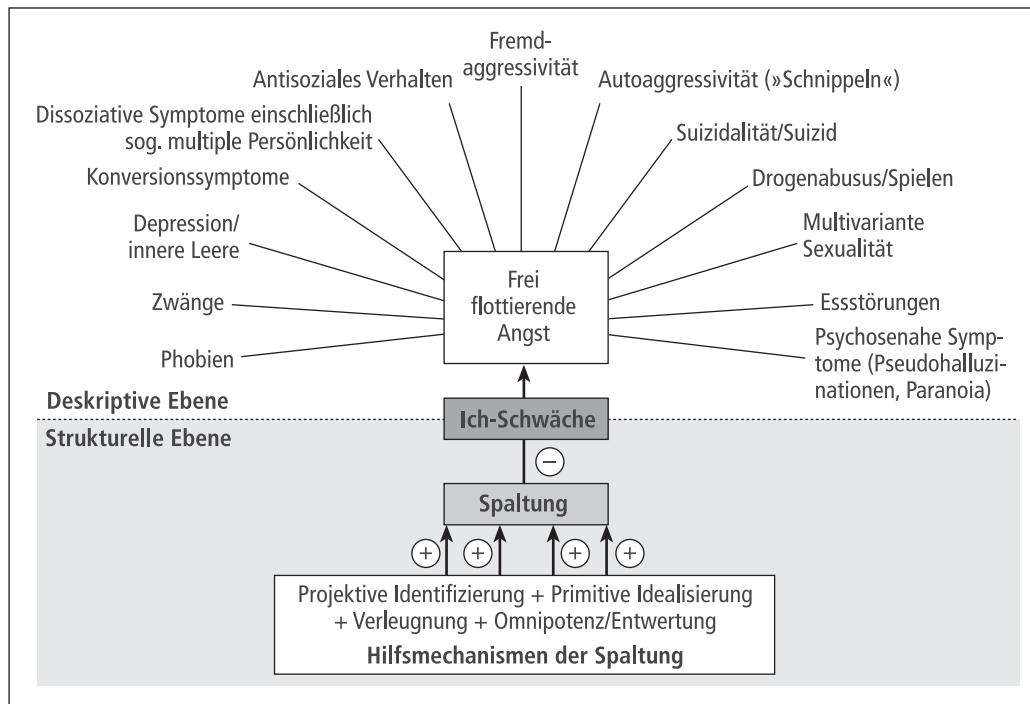


Abb. 1 Angstreduzierung auf der deskriptiven (Symptome) und strukturellen (Beziehungen) Ebene. Aus: Dulz B (2009). Sexualität und frei flottierende Angst. In: Dulz B, Benecke C, Richter-Appelt H (Hrsg.). Borderline-Störungen und Sexualität. Ätiologie, Störungsbild und Therapie. Stuttgart – New York: Schattauer

Er führt weiter aus (1974; 1993, S. 74), dass das Baby ein unreifes Wesen sei, das ständig am Rande unvorstellbarer Angst stehe, die nur wenige Varianten habe, „von denen jede der Schlüssel zu einem Aspekt der normalen Entwicklung ist:

- Zusammenbrechen,
- unaufhörliches Fallen,
- keine Beziehung zum Körper haben,
- keine Orientierung haben.“

Dieses sind Beschreibungen unspezifischer, diffuser, frei flottierender Ängste eines Säuglings, der zwar eine konkrete Gefahr nicht erkennen, sie auch nicht fantasieren kann, aber dennoch Angst vor dem innerseelischen „GAU“ haben kann – ohne eine Idee, wie dieser „größte anzunehmende Unfall“ aussehen könnte. Der einzige Schutz dagegen ist – Winnicott folgend – die „haltende Funktion“. So wie der Säugling, der wie alle Primaten ein

„Tragling“ ist und das Gehaltenwerden braucht und die haltende Funktion wahrnimmt, nimmt er deren Fehlen wahr. Auch Dornes (1997) geht davon aus, dass Angst ab einem Lebensalter von sechs bis sieben Monaten empfunden werden kann, einige Komponenten eines Ausdruckes von Angst auch schon früher. Er betont, dass Säuglinge nicht fantasieren könnten. Deshalb hätten sie in erster Linie realistische Ängste, die zeitlich begrenzt seien, sofern sich die angstausslösende Situation verändere. Ich meine also, dass der Säugling durchaus eine Vernichtungsangst erlebt, denn er kann nicht ahnen, dass das Essen schon naht, wenn der Hunger bereits vorhanden ist, oder dass die Decke schon bereit liegt, wenn er zu frieren beginnt. In einer Psychotherapiegruppe habe ich Winnicotts Beschreibung der Vernichtungsangst von Säuglingen wiedergegeben, ohne jedoch zu sagen, worauf sich diese Definition bezieht; in seltener Einhelligkeit

meinten die Patienten, dass man ihre Angst ganz genau so beschreiben könne.

