

Im Herbst dieses Jahres erscheint bei Klett-Cotta, Stuttgart, das Buch „Systemische Sexualtherapie“, in dem Ulrich Clement die Grundzüge der systemischen Sexualtherapie exemplifiziert. Clement stellt einen sexualtherapeutischen Ansatz vor, der sich von dem von Masters und Johnson entwickelten Konzept der Sexualtherapie ebenso absetzt wie von den Modifikationen dieser Therapie. Das theoretische Konzept der systemischen Sexualtherapie und die Methoden werden durch Fallbeispiele nachvollziehbar gemacht.

In dem nachfolgenden Vorabdruck aus diesem Buch geht es um den Wechsel zwischen Spiel und Ernst im therapeutischen Prozess und deren Bedeutung für die Kommunikation und den Umgang mit sexuellen Störungen. Wie dieser Wechsel zwischen Spiel und Ernst verläuft und welche Ergebnisse er haben kann, wird an einer Vignette aus der Therapie eines älteren Ehepaars aufgezeigt.

Die Redaktion

Vom Ernst zum Spiel und zurück

Ein Aspekt der systemischen Sexualtherapie

Ulrich Clement

Die Lösungsperspektiven, die zu den beiden Konfliktachsen (Balance und Entwicklung) gehören, unterscheiden sich nicht nur inhaltlich, sondern auch modal, also in der Form, im Ton, der die „Musik“ der Prozess-Steuerung macht. Therapien sind nicht nur ergebnisorientierte Veranstaltungen zur Lösung von persönlichen Problemen. Sie bewegen sich in einer Ästhetik, in der Tempo, Energielevel, Farbigkeit, Geschmack, dramaturgische Spannung in Szene gesetzt werden, die den inhaltlichen Konflikt- und Entscheidungslinien erst ihre sinnliche Qualität geben. Zur Kennzeichnung dieser modalen Unterschiede will ich auf die oben eingeführten Modi von Pathos und Ironie zurückgreifen und zeigen, warum die Nutzungen beider Modi, des pathetischen Ernstes *und* des ironischen Spiels therapeutisch fruchtbar sein kann.

Das Votum, sowohl mit Pathos wie mit Ironie zu arbeiten, sowohl Ernst wie Spiel einzusetzen, vom einen zum andern und wieder zurück zu gehen, ist ein Votum für die Nutzung des binokularen Blicks, der erst den Zu-

gang zur Tiefendimension von Lebensentscheidungen möglich macht. Therapien, die einem rein pathetischen Muster folgen, die also nur ernst sind, die auf Wahrhaftigkeit und Authentizität bauen, legen sich zugleich aber auf den Zustand der Schwere fest und bleiben ohne Not unbeweglich. Sie verschenken die Möglichkeit, die der ironische Spiel-Modus nutzt, nämlich im Erproben und in der Leichtigkeit Denk- und Handlungsoptionen ins Auge zu fassen, ohne sich gleich darauf festzulegen. Umgekehrt bleiben Therapien flach und unbefriedigend, die den Modus des Spiels nicht verlassen können, die ausschließlich im Experimentierenden bleiben, in paradoxen Techniken, im Jonglieren mit Als-ob-Perspektiven, wie sie die systemische Tool-Box in reichem Umfang anbietet, weil sie lediglich die Optionen öffnende, nicht die Optionen schließende, also Entscheidungen treffende Perspektive in den Blick nehmen. Das ist die Gegenseite des systemischen ethischen Axioms, wie es Heinz von Foerster formuliert hat: „Handle so, dass die Zahl deiner Handlungsmöglichkeiten zunimmt.“ Das ist eben nur ein Typ von Entscheidungen. In vielen relevanten Übergangssituationen geht es um Entscheidungen, die Handlungsmöglichkeiten reduzieren. Sämtliche Bindungsentscheidungen gehören dazu. Freiheit ist nicht durch das ständige Offenhalten aller Möglichkeiten gekennzeichnet, sondern durch die Wahlmöglichkeit zwischen Offenheit und Festlegung.

