

Wolfgang Krüger

Sexualität und Beziehungen bei Menschen mit Psychose und Sucht (Beitrag zur Buchvorstellung des Psychiatrieverlages, 29.11.2010 in Köln)

Sehr geehrte Damen und Herren,

Da ich heute das erste Mal im Rahmen einer Buchpräsentation auftrete, habe ich mir lange überlegt, was ich in einem solchen Rahmen sagen soll. Würden wir heute einen Kriminalroman vorstellen, würde der Autor wahrscheinlich nicht des Rätsels Lösung am Schluss des Buches verraten, sondern sich damit begnügen, die Zuhörer neugierig zu machen; schließlich sollen sie das Buch auch noch kaufen und lesen. Ähnlich will ich es handhaben. Ich will mich damit begnügen, Sie auf das Thema neugierig zu machen und dabei eher beiläufig einige Hauptthesen erwähnen.

Nachdem ich Harald Sadowski und Frieder Niestrat meinen Beitrag zu diesem Buch angeboten hatte, beschäftigte mich natürlich auch die Frage, ob es zum Thema „Sexualität und Beziehungen bei Doppeldiagnosepatienten“ schon Veröffentlichungen gibt und ich fand im deutschsprachigen Raum keine. Unter anderem im Psychiatrieverlag sind einige sehr gute Veröffentlichungen zu Sexualität, Beziehungen und Partnerschaft bei *psychisch Erkrankten* erschienen. Schwieriger scheint es offenbar zu sein, so bald als weiterer Faktor eine Suchterkrankung hinzu tritt. Ich vermute, dass dies mit einer Jahrzehnte lang sehr restriktiven Haltung im Bereich der Suchttherapie zusammenhängt. Hier dominierten noch bis vor Kurzen eher vorwissenschaftliche Theorien, wie zum Beispiel:

Menschen mit einer Suchterkrankung werden in der Regel gemeinsam rückfällig; ihre Beziehungen sind per se süchtig geprägt oder allenfalls durch „co-abhängige“ Partner stabilisiert. Nicht wenige Einrichtungen haben daher noch heute ein „Beziehungsverbot“ während der Betreuung oder Behandlung.

Missbrauch und psychosexuelle Entwicklungsstörungen

Eine Ausnahme von dieser theoretischen und praktischen Abstinenz bilden in den letzten Jahren zahlreichen Veröffentlichungen zum Thema „Trauma und Sucht“, etwa von Schäfer und Krausz. Sie haben deshalb eine große Bedeutung, weil gerade bei Abhängigkeit von Drogen und psychiatrischer Komorbidität Erfahrungen sexuellen Missbrauchs überdurchschnittlich häufig in der Vorgeschichte zu finden sind.

Sexueller Missbrauch wird dabei – wohl deshalb, weil es sich meist um Studien zu posttraumatischen Belastungsstörungen handelt – meist sehr eng – im Sinne physischer sexueller Übergriffe und Gewalt – definiert. Durch diese Fokussierung entsteht aber auch ein Problem:

Ganz zu Beginn meines Aufsatzes finden Sie exemplarisch die Schilderung eines Mannes, der während der Pubertät an einer schizophrenen Psychose erkrankte, lange eine männliche Identifikationsfigur vermisste und noch im fortgeschrittenen

Alter stark an seine Mutter gebunden ist. Als sein Kernproblem gibt er an, noch nie einen sexuellen Kontakt zu einer Frau gehabt zu haben. Er nimmt an, „impotent“ zu sein, obwohl er organisch gesund ist. Gleichzeitig sieht er sich mit mittlerweile 50 Jahren einem beginnenden Alterungsprozess gegenüber.

Solche Konstellationen werden einige von Ihnen aus der Praxis kennen. Sie finden sich nicht selten bei früh erkrankten Menschen mit ausgeprägten psychosexuellen Reifungskrisen und verweisen darauf, dass nicht nur direkte Missbrauchserfahrungen, sondern auch die seit langem bekannten ödipalen Bindungen und Konfliktsituationen tief traumatisierend wirken können – dies auch dann, wenn Grenzüberschreitungen hier meist weit unterhalb der Schwelle eines physisch definierten sexuellen Missbrauchs angesiedelt sind und sich im Rahmen kulturtypischer Familienstrukturen vollziehen.

