

Masochismus und die lebensgefährliche Selbstschädigung

W. Berner, Hamburg

Einleitung

Krafft-Ebing (1890) hat die Symptome des Masochismus nach dem Leben und Werk des Leopold von Sacher-Masoch (1836 - 1895) benannt und beschrieb so die "Lust am Schmerz" (die von Schrenk-Notzing 1892, "passive Algolagnie" oder "Algophilie" bezeichnet wurde) in einem Kontext der zunehmend die Rolle der Phantasie für die sexuelle Erregung deutlich machte und "neuronale" Erklärungen (Steigerung der sexuellen Erregung durch parallele Innervierung der Schmerzfasern) in den Hintergrund drängte. Der gesuchte Schmerz wurde für Krafft-Ebing zum Ausdrucksmittel für "die Lust an der Unterwerfung und Demütigung". Auch das gemeinsame Auftreten von Sadismus und Masochismus bei einer Person hat schon Krafft-Ebing beschrieben. Der Masochismus erschien ihm auch (ähnlich wie Freud!) eine besondere Steigerungsform von bei Frauen "physiologisch" vorkommenden Phantasiebildern. Es handle sich gewissermaßen um "weibliche" Erlebnisformen bei Männern. Es gibt Beispiele in der Geschichte, in denen Männer, die es liebten, sich Frauen zu unterwerfen (z.B. der Troubadour im Minnesang) gesellschaftlich hohen Status erlangen konnten. Die junge Psychiatrie und Sexualwissenschaft vor der Jahrhundertwende hat das im Gegensatz dazu als Krankheit konzipiert und in die Nähe von Nervendegeneration gestellt.

Für die folgende Argumentation ist es wichtig, daß schon für Krafft-Ebing das entscheidende Element masochistischer Lust eine Vorstellung ist. Die Vorstellung von Unterwerfung und Demütigung. Der erlebte Schmerz dient nur der Symbolisierung von Unterwerfung unter den anderen. Er wäre ohne die gleichzeitige Vorstellung von "Unterworfenheit" an sich nicht lustvoll.

S. Freud übernahm von Krafft-Ebing den Begriff des Masochismus, um zunächst damit nur einen Pol eines sexuellen Partialtriebes (Sadomasochismus) zu bezeichnen und eine Perversion, die auf eine Fixierung auf das Befriedigungsmuster dieses Partialtriebes zurückzuführen ist. Zu diesem Zeitpunkt definiert er Masochismus als "alle passiven Einstellungen zum Sexualleben und Sexualobjekt, als deren äußerste die Bindung der Befriedigung an das Erleiden von physischem oder seelischen Schmerz von Seiten des Sexualobjekts erscheint" (1905 d, Seite 57). In einer zweiten Phase der Freud'schen Konzeptualisierung wird das *Schuldgefühl* zu einem entscheidenden Element des Masochismus: Die Lust am Geschlagenwerden sei "nicht nur die Strafe für die verpönte genitale Beziehung, sondern auch der regressive Ersatz dafür" (Freud 1919 e, Seite 209). Die sexuelle Lust und die Strafe dafür seien also verschmolzen. In einer dritten Phase schließlich (nach der neuen Konzeptualisierung der Triebe in Lebens- und Todestrieb - 1920) wird auch ein neues Konzept des Masochismus notwendig (1924). Der *primäre* Masochismus (auch *erogener* M. genannt) sei eine Mischung aus (vom Todestrieb abgeleiteter) selbstdestruktiven Tendenz mit Libido, die bei manchen Menschen stärker ausgeprägt sei als bei anderen. Der Sadismus entsteht nach dieser Auffassung überhaupt erst durch Verschiebung dieser ursprünglich selbstdestruktiven Tendenz auf andere Objekte und damit nach außen. Eine Rückwendung der erotisierten Destruktivität zurück auf die eigene Person wird als *sekundärer* Masochismus bezeichnet. Die wichtigste und zugleich häufigste Erscheinungsform wäre aber der *moralische* Masochismus, bei dem unbewußtes Schuldgefühl und Strafbedürfnis im Vordergrund stehen und der mit, aber auch ganz ohne sexuelle Konnotation auftreten könne. Der moralische Masochismus müsse von einem unbewußt weiter wirkenden internalisierten Gebot im Sinne eines Über-Ichs, wie es in jeder "normalen" ödipalen Entwicklung entstehe, unterschieden werden. Beim moralischen Masochismus bekommen die an sich jedem Individuum selbstverständlichen und für die menschliche Loyalität notwendigen moralischen Ansprüche des Über-Ichs einen absolut unflexiblen sadistisch-zerstörerischen und zugleich verdächtig lustvollen Charakter.

Die Beiträge nach Freud können hier nur in kursorischer und bestimmte Entwicklungen akzentuierender Form wiedergegeben werden. Die metapsychologischen Überlegungen zum Todestrieb traten bei den meisten Autoren - mit wenigen Ausnahmen - in den Hintergrund. Bei Kleinianern, wie z.B. bei Rosenfeld (1971 und 1985) und seinem Konzept vom destruktiven Narzissmus, in dem sich Patienten geradezu eingekerkert fühlen, wie bei der Depression und vom Wunsch zu sterben beherrscht, wird dieser Wunsch auf den Todestrieb zurückgeführt. Die Komponente des verletzten Narzissmus nimmt hingegen bei vielen Autoren breiten Raum ein (Bergler 1961, Stolorow 1975, Cooper 1988, Kernberg 1988, Nowick und Nowick 1991). Dieser wird einerseits im Erleben der mehr oder weniger bewußten Kontrolle über den Sadisten - zum Beispiel an bestimmten vom Masochisten bestimmten Ritualen - sichtbar oder in der Vorstellung, der größte aller Leidenden zu sein, andererseits spielt der Narzissmus auch für die Genese des Masochismus eine wichtige Rolle, wenn eben oft präödiptalen Verletzungen, die verleugnet und abgespalten werden müssen, in Analysen von masochistischen Patienten berichtet werden. Die Wiederholung solcher traumatischen Erlebnisse und ihre Umwandlung in (narzisstischen) Triumph wurde für Stoller überhaupt die wichtigste Metapher zur Erklärung von Perversion - weit über den Masochismus hinaus (Stoller 1975, 1976). Gleichzeitig tritt Stoller, wie viele andere neuere Autoren für größere terminologische Klarheit ein und warnt vor den weitverbreiteten Kurzschlüssen, erotischen und moralischen Masochismus gleichzusetzen, und immer bei selbstschädigender Tendenz oder einer Tendenz zur Selbstbestrafung auch gleichzeitig einen erotischem Masochismus anzunehmen und umgekehrt. Was von der Phänomenologie her oft als "masochistisch" bezeichnet wird und damit ein bestimmtes triebhaftes Erleben nahelegt, ist oft überdeterminiert und im Hinblick auf Überichpathologie (Schuldabwehr) Ichorganisation, Integration von Objekt-beziehungen, Entwicklung des Narzissmus, Angsttoleranz und erst dann auch dem Aspekt der Integration von aggressiven und libidinösen Impulsen hin zu untersuchen (Kernberg 1988). Besonders wegen der terminologischen Unklarheiten, die oft zu rasch und zuviel zunächst beim Betroffenen noch gar nicht Geklärtes implizieren spricht Coen

(1988) von der sadomasochistischen "Erregung" (excitement) sowohl bei der sexuellen Perversion selbst als auch bei den verschiedenen Formen von sadomasochistischer Charakterabwehr und läßt damit offen, ob hier ein sexueller oder aggressiver Trieb angesprochen wird, oder Angstabwehr oder Beruhigung von Schuldgefühlen. Nach seiner Definition ist allen sadomasochistischen Phänomenen gemeinsam die Suche nach Erregung und Intensität im Erleben, um damit verschiedenste Ängste aus unterschiedlichsten Erfahrungsquellen abzuwehren. Stoller(1976) hat den Begriff der sexuellen Erregung (excitement) eingeführt und bewußt fern von Triebkonzepten definiert. Er meint damit die rasche Abfolge von Vorstellungen von Gefahr und Angst bei Grenzüberschreitungen in Beziehungserlebnissen und den vorweggenommenen Triumph im Bestehen und Überwinden dieser Gefahr.