Eine therapeutische Prozess-Steuerungs-Kompetenz liegt darin, situationsabhängig beide Klaviaturen spielen zu können und sich im Betriebsmodus Ernst wie im Betriebsmodus Spiel gleich gut bewegen zu können. Genauer noch: Der Therapeut muss sowohl in der Lage sein, auf Ernst ernst einzugehen wie auf Spiel spielerisch, als auch die Möglichkeit haben, den angebotenen Ernst (der Klage, des Leidensdrucks) spielerisch in Frage zu stellen und das angebotene Spiel (Herumprobieren, stagnierende Ambivalenzen, repetitive Streitmuster) dem Ernst von Entscheidungen zuzuführen.

Vom Ernst zum Spiel: Prozess-Steuerung auf der Balance-Achse

Ein wesentliches Moment von Leidensdruck ist das Fehlen von Handlungsalternativen. Paare suchen Behandlung dann auf, wenn ihre Handlungsoptionen erschöpft sind, wenn Spaß und Mut, es miteinander hinzubekommen, an ihre Grenze geraten sind. Die initialen, noch nicht von therapeutischen Umdeutungen beeinflussten Problembeschreibungen beider Partner (die voneinander abweichen können) sind schon in dem Sinne ernst, dass die Partner keinen Spaß verstehen. Symptombeschreibungen über Erektionsschwierigkeiten oder sexuelles Desinteresse werden tragisch erlebt und berichtet, verbunden mit Leidensdruck, Gefühlen des Versagens und der Enttäuschung, oft auch der Wut und Empörung über den Partner. Die Sichtweisen, die das Verhalten der Partner zu Problemen machen, sind feste Wirklichkeitskonstruktionen, die Täter- und Opfer-Positionen festlegen, die Verhaltensalternativen eng begrenzen oder ausschließen und die mehr regel- als ausnahmefokussiert sind. Sie führen auch zu den

analogen Gefühlsresonanzen: Wo die Lage eindeutig ist, gibt es nichts zu lachen. Dies gilt noch verschärft, wenn die beiden Partner sich in ihrer Problembeschreibung uneins sind und ihre konkurrierende Sichtweise darstellen. Dabei ist der Therapeut nicht nur Triangulierungs-Angeboten der beiden Partner ausgesetzt (nimm meine Sichtweise gegen die meines Partners ein), er wird auch geprüft, wie weit er den Ernst der Lage verstanden hat.

Zu frühe und zu aktive Umdeutungsversuche des Therapeuten werden daher von den Partnern als Verständnislosigkeit und fehlende Einfühlung erlebt und entsprechend beantwortet. In der ersten Phase, in der der therapeutische Auftrag noch nicht geklärt ist, prüfen die Partner vor allem, ob ihre Sichtweise beim Therapeuten angekommen und gut aufgehoben ist.

Die positive Beantwortung dieser Prüfung¹ ist die notwendige Voraussetzung dafür, dass die Therapie greifen kann. Ohne die damit gewährleistete Verbindlichkeit kann der Übergang vom Ernst zum Spiel nicht gelingen. Erst auf dem Boden einer ernsthaften Beziehung können spielerische Interventionen ihre Kraft entfalten. Interventionen, die die Beweglichkeit von belastenden Wirklichkeitskonstruktionen fokussieren, brauchen als Kontextmarkierung also den Ernst der therapeutischen Beziehung.² Sie bleiben sonst flach oder werden geradezu albern.

Nehmen wir als Beispiel die Verschlimmerungsfrage, die zur Gattung der paradoxen spielerischen Fragen gehört, in denen mit einer Als-ob-Voraussetzung eine alternative Wirklichkeit erdacht wird. Die Verschlimmerungsfrage fragt experimentierend nach den Konsequenzen einer möglichen Problem-Mittäterschaft, ohne dass diese „im Ernst“ vorausgesetzt wird. Sie ist insofern paradox, als sie nach dem Gegenteil des vom Klienten intendierten Ergebnisses fragt, also explizit zum Spiel, zum Gedankenexperiment einlädt.

