Kleinplatz PJ. A critique of the goals of sex therapy, or the hazards of safer sex. In: Kleinplatz PJ, Hrsg. New directions in sex therapy. Innovations and alternatives. Philadelphia: Brunner-Routledge; 2001: 22–37.
Kockott G, Fahrner EM. Sexualstörungen des Mannes. Göttingen: Hogrefe; 2002.
Kockott G, Fahrner EM. Sexuelle Funktionsstörungen. In: Kockott G, Fahrner EM, Hrsg. Sexualstörungen. Stuttgart, New York: Thieme; 2004: 1–76.
Kockott G, Dittmar F, Nusselt L. Ergebnisse einer Untersuchung zur systematischen Desensibilisierung von Erektionsstörungen. In: Sigusch V, Hrsg. Therapie sexueller Störungen. Stuttgart: Thieme; 1975: 43–53.
Lange C. Das Gleiche ist nicht dasselbe. Subversive Elemente des Paartherapiesettings im Hinblick auf das Geschlechterverhältnis am Beispiel „Lustlosigkeit". Z Sexualforsch. 1994; 7: 52–61.
Lange C, Rethemeier A. Zum Symptomverständnis. In: Hauch M, Hrsg. Paartherapie bei sexuellen Störungen. Das Hamburger Modell: Konzept und Technik. Stuttgart, New York: Thieme; 2006: 42–47. (zit. als 2006 a)
Lange C, Rethemeier A. Individuelle körperliche Selbsterfahrung Frauen. In: Hauch M, Hrsg. Paartherapie bei sexuellen Störungen. Das Hamburger Modell: Konzept und Technik, Stuttgart, New York: Thieme; 2006: 145–156. (zit. als 2006 b)
Lobitz WC, LoPiccolo J. New methods in the behavioral treatment of sexual dysfunctions. J Behav Ther Exp Psychiat. 1972; 3: 265–271.
Lobitz WC, LoPiccolo J, Lobitz GK, Brockway J. A closer look at "simplistic" behaviour therapy for sexual dysfunction: Two case studies. In: Eysenck HJ, Hrsg. Case studies in behaviour therapy. London: Routledge & Kegan Paul; 1974: 128–134.
Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Boston: Little, Brown; 1966. (dt.: Die sexuelle Reaktion. Reinbek: Rowohlt; 1970.)
Masters WH, Johnson VE. Human sexual inadequacy. Boston: Little, Brown; 1970. (dt.: Impotenz und Anorgasmie. Zur Therapie funktioneller Sexualstörungen. Frankfurt/M.: Goverts Krüger Stahlberg; 1973.)
Matthiesen S, Hauch M. Verschwinden die Geschlechtsunterschiede? Auflösung, Umkehr oder Kontinuität traditioneller Geschlechtsunterschiede im sexuellen Verhalten. Eine empirische Studie an drei Generationen. Verhaltenstherapie Psychosoz Praxis. 2004; 36: 273–280.
McReynolds C, Schnarch D. Passion and intimacy. The foundations of sexuality. In: Charlton RS, Yalom ID, Hrsg. Treating sexual disorders. San Francisco: Jossey-Bass; 1996: 18–37.
Parin P. Die Verflüchtigung des Sexuellen in der Psychoanalyse. In: Pfäfflin F, Schorsch E, Hrsg. Sexualpolitische Kontroversen. Stuttgart: Enke; 1987: 11–17.
Pridal CG, LoPiccolo J. Multielement treatment of desire disorders: integration of cognitive, behavioural and systemic therapy. In: Leiblum SR, Rosen RC, Hrsg. Principles and practice of sex therapy. New York, London: Guilford; 2000: 57–81.
Reiche R. Buchbesprechung „Sexuell gestörte Beziehungen". Psyche. 1981; 35: 376–380.
Retzer A. Systemische Paartherapie. Konzepte, Methode, Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta; 2004.
Richter-Appelt H. Sexuelle Funktionsstörungen und Psychoanalyse. Psychotherapeut. 1999; 44: 279–287.
Schmidt G. Die Potenz des Settings. Z Sexualforsch. 1994; 7: 43–51.
Schmidt G. „Wir sehen immer mehr Lustlose". Zum Wandel sexueller Klagen. Familiendynamik. 1998; 23: 348–365.
Schmidt G, Hrsg. Kinder der sexuellen Revolution. Kontinuität und Wandel im studentischen Sexualverhalten 1966–1996. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2000.
Schmidt G. Paartherapie bei sexuellen Funktionsstörungen. In: Sigusch V, Hrsg. Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. 3., neu bearb. u. erweit. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme; 2001: 280–302.
Schmidt G. Wer hat Angst vorm Sensate Focus? Anmerkungen zu Ulrich Clements Kritik am Hamburger Modell der Paartherapie sexueller Störungen. Z Sexualforsch. 2005; 18: 148–154.
Schmidt G, Matthiesen S, Dekker A, Starke K. Spätmoderne Beziehungswelten. Report über Sexualität und Partnerschaft in drei Generationen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2006.
Schnarch DM. Constructing the sexual crucible. An integration of sexual and marital therapy. New York, London: Norton; 1991.
Schnarch D. Desire problems: A systemic perspective. In: Leiblum SR, Rosen RC, Hrsg. Principles and practice of sex therapy. New York, London: Guilford; 2000: 17–56.
Schnarch D. Der Weg zur Intimität. Familiendynamik. 2004; 28: 139–160.
Schorsch E. Die Stellung der Sexualität in der psychischen Organisation des Menschen. In: Schorsch E. Perversion, Liebe, Gewalt. Stuttgart: Enke; 1993: 37–43.
Schover LR, Leiblum SR. Commentary: the stagnation of sex therapy. J Psychol Hum Sex. 1994; 6 (3): 5–30.
Sigusch V. Neosexualitäten. Über den kulturellen Wandel von Liebe und Perversion. Frankfurt/M., New York: Campus; 2005.
Stoller RJ. Perversion. Die erotische Form von Hass. Reinbek: Rowohlt; 1979.,
Wiedermann MW. The state of theory in sex therapy. J Sex Res. 1998; 35: 88–99.
Willi J. Die Zweierbeziehung. Reinbek: Rowohlt; 1975; 16. Aufl. 2004.
Willi J. Die Therapie der Zweierbeziehung. Reinbek: Rowohlt; 1978; 5. Aufl. 2001.
Willi J. Therapie von Sexualstörungen – Paartherapie oder Sexualtherapie. Familiendynamik. 1981; 6: 248–259.
Wincze JP, Carey MP. Sexual dysfunction. New York: Guilford: 2001.
Zilbergeld B, Evans MD. The inadequacies of Masters and Johnson. Psychol Today. 1980; 8: 29–43.

