

Borderline-Störungen und Sexualität

Dr. Birger Dulz

*Borderline-Störungen werden allein schon deshalb mit Sexualität in Verbindung gebracht, weil in rund 80 Prozent eine komplexe PTSD komorbid vorhanden ist^[7] – oft also sexueller Missbrauch. Letztlich ist die (pathologische) Sexualität bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen jedoch völlig unerforscht.**

Vermutlich existieren drei Gruppen, 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 „kontraprophisch“ reduziert.

3. „Normale“ Sexualität wird gelebt, mit denselben Schwierigkeiten und Akzentuierungen wie bei „Dir und mir“. Ängste werden nicht selten (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“.

In allen drei Gruppen, vorwiegend aber der Gruppe 1, finden sich Patientinnen und Patienten mit einer schweren Identitätsstörung bezüglich gerade auch der sexuellen Orientierung: Wenn man nicht weiß, ob man homo- oder heterosexuell, Mann oder Frau ist, 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.

Störungen der Sexualität werden meist nicht systematisch behandelt. Da Sexualität nun aber zu zufriedenstellenden Liebesbeziehungen gehört, dürfte dies ein wesentlicher Faktor für eine fortbestehende Unzufriedenheit bezüglich enger Beziehungen sein, wenn sonst keine Borderline-Symptome mehr nachweisbar sind.

Vermutlich ist die Behandlung von „keine Sexualität“ noch schwieriger als „extreme Sexualität“ – es ist immer leichter, etwas Vorhandenes zu therapieren, als das, was nicht vorhanden ist.

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^[9] beginnt und seine Wiederbelebung durch die Realtraumatisierung erfährt.^[2] Diese archaische und traumatische sogenannte frei flottierende Angst – sie entspricht aufgrund ihrer „Wurzeln“ mehr einer Grund- denn einer konkreten Erwartungsangst – wird „automatisch“ als innerseelische Abwehr gegen unbewusst erwartete Bedrohungen (im Rahmen von Beziehungen) aufgebaut. Sie äußert sich oft „getarnt“ sowohl auf der deskriptiven wie der strukturellen Ebene.^[4]

* Erstmals wurde jetzt eine umfassende Darstellung des Themenkomplexes publiziert: Dulz B, Benecke C, Richter-Appelt H (Hrsg.) (2009). *Borderline-Störungen und Sexualität*. Stuttgart: Schattauer.