Diese Vielschichtigkeit des Phänomens legt es nahe, bei der Arbeit mit betreffenden Patienten schichtweise Abwehraspekte im Auge zu behalten, zunächst Angst und Schuld zu bearbeiten, und erst dann hinter der Erregung aggressive und erotische Lust zu suchen und dies besonders unter dem Aspekt der Wiederholung traumatischer Objektbeziehungen. Die Vielschichtigkeit zwingt aber auch dazu, verschiedene Typen von Masochismus zu unterscheiden, womit - sieht man einmal von Freud`s Einteilung in moralischen, erotischen und femininen Masochismus ab - schon Bergler (1961) begonnen hat, der zunächst vom klinischen Verlauf her einen "neurotischen" von einem "malignen" Masochismus unterschied. Den zweiten fand er bei Borderline-Patienten und Schizophrenen und geradezu "incurable", wobei die Rituale der Selbstzerstörung sich der libidinösen Modi aller Entwicklungsphasen bedienen können. Auch bei Loewenstein`s (1957) Konzept des Protomasochismus wird implizit eine präödpale und ödipale Komponente der Entwicklung angenommen, woraus wieder eine Differenzierung in einen früh gestörten und einen klassisch ödipalen Typ von Masochismus folgert. Protomasochismus bezeichnet Loewenstein die Tendenz von aggressiv traumatisierten Kindern den Aggressor zu weiteren Aggressionen zu verführen, um Verlassenheits- und Trennungsängste abzuwehren. Erst sekundär in der ödiipalen

Phase können solche Beziehungsmuster sexualisiert werden. Kernbergs (1988) Differenzierung in zumindest drei Typen geht davon aus, daß je nach zugrundeliegender Persönlichkeitsorganisation ein am ehesten der neurotischen Struktur zugehöriger (klassischer) Masochismus von einem Borderline-Masochismus zu unterscheiden ist, der wieder bei besonders schwerer (low-level) Ausprägung kaum mehr erotische Elemente zeigt, sondern reine Selbstzerstörung unter dem Einfluß einer völlig unintegrierten Aggression (dritter Typ). Darüber hinausgehende Untereinteilungen werden dabei durch die klinische Vielfalt nahegelegt.

Ich werde mich dem Phänomen des Masochismus - der erotisch motivierten Selbstschädigung oder Selbstdemütigung - zunächst von einem unvoreingenommenen Standpunkt her nähern. Ich folge dabei am ehesten Stoller und Coen und deren Konzept einer zunächst unspezifisch konnotierten Erregung. Dazu benütze ich die klinisch am häufigsten beobachtete Form der Selbstverletzung, das Ritzen der Haut am Handgelenk, auch "Schnippeln" genannt. Heutige Hypothesen zur Psycho-Physiologie dieses Symptoms sollen auf ihre Brauchbarkeit für psychoanalytische Theoriebildung untersucht werden, besonders wichtig erscheint dabei der Aspekt der "Schmerzlust". Dem erotischen Aspekt dieser Lust soll besonders in den Fällen genitaler Selbstverletzung und den Fällen von Selbstschädigung zur bewußten sexuellen Selbststimulierung nachgegangen werden. Abschließend werden klinische Konsequenzen und Folgerungen für eine vorläufige Revision der Theorie aufgezeigt.

Die allgemeine Selbstverletzung

Zunächst die Beschreibung der Selbstverletzung eines Patienten mit seinen eigenen Worten: Bei meinem Patienten S. handelt es sich um einen Patienten mit starken auto- und fremdaggressiven Impulsen dessen Persönlichkeitsstruktur dem Borderline-Niveau

zugehört. Er hat durch manipulativen Druck durchgesetzt, daß vor etwa sechs Jahren eine geschlechtsumwandelnde Operation (Mann zu Frau) an ihm durchgeführt wurde, obwohl die Indikation keineswegs eindeutig abgeklärt war. Er lebte damals in einer sehr engen Beziehung zu seiner Frau B, die die Geschlechtsumwandlung auch unterstützt hatte und der siebenjährigen leicht unterbegabten Tochter A, die er vor der Operation häufig aus nichtigem Anlaß züchtigte, was nach der Operation aufhörte. Nach der Operation verfiel er in Depressionen, die längere stationäre Aufnahmen notwendig machten. In dieser Phase entschloß ich mich zu einer zunächst nur stützenden einmal wöchentlich stattfindenden Psychotherapie, in der ich die sich abzeichnende Trennung der Frau B von ihm begleitetet und seine vielfältigen Tendenzen zur Selbstschädigung durch Bearbeitung von deren Anlässen - meist narzisstische Kränkungen - zumindest zu begrenzen. Die stark wechselnde Bereitschaft zur Mitarbeit war gekennzeichnet durch ein immer wieder demonstriertes Triumphgefühl, daß ich ihn ja doch nicht erreichen könne, seinem Willen sich selbst womöglich auch töten zu können, nichts entgegenzusetzen habe, und daß jemand, wie z. B. der Stationsarzt, der in einer Krisensituation interveniert hatte, ihn viel besser verstünde, leider aber zuwenig Zeit für ihn habe. Durch Konstanz und Verlässlichkeit erwarb ich schließlich einen gewissen Anwert für ihn, seine Gefühle für mich erreichten aber nie die Intensität, die er den ihn ständig kränkenden Anderen entgegenbrachte. Wenn ich aber innerlich zu wünschen begann, er möge sich doch eine andere Betreuung suchen - innerlich hatte ich nämlich meine Art der Behandlung dieses Patienten längst als wertlos abgeschrieben, was in der Gegenübertragung natürlich auch einer narzisstischen Abwertung entsprach - begann er mir zu zeigen, daß ich wohl doch der einzige für ihn infrage kommende Therapeut wäre: Dieser Patient schreibt mir nach mehrjähriger schwierig verlaufenen psychotherapeutischen Betreuung, in der ich kaum in die Lage kam, ihn zu einem therapeutischen Kontrakt zu verpflichten, einen Brief: "Es ist nicht leicht mit Ihnen darüber zu sprechen, daher schreibe ich. Es ist etwas einfacher. Ich kann dabei meine Gefühle so laufen lassen, wie sie sind. Ich kann weinen und schreien dabei, schon auch manchmal etwas kaputt schlagen, oder ich verletzte mich

eben, um wieder etwas ruhiger zu werden. Sie haben mich schon oft gefragt, warum ich mich verletze. Ich kann es nur so erklären. Ich habe auf eine bestimmte Art immer schon Selbstverletzungen gemacht, wenn auch anders als jetzt, das Prinzip war das gleiche. Ich mußte fühlen, daß ich noch da bin. Ich habe manchmal das Gefühl, daß ich ohnmächtig daneben stehe. Es ist wie eine Droge. Ich möchte es eigentlich nicht tun, es gibt aber etwas in mir das sagt, ich müsse es tun, um den Druck wieder runter zu bekommen. Und der Nebeneffekt ist eigentlich ein schönes Gefühl. Ich weiß noch wie es anfing. Ich hatte eine Rasierklinge in der Hand und hatte mich, ohne daß ich es wollte, zufällig verletzt und dabei bemerkt, daß es gar nicht weh tat und daß es ein schönes Gefühl ist. Zunächst habe ich es nur leicht gemacht, dann bin ich höher (eigentlich müsste es tiefer heißen W.B.) gegangen, bis es blutete. Und je mehr es blutete, um so besser war es. Die Schmerzen kommen erst viel später. Die sind dann auch ganz gut. Das Gefühl ist schwer zu beschreiben. Ich weiß nicht, ob sie schon einmal Haschisch geraucht haben. Man hat wie beim Rauchen das Gefühl, daß man ganz ruhig einschlafen tut. Erst wird man ein bißchen schwindelig, dann rückt alles ganz weit weg, man fühlt sich beruhigt und schläft ein. Es ist ein gutes Gefühl für mich. Ich habe nur Angst, die Kontrolle darüber zu verlieren. Aber ich habe festgestellt, daß es mir, wenn ich einmal angefangen habe zu schneiden, völlig egal ist, ob ich die Kontrolle darüber verliere oder nicht, ich möchte nur unbedingt das Gefühl haben. Es ist vielleicht auch eine Art Selbsterstörung, ich weiß es nicht, ich will es aber auch nicht wissen."

Die Beschreibung deckt sich sehr genau mit den Mitteilungen anderer Patienten mit Selbstverletzungen die Haines (et al. 1995) in einer klinischen Übersicht gesammelt haben. Die Autoren haben außerdem nachweisen können, daß es bei den betroffenen Patienten schon bei der genauen Vorstellung des Vorganges der Selbstverletzung zu einer physiologischen Entspannungs-Reaktion kommt, die geradezu süchtig immer wieder aufgesucht werden kann. Das vom Patienten beschriebene "dumpfe Gefühl" im Zusammenhang mit erlebter Ohnmacht ist häufig beschriebener Anlaß für das impulsive Selbstverletzen. Viele Autoren gehen heute davon aus, daß in den Situationen schmerzlicher Ohnmacht

unmittelbar vor dem eigentlichen Schneiden in die Haut oder kurz danach körpereigene Endorphine ausgeschüttet werden, die die Schmerzempfindung senken, so daß die Hemmung, sich selbst weh zu tun, ebenfalls gesenkt ist und der erlösende Effekt, der vermutlich durch weitere Ausschüttung von Hormonen hervorgerufen wird, ganz in den Vordergrund tritt. ¹