14 Systemische Therapie sexueller Luststörungen

Ulrich Clement

Störungen des sexuellen Begehrens lassen sich aus systemischer Perspektive als Störungen der Kommunikation über sexuelles Begehren verstehen. Wir müssen also erlebtes und kommuniziertes Begehren unterscheiden. Zum erlebten Begehren ist für den Therapeuten kein direkter Zugang möglich. Erst durch Kommunikation gewinnt das sexuelle Begehren seine Bedeutung, die ihm von den Partnern zugeschrieben wird. Sexualtherapie kann nicht direkt am erlebten Begehren ansetzen, sondern immer nur am kommunizierten Begehren, wie es von Klienten und Therapeuten beschrieben, erklärt und bewertet wird. Deshalb konzentriert sich der systemische Zugang auf die Wirklichkeitskonstruktion des sexuellen Begehrens, den kommunikativen Prozess also, in dem das sexuelle Begehren zwischen Partnern ausgetauscht, erzeugt, am Leben erhalten oder behindert wird. Die Kommunikation kann die Form des Sprechens oder des Handelns haben. Indem Partner in bestimmten Situationen Sex initiieren, indem sie bestimmte Praktiken verwirklichen, sich auf bestimmte Abläufe verständigen, im Lauf der Beziehung bestimmte Rituale entwickeln, kommunizieren sie sexuell, auch wenn sie kein einziges Wort dabei wechseln sollten.

Selektive Wahrnehmung und selektive Mitteilung

Entgegen der romantischen Vorstellung, der zufolge die Sexualität ganz in die Paarkommunikation eingeschlossen sei, haben die allermeisten Paare im Lauf ihrer Beziehungsgeschichte eine sehr spezifische Grenze entwickelt, die die individuelle Sexualität nur teilweise in die Partnerschaft einschließt. Beide Partner teilen sich nicht alles mit, was sie früher erfahren haben, was sie außerhalb der Partnerschaft erleben, was sie verwirklichen möchten, was sie an ungelebten Sehnsüchten haben oder welche Phantasien sie beschäftigen. Bestimmte Bereiche ihrer Sexualität, bestimmte Vorerfahrungen, Vorlieben, Praktiken, Bewertungen, werden von vornherein oder im Lauf einer Beziehung aus der Kommunikation ausgeschlossen, exkommuniziert. Andere Teile werden eingeschlossen und kommuniziert, sind dem Partner zugänglich und vertraut.

Warum diese Kommunikationsgrenze? Menschen unterscheiden sich in ihrem sexuellen Profil, also in ihren Leidenschaften, Abneigungen, Besonderheiten, in ihren Erfahrungen, ebenso, wie sie sich in ihren Gesichtern, ihrem körperlichen Aussehen, ihrer Lebensgeschichte unterscheiden. Wie sich diese Unterschiede der erotischen Profile in der Paarkommunikation ausdrücken, ist nicht affektneutral. Vielmehr kann die Wahrnehmung der Unterschiede von unbehaglichen, ängstlichen und bedrohlichen Gefühlen begleitet sein: der Angst, dem Partner nicht zu genügen, ihn an Rivalen zu verlieren oder verlassen zu werden, wenn sich die Passung der beiden Profile als zu gering herausstellt.

Vor dieser Angst können sich die Partner schützen. Ihnen stehen dabei vor allem zwei kommunikative Strategien zur Verfügung: selektive Mitteilung und selektive Wahrnehmung.

- *Selektive Mitteilung:* Jeder Partner teilt dem andern nur ausschnittweise mit, was sein sexuelles Begehren, sein sexuelles Profil ausmacht. Dabei orientiert er sich primär an der Anschlussfähigkeit seiner Mitteilung, nimmt also die vermutete Reaktion seines Partners vorweg. So bleiben beide im Bereich des Bekannten und Erwartbaren.
- *Selektive Wahrnehmung:* Jeder Partner begrenzt sein Interesse am andern darauf, was er zur Kenntnis nehmen will, und darauf, wie er es zur Kenntnis nehmen will und welche Bedeutung er ihm geben möchte. So schützt er sich vor unangenehmen Erkenntnissen und kann sein Bild des Partners bewahren, wie er es gern hätte.

Beide Strategien vermeiden also den gegenseitigen Blick auf die „ganze Wahrheit" der beiden sexuellen Profile. Die Partner beachten dabei sowohl das eigene Kränkungs- und Ängstigungsrisiko als auch das des Partners. So ist die sexuelle Kommunikation stark durch Rücksichts- und Schonungsmotive bestimmt. Sie etabliert, was Partner als ihre gemeinsame Sexualität leben: die Komfortzone des Bekannten und Vertrauen und, jenseits der Grenze, die Risikozone der nicht, nicht mehr oder noch nicht kommunizierten sexuellen Wünsche und Handlungen.

Grundkonzepte

Neben der zentralen Dynamik der sexuellen Differenz und der unterschiedlichen sexuellen Profile der Partner sind drei Konzepte von besonderer Bedeutung: die Entwicklung der sexuellen Biographie, die Ambivalenz des Sexuellen und das sexuelle Wollen.

Entwicklung: Das sexuelle Begehren entwickelt sich lebensgeschichtlich. Das sexuelle Begehren mit 15 Jahren ist ein anderes als mit 30 Jahren und noch einmal anders als mit 60 Jahren. Dabei haben wir es nicht mit einem nur quantitativ beschreibbaren Mehr oder Weniger an sexueller Aktivität zu tun, sondern auch mit einer qualitativen Veränderung von Prioritäten, Vorlieben, Bedeutungen. Das beinhaltet zum einen den Blick auf die gelebte Vergangenheit, auf die sexuellen Erfahrungen, auf die Ressourcen wie

auf die Defizite, zum andern auf die noch ungelebte Zukunft und die damit verbundenen Wünsche.