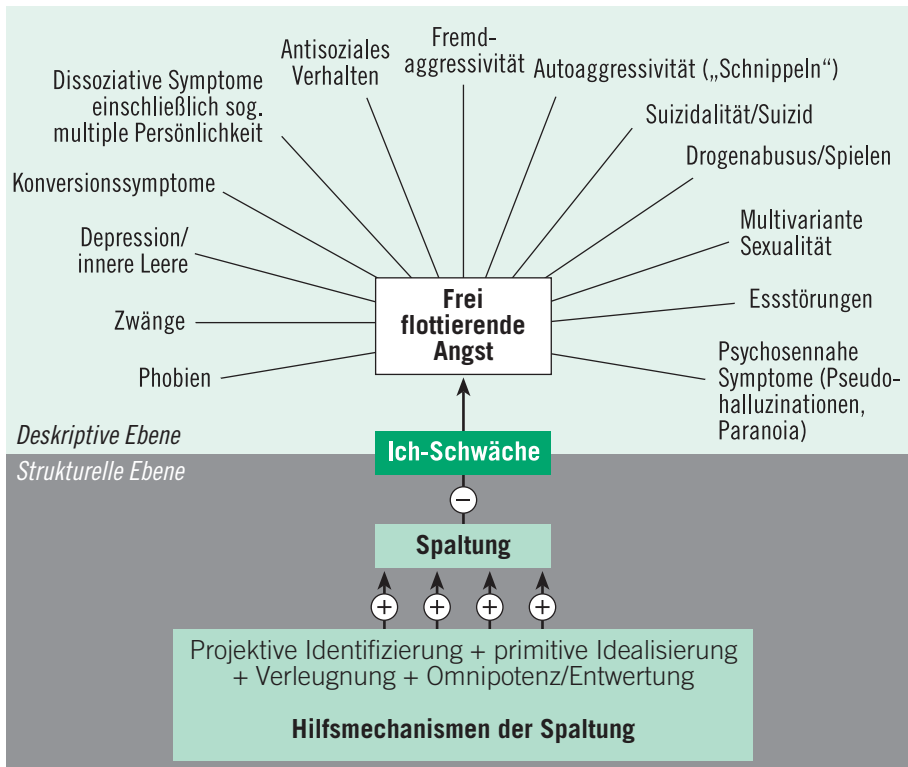


Abb. 1: Angstreduzierung auf der deskriptiven (Symptome) und strukturellen (Beziehungen) Ebene. Aus: Dulz B (2009). Sexualität und frei flottierende Angst. In: Dulz B, Benecke C, Richter-Appelt H (Hrsg.). Borderline-Störungen und Sexualität. Ätiologie, Störungsbild und Therapie. Schattauer, Stuttgart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

Hoffmann^[5] 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.

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

Die zahlreichen möglichen Symptome wie Phobien, Zwänge, Drogenabusus, aber eben auch Sexualität dienen dem „konstruktiven“ Umgang mit der unfassbaren frei flottierenden Angst, indem diese Angst ausgerichtet wird (z. B. Phobie, Paranoia), versucht wird zu kontrollieren (Zwänge) oder auch abgespalten und so unspürbar wird (Dissoziationen, Drogen).^[3,4] Auch die

Abwehrmechanismen ermöglichen eine Angstreduzierung: 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 Verlustängste.

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 die Sexualität dient dazu, Angst nicht zu spüren, zu reduzieren oder zu vermeiden (Vermeidung emotionaler Nähe durch Handlungen mit Pseudonähe). Zudem kann sie mit Ersetzen der diffusen Angst durch eine gerichtete vermindert werden – etwa vergleichbar mit dem abrupten Beenden einer schizophrenen Symptomatik angesichts eines Beschusses.^[1]

Frau A. und Herr B., Patienten auf der Borderline-Station, 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 ernststen 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 Ausmaß, die es ihnen ermöglichte, ohne dieses Ausmaß an Gewalt miteinander 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 erfah-

ren hätten oder es 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 entwerten.

Bei Frau A. und Herrn B. führte das gefährliche Würgen (neben einer Asphyxie 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 seine Bedürfnisse). Daneben spielte auch die Angstreduktion durch Agieren beider Patienten eine deutliche Rolle.

„Ich (L. M.) 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 verknappte 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 genommen. 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 Sinnestau, 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 verlieben ... Alles wurde extremer, es gab bald keine Grenzen mehr. Ich gewöhnte mich an das Ungeöhnliche, also musste wieder ein höherer Reiz her. 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 konnte die Patientin erst in der Therapie erkennen, 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 geheißt, dass ich schwach wäre. Ich konnte diese Feelings in mir nicht aushalten.“ Es geht also insbesondere um die Vermeidung von Schwäche, denn die stand in Verbindung mit einem Verlorensein, mit Angst vor Verletzung.

Frau L. M. 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 an, dass es auch um das Vermeiden von Schwäche gegangen sei – Schwäche war es gewesen, auf die sie es zurückgeführt hatte, als Heranwachsende sexuell missbraucht worden sein zu können.

Frau C. befand sich zur Beziehungszentrierten Psychodynamischen Psychotherapie in unserer Klinik, wobei das Haus der „Borderline-Station“ damals direkt neben dem Gebäude der Forensik lag. Sie erfuhr rasch, dass der sogenannte 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, „frei flottierenden“ Angst.

Kontaktaufnahme über E-Mail ist heute üblich und kommt massenweise vor. Oft geht es primär um Sexualität und auffällig häufig um sadomasochistische Fantasien. Diese werden durchaus nicht 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“, der angegeben hat, B. habe in das Abtrennen des äußeren Teiles seines Penis und seine darauf folgende Tötung eingewilligt. Die Vorgänge wurden teils filmisch dokumentiert.

Nicht selten lassen sich Patienten retraumatisieren und führen diese Situationen auch aktiv herbei (z. B. geplantes Aufsuchen des früheren Missbrauchers): Sie suchen eine bekannte Situation, die ihnen weniger Angst bereitet als ein neuer Weg mit unbekannteren Beziehungssituationen.