¹ Vor kurzem (18.8.1999) hat Ed Miller im *sexnet* eine Hypothese vorgeschlagen, nach der wiederholter Schmerz eine Aktivierung des sogenannten Belohnungssystems im Mittelhirn hervorrufen kann und daß dies einer der Gründe sei, warum Masochisten zu ritualisierten wiederholten Schlägen oder anderen Schmerzreizen neigten. Gear (et al. 1999) konnten erst kürzlich im Tierversuch den Beweis erbringen, daß es einen solchen Mechanismus der Anästhesie durch Schmerzreize unter Vermittlung des Endorphinsystems tatsächlich gibt. An Ratten konnten sie zeigen, daß Schmerz Erleichterung von Schmerz durch Aktivierung des Belohnungssystems hervorrufen kann. Wichtiger Motor des Belohnungssystems der *Formatio reticularis* ist der *Nucleus accumbens*, von dem man bisher annahm, daß er nur bei positiven Erfahrungen Endorphine und Dopamin ausschüttet. Man hat auch eine evolutionsbiologische Erklärung für diesen Vorgang formuliert. Der Wert einer solchen Welle von positiv erlebter Analgesie sollte z. B. einem im Kampf böse verletzten Tier helfen, seinen Angreifern zu entfliehen, oder sogar weiterzukämpfen. Diese zusätzliche Funktion des Belohnungssystems ergänzt die bisher bekannten, nämlich gute Gefühle bei lebenswichtigen Verhaltensmustern als Prämie bereitzustellen. Es sind dies vor allem die Hunger und Durst stillenden Verhaltensmuster und die Sexualität. Neurophysiologen sprechen von "Hijacking", wenn das Belohnungssystem beispielsweise von Drogen wie Amphetamin oder Cocain oder Morphin in den Dienst genommen wird. Aber auch von Schmerz oder Vorgängen, für die es ursprünglich nicht konstruiert war kann es in Dienst genommen werden. Überschwemmt von solchen "Hijackern" kann es bei deren Entzug zu starken Bedürfnissen einer Wiederherstellung des Überschwemmungsreizes kommen.

Diese Formulierungen erinnern stark an Krafft-Ebings erste Annahmen von der Induktion des Schmerzreizes auf den Lustreiz, allerdings auf einem höheren Niveau, nämlich auf der Ebene der cerebralen Zentren. Reicht diese Erklärung tatsächlich aus ? Benötigen wir keine weitere ? Müssen wir in der Therapie tatsächlich nur mehr darauf achten das Hijacking zu durchbrechen ? Durch gezielte Abstinenz zum Beispiel oder durch das Morphinanalogon Naltrexon, das tatsächlich jetzt nicht nur zur Bekämpfung von Heroinsucht und anderen Abhängigkeiten vorgeschlagen wird sondern auch für die Behandlung von dissoziativen Symptomen bei Borderline-Störungen (Schmahl et al. 1999) und selbstverletzendem Verhalten (Roth et al. 1996).

Zunächst stellt sich die Frage in welchem Kontext kommt es überhaupt zu selbstverletzendem Verhalten ? Genügt eine zufällige Erfahrung ? Man schneidet sich mit der Rasierklinge und es schmerzt kaum oder bedarf es einer langen spezifischen Vorgeschichte mit negativen Kinheitserfahrungen und frühen Prägungen oder sind bestimmte soziale Bedingungen Voraussetzung ?

Selbstverletzung als soziales Phänomen

Wir wissen, daß Selbstverletzungen im Gefängnis geradezu endemisch auftreten können. In Situationen von Rechtlosigkeit und Ausgeliefertsein kann die demonstrative Selbstverletzung - wie der Hungerstreik - das einzige Mittel sein, doch noch etwas zu bewirken, sich doch noch irgendwie durchzusetzen. In solchem Kontext kann sie kaum als persönliche Pathologie sondern vielmehr als Ausdruck repressiver Verhältnisse gesehen werden. Meist geht auch die Häufigkeit von solchen Selbstverletzungen sofort zurück, wenn ein humanerer Strafvollzug den restriktiven ersetzt.

Das demonstrierte Leiden setzt das Gegenüber unter Druck. Dieser Druck kann mehr oder weniger bewußt intendiert sein. Dieser Druck ist aber umso wirksamer je mehr dieses Gegenüber überzeugt ist, daß der sich selbst Verletzende keine andere Wahl

hatte, als sich selbst zu schädigen. Haben wir den Eindruck vom Selbstverletzer getäuscht beziehungsweise manipuliert zu werden, dann können wir uns dem aufsteigendem Mitleid entziehen und kalt bleiben. Dies ruft wieder im Selbstverletzer eine Gegenreaktion hervor. Er erlebt sich noch ohnmächtiger und noch mehr gedrängt, seine Entschlossenheit durch immer grausamere Maßnahmen zu demonstrieren. Am ehesten wird er uns über die in seiner Handlung versteckten Machtwünsche täuschen können, wenn ihm diese selbst nicht bewußt sind, also wenn er einer Selbsttäuschung unterliegt. Wie der grüne Aktivist, der sich an die Schienen ankettet, über die demnächst der Castor Transport erfolgen soll, wird er ein immer höheres Risiko eingehen müssen, um uns und auch ihn selbst von seiner Entschlossenheit zu überzeugen. Das führt schließlich zu innerem und äußeren Kontrollverlust der unbeabsichtigt den Tod riskiert und ihn auch herbeiführen kann.²

² Diese sozialen Mechanismen der Machtausübung durch Emotion kann nur funktionieren, wenn Affekte etwas Ansteckendes haben. Als sozial lebende Wesen sind wir mit Empathie ausgestattet und müssen mitleiden, wenn wir andere leiden sehen. Schon Darwin (1872, Seite 12) schrieb, daß wir, wenn wir Zeugen heftiger Emotionen werden, so stark mitempfinden müssen, daß wir nicht mehr kühl und objektiv beobachten können. Diese affektive Bindung der Gruppe muß dem Reproduktionserfolg des Individuums gedient haben und so in unsere Instinktausstattung eingegangen sein. Nach Untersuchungen von Bischof-Köhler (1989) entsteht das empathische Verstehen des Kommunikationspartners zwischen dem 20. Und 24. Lebensmonat und steht in striktem Zusammenhang mit der einsetzenden Fähigkeit, sich selbst im Spiegel zu erkennen. Nur wenige Tierarten, wohl aber die Primaten sind nach unserem heutigen Wissensstand dazu in der Lage. Das sich selbst im anderen sehen und den anderen in sich selbst macht vermutlich auch das aus, was Winnicott als "concern" beschrieben hat und als den Endpunkt einer dynamischen Beziehung zwischen Mutter und Kind. Die Fähigkeit zum Mitleiden ist individuell unterschiedlich stark ausgeprägt und scheint nach Zwillingsstudien mit der Nähe der Verwandtschaft des Betrauten zuzunehmen. Eineiige Zwillinge, die sich äußerlich und genetisch am ähnlichsten

Der oben erwähnte Patient S. schrieb mir aber kurz nach dem ersten noch einen zweiten Brief, indem er die individuelle Geschichte seines ureigenen Ohnmachtsgefühls offenbarte. Erst nach etwa vierjährigem Kontakt enthüllte er mir ein Geheimnis, das ich bis dahin höchstens ahnte:

Ich wußte, daß er fast ausschließlich in Heimen aufgewachsen war, ich wußte, daß sich sein Vater suizidiert hatte, als er selbst etwa 10 Jahre alt war. Ich wußte aber nicht, daß ihn dieser Vater während seiner Urlaube vom Heim zu Hause mehrfach sexuell mißbraucht hatte. Er hatte dem Vater versprechen müssen, es nicht zu verraten, als er es schließlich im Heim einer Klosterschwester doch erzählte, wurde jeder weitere Kontakt nach Hause verboten, er landete auf der Jugendpsychiatrie und erfuhr dort von der Mutter, daß es seine Schuld sei, daß sich der Vater suizidiert habe. Dies sei auch der letzte Kontakt mit der Mutter gewesen. Die Mutter hasse er seither ausschließlich, dem Vater gegenüber empfindet er trotz des Mißbrauchs ein tiefes Schuldgefühl. Er hätte ihn nicht verraten dürfen. Sein Leben lang sei er sexuell gehemmt geblieben. Nach einer gescheiterten Beziehung zu einer Frau, deren Identität er bisher nicht preisgeben könne lernte er seine spätere Frau B kennen, die Beziehung zu ihr sei nur kameradschaftlich gewesen und von Anfang an habe B von seinem eine Frau zu werden gewußt.

Auf dem Hintergrund dieser Geschichte bekommt die lustvolle Selbstschädigung noch eine neue Bedeutung. Sie scheint auch die nicht lebbare sexuelle Lust und Sicherheitsempfindungen in Beziehungen zu ersetzen. Weder die Mutter noch der Vater bieten sich als Vorbilder beziehungsweise Identifikationsobjekte an, der Patient wirkt auf sich selbst zurückgeworfen, mit sich selbst beschäftigt und in sich selbst männliche und weibliche Anteile verwirklichen zu wollen. Die Lust hat aber primär nicht den Charakter der sexuellen Lust, eher den des Triumphes über sich selbst. Eines Triumphes, der bis zur Selbstaufgabe gehen kann. Er

sind, betrauern sich mehr als zweieiige oder andere Geschwister, bzw. Eltern und Kinder (vgl. Ploog 1999)

sagt selbst, daß es sich um Selbstzerstörung handeln könnte, daß er im Augenblick des Schneidens die Kontrolle verliere und es ihm gleich sei, ob er sich schade oder nicht.