Die Schlüsselfragen heißen: An welchem Punkt Ihrer sexuellen Entwicklung stehen Sie heute? Welche Erfahrungen haben Sie mitgebracht? Was ist so wertvoll, dass Sie es bewahren und pflegen möchten? Was haben Sie noch nicht erlebt und möchten Sie noch erfahren?

Ambivalenz: Das sexuelle Erleben ist voller Ambivalenzen. Über Sexualität kann Bindung, Zuneigung und Nähe kommuniziert werden. Sie ist aber auch ein Verhaltensfeld, auf dem sich Hass und Verachtung ausdrücken lassen. Damit ist nicht nur offensichtliche sexuelle Gewalt gemeint, sondern auch verdeckte passive Aggression, die viel verbreiteter ist: den Partner auflaufen lassen oder seine sexuellen Wünsche lächerlich machen. Diese Motive können, obwohl sie einander widersprechen, gleichzeitig auftreten und die sexuelle Kommunikation der Partner erschweren.

Eine andere Ambivalenz ist die Veränderungsambivalenz bei sexuellen Problemen. Sexualfreundlich eingestellte Therapeuten übersehen leicht, dass der Wunsch, zu einer besseren, befriedigenderen Sexualität zu kommen und ein sexuelles Symptom aufzugeben, zwiespältig sein kann. Sexuelle Symptome, auch die Lustlosigkeit, haben verdeckte Vorteile, können psychisch stabilisieren und auch paardynamisch so viel an Symptomgewinn bringen, dass Nichtveränderungstendenz und Veränderungswunsch koexistieren.

Schlüsselfragen sind hier: Was spricht dafür, alles so zu lassen, wie es ist? Was wäre der Nachteil einer Veränderung? Welcher Partner profitiert von welcher Veränderung?

Wollen/Nicht-Wollen statt Können/Nicht-Können: Der Fokus der Therapie liegt nicht auf der sexuellen Funktion und damit auch nicht auf der Frage, was Klienten sexuell können oder nicht können. Vielmehr konzentriert sich die Therapie auf die Frage, was Klienten wollen oder nicht wollen. Die Frage der sexuellen Funktion, ob „es klappt", bekommt damit einen ganz anderen Stellenwert. Sie ist nicht das primäre Ziel der Therapie, sondern Randbedingung des sexuellen Begehrens. Das bedeutet für Klienten und Therapeuten eine konfrontierendere Auseinandersetzung um die gewünschten sexuellen Veränderungen. Der Funktionsfokus des Könnens erlaubt den Klienten eher, in die Problem-Opfer-Position zu gehen, also sich dem Problem (der mangelhaften sexuellen Funktion) ausgesetzt zu sehen und den eigenen Gestaltungsanteil gering einzuschätzen. Der Begehrensfokus des sexuellen Wollens strapaziert die Problem-Täter-Position, die bei der sexuellen Lustlosigkeit mehr das bewusste Nein akzentuiert (ich will nicht, ich will so nicht, ich verweigere mich) als das nicht gekonnte Ja (ich will schon, aber es geht nicht).

Die Schlüsselfrage lautet hier: Angesichts Ihrer sexuellen Möglichkeiten – was wollen Sie mit Ihrem Partner tun? Konkret könnte das etwa heißen: Angesichts Ihrer frühzeitigen Ejakulation – welchen Sex möchten Sie mit Ihrer Partnerin machen?

Sexuelles Begehren und sexuelles Handeln

Ein, wenn nicht *das* Kerngeschäft jeder Psychotherapie ist der Umgang mit den Bedeutungen, die Klienten ihren Erlebnissen und Verhaltensweisen zuschreiben. Gelungene Psychotherapien gehen immer mit einer Umdeutung und Neuinterpretation relevanter Lebensereignisse und des eigenen Verhaltens einher. Das gilt auch für die Sexualtherapie. Hier betrifft es zentral das Verhältnis zwischen sexuellem Begehren und sexuellem Handeln.

Dieses Verhältnis kann sich als mehr oder weniger eindeutig herausstellen. Diese Unterscheidung – Eindeutigkeit oder Mehrdeutigkeit der Assoziation zwischen Begehren und Handeln – ist eine zentrale Orientierungslinie für die Prozesssteuerung der Sexualtherapie. Ohne eine Veränderung dieser Assoziation ist kaum ein nennenswerter Therapiefortschritt möglich.

Eindeutige Assoziation

Begehren und Handeln können eng verbunden sein und einander weitgehend entsprechen. Eine Person handelt ihrem Begehren entsprechend und begehrt ihrem Handeln entsprechend. Das eine verweist auf das andere.

- Vom Begehren zum Handeln: Das Begehren drängt auf Handeln. So wie begehrt wird, soll gehandelt werden. Das Begehren ist imperativ.
  Herr A. begehrt Frau B. und nur Frau B. Deshalb will er mit ihr und nur mit ihr Sex haben. Oder auch: *Frau M. begehrt Herrn M. nicht und will deshalb auch keinen Sex mit ihm haben.*
- Vom Handeln zum Begehren: Das Handeln verweist auf das Begehren. Weil ich so gehandelt habe, ist das ein Hinweis darauf, dass ich es auch so gewollt habe. Handeln ist das sichtbare Symptom (Zeichen) des Begehrens.
  Herr A. hat Sex mit Frau B. Daraus ist zu schließen, dass er sie begehrt. Oder: *Frau M. hat keinen Sex mit Herrn M. Daraus ist zu schließen, dass sie ihn nicht begehrt.*

In diesen Fällen wird die eindeutige Assoziation als stimmig erlebt und kann als Voraussetzung für sexuelle Zufriedenheit gelten.