Sexualität in Halluzination und Wahn

Ein weiterer Grund, der mich zur Beschäftigung mit dem Thema treibt ist die Häufigkeit, mit der wir beobachten können, dass Symptome der Psychose, wie Wahn und Halluzination, ausgesprochen starke sexuelle Färbungen haben.

Eine Bewohnerin unserer Einrichtung mit den Diagnosen Schizophrenie und Heroinabhängigkeit begibt sich während einer akuten psychotischen Episode in psychiatrische Akutbehandlung. Während einer der üblichen Beurlaubungen in den Faßbacher Hof erscheint sie tränenüberströmt in meinem Büro und berichtet darüber, ihre Stimmen befahlen ihr, mit ihrem Vater Geschlechtsverkehr zu haben. Eine dieser Stimmen sei diejenige ihrer Mutter. Immer wieder verlangt sie von mir: Du musst mir glauben, dass ich das nicht will; schließlich ist es eine Todsünde (die Klientin hat einen streng muslimischen Hintergrund). Den Inhalt ihrer Stimmen hatte sie in der Klinik auf Grund von Scham- und Schuldgefühlen noch nicht mitgeteilt.

Kurz darauf findet auf Station eine gemeinsame Fallbesprechung zwischen der Klientin, uns und Stationspersonal statt. Die Klientin scheint hier meine Anwesenheit zu nutzen und offenbart - erneut emotional enorm erschüttert- den Inhalt ihrer Stimmen. Dabei trifft sie auf extrem verunsicherte Gesprächspartner. Ohne erkennbaren Versuch, auf die Patientin einzugehen, wechselt das Gespräch auffällig abrupt zum Thema Medikamente.

Ich selbst verlasse diese Fallbesprechung hochgradig irritiert. Wir alle wissen nicht, warum die Klientin gerade diese Stimmen hört. Ist es eine inzestuöse Bindung? Fest zu stehen scheint mir aber unabhängig davon: Wenn die Klientin die Erfahrung macht, dass Behandelnde und Betreuende ihre Stimmen nicht hören, sondern nur „weg machen“ wollen, wird sie dies zwangsläufig als zusätzlichen Beleg für ihre „Schuld“ interpretieren.

Hierin findet sich ein allgemeiner in meinem Beitrag ausführlicher begründeter Kern. Wir wissen aus der Vulnerabilitäts-Stress-Hypothese, dass durchaus *unspezifische*

Reizüberflutungen zu akuten Psychosen führen. Daher sind wir daran gewöhnt, Strategien der Reizabschirmung und des Reizschutzes in den Mittelpunkt der Behandlung und Betreuung zu stellen. Allerdings haben andererseits die *spezifischen* Ausprägungen von Wahn- und Halluzination immer auch einen Bezug zu ungelösten Problemkomplexen der individuellen Lebensgeschichte. Die sehr häufigen sexuellen Inhalte akuter „Symptome“ verweisen darauf, dass es sich hier um Problemlösungsversuche des Betroffenen handelt, sie treten ihm psychotisch „abgespalten“ häufig auch deshalb gegenüber, weil die zu Grunde liegenden Traumatisierungen anders kaum zu ertragen sein dürften.

Sexualität und Suchtmittelgebrauch

Ein dritter Aspekt war für mich die Frage, ob es nicht zwischen Sexualität, Lust, Unlust und Substanzgebrauch eine Korrelation gibt. Auch hierzu ein kleines Beispiel: Auf dem Faßbacher Hof besprechen wir regelmäßig alle Suchtmittelrückfälle in unseren wöchentlichen Hausversammlungen. In der Besprechung des Cannabis-Rückfalles einer unserer Bewohnerinnen ergab sich einmal folgende Gesprächssequenz, die ich Ihnen sinngemäß wiedergeben möchte:

Bewohnerin (schuldbewusst): Ich weiß ja, dass das verboten ist. Außerdem sind nachdem ich geraucht habe meine Stimmen wieder lauter geworden. Ich werde jetzt auch nie wieder etwas nehmen.