Die Darstellung des Patienten bisher belegt am ehesten die oben zitierten Vorstellungen von Stoller (1975,1976) und Coen (1988), der beruhigende bis triumphale Charakter der erregenden Lust legt dabei eher eine aggressive als sexuelle Konnotation nahe und einen deutlichen Zusammenhang mit traumatischen Erlebnissen. Dieser Zusammenhang wird noch deutlicher, wenn ich mitteile, daß der Patient oft von tiefem Selbstbedauern bewegt, einen Tod phantasiert, in dem er mit seinem Vater, der ihn mißbraucht hat, wieder vereint wäre. "Der Vater ruft mich" sagt er und deutet mit seinen Suicidimpulsen auf die Elemente des von Loewenstein (1957) beschriebenen Protomasochismus, beziehungsweise die dahinterstehende "Identifikation mit dem Aggressor".

Erst kürzlich hat Kaufmann (1966) empirische Befunde dargestellt, die zeigen, daß sexueller Mißbrauch in der Kindheit ein unspezifischer Risikofaktor für eine Vielzahl später auftretender psychopathologischer Zustände sein dürfte. Dazu gehören neben der posttraumatischen Stress-Reaktion Depressionen, selbstverletzendes Verhalten, Eßstörungen, Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen, Drogen und Alkoholprobleme ungewöhnliches Sexualverhalten und Antisozialität.³

³ In einer viel beachteten und mit Forschungspreisen ausgezeichneten Studie des Traumacenters der Universitätsklinik in Pittsburg /Pensylvania haben De Bellis und Mitarbeiter (1999) nachweisen können, daß mißhandelte Kinder mit einer posttraumatischen Stressreaktion deutlich höhere Ausscheidungen von freiem Cortisol, Catecholaminen, Norepinephrine und Dopamin im Urin zeigen und daß dies deutliche Auswirkungen auf die Entwicklung ihrer biologischen Stress-systeme haben dürfte, da sie gleichzeitig ein insgesamt geringeres Gehirnvolumen und schwächere Verbindungen zwischen den beiden Hemisphären ausbilden. Fast alle der mißhandelten Kinder waren sexuell mißbraucht worden, hatten aber meist zusätzlich negative Erfahrungen gemacht, waren häufig geschlagen und Zeugen intrafamiliärer Gewalt geworden.

Unsere klinische Vermutung, daß psycho-traumatische Erlebnisse den Charakter von Lust und Unlustphantasien fürs ganze Leben grundsätzlich verändern und fixierend prägen können, werden heute durch biologischen Befunde (siehe Fußnoten) deutlich untermauert. Bei vorgeschädigten Kindern dürfte das Machterleben oder auch nur eine Machtphantasie geradezu Voraussetzung für Lust- oder Zufriedenheitsempfindungen sein. Eine weitere Möglichkeit Lust- und Zufriedenheitsgefühle angesichts einer feindseligen gefährlichen Umwelt aktivieren zu können, scheint in der Sexualisierung der Niederlage beziehungsweise der Unterlegenheit zu liegen. Was hier mit Sexualisierung genau physiologisch gemeint ist, wissen wir noch nicht. Klinisch bedeutet sie die Verbindung des Gefühles eines feindseligen Triumphes über den anderen mit einer sexuellen Erregung. Der geschlagene oder sogar blutig verletzte Masochist gerät in sexuelle Erregung angesichts der Vorstellung des Schreckens, den er in seinem Gegenüber auslöst. Möglicherweise hängt das auch mit einem gleichzeitigen mehr oder weniger bewußt erlebten Machtgefühl zusammen. Zwischen dem oben erwähnten sich selbst verletzenden Patienten und den von Stoller beschriebenen Masochisten, die Niederlagen in der Kindheit in Triumphe umwandeln, dürfte es alle Grade von mehr oder weniger bewußt erlebter sexueller Erregung im Zusammenhang mit Selbstschädigung geben. Freud's Metapher von Triebmischung und Entmischung zwischen Libido und Aggression in diesem Zusammenhang sind auch eher Beschreibungen als Erklärungen. Näher an heutigen neurophysiologischen Konzepten empfiehlt es sich eher von einem einheitlichen Belohnungs- oder Lustsystem auszugehen, das wie oben ausgeführt über den Nucleus accumbens in Gang gesetzt wird und das mehr beruhigende besänftigende Affektkomponenten enthalten kann, die mit einem Überwiegen von endorphiner Sekretion zusammenhängen und einer mehr euphorisch exzitatorischen Komponente, die mehr mit Ausschüttung von Catecholaminen, Phenylethylamin, vielleicht

auch Oxitocin und Vasopressin bei orgasmischen Lustgefühlen einhergeht

Statt vom Trieb sprechen wir wieder näher der Beobachtungsebene von Lust und Begehren, das einerseits mehr eine ruhige Komponente von Sicherheit oder eine exzitatorische Komponente von euphorischem Triumph oder orgasmischer Verschmelzung haben kann. Mit dem Ausdrücken "Sicherheit", "Triumph" und "Verschmelzung" werden aber auch Vorstellungen angesprochen, die mit dem gefühlten Affekt einhergehen. Vorstellungen die gleichzeitig die kognitive Komponente der Affektes darstellen. (Nach Kernberg (1991 a und b.)) besteht ja jeder Affekt aus vier Komponenten, einer (1) __vegetativ gefühlten, einer (2) kognitiv interpretierten, einer (3) motorisch mitgeteilten und einer (4) vom Gegenüber wahrgenommenen und zurückgespiegelten).

Bei den meisten klinischen Fragestellungen - so auch bei den hier angesprochenen Varianten des selbstschädigenden Verhaltens und den damit verbundenen Affekten und Vorstellungen - haben Konzepte über zugrundeliegende Triebe nur sehr indirekte Relevanz und sollten erst möglichst spät erörtert werden - ich komme darauf noch zurück. Unmittelbar wichtig für affektiv ausgelöstes (impulsives) Handeln sind nicht nur die angesprochenen Verbindungen zwischen Lust und Schmerz auf physiologischer Ebene, die wie einleitend festgestellt, schon Krafft Ebing zu wenig erklärend fand, sondern vor allem Vorstellungen von drängendem Charakter. Kognitionen, die uns selbst unser Fühlen zu erklären scheinen.

Selbstverletzung mit sexuell-lustvollem Charakter

Im Folgenden möchte ich mich nun mehr den eindeutig sexuell getönten selbstzerstörerischen Lustgefühlen widmen:

Ein wenig beachtetes klinisches Phänomen, an dem sich die Verdichtung von erotischen und selbstzerstörerischen Intentionen besonders deutlich studieren läßt, ist die genitale Selbstverletzung. Merkwürdiger Weise begegnen wir diesem Phänomen kaum in

der psychotherapeutischen Praxis, Chirurgen und Ärzte in Notfallsambulanzen wissen viel mehr darüber zu berichten. Becker und Hartmann (1997) haben in einer Untersuchung an sieben Fällen, die ihnen innerhalb von zwei Jahren im Konsildienst, beziehungsweise im Rahmen ihrer sexuologische Spezialambulanz begegnet sind, festgestellt, daß es sich bei dieser Art "erotischer" Selbstverletzung keineswegs um ein einheitliches mit einem psychodynamischen Erklärungsmuster belegbares Geschehen handelt, sondern um ein Symptom, das eine gemeinsame Endstrecke aus ganz unterschiedlichen Entstehungsgeschichten darstellt.

Die Autoren machen auch hier, wie bei der Selbstverletzung ganz allgemein auf eine kulturell-soziale Komponente aufmerksam. Aus der Literatur referieren sie, daß im chinesischen Kulturkreis über Patienten berichtet wird, die eine genitale Selbstverletzung in suizidaler Intention aus der Überzeugung vornahmen, daß ihre Krankheit unheilbar sei und große Schande über ihre Familie bringe. Subinzisionen am Penis aus religiösen Motiven seien schon bei den Phöniziern aber auch heute noch bei den Aborigines in Australien vorgenommen worden. Tätowierungen am Penis gebe es in westlichen Kulturen bei Drogenabhängigen und häufig im Gefängnis. Protestgefühle und gleichzeitige Loyalität zur Außenseitergruppe spielen für diese Art des Schmerz-auf-sich-Nehmens eine Rolle. Nicht zu vergessen sind Initiationsriten in denen Pubertierende gezwungen werden, ein schmerzhaftes Opfer zu bringen, bevor sie als Erwachsene anerkannt werden. Sexuelle Lust im eigentlichen Sinn dürfte bei dieser Art von Selbstverletzung allerdings keine oder höchstens eine begleitende Funktion haben.