Traumafolge Angst

Die erste und unmittelbare Reaktion auf das Trauma (insbesondere sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung) ist Angst um sich selbst, da das Trauma als vitale Bedrohung erlebt wird – auch aufgrund der im Unbewussten gespeicherten Erinnerungen an die Vernichtungsangst des Säuglings. Frühkindliche prätraumatische Erfahrungen und wohl auch pränatale Erfahrungen (siehe Piontelli 1996) können also prädisponierend sein, zumal das Realtrauma innerhalb einer meist lange vorher bestehenden Familienatmosphäre entsteht (natürlich kann Todesangst in einer traumatisierenden Situation auch ohne Prädisposition entstehen). Erst später, manchmal erst lange Zeit nach dem Trauma, erfolgt eine beziehungsbezogene Reaktion, also Wut bzw. Hass; Wut als objektbezogenes Gefühl halte ich also erst für die zweite affektive Reaktion auf Traumata. Dies betrifft Hass bzw. Wut auf den Täter wie auch – insbesondere nach Inzesterlebnissen – Hass und Wut auf sich selbst. Stets und zunächst wird aber während der Traumatisierung Angst um sich selbst erlebt, mit der Folge z. B. von Dissoziationen als Angstentlastung – als gelte die Bedrohung dann nur dem Körper wie einer leeren Hülle, aber nicht dem Selbst.

Die vitale Bedrohung per se ist wichtiger und wird eher wahrgenommen als die Personifizierung des Täters bzw. die Entwicklung von Affekten ihm gegenüber. Aus diesem Grund können – so unsere klinische Erfahrung – Vergewaltigungsoffer zwar meistens das Trauma genau erinnern, seltener aber den fremden Täter beschreiben. Deneke (1999, S. 101) führt bezüglich der Erinnerung von Traumatisierungen an einen weiteren Aspekt heran: Traumatisierungserinnerungen würden im deklarativ-expliziten Gedächtnis gespeichert werden, wobei die hierfür notwendige Hippocampusformation in den ersten Lebensjahren noch zu unreif sei, um explizite Gedächtnisinhalte speichern zu können; das emotionale Gedächtnis hingegen sei in dieser frühen Lebensphase voll funktionsfähig: „Auf diese Weise würde zwanglos erklärbar, daß lebensgeschichtlich frühe intensive Gefühlserfahrungen [Anm. von B. Dulz: Dies betrifft auch die oben er-

wähnte Vernichtungsangst von Säuglingen] unter Bedingungen, die den Früherfahrungen zumindest partiell ähneln, reaktiviert werden können – ohne daß eine Chance besteht, den zugehörigen Kontext, die seinerzeit erlebte Gesamtsituation, mnestisch zugänglich zu machen.“

Frei flottierende, diffuse (Borderline-)Angst

Um diese unerklärliche, den Patienten permanent bedrohende Angst zu reduzieren, erfolgt die Ausbildung diverser Abwehrmechanismen und Symptome. Zu denen gehört auch Aggression, die im Sinne einer Externalisierung der eigenen Entängstigung und Entlastung dient – z. B. bei Skinheads Aggressionen gegen vermeintlich bedrohliche Personen wie Ausländer. Angst ist also die Basis von Wut/Hass/Aggression (vgl. auch Kernberg 1997a; b). Diese Angst ist später fast permanent vorhanden, manchmal abgewehrt und nicht spürbar, aber in engen Beziehungen stets verstärkt – also auch in der Therapie.

Zwei interessante neue Aspekte zum Thema konnte Dörner (1998) empirisch belegen. Angst gehört neben Depression zu den häufigsten Affekten von Borderline-Patienten – so jedenfalls die Selbsteinschätzung; die Patienten wurden allerdings von den Interviewern relativ selten als ängstlich bzw. furchtsam eingeschätzt: „Es besteht hier also eine Divergenz zwischen dem, was die Patienten von sich berichten und dem, was von den Interviewern bei ihnen wahrgenommen wird“ (Dörner 1998, S. 75). Dies kann als Hinweis auf die Verleugnung von Angst gesehen werden. Eine Clusteranalyse von Dörner (1998, S. 107f) erbrachte ferner, dass es bei den Borderline-Patienten zwei Untergruppen (mit lt. DIB-Gesamtscore vergleichbarer Schwere der Störung) gäbe: Die eine Gruppe mit hohen Werten im Bereich Wut habe niedrige Werte im Bereich Angst vorgewiesen und die andere Gruppe mit hohen Werten im Bereich Angst niedrige Werte im Bereich Wut: „Dies läßt den Schluß zu, daß Wut und Angst nicht in gleichem Maße zusammen auftreten und sich die Patienten dieser Stichprobe in den Gruppen anhand dieser Emotionen unterscheiden lassen.“ Ich vermute, dass die Gruppe, welche vor allem Angst verspürt, primär sexuell missbraucht und jene mit Wut primär körperlich misshandelt wurde (vgl. Dulz u. Jensen 2000).

Hoffmann (1999) betont insbesondere folgende Ängste bei Borderline-Patienten:

- Angst vor Überwältigung durch konflikthafte Impulse und Vorstellungen
- Angst vor struktureller Regression
- Angst vor dem Alleinsein
- Angst vor Selbstverlust
- Ängste vor dem fantasierten Verschlungenwerden

Zudem ist die Angst vor Nähe und im Zusammenhang damit vor Verlassenwerden zu beachten.

Weiter beschreibt Hoffmann spezifische Abwehrvarianten der Angst:

- Herstellung einer Affektlosigkeit
- Herstellung von Anhedonie (fehlendes Glücksgefühl)
- Ersetzen durch einen anderen Affekt
- Agieren
- Projektion

Insbesondere zwischen der Angst vor dem Alleinsein/Verlassenwerden, aber auch der Angst vor Nähe, und sadomasochistischen Praktiken besteht ein deutlicher psychodynamischer Zusammenhang.