Die Amygdala, die mit negativen Emotionen wie Furcht in Zusammenhang gebracht wird, verliert bei positiven Emotionen wie Verliebtheit an Aktivität.^[8] Langfristige Beziehungen sind aufgrund der mit der Dauer verbundenen Gewöhnung weniger „beruhigend“, daher der „Anreiz“ zu neuen und damit wieder emotional hoch aufgeladenen Beziehungen. Die Amygdala wird bei sexueller Stimulation und Ejakulation deaktiviert, die also der Angst entgegenwirken dürften. Auch auf neurobiologischer Ebene besteht also ein Zusammenhang zwischen Angst und Sexualität.

Reduktion der Angst als Therapieziel

In der Therapiesitzung und auf der Therapiestation muss eine angstfreie Atmosphäre vorherrschen, auch was das Berichten „peinlicher“ Vorgänge und Fantasien betrifft. Tabuisieren und Moralisieren verhindert die Bearbeitung sexueller Probleme



aus, dass eine „Haltende Funktion“ un-abdingbar zum Entwickeln einer „reifen“ Beziehungsfähigkeit ist. Dementsprechend nannte er die nötige Umgebung eine „haltende“. Auf das Entstehen einer solchen haltenden Umgebung kommt es uns besonders an.

Letztlich werden alle Beziehungserfahrungen in den neuronalen Netzwerken abgespeichert und lassen sich weder durch Medikamente noch durch Psychotherapie eliminieren. Somit erachte ich es als zentral, in der Therapie möglichst viele „gute“ (auch begrenzende) Beziehungserfahrungen zu machen, damit die „alten“ Erfahrungen durch die neuen mehr oder weniger neutralisiert werden.

Für den Patienten bedeutet das vor allem: Angenommenwerden, ausreichende Angstfreiheit und Beziehungssicherheit. Für das Behandlungsteam bedeutet es 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^[6] beschreibt die projektive Identifizierung prägnant: „Das Subjekt projiziert unerträgliche intrapsychische Erlebnisse auf ein Objekt, verbleibt 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.“ Soll die Therapie auch bezüglich der sexuellen Störungen des Patienten gelingen, muss der Therapeut also 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 gliche der Therapeut mehr einem Mitglied der katholischen Glaubens-kongregation denn einem Psychotherapeuten.

Literatur

- [1] Bleuler M (1983). Lehrbuch der Psychiatrie. 15. Auflage. Berlin, Heidelberg, NewYork: Springer: 461.
- [2] Dulz B (1999). Wut oder Angst – welcher Affekt ist bei Borderline-Störungen der zentrale? Persönlichkeitsstörungen 3: 30-5.
- [3] 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, NewYork: Schattauer: 57-74.
- [4] Dulz B, Schneider A (1995). Borderline-Störungen. Theorie und Therapie. Stuttgart, NewYork: Schattauer.
- [5] Hoffmann SO (1998). Die Angst der Borderline-Patienten und seine Beziehungen. Persönlichkeitsstörungen 2: 4-9.
- [6] Kernberg OF (1989). Projektion und projektive Identifikation. Entwicklungspsychologische und klinische Aspekte. Forum Psychoanal 5: 267-8.
- [7] Sack M, Sachsse U, Dulz B (2009). Störungen der Sexualität bei Patientinnen und Patienten mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung. In: Dulz B, Benecke C, Richter-Appelt H (Hrsg.) Borderline-Störungen und Sexualität. Stuttgart, NewYork: Schattauer: 134-7.
- [8] Strüber D, Roth G (2009). Liebe, Sexualität und Gehirn. In: Dulz B, Benecke C, Richter-Appelt H (Hrsg.) Borderline-Störungen und Sexualität. Stuttgart, NewYork: Schattauer: 31-41.
- [9] Winnicott DW (1974, 1993). Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt/M.: Fischer: 60 f.

me. Gerade gute Erfahrungen mit den Therapeuten führen zu guten Möglichkeiten, im „privaten“ Rahmen Beziehungen zu erproben.

Das Entscheidende an unserer Arbeit ist also, eine besondere und spezifische Atmosphäre herzustellen und aufrechtzuerhalten, die eine verändernde und heilende Kraft hat. Winnicott^[9] ging davon

Kontakt

Dr. Birger Dulz

II. Fachabteilung Psychiatrie
 Persönlichkeitsstörungen/Trauma
 Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll
 Langenhorner Chaussee 560
 22419 Hamburg

Tel. (0 40) 18 18-87 24 28
 Fax (0 40) 18 18-87 15 36

E-Mail: b.dulz@asklepios.com