In manchen der von ihnen beschriebenen Fälle konnten Becker und Hartmann (1997) neben der oft massiven genitalen Selbstverletzung keinerlei begleitende Psychopathologie finden, außer vielleicht eines gewissen Einzelgängertums (entspreche das dem oben beschriebenen Narzissmus ? W.B.). Bei den Selbstverletzungen handelte es sich um Einführen von Gegenständen, Dehnungen, Schnitte, in einem Fall sogar um eine Totalamputation des Penis. Nur in seltenen Fällen dürfte es sich

dabei um das Symptom einer Psychose handeln, öfter bestand der Verdacht einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ. In zumindest fünf der sieben beschriebenen Fälle - durchwegs Männer - spielten aber Schwierigkeiten mit der geschlechtlichen Identität eine Rolle. Die masochistische Lustempfindung durch Schmerzreize am Genitale wurde verstärkt durch Vorstellungen von Wut auf ein Organ, das den eigenen Ansprüchen nicht entsprach, durch Vorstellungen von Selbstbestrafung für homoerotische Bedürfnisse oder durch Vorstellungen von Kastration und Wechsel der geschlechtlichen Identität. In einem der beschriebenen Fälle kam es zur kompletten Penisamputation im Rahmen einer autoerotischen Handlung mittels Motoreinsatz. Neben seit der Jugend bestehenden gefährlichen autoerotischen mechanischen Irritationen am Penis sollen sonstige Sexualpraktiken beim Patienten unauffällig gewesen sein. Leider bleiben in der Arbeit die Mitteilungen über die Vorgeschichte oberflächlich, nur in drei Fällen wird über "problematische Familienverhältnisse in der Kindheit" berichtet, in einem davon auch über mehrmaligen sexuellen Mißbrauch.

Auch bei Frauen kommen genitale Selbstverletzungen vor. Goldney und Simson (1975) haben unter dem Begriff Caenes-Syndrom das Zusammentreffen solcher Verletzungen mit atypischen Eßstörungen und einer histrionischen Persönlichkeit beschrieben. Die mythologische Figur Caenes sei von Neptun vergewaltigt worden. Das habe in ihr den Wunsch entstehen lassen, ihre Genitalien zu amputieren, damit sie nie wieder vergewaltigt werden könne. Also auch hier spielt ursprünglich gegen andere und erst sekundär gegen das eigene Genitale gerichtete Wut die entscheidende Rolle. Mir selbst ist ein Fall einer Frau bekannt, die sich mit harten Bürsten manchmal bis zum Bluten selbst masturbierte, ohne dabei zum Orgasmus zu kommen. Sie war auch voll Wut auf ihren Körper, der ihr zu wenig weiblich erschien. In ihrer weiblichen Identität schien sie allerdings kaum beeinträchtigt. Ihr erotisches Phantasieleben war voller Vorstellungen von Erniedrigung, Beschämung und Beschmutzung, die sie erotisierten. Massive Traumatisierungen in ihrer Kindheit konnte ich in den wenigen Vorgesprächen vor einer Überweisung zu einer Psychotherapeutin allerdings nicht erheben.

Möglicherweise spielte aber auch eine chronische Erkrankung in ihrer Kindheit, die mit Anfällen verbunden war, die sie als Benachteiligung erlebte und die die Eltern nicht von ihr abwenden konnten, eine Rolle. Als Kind soll sie sehr widerspenstig gewesen sein. Den Vater schien sie zu idealisieren, die Mutter eher abzuwerten. Obwohl sie sich eindeutig als Frau fühlte und auch im Gegensatz zu meinem Patienten S. nie den Wunsch hatte ihr Geschlecht zu wechseln, bestand so etwas wie Verachtung für ihre mangelhafte Weiblichkeit - zu kleine Brüste, behaarte Beine - und ähnlich wie beim Caenes-Syndrom ein Rache-affekt, der etwas von der Identifikation mit einem vermeintlichen Angreifer zu tun zu haben schien. Wer es aber ursprünglich war, der ihren Körper verächtlich fand, konnte ich nicht herausfinden, hypothetisch liegt natürlich die Mutter nahe.

Interessanter Weise hatte auch mein Patient S. am Höhepunkt seines selbstzerstörerischen Dranges das Bedürfnis, sich ins plastisch-chirurgisch neu geformte weibliche Genitale zu schneiden. Diese lustvolle Selbstverletzung war wohl nicht nur Identifikation mit den bösen väterlichen und mütterlichen Imagines, sondern auch mit den Chirurgen, deren "Hilfe" er dadurch so entwertete wie die durch seinen Psychotherapeuten, der nichts verhindern konnte.

Noch geheimnisvoller als die Fälle von genitaler Selbstverletzung sind die Fälle von sogenannter Asphyxiophilie. Davon scheinen nur Männer betroffen zu sein. Sie versuchen durch Selbststrangulation bis zur Bewußtlosigkeit ein Gefühl sexueller Erregung zu erzeugen. Meistens werden diese Fälle nur durch tödliche Zwischenfälle bekannt, dann nämlich, wenn sie die Strangulation nicht rechtzeitig öffnen und durch Asphyxie - Ersticken - sterben. Der Gerichtsmediziner stellt dann die Diagnose. Familienangehörige fallen meist aus allen Wolken und berichten, daß sie nichts von der merkwürdigen Leidenschaft ihres Verwandten geahnt hätten.

Money (et al. 1991) hat die Autobiographie eines solchen Patienten veröffentlicht. In ihr exemplifiziert Money das Konzept der sogenannten Lovemap. Das individuelle Begehren, die individuelle Phantasie darüber, was die sexuell aufregenste

Situation sein könnte, setzt sich aus der Verarbeitung vieler affektiv bedeutender Interaktionen mit den wichtigsten Bezugspersonen der persönlichen Geschichte zusammen. Im Sinne Stollers kommt es dabei häufig zur Erotisierung von schmerzhaften Erlebnissen. Im von Money veröffentlichten Fall ("Nelson" genannt) kann man eine Vielzahl von Faktoren aufzählen, die die Entwicklung der Strangulationslust beeinflusst habe.

Zuallererst hatte Nelson ein kindliches Asthma, das ihn früh mit Erstickungsängsten vertraut machte. Weiters war bei ihm ein Autismus diagnostiziert worden, der mit regelmäßigem Schlagen des Kopfes gegen die Wand einherging. Dies versuchten die Eltern zu verhindern indem sie ihn ans Bett fesselten. Ein wichtiges prägendes Erlebnis in der Pubertät war eine Verliebtheit in ein Mädchen, deren Tod durch Ertrinken Nelson traumatisch miterlebte. In seinen ersten Masturbationsphantasien spielte schließlich eine Identifikation mit dem ertrinkenden Mädchen, das er verloren hatte, eine wichtige Rolle. Er begann zu phantasieren mit angehaltenem Atem nach ihr zu tauchen, um sie zu retten, oder er phantasierte einfach mit ihr zu ertrinken und im Tode zu verschmelzen. Diesen Phantasien versuchte Nelson durch Strangulation mehr Wirklichkeit zu verleihen. Das ist der bewußte Teil der Geschichte. Die negativ und strafend erlebten Eltern, das Erleben eigener Minderwertigkeit durch multiple Erkrankungen und der damit verbundene Selbsthaß sind eher unbewußte Motivationsanteile. Ebenso der durch seine diversen Benachteiligungen hervorgerufene emotionelle Rückzug aus sozialen Bezügen, der ihn Lust eher im einsamen Masturbieren suchen ließ als in Beziehungen, denen er sich meist nicht gewachsen fühlte. Sein mangelndes Vertrauen in andere, sein dauerndes Beschäftigtsein mit einer inneren Welt, die er kaum jemandem mitteilen konnte, ließen ihn fremd und wenig attraktiv erscheinen, was ihn neuerlich auf seine merkwürdige Form des Masturbierens zurückwarf.

Becker und Hartmann sind der Auffassung, daß genitale Selbstverletzungen in ihrer Psychodynamik zunächst ganz allgemein selbstverletzendem Verhaltens bzw. selbstdestruktivem

Körperagieren gleichgesetzt werden können, unabhängig davon, ob sie im Rahmen einer Paraphilie und/oder einer Störung der Geschlechtsidentität und/oder einer schweren Persönlichkeitsstörung im Sinne der Borderline-Störung oder des Narzissmus aufgetreten sind. Es komme zu einer Selbst-Dissoziation, in der Teile des eigenen Körpers oder der ganze Körper als Objekte destruktiven Agierens genommen werden. An diesen Körperteilen werde nicht nur das Böse und Schlechte festgemacht sondern gleichzeitig tragen sie Elemente des ambivalent erlebten Mütterlichen (Becker und Hartmann 1997). Für Sachsse (1994) hat die "Symptomhandlung Selbstverletzung" auch Plombenfunktion. Das heißt Erregungsabfuhr in der Selbstverletzung stabilisiere die Persönlichkeit soweit, daß sie sich entspannt den Frustrationen des Lebens stellen könne. Was bei weniger negativ eingestellten Menschen ein erschöpfender Waldlauf oder ein wilderes Tennismatch bewirke. Nach Becker und Hartmann müssten aber die Spezifika genitaler Selbstverletzung in zusätzlichen Determinaten bestehen. Das ritualisierte Darstellen der Kastration um die reale Kastration damit magisch zu bannen, wie es für die neurotischen Fälle von Masochismus zutreffen könnte, kann hier als Erklärung nicht mehr ausreichen. Hier soll das Selbst in einer magischen Handlung von der bedrohlichen Sexualität oder der Männlichkeit befreit werden. Zweifellos finden sich oft - wenn auch keineswegs immer - Strafaspekte, die an sadistisches Gewissen erinnern. Viel häufiger scheint die zu beobachtende begleitende Wut einen narzisstischen Charakter zu haben, ein nicht akzeptieren Wollen von eingeschränkter Funktion oder die Vorstellung vom bösen Gegenüber so verachtet zu werden, wie man selbst gerne verachten können möchte.