Hieran anschließend soll im Folgenden auf verschiedene Abwehrvarianten der Angst eingegangen werden.

Mechanismus zur Reduzierung der frei flottierenden, diffusen Angst bei Borderline-Patienten

Bereits früher (Dulz u. Schneider 1995; Dulz 2000) haben wir dargestellt, dass die zahlreichen möglichen Symptome wie Phobien, Zwänge, Drogenabusus, aber eben auch Sexualität dazu „dienlich“ sind, mit der unfassbaren frei flottierenden Angst „konstruktiv“ umzugehen, indem diese Angst ausgerichtet wird (z. B. Phobie, Paranoia), versucht wird zu kontrollieren (Zwänge) oder auch abgespalten und so unspürbar wird (Dissoziationen, Drogen). Zudem sei erwähnt, dass auch die Abwehrmechanismen eine Angstreduzierung ermöglichen: durch Gestaltung von Beziehungen im Sinne einer „Sortierung“ zur besseren „Verortung“ der Bezugspersonen – etwa über Idealisierung und Entwertung oder auch Spaltung in „gut“ und „böse“ – oder auch im Sinne einer Destruktion von Beziehungen zur Vermeidung der mit Beziehungen verbundenen (Verlust-)Ängste.

sonen – etwa über Idealisierung und Entwertung oder auch Spaltung in „gut“ und „böse“ – oder auch im Sinne einer Destruktion von Beziehungen zur Vermeidung der mit Beziehungen verbundenen (Verlust-)Ängste.

Letztlich geht es also um die Reduzierung der diffusen Angst durch Ausrichtung oder Eliminierung von Angst im Sinne einer Pseudolösung – entsprechend der Wahlfreiheit zwischen Skylla und Charybdis.

Auch bezüglich der unterschiedlichen Formen der Sexualität soll im Folgenden gezeigt werden, dass sie dazu dient, Angst nicht zu spüren bzw. zu reduzieren oder zu vermeiden (so durch Vermeidung einer emotionalen Nähe durch Handlungen mit Pseudonähe). Zudem kann sie durch Ersetzen der diffusen Angst durch eine gerichtete vermindert werden – etwa vergleichbar mit dem abrupten Beenden einer schizophrenen Symptomatik angesichts eines Beschusses („Von alters her ist beobachtet worden, dass schwere Erschütterungen schwere schizophrene Zustände plötzlich zum Verschwinden bringen können ... man sah sie [Schizophrene] gesunden, wenn Bomben einschlugen ...“ [Bleuler 1983, S. 461]). Aktuelle Beobachtungen beziehen sich darauf, dass schwere und gerade auch mit Ängsten verbundene Symptome verschwinden, wenn die Station brennt; nach der Evakuierung beginnt dann in der Regel die Symptomatik erneut.

Frau A. und Herr B.

Frau A. und Herr B. waren Patienten auf der Borderline-Station und begannen eine Liebesbeziehung. Im Rahmen der Einzeltherapien erfuhren wir, dass Sexualität einschließlich Penetration (für beide) nur möglich war, wenn er sie dabei würgte. Natürlich hätten sie hinterher immer wieder sich selbst gesagt, dass Gott sei Dank nichts passiert sei, aber ohne die Eliminierung der Angst vor Nähe durch Schaffung einer gerichteten und klar „steuerbaren“ Angst könnten sie nun einmal nicht miteinander schlafen. Einerseits befürchteten auch wir, dass diese Praktik zum Tode führen könnte oder aber jedenfalls zu ernstesten Verletzungen. Andererseits hatten wir als Intervention nur die Möglichkeit, in der Therapie die Problematik (Nähe bei Sexualität, Angst davor, Vermeidung durch Gewalt) zu bearbeiten. Schließlich gelang bei beiden Patienten eine Stabilisierung in einem Grad, der es ihnen ermöglichte, ohne dieses Ausmaß an Gewalt mit-

einander zu verkehren. Das vielleicht Schwierigste daran war die Herstellung einer Atmosphäre in der Therapie, die die Bearbeitung des Themas ermöglichte. Moralische Vorhaltungen, Vorträge über körperliche Folgen von Würgen oder Verbotsversuche hätten das Risiko eines ernststen Zwischenfalls nur erhöht, denn es hätte dazu geführt, dass wir womöglich nie von dem Sexualverhalten erfahren hätten oder dass dieses nicht hätte bearbeitet werden können, weil beide Patienten sich verschlossen oder gar die Behandlung abgebrochen hätten. Beide Patienten waren zu dem geschilderten Zeitpunkt symbiotisch verschmolzen, um nach ihrer Trennung – die noch während der stationären Therapie erfolgte – umso heftiger die jeweils andere Person zu entwerfen.

Bei Frau A. und Herrn B. führte das durchaus gefährliche Würgen (neben einer Asphyxie¹ bei Frau A.) einerseits zu einer Angst vor einem Zwischenfall, andererseits aber auch zu einer Pseudosicherheit aufgrund der gemeinsam gelebten „Devianz“ bei massiver Angst vor Partnerverlust (Bindung des Partners durch unbedingtes Eingehen auf dessen Bedürfnisse). Daneben spielte auch die Angstreduktion durch Agieren beider Patienten eine deutliche Rolle.