Ich: Ich denke, dass jeder Mensch Dinge tut, von denen er zunächst etwas Positives erwartet. Mich würde mehr interessieren, was für Dich an Deinem Konsum gut ist. Sonst können wir, so denke ich, keine Alternativen finden.

Bewohnerin (verunsichert) Na gut, mir ging es seit Monaten total Scheiße. Die Stimmung war im Keller. Dass das für meine Stimmen nicht gut ist weiß ich selbst. Aber wir haben wenigstens mal wieder gelacht und waren total albern.

(Nach einer Pause): Außerdem würde ich am liebsten koksen. Ich bin echt stolz darauf, dass ich das nicht gemacht habe, dann ist es mit den Stimmen noch schlimmer. (Nach einer weiteren Pause): Koks ist echt das Größte für mich. (Sieht mich an:) Wolfgang, dass musst Du auch mal probieren, ist besser als ein Orgasmus.

Mir ist diese Sequenz natürlich deshalb besonders in Erinnerung, weil ich damals zum ersten Mal als Einrichtungsleiter im Rahmen einer Hausversammlung zum Koksen aufgefordert wurde, was einer gewissen Situationskomik nicht entbehrte.

Hier erwähne ich das Beispiel aus einem anderen Grund. Nehmen wir die subjektiven Konsummotive unserer Klienten ernst, gibt es zweifelsfrei bei einer Reihe von Substanzen Ähnlichkeiten zwischen Drogenräschen und Sexualräschen, was die Betroffenen, wenn man sie nur dazu ermutigt, auch offen formulieren. Gelegentlich nehmen sie hierfür auch die Herbeiführung einer durchaus positiv erlebten Psychose in Kauf, ein Zusammenhang, der uns schon seit den 80er Jahren durch einige frühe Veröffentlichungen von Erich Wulff bekannt ist.

Darüber hinaus wäre es meines Erachtens durchaus möglich, die Wirkung nahezu aller psychotropen Substanzen auf einer Matrix zwischen Lustgewinnung einerseits und Unlustvermeidung andererseits zuzuordnen. Die Beziehungen zu sexuellem Erleben sind dabei teils unmittelbarer, teils mittelbarer Art. Wahrscheinlich ist der Konsum psychotroper Substanzen gerade deshalb eine anthropologische Konstante der Kulturentwicklung, weil er zentral der Affektbeeinflussung im Sinne von Lustgewinnung und Unlustvermeidung dient. Aus Gründen der Kürze gehe ich hierauf nicht näher ein. Lesen Sie also einfach nach.

Sexualität bei Menschen mit und ohne Psychose

Wie bereits erwähnt haben wir in den letzten 20 Jahren ca. 200 Klienten in der Regel mehrjährig betreut. Der Faßbacher Hof ist daher ein hervorragendes Feld für sehr langfristige teilnehmende Beobachtungen. In der Einrichtung befinden sich neben Menschen mit Psychose und Sucht auch solche mit psychischen Störungen eher „neurotischen“ Typs. Im Vergleich beider lässt sich beobachten, dass es keineswegs eine geringere sexuelle Aktivität von Psychosekranken gibt, eine Beobachtung, die etwa auch bei Mentzos in seinen Ausarbeitungen über Psychose und Sexualität macht. In einigen Fällen zeigen Menschen mit einer eher „neurotischen“ Struktur sogar mehr Ängste, Hemmungen oder Schuldgefühle insbesondere gegenüber genitaler Sexualität. Andererseits finden sich nicht selten Psychosekranken mit einer hohen Enthemmung, die in ihrer Direktheit gelegentlich ihren Bezugsbetreuern die Schamesröte ins Gesicht treiben. Sexuelle Beziehungen zwischen Psychosekranken sind durchaus häufig.