Ob der riskierte Tod bei manchen von diesen Störungen Ausdruck besonders schwerer unbeeinflussbarer Pathologie ist, also auf einer unbewußten Ebene geradezu gesucht wird oder eher zufällig durch eine unglückliche Wahl der Stimulationsmittel entsteht, wage ich nicht eindeutig zu beantworten. Möglicherweise kommt beides vor. Beim oben beschriebenen asphyxiophilen Patienten dürfte der Tod kaum je intendiert gewesen sein. Merkwürdig hingegen erscheint mir ein anderer Fall, den ich nie

selber kennenlernte, der mir aber von einer Patientin mit sadistischen Neigungen als Partnererfahrung berichtet wurde. Ein Mann hatte sie angerufen, der fragte, ob sie Lust hätte ihn zu töten. Im persönlichen Kontakt wirkte dieser Mann auf meine Patientin grau zwanghaft, eher langweilig unaffektiv. Er versuchte sie in ein Gespräch zu verwickeln, indem es darum ging, was sie wohl mit den Leichenteilen anfangen würde. Bei diesem Gespräch konnte die Patientin nach ihren eigenen Angaben emotionell nicht richtig mitgehen. Farbe kam in die Unterhaltung erst, als der Betroffene die Patientin fragte, wieviel sie wohl für diesen Liebesdienst nehmen würde, und sie einen für den Betroffene offensichtlich zu niedrig erscheinenden Preis veranschlagte. Dadurch dürfte er sich zu wenig narzisstisch bestätigt vorgekommen sein. Jedenfalls hat sie ihn danach nicht mehr gesehen. Wieder scheint der riskierte Tod eher die Funktion eines Machtmittels zu haben oder ein Wertmaßstabes zu sein, an dem Einsatz und Entschlossenheit gemessen wird und nicht aphanisische Lust an sich.

In Maneros (1997) Sammlung von begutachteten Sexualmördern gibt es einen ähnlichen Fall, eines Mannes, der von einem Zigeunermädchen umgebracht werden wollte. Er begann schon mit sieben Jahren zu masturbieren und hat seit der Pubertät davon phantasiert, von Mädchen gefesselt, bespuckt mit Kot und Urin beschmiert zu werden. Höhepunkt war aber die Vorstellung er werde erstickt in dem sich ein Mädchen auf ihn setzte und mit ihrem Hinterteil seinen Mund verschließe. Später wollte er von wilden Tieren gefressen werden, seine Organe spenden, wobei es ihn erregte mit jungen Ärztinnen darüber zu sprechen, wie man eine Organspende organisieren könnte und was dann mit seinen Organen passierte. Er war soweit gekommen mit einer Zigeunerfamilie seine Tötung zu vereinbaren, wobei die Vorstellung, er werde durch den Fleischwolf gedreht und dann als Hackfleisch von der Familie verzehrt ihn stark erregte. Zu dieser Tötung kam es nicht. Als dieser Mann, der von Maneros "Christian" genannt wird, sich durch Verschuldung in eine ökonomisch aussichtslose Situation begeben hatte, begann sich sein Phantasieleben nicht nur zu intensivieren sondern plötzlich umzudrehen. Er wolle einem Mädchen all das zufügen, was er

phantasierte, daß es ihm zugefügt werde. Ein halbes Jahr vor der späteren Tat spricht er häufig mit seiner Ehefrau über diese Phantasien, die darauf eingeht, da sie sie offensichtlich nicht ernst nimmt und meint ihn damit beruhigen zu können. Die Ehe war durch eine Annonce zustande gekommen in der Christian eine herrische Frau suchte. Die Ehefrau sei sexuell unerfüllt geblieben, Christian habe sich überlastet gefühlt und sie deshalb dazu überredet, fremdzugehen. Zu diesem Zeitpunkt hatte das Sprechen über sadomasochistische Szenen auch für beide Partner eine gewisse Ersatzfunktion (teilweise erregend erlebbare Intimität) und stabilisierte die Beziehung.

In der Vorgeschichte Christians sind Elemente zu finden, die an bisher Berichtetes anschließen. Die Mutter Christians war schwere Alkoholikerin, die mehrmals psychiatrisch hospitalisiert war, häufig massiv unter sich ließ und vom Vater dafür geprügelt wurde. Szenen die vor allen Kindern stattfanden und diese schmerzhaft miterlebten. Als Schulkind erlebte Christian den Tod der Mutter auf traumatische Weise und als ihr Sarg aus dem Haus getragen wurde - ein Standbild in seiner Erinnerung - schwor er sich, "in so etwas will ich nie hinein ". Damals begannen die Wunschvorstellungen von wilden Tieren gefressen zu werden.

Bedingungen lustvoller Selbstschädigungen

Ich bin bei meiner Darstellung der Phänomenologie der lustvollen Selbstschädigung bis zur Selbstausslöschung bewußt deskriptiv geblieben und habe weiterführende psychodynamischen Deutungen nur sehr sparsam dargestellt. Dies aus mehreren Gründen:

Zunächst war kaum über Fälle zu berichten, die konsequent analysiert werden hätten können, so daß Deutungen auch kaum belegt werden könnten. Sie bleiben spekulativ.

Es war mir aber besonders wichtig, das ganze weite Spektrum des phänomenologisch Möglichen einmal auszuleuchten, ohne den Blick zu rasch durch theoretische Vorannahmen einzuengen. Dies kann auch neuen Erklärungsversuchen Ansätze bieten.

Manche dieser neuen Erklärungsversuche klingen allerdings wie die alten von Krafft-Ebing, nur deutlich konkreter und mit experimentellen und anderen empirischen Befunden unterstützt. Dazu gehört die Erkenntnis, daß prinzipiell auch Schmerz und negative Erlebnisse im Sinne einer lustvollen Analgesie von unserem inneren Belohnungssystem gehijackt werden können. Die weitverbreiteten "Selbstverletzter" sind Beispiele dafür.

Allerdings reicht dieser einfache neurologische Mechanismus nicht aus, um zu klären in welchen Fällen eine solche Verknüpfung zustande kommt und in welchen nicht. Eine Reihe von Bedingungen scheinen dafür nötig und einige können wir auch mit gewisser Sicherheit benennen:

- Eine der häufigsten ist frühe Traumatisierung durch körperliche Mißhandlung, sexuellen Mißbrauch oder durch das Miterleben beängstigender familiärer Gewalt. Möglicherweise spielen auch Krankheiten in der Kindheit, die das Kind als ungerechte Benachteiligung und psychisches Trauma erlebt eine wichtige Rolle.
- Eine wie auch immer entstandene Beziehungsschwäche im Sinne der Schizoidie, des kindlichen Autismus, oder Hirnleistungsschwächen, die Kommunikation erschweren, können eine besondere Beschäftigung mit Sexualität und Masturbation als beziehungslosen Selbsttröstungsmechanismus, wie das autistische sich selbst Verletzten durch Schlagen mit dem Kopf oder Beißen, besonders begünstigen.
- Beziehungsschwäche kann unter anderem durch mangelnde mütterliche bzw elterliche Fürsorge entstehen und in einem unsicheren Bindungsstil enden, wie wir ihn bei fast allen Paraphilien finden. Manchmal wird die Bindungsstörung auch von Generation zu Generation weitergegeben, da durch Verwahrlosung kein Raum für Mütterlichkeit entstehen kann.

Klinisch therapeutische Folgerungen

Nimmt man nicht nur den neurophysiologischen Mechanismus der Verknüpfung von Lust und Schmerz zum Ansatzpunkt einer pharmakologischen oder verhaltensanleitenden Therapie sondern versucht auch die Bedingungen zu beeinflussen, die solche Verknüpfungen in Gang gebracht haben bzw. in Gang halten, dann bietet sich eine psychodynamische Psychotherapie in erster Linie an. Für sie ist es wichtig bei selbstverletzendem Verhalten nicht nur den Ablauf des Verhaltens genau zu studieren sondern auch die Vorstellungen, die mit dem Verhalten verbunden sind. Auch dieser Gedanke ist schon alt, älter sogar als die Psychoanalyse und geht letzten Endes auf Krafft-Ebing zurück. Um die Dynamik der Selbstschädigung zunächst in einem klinisch relevanten Sinn besser einschätzen zu können sind die vom Patienten berichteten Vorstellungen auf folgende Elemente hin genau zu untersuchen:

- 1) Wieviel triumphales Gefühl im Sinne aggressiver Selbstbestätigung, wieviel sexuelle Erregung werden im Vorgang gebunden.
- 2) Welche Selbst- und Objektvorstellungen gehen mit dem Vorgang einher. Inwiefern handelt es sich beim zerstörten Partialobjekt um Selbstanteile, inwiefern um Vorstellungen, daß damit auch ein Partner ein Elternteil getroffen wird. Geht es auch um lustvollen Protest oder massive Racheimpulse bis zur Selbstvernichtung.
- 3) Wiederholt die Schädigung etwas in der Vorgeschichte tatsächlich Geschehenes ? Spielen Identifizierungen oder das Gegenteil, genaue Umkehrungen eine Rolle ?