Eine eindeutige Assoziation kann aber auch als Problem erlebt werden. Das ist dann der Fall, wenn das Begehren nicht in die gewünschte Handlung umgesetzt werden kann. Das kann zum einen interpersonelle Gründe haben, etwa wenn sich Frau B. Herrn A. verweigert oder sie bestimmte Voraussetzungen für eine sexuelle Begegnung macht, die Herr A. nicht erfüllen kann oder will. Im Fall einer eindeutigen Assoziation würde es Herr A. nicht als stimmig erleben, sich auf eine andere Handlung oder eine andere Person einzulassen. Er ist also in der Eindeutigkeit seiner Assoziation gefangen.

Ein Beispiel für die intrapsychische Konfliktebene der eindeutigen Assoziation ist das Erleben „Ich will, aber ich kann nicht". Herr A. will mit Frau B. Sex haben, sie will es auch. Er kann es aber nicht oder nicht so, wie er will, weil er eine Erektionsstörung hat. Die eindeutige Assoziation führt für Herrn A. zu der Konsequenz, dass er für sich Verhaltensalternativen ausschließt – entweder ganz oder gar nicht (genau dieser Sex oder keiner).

Mehrdeutige Assoziation

Begehren und Handeln können eine mehrdeutige Assoziation miteinander haben. Beide haben eine gewisse Verbindung miteinander, die aber kontingent, nicht zwingend ist.

- Vom Begehren zum Handeln: Dasselbe Begehren kann mit einem entsprechenden Handeln assoziiert sein, mit einem ganz andern Handeln oder mit gar keinem Handeln.
  Herr A. begehrt Frau B.
  Er hat entweder Sex mit ihr oder er diskutiert mit ihr oder er hat Sex mit Frau C. oder er masturbiert und denkt dabei an Frau B. oder er malt ein Bild für Frau B.
  Dasselbe Motiv kann also handlungsoffen sein und zu ganz unterschiedlichen Handlungen führen (äquikausal). Der komplementäre Fall von Mehrdeutigkeit ist die Äquifinalität der Motive: Unterschiedliche Motive können mit derselben Handlung assoziiert sein.
- Vom Handeln zum Begehren: Von einem bestimmten sexuellen Handeln ist nicht auf das entsprechende Begehren zu schließen. Es kann aus ganz andern Gründen realisiert werden.
  Herr A. hat Sex mit Frau B.
  Das kann damit zu tun haben,
  dass er Frau B. begehrt oder dass er Frau C. begehrt, die aber nicht bereit ist, oder dass er Frau B. einen Gefallen tun will oder dass er sich an ihr rächen will oder dass Frau B. ihn dafür bezahlt hat.

Auch die Mehrdeutigkeit hat beide Facetten: Sie kann eine Ressource sein, indem sie Flexibilität im Umgang mit den eigenen Wünschen ermöglicht, mehr Handlungsoptionen eröffnet und damit Wege aus den erlebten Sackgassen anbietet, die im Fall einer eindeutigen Assoziation ausgeschlossen sind.

Eine mehrdeutige Assoziation kann dann ein Problem darstellen, wenn Frau B. den Eindruck hat, Herr A. begehre nicht sie, sondern eigentlich Frau C., die er aber nicht haben kann. Oder wenn Frau B. nur dann mit Herrn A. Sex haben möchte, wenn er ihr seine Zuneigung ausdrücken möchte, nicht aber, wenn er lediglich Ablenkung sucht. Die mehrdeutige Assoziation hat also nicht nur den Vorteil der Flexibilität, sondern auch den Nachteil der Uneindeutigkeit, die dann als Problem empfunden werden kann, wenn von einem Partner Eindeutigkeit erwartet wird.

Tabelle 14.1 fasst die Vorteile und Nachteile, also die Problem- und Lösungsaspekte der beiden Assoziationen, zusammen.

Eine Sexualtherapie ermöglicht dann Bewegung, wenn sie die Partner aus der eindeutigen Problem-Assoziation befreit. Das wird am Verlauf einer systemischen Sexualtherapie deutlich.

Tabelle 14.1 Eindeutige vs. mehrdeutige Assoziation von sexuellem Begehren und sexuellem Handeln

	Vorteile	*Nachteile*
Eindeutige Assoziation	Stimmigkeit Verbindlichkeit	Sackgasse im Vorwurf festgefahren
Mehrdeutige Assoziation	Flexibilität Wahlmöglichkeit	nicht wissen, was gilt Beliebigkeit

Behandlungsphasen der Sexualtherapie

Sehr vereinfacht lassen sich im Verlauf drei Phasen unterscheiden:

- eine erste Phase, die durch den symptomstabilisierenden Interaktionszirkel des Paares, durch Vorwurfs- und Verteidigungseskalation bestimmt ist;
- eine zweite Phase, in der die sexuelle Profilierung und Differenzierung der beiden Partner im Mittelpunkt steht;
- eine dritte Phase, in der die Partner verhandeln, wie sie mit der erlebten Differenz ihrer sexuellen Profile umgehen wollen.

Die Phasen sind natürlich nicht steril getrennt, in jeder späteren Phase kann eine frühere Dynamik reaktualisiert werden. Die Phasenbeschreibung ist nicht als therapeutisches Operations-Schema zu verstehen, eher als ungefähre Landkarte, die die Navigation bei der Prozesssteuerung erleichtern soll.

Angesichts der wiederholten „Rückfälle" von einer späteren in eine frühere Phase und angesichts der Gleichzeitigkeit der unterschiedlichen Dynamiken könnte man statt von Phasen auch von „Modulen" sprechen, die miteinander vernetzt sind und einander gegenseitig beeinflussen. Trotz diese Überlegungen bleibe ich der Vereinfachung zuliebe bei dem Phasenbegriff.

Erste Phase: Analyse des symptomstabilisierenden Interaktionszirkels

Die erste Phase ist durch die Inszenierung des symptomstabilisierenden Interaktionszirkels bestimmt. Das Paar befindet sich an der Grenze seiner Möglichkeiten, im Rahmen des Harmonie-Ideals (Gegenseitigkeit, Rücksicht, Unterschiedsminimierung) zu einem authentischen Ausdruck von Männlichkeit bzw. Weiblichkeit und zu einer befriedigenden Sexualität zu kommen. Der manifeste sexuelle Konflikt – so die leitende Hypothese für diese Phase – ist ein Lösungsversuch erster Ordnung, nämlich der Versuch, die sexuelle Befriedigung im Rahmen der alten Paarstruktur zu verbessern. Anders ausgedrückt: Das Paar möchte alles beim Alten lassen und nichts ändern außer dem sexuellen Symptom. Die Intensität dieses Konflikts, der im Wesentlichen in ärgerlicher Affektlage (mit Vorwürfen, Rechtfertigungen) ausgetragen wird, ist abhängig von der Angst vor der sexuellen Differenzierung.