Grundlegende Besonderheiten der Sexualität Psychosekranker scheint es nach all unseren Eindrücken nicht zu geben. Alles, was Sie im ICD 10 über „sexuelle Funktionsstörungen“ finden kann bei Menschen mit und ohne Psychose, auch bei Menschen ohne jede andere psychiatrische Diagnose auftreten.

In der Praxis findet sich bspw. häufig das Problem tatsächlicher oder vermuteter männlicher Impotenz, wobei es häufig schwer ist, körperliche, psychische und durch Neuroleptika bedingte Ursachen zu unterscheiden. Gelegentlich finden sich weiblicher und männlicher Libidoverlust, der nicht selten auch durch die Substitution mit Methadon verstärkt werden kann. Beim Thema der Sexualpräferenzen finden Sie fast alles, was es auch bei nicht-psychotischen Menschen gibt, wie z.B. Fetischismus oder – manchmal auch lang anhaltende – sadomasochistische Beziehungen. Gerade bei letzterem kann die Grenzziehung zwischen „Missbrauch“ und freiwilliger Übereinkunft manchmal durchaus schwierig sein.

Generell scheinen Bedeutung und Struktur des Sexualtriebes bei Psychosekranken also nicht anders zu sein als bei anderen Menschen. Besonderheiten scheint es eher auf der Ebene der „Objektbeziehungen“ zu geben, kurz angedeutet in der Frage: Können Menschen mit teilweise extremen Ich-Fragmentierungen wirklich

Objektbeziehungen erleben – oder setzt das Erleben eines „Du“ nicht zunächst ein relativ kohärentes „Ich“ voraus?

Beziehungsskizzen

An diesem Punkt der Überlegungen setzen nun die Hauptteile meines Buchbeitrages an, die ich Ihnen aber nicht mehr ausführlich schildern will (siehe oben – man verrät die Pointe nicht).

In einem Teil handelt es sich um die Frage, welche Widerstände es eigentlich bei uns als Betreuenden und Behandelnden gegenüber einer offenen Kommunikation über Sexualität und Beziehungen gibt.

In einem weiteren Teil werden die Ergebnisse einer anonymen „Zufriedenheitsbefragung“ dargestellt, die wir 2009 parallel unter Klienten und Betreuern durchgeführt haben. Hier geht es um die Frage, welche Lebensbereiche für die subjektive Zufriedenheit unserer Klienten eine größere oder geringere Bedeutung haben, welchen Rang Beziehungen dabei haben, und welche Fehleinschätzungen unseres Teams dabei deutlich wurden.

Im Schlussteil finden Sie schließlich eine Reihe von exemplarischen „Beziehungs-Skizzen“. Sie fußen alle auf mehrjährigen „teilnehmende Beobachtungen“ im Rahmen der Einrichtung oder des ambulant Betreuten Wohnens. Leider hat der Lektor den Titel des Abschnitts von „Beziehungs-Skizzen“ in „Fallskizzen“ geändert, was die Sache nicht ganz trifft, da es im Wesentlichen um die Dynamik der Paarbildungen geht.

Einige der Fragestellungen, die mich dabei leiteten waren:

- Wirken sich die Beziehungen Psychosekranker auf den Kern der psychotischen Erkrankung aus oder nicht?
- Führen die Beziehungen zu Destabilisierungen oder existieren bei den Betroffenen sinnvolle Muster der Ergänzung wechselseitiger Stärken und Schwächen?
- Welche Besonderheiten der „Objektbeziehung“ sind bei Menschen mit chronischen Psychosen zu beobachten?
- Sind Rückfälle oder exzessiver Konsum in Beziehungen zwischen Menschen mit Doppeldiagnose „vorprogrammiert“ oder kann der Suchtmittelmissbrauch eher durch den Verlust von Beziehungen verursacht oder mit verursacht werden?

Ich wünsche Ihnen eine angenehme Lektüre.