Frau C.

Frau C.: „Ich nahm schon seit einigen Jahren Drogen, doch es wurde schlimmer. Ich hatte viele Blackouts. Auch in meinem Job verhielt ich mich immer risikoreicher. Hier galt natürlich Safer Sex, aber wenn einer nicht wollte oder ich einen überrumpeln konnte, tat ich es auch. Ich wusste genau, dass sie es, wenn sie es mit mir ohne Gummi machen, dann auch woanders tun, und wer kann schon für gesundheitliche Sicherheit garantieren? Aber das war ja gerade das Spiel mit dem Feuer. AIDS, Hepatitis, Schwangerschaft und Sonstiges. . . irgendwie faszinierte mich das Risiko. Heute würde ich sagen, es war verkappte Todessehnsucht, genauso wie die Risiken, die ich bezüglich der Örtlichkeiten einging. Ich fuhr oft mit dem Auto mit zu den Freiern nach Hause, ich ging mit mehreren auf einmal ins Hotel oder zu ihnen, ich ließ mich zu Männerpartys mitnehmen, blieb über Nacht. . . Ich forderte das Schicksal heraus, sicherte mich nie ab. Oft bekam ich dann auch die Rechnung dafür serviert: Ich wurde zusammengeschlagen, ausgesetzt, gruppenweise ge-

nommen. Viele Vorfälle wären wohl unter Vergewaltigung gefallen, aber ich wollte sie ja, ich suchte doch den Schmerz, die Unterdrückung und Erniedrigung. Es war wie ein Kampf oder Wettlauf gegen meinen Schatten. Ich war zwar immer stärker oder stark genug, es durchzustehen, aber Sieger war ich auch nicht. . .

Bald war alles vermischt, mein ganzes Leben drehte sich um Sex: Sex für Geld mit Kunden, anschließend Sex auf Partys und in Clubs für den Sinnestaumel, Sex, um mich gut zu fühlen, Sex, um mich schlecht zu fühlen und zu bestrafen, Sex mit Fremden, um Frust abzubauen, Sex mit Freunden und in Beziehungen, um mich geborgen zu fühlen, Sex, um mich darzustellen, Sex, um mich zu finden, Sex, um mich zu verlieren. . . Alles wurde extremer, es gab bald keine Grenzen mehr. Ich gewöhnte mich an das Ungewöhnliche, also musste mal wieder ein höherer Reiz her. Der bestand, mal wieder, in der Risiko- und Reizerhöhung. Ich wurde absolut exhibitionistisch. Parks, Hauseingänge, Bürgersteige, Toiletten, Kirchen, Kino, Mitbewohner, Nachbarn. Ich war bekannt. Nicht, weil man mich kannte, sondern weil man mich irgendwo mit irgendwem gesehen hatte.

Ich ging regelmäßig in Swinger-Clubs und auf Gang-Bang-Partys, später dann auch zu solchen, wo klar war, dass HIV-Infizierte dabei sind und es ausdrücklich nur ungeschützten Verkehr gab, eine weitere Steigerung.“

Den eigenen Zustand erkennen konnte die Patientin erst im Rahmen der Therapie, und dieser Zustand war es, den sie mit wirklich allen Mitteln zu vermeiden versucht hatte: „Ich war so bedürftig, doch das konnte und wollte ich mir nicht eingestehen, das hätte geheißen, dass ich schwach wäre. Ich konnte diese feelings in mir nicht aushalten.“ Es ging also insbesondere um die Vermeidung von Schwäche, denn die stand in Verbindung mit einem Verlorensein, mit Angst vor Verletzung.

Frau C. reduzierte Ängste durch massiven Drogenkonsum. Die intensiven sexuellen Reize, die „chronischen Kicks“ verhinderten zusätzlich, dass sie sich und ihre Ängste spüren konnte. Später gab sie selbst an, dass es auch um die Vermeidung von Schwäche gegangen sei – Schwäche war es gewesen, auf die sie es zurückgeführt hatte, als Heranwachsende sexuell missbraucht worden zu sein.

Frau D.

Frau D. befand sich zur Beziehungszentrierten Psycho-dynamischen Psychotherapie in unserer Klinik, wobei das

¹ Asphyxie: Atemstillstand durch Atemlähmung oder Atemwegsverlegung

Haus der „Borderline-Station“ damals direkt neben dem Gebäude der Forensik lag. Sie erfuhr rasch, dass der so genannte Heidemörder ausgebrochen war und begab sich in das angrenzende Wäldchen in der Erwartung und „entlastenden Hoffnung“, diesem zu begegnen, damit er mit ihr mache, was er mit den anderen Frauen gemacht hatte. Sie verspürte dabei nicht nur keine Angst, sondern Entlastung und etwas „Ähnliches wie Lust“. Der Heidemörder hatte drei Frauen vergewaltigt, gequält und zerstückelt.

Das Bedürfnis nach Strafe durch den Tod bei der chronischen Empfindung, selbst unwert zu sein, ersetzte die Angst „vor dem Leben an sich“, also einer diffusen, einer „frei flottierenden“ Angst.