Die erste Phase der Therapie ist bestimmt durch die Inszenierung des Problems. Sexuelle Luststörungen sind paardynamisch so organisiert, dass sich zwischen den Partnern ein Interaktionszirkel etabliert hat, der das sexuelle Symptom aufrechterhält. Meist lässt sich die Interaktion als Kollusion beschreiben, in der ein Partner die sexuell progressive, also drängende, fordernde, manifest lustvolle Position einnimmt und der andere Partner die sexuell regressive, also verweigernde, desinteressierte, manifest lustlose Position. Beide Positionen sind voneinander abhängig, die Partner haben sich im Lauf der Symptomentwicklung in diese polaren Gegensätze manövriert, die zum Zeitpunkt des Therapiebeginns schwer vereinbar scheinen (Position links oben in Tab. 14.**1**).

Auftragsklärung: Es ist zu klären, welche Aufgabe der Therapeut angesichts der symptomatischen und paardynamischen Ausgangslage übernimmt. Diese Ausgangslage ist fast regelhaft von zwei Charakteristika bestimmt:

- Die Partner erwarten vom jeweils anderen, dass er sein Verhalten ändert und sich der eigenen Position nähert.
- Einer der Partner reklamiert die Veränderungsposition, der andere die Nichtveränderungsposition. Der Partner in der Veränderungsposition formuliert meist den stärkeren Leidensdruck, er könne die gegenwärtige Situation kaum noch ertragen. Seine Erwartung an den Therapeuten ist, dass er den andern zur Veränderung motiviert. Der Partner in der Nichtveränderungsposition nimmt die – trotz eigenen Leidensdrucks – beschwichtigende Position ein, der andere möge doch seine anstrengenden Veränderungswünsche zurücknehmen.

Die Kunst der Auftragsklärung besteht darin, diese widersprüchlichen Klienten-Erwartungen so zu verhandeln, dass eine Therapieperspektive geöffnet wird, die sich für beide Partner lohnt. Dafür reicht ein lineares Ziel der Symptomfreiheit nicht, weil es die Veränderungsambivalenz nicht berücksichtigt: Sexuelle Lustlosigkeit hat immer auch verdeckte Vorteile. Sie kann das besondere Bemühen des Partners einfordern, sie bietet die Möglichkeit, sich am Partner zu rächen oder Kontrolle über einen zentralen emotionalen Bereich zu behalten. Solche Vorteile drohen bei einer auf schlichte Symptomfreiheit angelegten Therapie verloren zu gehen und führen zu Veränderungs-Widerstand.

Dieser Widerstand ist in der partnerschaftlichen Auseinandersetzung um die sexuelle Symptomatik wirksam. Hier zeigt er sich nicht nur zwischen den Partnern, also darin, dass die Partner einander als widerständig und als Behinderung einer Veränderung wahrnehmen und einander die Veränderungsverantwortung zuspielen. Vielmehr lässt sich die Auseinandersetzung selbst als kooperatives Widerstands-Handeln verstehen: Der Streit ist von der Hoffnung getragen, dass die sexuelle Einigkeit möglich sei, wenn nur der andere seine Position aufgebe und einlenke. Der oft vorwurfsvolle, gekränkte und gereizte Ton der Auseinandersetzung um die unbefriedigende Sexualität lässt leicht übersehen, dass der Streit von einem Harmonie-Ideal getragen ist: Wenn der andere nur einlenkt, wird alles gut. Dieses Harmonie-Ideal schützt die Partner vor der bedrohlichen Einsicht in ihre existenzielle Getrenntheit, in die Tatsache, dass sie – bei aller Bindung und Zuneigung – zwei getrennte Personen sind, deren sexuelles Begehren sie unterscheidet, sie nicht nur verbindet, sondern auch trennt. Die Gereiztheit, in der die Partner ihren Leidensdruck kommunizieren und einander vorwerfen, lässt leicht übersehen, dass wir es hier mit einer Kooperation zu tun haben, in der die Partner immerhin ihre Verbundenheit spüren und sich von der bedrohlichen Wahrnehmung ihres Unterschiedes und ihrer Getrenntheit ablenken können.

Beziehen wir den manifesten sexuellen Konflikt zu Beginn der Therapie auf die Assoziation zwischen Begehren und Handeln, so haben wir es hier mit dem – erfolglosen – Bemühen um eine eindeutige Assoziation zu tun: Sexuelles Begehren und sexuelles Handeln sollen einander entsprechen – tun es aber nicht. In der Problembeschreibung „Ich will, aber ich kann nicht" ist dieses Bemühen in einer Form ausgedrückt, bei der der Klient zwar sein Wollen bekundet, gleichwohl aber in eine Problem-Opfer-Position geht. Er drückt sein nichtverstehendes Staunen darüber aus, dass das Handeln dem Begehren nicht folgt, und die erlebte Ausweglosigkeit, die Handeln ohne Begehren nicht gelten lässt. Ähnlich in dem logisch reizvollen, weil offensichtlich paradoxen „Ich will wollen", also dem Wunsch eines Begehrens höherer Ordnung an ein Begehren niederer Ordnung. Deshalb sollte die Auftragsklärung nicht durch ermutigende Botschaften des Therapeuten dominiert sein, sondern von der Güterabwägung, sich auf ein Risiko einzulassen.

Das Risiko liegt in der Ungewissheit, die die Suchbewegung der Therapie mit sich bringt (Position rechts unten in Tab. 14.**1**). Während in der Eingangsphase das sexuelle Symptom und der damit verbundene symptomstabilisierende Interaktionszirkel zwar Leidensdruck mit sich bringen, sind sie gerade durch ihre Stagnation eindeutig: Das sexuelle Verhalten der beiden Partner ist füreinander berechenbar.