Die Beantwortung dieser Fragen sollte eigentlich schon genügen, um Ansatzpunkte für einen therapeutischen Umgang mit den Betroffenen zu finden. Neben der Abklärung eventuell notwendiger medikamentöser Interventionen, bei psychoseähnlichen Kontrollverlusten oder suchartiger Fixierung, geht es zunächst darum die Tiefe der Borderline-störung festzustellen und danach zu beurteilen ob klassische Behandlungstechnik ausreicht oder Klärung und Konfrontation im Sinne der Borderline-Therapie vorgezogen werden müssen (vgl dazu auch Meyers 1988): Bei der Beurteilung der Borderline-Struktur spielt gerade bei diesen Fällen neben der Beurteilung von

Repräsentanzen und Abwehrstruktur (Überwiegen der Spaltung über die Verdrängung) das sogenannte Triebgleichgewicht eine Rolle. Es geht dabei aber kaum mehr um die Annahme von bestimmenden Grundkräften als letzte Ursache, sondern vielmehr um summarische Beurteilungen von Motivation. Hat der Patient, die Patientin einen positiven (optimistischen) Lebensbezug erhalten können, sprechen wir von libidinösen Kräften, die überwiegen und einen insgesamt beziehungsfreundlichen Antrieb geschaffen haben. Hat der Patient, die Patientin - oft im Zusammenhang mit massiven Traumatisierungen in seiner Frühentwicklung - nur überwiegend bedrohliche und negative Repräsentanzen entwickeln können, bekämpft er Lebensangst mit massiven destruktiven Impulsen und Rachephantasien, die ihm kaum Sicherheit im Anderen ermöglichen, so zieht er sich narzisstisch zurück und entwickelt eher beziehungsfeindliche Antriebe, die wir dann als Aggression zusammenfassen. Die libidinösen Antriebe werden dann oft ganz in den Dienst aggressiver Selbstbestätigung gestellt. In diesen Fällen müssen wir uns ganz anderer Übertragungsarbeit widmen, als bei den überwiegend libidinös strukturierten Persönlichkeiten. Erst lange Bearbeitung der zentral wichtigen Selbstbehauptung macht therapeutische Beziehung möglich.

Die oben erwähnten medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten sollten in diesem sich vorwiegend an Psychotherapeuten richtenden Artikel nur angedeutet werden. Im Grunde stehen uns drei Behandlungsprinzipien zur Verfügung:

- 1) Das Mittel erster Wahl wäre ein selektiver Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitor (SSRI). Dieses Mittel wird neben der Behandlung von Depressionen zur Eindämmung von Impulsivität und zwanghaftem Denken bei Sucht- und Zwangskranken mit Erfolg eingesetzt und nun auch bei Paraphilien (Perversionen mit Borderline-Struktur) empfohlen.
- 2) Wie erwähnt wird versuchsweise auch das Morphin-Analogen Naltrexon eingesetzt, längerfristige und überprüfte Erfolge bleiben allerdings vor einer breiteren Anwendung noch abzuwarten.

- 3) Für besonders schwere Fälle von lebensbedrohliche Selbst- oder Fremdgefährdung ist auch an verschiedene Formen antihormoneller Therapie zu denken. (Androcuro oder LHRH-Agonisten).

Nach Klärung der Anlässe und Funktion von lustvoller Selbstschädigung und deren zumindest teilweisen Begrenzung durch Konfrontation mit Spaltungsvorgängen und Selbsttäuschungen beginnt meist erst die Bearbeitung von Vorstellungen, die mit der Selbstverletzung verbunden sind. Sie gestaltet sich in der Regel nicht einfach, weil die Betroffenen oft zunächst gar nicht viel dazu sagen können (vgl. den ersten Patienten S in dieser Darstellung). Zugang findet man dabei am ehesten über die Beschreibung der Affekt-konstellation beim Verletzten und über die Bearbeitung der negativen Übertragung. Der Patient S konnte erst Vertrauen zu mir fassen, nachdem ich ihn davon überzeugt hatte, daß er aggressiv und abwertend mit mir umging und daß er absolut bestimmen wollte, was in der Therapie gesagt werden durfte und was nicht. Das Überlassen von Tagebüchern und Briefen war eine erste indirekte Annäherung, die ich in diesem Fall - im Gegensatz zum üblichen Vorgehen - nicht zurückweisen konnte. Sie machte erst die Bearbeitung des geradezu paranoiden Mißtrauens in der Beziehung möglich. Am wichtigsten für irgend eine Art von Erfolg scheint aber die Bearbeitung des Beziehungsaspektes. Bearbeitung der vorhandenen Beziehungen, Bearbeitung der Bilder von Vater und Mutter, die der Patient in sich trägt, an welchen inneren Bildern Vertrauen und Trost gefunden wird, an welchen Angst oder Wut. Beziehung ist der stärkste Schutzfaktor vor dem Ohnmachtsgefühl und dem Ausgeliefertsein an zwanghafte Impulse ohne konkrete Objektbindung.

Zur Triebhypothese

Mehr theoretisch als praktisch interessant ist die Frage nach der Ursache von Phantasien, die neben der Selbstschädigung und dem Schmerz sogar den Tod als lustvoll-erotische Vorstellung zum Ziel haben. Haben diese Vorstellungen Beziehung zum Postulat eines

Todestriebes oder sind sie nur Nebenprodukt einer komplexen Dynamik, die nur den letzten Trumpf ausspielt, um machtvoll ein Gegenüber, einen Gegner einen Feind zu beeindrucken. Ich bin zu allem bereit, um über Dich zu triumphieren ?

Oder spielt hier die unbewußte Wunsch-Phantasie einer symbolischen Verschmelzung mit einer Urmutter, wie das Michael und Alice Balint (1937,1939) konzipiert haben, eine Rolle ? Oder geht es noch weiter, nämlich um die unbewußte Vorstellung einer Rückkehr in ein Nirwana, eine ozeanische Weite, die nach Ferenczi`s phantasievoller sehr spekulativer Hypothese hinter aller Sehnsucht nach Mütterlichem steht und eigentlich Sehnsucht nach der Rückkehr zu unseren phylogenetischen Ursprüngen im Meer (Thalassa) repräsentiert (Ferenczi 1924) ?

Nach neueren evolutionsbiologischen und evolutionspsychologischen Vorstellungen sind die Antriebe für unser Handeln nicht so zielgerichtet vorzustellen. Sie sind eigentlich ohne spezifisches Ziel. Darwins Paradigma folgend haben sich zunächst zufällig entstandene Antriebe im Individuum nur dann durchsetzen können und weitervererbt, wenn sie dem Genom des Individuums einen Reproduktionsvorteil brachten. Nach den Vorstellungen der Neo-Darwinisten (Wilson 1975, Dawkin 1976) die nach den Erkenntnissen der Genetik und der Populationsgenetik ein entsprechendes Paradigma für die Psychologie unter dem Terminus Soziobiologie geschaffen haben, wäre am ehesten anzunehmen, daß das in Kauf nehmen des eigenen Todes im Zusammenhang mit triebhaften Impulsen kein Selbstzweck sein kann, sondern ein Mittel zur Durchsetzung eines anderen Zieles. Zeigen von Entschlossenheit, Beeindruckung des Gegenübers oder Opfer im Interesse von Nachkommen.oder Verwandten. Bei den oben beschriebenen tödlichen Fällen dürfte es sich dann eher biologische Mißverständnisse als um geheimnisvolle unbewußte Ziele handeln.

Es soll der Zukunft überlassen bleiben, den *Schnittpunkt zwischen den biologischen Anforderungen an das Seelenleben und den aus diesen Anforderungen (biologischen Bedürfnissen) stammenden Vorstellungen*, den Freud als *Lebens- und Todestrieb* so elegant

konzipiert hat, neu zu klären. Dem Therapeuten, der zunächst staunend vor dem Phänomen der lustvollen Selbstschädigung steht, können wir gewisse Erfahrungen und Regeln zur Verfügung stellen. Sie reichen von der Schaffung eines therapeutischen Rahmens, über konsequente Beachtung von *Affekten* und *Vorstellungen*, Beachtung von *Beziehungsaspekten*, auch solchen die den Therapeuten betreffen, bis zur Hilfe durch Medikamente, die das Gefühl, Affekten ausgeliefert zu sein mildern können.