Kontaktaufnahme über E-Mail ist heutzutage üblich und kommt massenweise vor. Oft geht es primär um Sexualität und auffällig häufig um sadomasochistische Fantasien. Diese werden dann durchaus nicht so selten auch ausgelebt, teilweise mit befriedigender Sexualität (nicht alles ist Störung, sondern manchmal Spiel), teilweise mit dramatischen Folgen, deren extremste Variante wohl die „einvernehmliche“ Tötung und Verspeisung des „Sexual“-Partners war – so der „Kannibale von Rotenburg“ A. M., der wiederholt und ohne sich selbst zu widersprechen angegeben hat, J. A. B. habe in das Abtrennen des äußeren Teiles seines Penis und in die darauf folgende Tötung B's am 9. März 2001 durch M. eingewilligt. Die Vorgänge wurden teilweise filmisch dokumentiert.

Frau F. und Herr E.

Der folgende E-Mail-Verkehr wurde uns von Herrn E. zur Verfügung gestellt und wurde aus Gründen der Publizierbarkeit sehr verkürzt:

Frau F.: „Devote Sie benötigt sadist. Herrn/Herren, mit denen ich meine Fantasien ausleben kann. Dabei bevorzuge ich Rollenspiele, in denen ich bei gelegentlichen Treffen in eure Gefangenschaft gerate, und von meinen Peinigern gefesselt, sexuell missbraucht, in Verhören gefoltert und zu Eurem Nutzen ausgebeutet werde. Auch Vorführungen und Vermietungen an andere Doms o. Bekannte sind möglich. Da ich eine Anfängerin bin, möchte ich nun von euch in extreme Praktiken eingeführt werden, und vor allem möchte ich dazu gebraucht werden, auch härteres Auspeitschen zu ertragen. Ich bin 33/168/55, rote Haare, devot-maso, bin mobil, ofi, und suche nicht unbedingt eine feste Beziehung, zumindest

aber eine Freundschaft mit regelmäßigen Treffen. (gerne auch zu älteren Männern)

Ich freue mich über aussagekräftige Mails mit Euren Neigungen und Vorstellungen.“

Herr E.: „Es gibt wohl nur zwei Möglichkeiten: Du bist ein 0190-Lockvogel (dann lass es, ich rufe nicht an). Oder du bist bei mir richtig. Ich würde es genießen, dich gefangen zu halten ... und (zu) benutzen ...“

Frau F.: „Danke für die Mail. Ich weiß nicht, ob ich deinen Ansprüchen genügen kann. Aber ich werde mir Mühe geben. Die Vorstellungen, wie du mich erziehen willst, sind für mich sehr erregend. ... Vielleicht kannst du mir noch kurz beschreiben, wie du dir meine Erziehung vorstellst. Ich freue mich auf eine ausführliche Antwort.“

Herr E.: „... Ich freue mich darauf, deine Fantasien zu verwirklichen!“

Frau F.: „Danke für den ausführlichen Brief. ...“

Ich hatte, so glaube ich, schon immer eine exhibitionistische Ader in mir. Es erregt mich sehr, wenn Männer mich ansehen und respektlos meinen Körper taxieren. Der Gedanke, dass mich Tausende Männer im Internet betrachten können, wenn ich gequält werde, gefällt mir.

Ich finde gut, dass du so viel Einfühlungsvermögen besitzt, mich langsam an eine Vorführung zu gewöhnen. In meiner Fantasie bin ich aber immer schon einen Schritt weiter. Deine Vorstellungen, wie Du mich behandeln willst, klingen sehr extrem, dennoch erregt es mich sehr, weil es das ist, was ich mir schon immer wünschte. Ich weiß allerdings nicht, ob ich ... ertrage, da ich nicht weiß, wie ich darauf reagieren werde. Ich werde aber ein tapferes Mädchen sein und will es versuchen.

... Für den Anfang könnte ich mir das alles ganz gut vorstellen. Ob ich noch weiter und noch extremer kann, weiß ich nicht. Geht es überhaupt noch extremer? Wenn ich Dir damit gefallen könnte, würde ich es aber versuchen. Ich bin mir nur nicht sicher, wo meine und deine Grenzen liegen. Ich freue mich auf deine nächste Mail.“

E-Mail-Sexualität lässt eine Nähe zu, die recht angstfrei empfunden wird, weil die Umstände ja allein von sich selbst steuerbar sind und ein wirkliches Einlassen nicht nötig ist. Nach zunehmendem „Vertrauen“ und dem Ausleben der geplanten Sexualität ging es um die Vermeidung einer emotionalen Beziehung mit der damit verbundenen Angst vor Verlassenwerden bei scheinbar „klaren“ sadomasochistischen Verhältnissen, wobei es eine offene Frage ist, wer in

der überlegenen Rolle ist – der Sadist (hier: Herr E.) oder die Masochistin (Frau F.). Von Herrn E. ist bekannt, dass er in anderen Beziehungen in die masochistische Rolle geschlüpft ist, auch mit den oben beschriebenen Praktiken verbunden; dieses Switchen hing regelhaft ab von den Wünschen der jeweiligen Partnerin, die er so an sich zu binden suchte.

Frau G.

Frau G. hatte bereits in einigen Pornofilmen mitgespielt und beabsichtigte, Hauptdarstellerin in einem „Vergewaltigungsporno“ zu werden. Sie benötigte die damit verbundenen „Kicks“, um sich erstens überhaupt zu fühlen und zweitens dann keine Ängste, die sie seit Kindheit habe („Angst vor meinem Vater und seinen besoffenen Freunden, die jeden Abend sich auf mir vergnügten“), zu verspüren.