» *Frau A. (42) und Herr B. (43), beide Beamte, sind seit sechs Jahren zusammen. Sie ist seine erste Partnerin. Frau A. hatte vorher mehrere Beziehungen, zuletzt eine fast zehnjährige Partnerschaft, aus der sie sich trennte, weil sie den Partner zu egoistisch fand.*

Frau A. beklagt, dass Herr B. sich seit Jahren sexuell zurückziehe, was er mit seinen Erektionsstörungen begründet. Es kommt nur selten zum Verkehr, der mithilfe von Viagra gelegentlich möglich ist. Beide haben das Gefühl, die Beziehung stagniere. Frau A. gibt ihm die Schuld, dass sie nun kinderlos bleibe, er habe ein Kind nie bejaht. Seine Bejahung habe sie aber gebraucht, um ihrerseits eindeutig das Kind zu wollen. Er verteidigt sich und will sich die Verantwortung nicht zuschieben lassen, weder für das Kind („Du hast ja auch nicht gewollt") noch für die sexuelle Misere („besser geht es bei mir eben nicht").

Beide empfinden ihr Verständnis im Alltag, ihre gleichen Werte und Lebensphilosophien als große Stärke der Beziehung, die sie nicht aufgeben wollen.

Sie kommen beide mit dem Anliegen, ihre sexuelle Beziehung befriedigend zu leben, sehen sich aber in der Falle, nicht zu wissen, wie sie jetzt noch ohne Vorbehalte anfangen sollen. Dabei geht von Frau A. der stärkere Druck aus. Sie möchte so nicht weiterleben. „Wenn schon kein Kind, dann mindestens ein gutes Sexualleben, sonst fühle ich mich überhaupt nicht mehr als Frau." Die Frage nach der Konsequenz der Nichtveränderung beantwortet sie zunächst offensiv („dann trenne ich mich"), lenkt dann aber ein, sie könne ihm auch nicht alles anlasten, ihre Unzufriedenheit habe sie auch in die Beziehung mitgebracht. Herr B. äußert das Gefühl, dass beide „irgendwie nicht zusammenkommen", ist aber ratlos, was zu tun sei. «

Zweite Phase: Profilierung der sexuellen Differenz

Diese Berechenbarkeit und Eindeutigkeit wird in der zweiten Phase in Frage gestellt. Der Fokus der zweiten Phase ist die Profilierung der sexuellen Differenz. Diese Fokussierung zielt auf eine Musterunterbrechung des Konfliktzirkels. Anders ausgedrückt: Der Therapeut lenkt den Blick der Klienten vom Partner zurück auf den individuellen Klienten selbst, auf sein eigenes sexuelles Profil und dessen Kommunikation, konzentriert sich darauf, die Verwicklung und Verclinchung zu entzerren und die Partner „auseinander zu bringen", in die Wahrnehmung des eigenen Begehrens, der eigenen Wünsche und Erfahrungen – unabhängig vom Partner.

David Schnarch (1994) hat den relevanten Schritt dieser Phase mit dem Begriffspaar Partnervalidierung und Selbstvalidierung benannt. Er verwendet die beiden Begriffe im Rahmen seines Intimitätskonzepts. Indem er Intimität als „offene Selbstkonfrontation in Gegenwart des Partners" versteht, hat er ein sehr konfrontierendes und potenziell ängstigendes Bild von erotischer Nähe, das mit harmonischen Alltagsvorstellungen nur wenig zu tun hat. Mit Selbstkonfrontation ist die Mitteilung dessen gemeint, was mich als begehrendes sexuelles Wesen ausmacht. Diese kann ich so gestalten, dass ich mich dabei rücksichtsvoll an dem orientiere, was meinem Partner angenehm ist und was innerhalb seines Erwartungshorizontes liegt (Partnervalidierung). Oder ich kann sie so gestalten, wie sie mir selbst entspricht, wobei ich damit ängstigende und bedrohliche Gefühle meines Partners in Kauf nehme (Selbstvalidierung).

Die prototypische Intervention dieser Phase ist das *Ideale Sexuelle Szenario (ISS)*, mit dem im Kern der sexuellen Differenz gearbeitet wird. In dieser Phase ist die Angst der dominante Affekt. Sie ist induziert durch den spürbaren Preis, den die Differenzierung hat, um die emotionalen und existenziellen Kosten der Selbstvalidierung, um Angst vor Verlassenwerden, als Mann oder Frau nicht akzeptiert zu sein, vor dem Schuldgefühl gegenüber dem Partner.

Beim ISS werden die Partner aufgefordert, individuell und unabhängig voneinander die sexuelle Begegnung aufzuschreiben, die für sie am erregendsten, befriedigendsten und stimmigsten ist. „Schreiben Sie auf, was Sie mit wem wo wie genau tun würden." Es wird verabredet, dass beide autonom entscheiden, ob und wann sie offen legen, was sie aufgeschrieben haben. Beide Partner verschließen das ausformulierte ISS in einem Kuvert, sprechen mit ihrem Partner nicht darüber und bringen es zur folgenden Sitzung mit.

Der konzeptionelle Gedanke hinter dieser Intervention ist, dass das ISS relevante Inhalte des individuellen sexuellen Profils enthält. Ebenso so wichtig wie der Inhalt des ISS ist die in der Folgesitzung stattfindende Verhandlung darüber, wer sein ISS mit welcher befürchteten oder möglichen Konsequenz dem Partner offen legt. In der Form dieser Verhandlung wird Differenzierung und Selbstvalidierung der beiden Partner gefordert.