Zusammenfassung:

Der Fall des Patienten S, der nach einer geschlechtsumwandelnden Operation eine Tendenz entwickelt hat, sich regelmäßig durch Schnitte an den Armen und manchmal auch im Genitale selbst zu schädigen, wird dazu benützt, die vielen klinischen und theoretischen Aspekte des Masochismus neu aufzurollen und strukturiert darzustellen. Die Sichtweise von Stoller und Coen haben sich dabei als Leitlinien bewährt. Sie gehen von der bei sadomasochistischen Perversionen wie auch Charakterpathologien zu beobachtenden "Erregung" (excitement) aus, die Intensität sucht und besonders durch Ritual und Rollenspiel Abhängigkeitsgefühlen und Trennungsängsten ausweicht. Die Möglichkeit der Lust im Schmerz wird zunächst ähnlich wie bei Krafft-Ebing auf einer physiologischen Erklärungsebene nachgegangen. Da aber das Affekterleben des Menschen neben der vegetativ-physiologischen Erregung komplexe Vorstellungen im Sinne kognitiver Interpretationen der Erregung, seiner Bedeutung auf dem Hintergrund persönlicher Geschichte und aktueller Interaktion umfasst, sind auch bei der selbstschädigenden Erregung deren Wiederholungsaspekt und deren Wandel und Umkehrungen im Laufe der Geschichte des Patienten nachzugehen. Das als Niederlage erlebte Trauma, das durch die aktuelle Erregung im Ritual dem Patienten als kontrollierbar und im Triumph überwindbar erscheint, ist Angelpunkt der Psychodynamik und aller Behandlungsüberlegungen. Für ihre Prognose gilt es das summarische Gleichgewicht zwischen libidibösen und aggressiven Motivationsanteilen im Patienten abzuschätzen. Der Höhe des Beitrags destruktiv-aggressiver Motivation zur gesamten

Beziehungsdynamik des Patienten hat Anlaß für Typologien des Masochismus gegeben, wobei zumindest ein eher neurotisch strukturierter benigner von einem malignen Masochismus mit Borderlinestruktur und massiven destruktiv-aggressiven Motivationsanteilen zu unterscheiden ist (der paraphile Masochist). Weitere Fallvignetten und Literaturübersichten machen klar, daß die Destruktivität, selbst wenn sie mit sexueller Erregung legiert ist, keineswegs vor dem Risiko des eigenen Todes Halt macht. Trotzdem sprechen heutige Überlegungen zu Instinkt und Triebkonzepten eher gegen die Todestriebhypothese.

Literatur:

Balint M.(1937/ 1949):Early Developmental States of the Ego. Primary Object Love.. Int.J.Psychanal. 30, 265 -73.

Balint, A.(1939/1949):Love for the Mother and Mother Love. Int.J.Psychanal. 30, 251 -259.

Becker,H., Hartmann, U. (1997): Genitale Selbstverletzungen - phänomenologische und differentialdiagnostische Überlegungen aus psychiatrischer Sicht. Fortschr. Neurol. Psychiat. 65, 71 - 78.

Bergler, E.(1961) Curable and incurable neurosis - Problems of neurotics vs malignant masochism. Liveright, New York.

Bischof-Köhler, D. (1989):Spiegelbild und Empathie. Die Anfänge der sozialen Kognition. Hans Huber.Bern

Brenman M (1952) On teasing and being teased and the problem of moral masochism. The Psychoanalytic Study of the Child, 8,264 - 285.

Coen, S.J. (1988) Sadomasochistic Excitement: Character disorder and perversion. In: Glick, RA., Meyers, DI. Masochism, Current Psychoanalytic Perspectives, The Analytic Press, Hillsdale, New Jersey, Hove and London. Seite 43 - 61.

Cooper, A.M. (1988) The narcissistic-masochistic character. In: Glick, R.A., Meyers, D.I. Masochism, Current Psychoanalytic Perspectives, The Analytic Press, Hillsdale, New Jersey, Hove and London. Seite 117 -139.

Darwin, C. (1872):The expression of emotions in man and in animal. Murray, London (dtsch: ders.1874: Der Ausdruck der Gemütsbewegung bei dem Menschen und den Tieren. Schweizerbarth'sche Verlagshandlung, Stuttgart.

Dawkins, R. (1976): The selfish gene. Oxford University Press, Oxford.

De Bellis M.D., Baum, A.S., Birmaher, B., Keshavan M.S., Eccard, C.H., Boring, A.M., Jenkins, F.J., Ryan N.D. (1999) Developmental Traumatology Part I: Biological Stress Systems. Biol.Psychiatry 45, 1259-1270.

De Bellis M.D., Keshavan M.S., Clark D.B., Casey B.J., Giedd J.N., Boring A.M., Frustaci, K.,Ryan N.D. (1999) Developmental Traumatology Part II: Brain Development. Biol.Psychiatry 45, 1271-1284.

Ferenczi, S.(1924/1970): Versuch einer Genitaltheorie. In ders.(Hrsg.) Schriften zur Psychoanalyse. Band II. Fischer, Frankfurt. Seite 317 - 400.

Freud, S.(1905) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. GW 5, 27, 33 - 145

Freud, S. (1919) Ein Kind wird geschlagen. Beiträge zur Kenntnis der Entstehung sexueller Perversionen. GW 12, 197-226.

Freud, S. (1924). Das ökonomische Problem des Masochismus. GW 13, 371 -383.

Gear, RW, Aley, KO, Levine JD. (1999) Pain-induced analgesia mediated by mesolimbic reward circuits. J. Neurosci. 19 (16): 7175-7181.

- Goldney, R.D., Simpson, I.G. (1975) Female genital self-mutilation, Dysorexia and the hysterical personality: The Caenis Syndrome. *Can. Psychiatr. Assoc. J.* 20, 435 - 441.
- Haines, J., Williams, C.L., Brain, K., L., Wilson, G.V. (1995) The Psychophysiology of Self-Mutilation. *J. Abnormal Psychology* 104,3,471-489.
- Kaufmann, J. (1996) Child abuse. *Curr. Opin. Psychiatry* 9, 251-256.
- Kernberg, O.F. (1991a) Sexuelle Erregung und Wut als Bausteine der Triebe. *Sigmund Freud House Bulletin* 15, 3-38
- Kernberg, O.F. (1991b) The Psychopathology of Hatred. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 39, 209-238.
- Kaufmann, J., Charney, D.S. (1999) Neurobiological correlates of child abuse. *Biol. Psychiatry* 45, 1235-1236.
- Krafft-Ebing, R.v. (1890). Über Masochismus und Sadismus. In R.v.Krafft-Ebing (Hg) *Neue Forschungen auf dem Gebiet der Psychopathia sexualis, Eine medizinisch-psychologische Studie* Stuttgart: F.Enke Seite 1-34.
- Loewenstein, R. (1957) A contribution to the psychoanalytic theory of masochism. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 5, 197 - 234.
- Marneros, A. (1997) *Sexualmörder. Eine erklärende Erzählung.* Bonn. Edition Narrenschiff. Psychiatrie-Verlag
- Meyers, H. (1988) A consideration of treatment techniques in relation to the function of masochism. In: Glick, R.A., Meyers, D.I. *Masochism, Current Psychoanalytic Perspectives*, The Analytic Press, Hillsdale, New Jersey, Hove and London. Seite 175 - 189
- Money J., Wainwright G., Hingsburger, D. (1991) *The Breathless Orgasm.* Buffalo, New York, Prometheus Books.

Nowick J, Nowick KK. (1991) Some comments on masochism and the delusion of omnipotence from a developmental perspective. *J Am Psychoanal. Assoc.* 39, 307 - 331.

Rosenfeld, HA (1971) A clinical approach to the psychoanalytic theory of life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects of narcissism. *Int. J. Psychoanal.* 52, 169 -178.

Rosenfeld, H.A.(1988) On Masochism: A theoretical and clinical approach. In: Glick, RA., Meyers, DI. *Masochism, Current Psychoanalytic Perspectives*, The Analytic Press, Hillsdale, New Jersey, Hove and London. Seite 151 -175

Roth, A.S., Ostroff, R.B., Hoffman R.E.(1996) Naltrexone as a treatment for repetitive self-injurious behavior: an openlabel trial. *J. Clin Psychiatry* 57,233 - 237.

Ploog,D. (1999): Evo0lutionsbiologie der Emotionen. In: Helmchen,H.,Henn, F.,Lauter, H., Sartorius, N (Hrsg:) *Psychiatrie der Gegenwart I : Grundlagen der Psychiatrie*. 4.Auflage,Springer, Berlin et.al. Seite 525 - 557.

Schmahl, C., Stiglmayr, C., Böhme, R., Bohus, M. (1999) Behandlung von dissoziativen Symptomen bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen mit Naltrexon. *Nervenarzt* 70: 262 - 264.

Stoller R.J. (1975) *Perversion: The Erotic Form of Hatred* . New York. Pantheon Books.

Stolorow, R.D. (1975) The narcissistic function of masochism (and sadism). *Int.J. Psychoanal.* 56, 441 - 448.

Wilson EO. (1975) *Sociobiology: The new synthesis*. Havard Univ. Press. Cambridge, MA