Frau G. setzte für einen Vertrag mit dem Filmproduzenten Grenzen fest. (Sie hatte im Internet einen seitenlangen E-Mail-Verkehr aus den USA gefunden, dessen Extrakt die Vorlage für ihren Vertrag war.)

„Meine Bedingungen sind:

1. Die Zahl der Männer, die mich vergewaltigen, ist nicht limitiert
2. Die Vergewaltigung ist realistisch mit dem einzigen Unterschied, dass ich mich einverstanden erkläre
3. Ich werde kurz vor Beginn der Produktion einen aktuellen HIV-Test zusenden, erwarte aber nicht, dass die männlichen Darsteller auch einen vorgelegt haben
4. Mund, Vagina und Anus stehen für ungeschützten Sexualverkehr zur Verfügung
5. Ich akzeptiere Sperma in Mund, Vagina und Anus
6. Mehrere Penisse in Vagina und Anus akzeptiere ich (Doppel-Penetration)
7. Urin (Pissing) in Mund, Vagina und Anus akzeptiere ich
8. Fisting meiner Vagina und meines Anus akzeptiere ich
9. Große Gegenstände bis zur Größe einer Männerfaust akzeptiere ich
10. Das Ziehen an meinen Haaren akzeptiere ich
11. Harte Schläge in mein Gesicht oder auf meinen Körper akzeptiere ich
12. Faustschläge sind in moderater Form akzeptabel, ich bin darauf vorbereitet, Blutergüsse, geschwollene Lippen und ähnliche Wunden davonzutragen
13. Festbinden und Festhalten ist akzeptabel
14. Ich akzeptiere, dass kein „Stopp-Wort“ verwendet wird
15. Ich akzeptiere als maximale Dauer der Vergewaltigung acht Stunden

16. Akzeptabel ist die Einbeziehung eines Hundes in die Vergewaltigung

Nicht akzeptabel sind:

1. geladene Waffen
2. Schnittwunden durch ein Messer
3. Knochenbrüche
4. Ich möchte am Leben bleiben und spätestens nach drei Wochen wieder völlig gesund sein“

Seitens des Produzenten wurde – Frau G. berichtete, dass es sich fast genau wie in der Vorlage aus dem Internet abgespielt habe – mitgeteilt, dass Frau G. nach X. fliegen sollte, wo sie gewissermaßen gefangen genommen und zu einem Bauernhof verbracht werde, um dort wie geplant vergewaltigt zu werden. Es seien mindestens 30 Männer (Anm.: Es sind aus der Pornofilm-Branche so genannte Gang-Bangs mit mehreren hundert Männern bekannt), von allen würden entgegen der Vorstellung von Frau G. jedoch HIV-Tests vorliegen. Frau G. gab an, es erregte sie, als „Hure und ultimative menschliche Schlampe“ behandelt zu werden, die es wolle und verdiene, vergewaltigt zu werden. Sie genieße es, eine dreckige Hure zu sein, ihr sei ein geiler Körper gegeben worden, der von Männern benutzt werden wolle.

Auch bei Frau G. ging es um die Reduzierung der Angst vor Beziehungen, durch Ersatz von Angst durch Scham, durch Ersetzen von Angst durch Schmerzen (viel Schmerzen gleich wenig Angst) und durch die Aufwertung der eigenen Person („ultimative Schlampe“), entsprechend der in der Familie gemachten Erfahrung, dass sie nur dann eine „Bedeutung“ hatte als Sexualobjekt für den Vater und dessen „Freunde“, die regelmäßig abends in betrunkenem Zustand das Kind missbraucht hätten – so regelmäßig, dass sie dieses fest im inneren Zeitplan einkalkulierte. Außerhalb von sexuellen Handlungen habe sie in der Familie und insbesondere vom Vater absolut keine Beachtung bekommen. Dies war nun im „festen“ und damit kalkulierbaren Rahmen der Pornofilm-Szene anders, Frau G. hatte einen klar definierten und innerhalb der Szene zentralen Platz, alle „Beziehungsaktivitäten“ waren vorhersehbar und wurden letztlich von ihr selbst kontrolliert („Vertrag“).

Nicht selten erleben wir es, dass Patienten sich retraumatisieren lassen und diese Situationen durchaus auch aktiv herbeiführen (z. B. geplantes

Aufsuchen des früheren Missbrauchers): Sie intendieren eine bekannte Situation, die ihnen weniger Angst bereitet als ein neuer Weg mit unbekanntem Beziehungssituationen.

Drogen spielten übrigens bei der Mehrzahl der obigen Kasuistiken eine Rolle²: Bei Frau A. und Herrn B. war es Alkohol, bei C. nahezu alle Drogen, aber vorwiegend Kokain, bei Herrn E. und Frau G. ebenfalls Kokain. Eine Kombination von Drogen und angstbesetzter (eventuell auch extremer) Sexualität liegt ohnehin nahe: So kann einerseits eine (Pseudo-)Nähe mittels auch extremer Praktiken, um den anderen zu binden, aufrechterhalten werden, aber so können auch die Ängste direkt (hier: gerichtete Angst durch Partnerverlust, durch Angst vor Verletztwerden bei psychischer Nähe, vor Scham, durch riskante Praktiken per se) reduziert werden.