Dafür ist zunächst eine Dissoziation von Begehren und Handeln erforderlich, also die Abkehr von der Vorstellung, jede Facette des Begehrens müsse so und nicht anders realisiert werden. Das erleichtert die Profilierung, indem sie nicht dadurch ausgebremst wird, dass die mögliche Verhinderung (durch den Partner, durch die eigene Angst) antizipiert wird nach dem Muster: „Das wäre phantastisch, aber es geht ja doch nicht, also wünsche ich es erst gar nicht." Das ISS fokussiert deshalb auf das sexuelle Begehren, nicht auf das sexuelle Handeln. Indem die Profilierung des Begehrens zunächst (!) von der Frage entkoppelt wird, wie weit es verwirklicht und in Verhalten umgesetzt werden kann, besteht für den einzelnen Partner die Chance, es mehr von der gefälligen Partnervalidierung zu lösen und zu einer stärkeren Selbstvalidierung zu kommen. Dadurch wird die Assoziation von Begehren und Handeln potenziell mehrdeutig, sexuelles Begehren und sexuelles Handeln verlassen ihre Zwangsgemeinschaft, die sie in der Problem-Eindeutigkeit noch haben.

Das ISS betont die Dissoziation von Begehren und Handeln, indem „Begehren ohne Handeln" fokussiert wird. Daneben gibt es eine Reihe von Interventionen, die sich anwenden lassen, um umgekehrt das „Handeln ohne Begehren" zu erproben. Dazu gehören Als-ob-Interventionen (Rollenspiele, die Aufgabe, möglichst schlechten Sex zu machen, „eheliche Pflicht") (Näheres dazu in Clement 2004a). Sie ermuntern, vom Ernst-Modus („so ist es") in den Spiel-Modus („so könnte es auch sein") zu gehen, alternative Handlungsoptionen zu erproben, ohne dass sie gleich als verbindlich und „ernst" gelten müssen (Näheres dazu in Clement 2004b).

Die leitende Idee dieser Interventionen ist eine andere als die der „Übungen" in der klassischen Sexualtherapie (vgl. Kap. 13). Sie sollen Möglichkeiten vorbereiten, wie die Assoziation von Begehren und Handeln anders aussehen könnte als im problematischen Fall der sexuellen Lustlosigkeit. Fast alle symptomatischen und mit Leidensdruck verbundenen Assoziationen sind eindeutig („ich will, aber mein Partner lässt mich nicht"; „ich will, aber ich kann nicht"; „mein Partner macht mir Angebote, aber ich will nicht"). In dem Maße, wie diese Interventionen einen Spiel-Modus nahe legen (ausprobieren und sehen, was passiert), können sie die Zwangsläufigkeit der eindeutigen Problemwahrnehmung schwächen. Dabei erhöhen gerade paradoxe Interventionen die Selbstwirksamkeit der Partner und ermöglichen Auswege aus der Problem-Opfer-Position.

» *Bei der Profilierung ihrer eigenen Wünsche tut sich Frau B. schwer. Sie sei in den früheren Partnerschaften meist in der reagierenden Position gewesen, mit Partnern, die ihrerseits sexuell initiativ, nach ihrem Geschmack oft zu fordernd gewesen seien und zu wenig Rücksicht auf sie genommen hätten. In ihrem ISS stellt sie sich Herrn A. vor, wie er sie umwirbt und in einer romantischen Szene verführt. Herr A. erlebt das ISS von Frau B. als Appell, sich entsprechend zu verhalten und*

vermeidet, näher darauf einzugehen. In seinem ISS beschreibt er eine ihm nicht bekannte Frau, die seine passiven Wünsche ungefragt erfüllt, ihn verwöhnt, während er sich ihrer Aktivität hingibt, ohne selbst viel zu tun.

Die Auswertung der beiden ISS konzentriert sich darauf, dass beide Partner in ihrem ISS die rezeptive Position bevorzugen. Frau B. nimmt das ISS von Herrn A. ambivalent auf. Immerhin äußert er zu ihrer Überraschung überhaupt sexuelle Phantasien, andererseits sind diese so angelegt, dass sie nicht direkt an ihre Wünsche anschließen können. Nachdem die anfängliche Auseinandersetzung stark von dem Vorwurfs-Verteidigungs-Zirkel bestimmt war, aus dem beide nicht aussteigen konnten, geraten die Partner nach dem ISS in eine resignative Stimmung. „Offenbar passen wir nicht zusammen. Wenn keiner die Initiative ergreift, passiert eben nichts", fasst Frau B. ihre Sicht zusammen, der Herr A. nicht widerspricht. Das Paar sieht in dieser Phase der Therapie die voneinander abgegrenzten Profile als nicht miteinander vereinbar. Frau B. trägt sich mit Trennungsgedanken.«

Dritte Phase: Verhandeln der Differenz

Die dritte Phase markiert den Beginn einer neuen Stufe der sexuellen Entwicklung, in der erotische Begegnungen auf der Basis von Getrenntheit stattfinden. Dies muss keine Zunahme der Häufigkeit sexueller Aktivität bedeuten, wohl aber der Qualität und Authentizität des sexuellen Zusammenseins, dessen Form, Regeln und Details nun neu verhandelt werden. Im Gegensatz zu der (verdeckten) Harmonie-Hoffnung der ersten Phase, die sich als Kampf gegen die Unterschiede zeigt, werden jetzt die Unterschiede bejaht und als Voraussetzung für eine neue Begegnung genutzt. Auf der Handlungsebene sind Verhandlungskompetenzen gefragt, die die Partner brauchen, die nach der Differenzierung und Profilierung ihrer individuellen Sexualität nun die Anschlussfähigkeit ihrer Profile neu prüfen und verhandeln müssen (Position rechts oben in Tab. 14.**1**).

Eine Intervention, die den Plot dieser Phase illustriert, ist die folgende Aufgabe: Beide Partner sollen jeweils eine erotische Begegnung mit radikaler Verantwortungs- und Rollentrennung verabreden. Am ersten Abend soll Sex so stattfinden, wie es sich die Frau vorstellt, der Mann soll als „Liebesdiener" das tun, was der Frau entspricht. An einem weiteren Abend soll umgekehrt der Mann die Entscheidungs- und Gestaltungsverantwortung haben, die Frau geht in die Position der „Liebesdienerin". Die Dauer dieser Aufgabe wird zeitlich limitiert. Diese Aufgabe ist nicht als Vorschlag gedacht, auf diese Weise dauerhaft das Dilemma der sexuellen Differenz zu lösen, vielmehr soll es aus der Entweder-oder-Falle herausführen, wonach der Vorteil des einen Partners mit einem Nachteil des andern Partners erkauft wird. Die Aufgabe erlaubt es, Spielräume auszuloten, wie weit sich der eine Partner auf Wünsche des andern einlassen kann, ohne selbst in die Defensive einer Verlierer-Position zu geraten.