Dargestellt wurden Fälle mit extremer Sexualität. Extrem-Sexualität ist freilich nur eine von drei Varianten, die das Sexualverhalten von Borderline-Patienten häufig kennzeichnen:

1. Sexualität wird nicht gelebt; dabei sind dies oft Patientinnen mit den knappsten Tops und kürzesten Röcken. Ausgedrückt wird so die Sehnsucht nach (sexueller) Beziehung, die durch die Angst eben davor „in Schach“ gehalten wird (Herstellung von Anhedonie)
2. Extrem-Sexualität wird gelebt, was oft riskantes Sexualverhalten einschließt: viel Angst wird zwar immer wieder wahrgenommen, aber gewissermaßen „kontraphobisch“ reduziert
3. „Normale“ Sexualität wird gelebt, d. h. mit denselben Schwierigkeiten und Akzentuierung wie bei „Dir und mir“. Ängste werden nicht selten anders (auch durch andere Symptome) kompensiert, beispielsweise durch Zwänge oder Dissoziationen

Untersuchungen hierzu sind nicht bekannt, aber eine eigene Schätzung führt auch hier zu der in der Psychiatrie so oft gefundenen „Drittel-Regel“.

² Das ist letztlich auch bei den so genannten Normalen nicht anders: das Glas Sekt vorher zur Reduzierung einer Schüchternheit und Hemmung, Worte für Ängste geringeren Ausmaßes, die aber dennoch als behindernd empfunden werden und per Alkohol reduziert werden sollen.

In allen drei Gruppen, vorwiegend aber der Gruppe 1, finden sich Patientinnen und Patienten mit einer schweren Identitätsstörung, gerade auch bezüglich der sexuellen Orientierung: Wenn man nicht weiß, ob man homo- oder heterosexuell, ob man Mann oder Frau ist, dann liegt es nahe, dass dieses davor „schützt“, sexuelle Nähe zulassen zu müssen, denn man weiß ja nicht, als wer zu wem. So wird unter anderem und vermutlich zuvorderst ein Verlassenwerden vermieden.

Eine Anmerkung zu dem „Trend“ zu Geschlechtsumwandlungen sowohl von Frau zu Mann wie Mann zu Frau: Wir beobachten in der Klinik zunehmend, dass Patienten und Patientinnen mit einer schweren Borderline-Pathologie zu uns kommen oder wieder kommen, nachdem eine Geschlechtsumwandlung genehmigt und begonnen wurde, aber fast regelhaft nicht zu Ende geführt wird. In diesen Fällen muss betont werden, dass eine Operation eine Identitätsstörung aus den oben beschriebenen Gründen nicht beseitigt, sondern nur noch verstärkt. Angst lässt sich nicht herausschneiden, aber (frei flottierende) Angst wird für den Patienten scheinbar verstehbar aufgrund des erlebten OP-„Pfuschs“ bei fortbestehender psychisch dramatischer Symptomatik (d. h. Angst wird auf die Operationen bezogen und somit ausgerichtet).

Die Beziehung zwischen Sexualität und Angst wurde verschiedentlich betont. So benennen Benecke und Dammann (2009) die Angst vor Auflösung der Selbst-Objekt-Grenzen beim Geschlechtsverkehr. Lohmer und Wernz (2009) sehen sowohl die Abwehr von Sexualität als ein Angst auslösendes interpersonelles Geschehen als auch Sexualität als Abwehr-„Methode“ bezüglich unterschiedlicher Ängste („in Schach halten“). Strüber und Roth (2009) stellen dar, dass die Amygdala, die mit negativen Emotionen wie Furcht in Zusammenhang gebracht wird, bei positiven Emotionen wie Verliebtheit an Aktivität verliert; langfristige Beziehungen seien aufgrund der mit der Dauer verbundenen Gewöhnung weniger „beruhigend“, deshalb bestehe der „Anreiz“ zu neuen und damit wieder emotional hoch aufgeladenen Beziehungen. Die Amygdala werde deaktiviert bei sexueller Stimulation und Ejakulation, die also der Borderline-typischen Angst entgegenwirken dürften. Mit anderen Worten: Es besteht auch auf neurobiologischer Ebene ein Zusammenhang zwischen Angst und Sexualität.

Reduktion der Angst als Therapieziel

In der Therapiesitzung im Speziellen und auf der Therapiestation insgesamt muss eine angstfreie Atmosphäre vorherrschen, auch was das Berichten „peinlicher“ Vorgänge und Fantasien betrifft. Tabuisieren und Moralisieren verhindert die Bearbeitung sexueller Probleme. Gerade gute Erfahrungen mit den Therapeuten führen zu guten Möglichkeiten des Erprobens von Beziehungen im Rahmen der „privaten“ Beziehungen.

Das Entscheidende an unserer Arbeit ist es also, eine besondere und spezifische Atmosphäre herzustellen und aufrechtzuerhalten, die eine verändernde und heilende Kraft hat. Wie beziehen uns hier auf Winnicott (1974; 1993), der davon ausging, dass eine „haltende Funktion“ unabdingbar zum Entwickeln einer „reifen“ Beziehungsfähigkeit ist. Dementsprechend hatte schon Winnicott die nötige Umgebung eine „haltende“ genannt. Auf das Entstehen eben einer solchen haltenden Umgebung kommt es uns besonders an.