» In einer der folgenden Sitzungen berichtet das Paar, sie hätten miteinander geschlafen, und es sei für beide sehr innig gewesen. Nachdem beide auf dem Tiefpunkt ihrer Resignation gewesen seien, hätte Herr A. von sich aus geäußert, der Gedanke an ein gemeinsames Kind sei für ihn nicht mehr ausgeschlossen. Er würde, wenn sie schwanger würde, sich nicht dagegen wehren. Frau B. ist von diesem Angebot, auch wenn er es in seiner reservierten Art zum Ausdruck brachte, völlig überrascht, sie habe es anfangs nicht geglaubt. Er bestätigt aber, dass er das ernst meine und fügt mit nachhaltigem Ernst hinzu, dass er gleichwohl „nur dann Sex will, wenn ich auch wirklich will". Für Frau A. ist dies das wichtigste Ereignis der ganzen Therapie. Damit fühlt sie sich in einem zentralen Wunsch gesehen. Wenig später nehmen sie den lange auf Eis gelegten Plan in Angriff, in eine größere Wohnung umzuziehen. „Jetzt könnten wir sogar heiraten."

In dieser späten Phase stellt sich etwas deutlicher heraus, was sich in den ersten Sitzungen nur angedeutet hatte: Für Frau B. war nicht die sexuelle Zurückhaltung von Herrn A. die zentrale Kränkung, sondern seine Weigerung, sich zu einem gemeinsamen Kind zu bekennen. Nicht die faktische Schwangerschaft, sondern seine Bejahung ihres Kinderwunsches war der Eisbrecher, der ihr ermöglichte, sich ihm zuzuwenden. Herr A. seinerseits konnte durch sein Entgegenkommen aus der selbst gestrickten Defensive herauskommen und wieder Handlungssouveränität gewinnen. Der Erfolg bestand für beide nicht darin, dass sie häufiger sexuellen Verkehr miteinander hatten, noch nicht einmal darin, dass der Verkehr als solcher sexuell befriedigender geworden wäre, sondern in einem Gewinn an Differenzierung und sexueller Authentizität. Dieser wurde erst möglich durch den Ausstieg aus dem Vorwurfs-Verteidigungs-Zirkel, der zunächst zu resignativen Trennungsgedanken führte. Erst als Frau B. die Hoffnung aufgab, Herr A. könne doch noch einlenken und sich mit der Perspektive der Trennung beschäftigte, fühlte Herr A. sich frei, seine Position unabhängig von ihrer vorwurfsvollen Erwartung zu entwickeln. Dadurch, dass Herr A. sich zusätzlich zu seiner eher zurückhaltenden Sexualität bekennt, statt sich dafür zu rechtfertigen, wurde er auch wieder attraktiv für sie.«

Im engeren Sinn hat dieses Paar nicht explizit „verhandelt". Vielmehr sind die Partner nach einer deutlichen Selbstvalidierung unter neuen Vorzeichen aufeinander zugegangen (Position links unten in Tab. 14.**1**). Wenn man diese Entwicklung vereinfachend nachzeichnen will, könnte man die dramaturgische Figur des Verlaufs in drei Schritten ausmachen: Problem-Eindeutigkeit – Mehrdeutigkeit – Lösungs-Eindeutigkeit. Tabelle 14.**2** fasst diese Figur zusammen.

Der Verlauf illustriert einige generalisierbare Prinzipien der systemischen Sexualtherapie. Der symptomstabilisierende Konfliktzirkel und der Streit um die sexuelle Lust sind der quälende Versuch, das romantische Harmonie-Ideal der Beziehung zu halten, dem zufolge eigentlich alles gut und einig sein könnte, wenn der Partner nur einlenken würde. Wenn dieser zwar quälende, aber vertraute Streit im Konfliktzirkel zwischen Vorwurf und Verteidigung durch Profilierungsschritte eines Partners unterbrochen wird, ist eine kritische Phase in der Beziehung unvermeidbar. Sie zeigt sich in resignativen Gefühlen und Trennungsgedanken. Diese Gefühle begleiten die Einsicht, dass Lösungen erster Ordnung, also eine veränderte Sexualität ohne Differenzierung und Neupositionierung, schwer möglich sind. Die

Tabelle 14.**2** Eindeutigkeit und Mehrdeutigkeit im Therapieverlauf

	Therapie-Fokus und Dynamik	***Beispiel Frau B./Herr A.***
Problem-Eindeutigkeit	Symptomstabilisierender Interaktionszirkel von Vorwurf und Verteidigung Sexuelle Vermeidung	Sie wirft ihm seinen Rückzug vor. Er verweigert sich defensiv Gefühl von „Sackgasse".
Mehrdeutigkeit	Selbstvalidierung Betonung der Differenz Angst, dass Differenz Nichtpassen bedeutet	Seine Profilierung seiner zurückhaltenden Sexualität. In der Folge Trennungsgedanken von ihr Resignation bei beiden
Lösungs-Eindeutigkeit	Erfahrung, dass sexuelle Begegnung bei Wahrung der eigenen Authentizität möglich ist	Sein Entgegenkommen beim Kinderwunsch „Wir könnten heiraten"

Krise in der zweiten Phase der Therapie hat auch Aspekte eines Trauerprozesses darüber, dass das unterdifferenzierte Harmonie-Ideal so nicht mehr zu halten ist. Die sexuelle Entwicklung in einer Partnerschaft in eine selbstbestimmte nachromantische Phase hat den Preis dieser Krise. Aber sie ist möglich.

Literatur

Clement U. Systemische Sexualtherapie. Stuttgart: Klett-Cotta; 2004 (a).

Clement U. Vom Ernst zum Spiel und zurück. Ein Aspekt der systemischen Sexualtherapie. Z Sexualforsch. 2004; 17: 152–162. (zit. als 2004b)

Schnarch D. Passionate marriage. New York: Henry Holt; 1994.