Letztlich werden ja alle Beziehungserfahrungen im Gehirn, in den neuronalen Netzwerken abgespeichert. Und sie lassen sich nicht eliminieren – weder durch Medikamente noch durch Psychotherapie. Somit erachten wir es als zentral, in der Therapie möglichst viele „gute“ (das können auch begrenzende sein) Beziehungserfahrungen zu machen, damit die „alten“ Erfahrungen durch die neuen mehr oder weniger „neutralisiert“ werden.

Für den Patienten bedeutet dieses vor allem: Angenommenwerden, ausreichende Angstfreiheit und ausreichende Beziehungssicherheit. Für das Behandlungsteam bedeutet dieses vor allem: sich immer wieder auf neue Menschen und ihr schwieriges Beziehungsverhalten, das ja auch ein Beziehungsangebot beinhaltet, individuell und flexibel einzulassen.

Hierzu gehört allerdings ein schwieriges therapeutisches „Kunststück“: die Unterscheidung zwischen der Angst des Patienten bezüglich Sexualität und der Angst des Therapeuten bezüglich der Sexualität des Patienten und der eigenen Person. Kernberg (1989, S. 267–268) beschreibt die projektive Identifizierung prägnant: „Das Subjekt projiziert unerträgliche intrapsychische Erlebnisse auf ein Objekt, ver-

bleibt in Einfühlung mit dem, was es projiziert, versucht im ständigen Bemühen, das unerträgliche Erlebnis abzuwehren, das Objekt zu kontrollieren und bringt das Objekt in einer echten Interaktion unbewußt dazu, das auf ihn Projizierte tatsächlich zu erleben.“ Mit anderen Worten: Soll die Therapie auch bezüglich der sexuellen Störungen des Patienten gelingen, muss der Therapeut seine Gefühle daraufhin prüfen, ob sie aus ihm selbst heraus entstanden sind oder ihm per projektiver Identifizierung vom Patienten „untergeschoben“ wurden. Das allerdings bezieht sich nicht nur auf Gefühle bezüglich Sexualität, sondern auf alle Gefühle – von denen uns die bezüglich Sexualität oft besonders suspekt sind, was dann fast zwangsläufig zur Nichtbearbeitung der Sexualität unserer Patienten oder zur Vermittlung eigener Moralvorstellungen führt. Das müssen jedoch nicht die unserer Patienten sein, und somit gleiche der Therapeut mehr einem Mitglied der katholischen Glaubenskongregation denn einem Psychotherapeuten.

Literatur

- Benecke C, Damman G (2009). Lust und andere Affekte. In: Dulz B, Benecke C, Richter-Appelt H (Hrsg). *Borderline-Störungen und Sexualität*. Stuttgart, New York: Schattauer; 110–125.
- Bleuler M (1983). *Lehrbuch der Psychiatrie*. 15. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Deneke FW (1999). *Psychische Struktur und Gehirn. Die Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Dörner K (1998). Welche Affekte charakterisieren die Borderline-Persönlichkeitsstörung? Diplom-Arbeit. Universität Hamburg. Fachbereich Psychologie.
- Dornes M (1997). *Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Dulz B (1999). Wut oder Angst – welcher Affekt ist bei Borderline-Störungen der zentrale? *Persönlichkeitsstörungen*; 3: 30–35.
- Dulz B (2000). Der Formenkreis der Borderline-Störungen: Versuch einer deskriptiven Systematik. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, New York: Schattauer; 57–74.
- Dulz B, Jensen M (2000). Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, New York: Schattauer; 167–193.
- Dulz B, Schneider A (1995). *Borderline-Störungen. Theorie und Therapie*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Hoffmann SO (1998). Die Angst der Borderline-Patienten und seine Beziehungen. *Persönlichkeitsstörungen*; 2: 4–9.
- Kernberg OF (1989). Projektion und projektive Identifikation. *Entwicklungspsychologische und klinische Aspekte*. *Forum Psychoanal*; 5: 267–83.
- Kernberg OF (1997a). Wut und Haß. Über die Bedeutung von Aggression bei Persönlichkeitsstörungen und sexuellen Perversionen. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Kernberg OF (1997b). Aggression, Trauma und Haß in der Behandlung von Borderline-Patienten. *Persönlichkeitsstörungen*; 1: 15–23
- Lohmer M, Wernz C (2009). Sexualität und Abwehrmechanismen. In: Dulz B, Benecke C, Richter-Appelt H (Hrsg). *Borderline-Störungen und Sexualität*. Stuttgart, New York: Schattauer; 148–157.
- Piontelli A (1996). Vom Fetus zum Kind: Die Ursprünge des psychischen Lebens. Eine psychoanalytische Beobachtungsstudie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Strüber D, Roth G (2009). Liebe und Sexualität und Gehirn. In: Dulz B, Benecke C, Richter-Appelt H (Hrsg). *Borderline-Störungen und Sexualität*. Stuttgart, New York: Schattauer; 31–41.
- Winnicott DW (1974, 1993). Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt/M.: Fischer.
- Winnicott DW (1978, 1992). Familie und individuelle Entwicklung. Frankfurt/M.: Fischer.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Birger Dulz
Asklepios Klinik Nord/Ochsenzoll
Klinik f. Psychiatrie u. Psychotherapie
Langenhorner Chaussee 560
22419 Hamburg
E-Mail: b.dulz@asklepios.com