In einer Sexualtherapie könnte man sie etwa so stellen: „Angenommen, Sie wollten das Problem noch schlimmer machen, als es ohnehin schon ist, und wollten Ihren Mann dazu bringen, dass er überhaupt kein sexuelles Interesse an Ihnen als Frau mehr zeigt: Was müssten Sie tun?“ Die Frage weicht inhaltlich in zwei Punkten von der ernsten und festen Wirklichkeitskonstruktion der Klienten ab, nämlich einmal der Intention der Klientin, ihr Mann solle mehr (und eben nicht weniger) sexuelles Interesse an

¹ Es ist für Therapeuten zunächst schwer zuzugestehen, dass sie als Geprüfte auch in einer One-down-Position gegenüber den Klienten sind. Tatsächlich stärkt das Bewusstsein um diese Position die therapeutischen Handlungsmöglichkeiten mehr, als es sie schwächt. Dafür muss der Therapeut aber die Prüfung als Prozess mit offenem Ausgang sehen, in der auch die Klienten ihre eigene Einstiegs- oder Rückzugsbereitschaft prüfen.

² Die Vertreter des Meilener Begegnungsmodells (Welter-Enderlin und Hildenbrand 1996; Welter-Enderlin und Jellouschek 2002) sprechen hier von einer „Metastabilisierung durch emotionale Rahmung“ und verstehen hier ebenfalls eine vom Therapeuten zu gewährleistende emotionale holding function, die für das relativ instabilere Klientensystem Veränderung ermöglicht.

ihr zeigen, und zum ändern, sie sei Opfer (nicht etwa Mit-Täterin) seines Desinteresses. Die Antwort und Auswertung dieser Frage bringt nur dann therapeutischen Gewinn, wenn vorher klar ist, dass Therapeut und Klienten in einem Prozess der Ernsthaftigkeit miteinander sind, wenn also die „emotionale Rahmung“ (Welter-Enderlin und Hildenbrand 1996) die Intervention trägt.

Auf dieser Basis lässt sich spielen. Die Spieloption ist nun dadurch gekennzeichnet, dass die Spieler den Möglichkeitsraum unverbindlich betreten. Die Hintertür ist weit offen. Wir sind hier bei reversiblen Prozessen, also bei Entscheidungen und Möglichkeiten, die ohne Schaden umkehrbar sind. Deshalb gilt im Spiel auch die therapeutische Übersetzung des Foerscher'schen Imperativs: Therapiere so, dass die Zahl der Handlungsmöglichkeiten und alternativen Sichtweisen deiner Klienten zunimmt.

Wenn wir den therapeutischen Übergang vom Ernst des sexuellen Problems zum Spiel alternativer sexueller Denk- und Handlungsmöglichkeiten betrachten, stehen all die Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung, die in der systemischen Therapie entwickelt worden sind. Sie alle können nahtlos auf das sexuelle Konfliktfeld übertragen werden. Dazu gehören Verflüssigungsfragen, Verschlimmerungs- und Verbesserungsfragen, hypothetische und zirkuläre Fragen.

Als Suchstrategie hat der Weg vom Ernst zum Spiel (genauer: vom Ernst des Problems zum Spiel mit einem Leben ohne Problem) zwei Komponenten, die wir auch für Übergangskrisen identifiziert hatten, das Nicht-Mehr und das Noch-Nicht. Die Nicht-Mehr-Komponente wird aktiviert, indem ein kritisches Element der noch geltenden Wirklichkeit gedanklich suspendiert wird, also entweder ganz außer Kraft gesetzt oder relativiert wird. Die Noch-Nicht-Komponente kann dann als Folge in Kraft treten. Dabei geht es um die Erzeugung von Möglichkeiten, die Ausreizung des Möglichkeitssinnes, wie Robert Musil diese Fähigkeit genannt hat. Die Intention all der Möglichkeitsfragen zielt auf die Erweiterung, die Erprobung von Wirklichkeiten, die auch sein könnten.

Die Steuerung des spielerischen Suchprozesses ist kein Spaziergang im Schlaraffenland der exzessiven Wünsche nach dem Motto: Was hätten Sie denn gern? Das wäre eine zu simple lineare und undynamische Konzeption der Kräfte, die im Möglichkeitsraum wirksam sind.

Gerade wenn Sexualität und ihr Stellenwert, ihre Entwicklung in der Partnerschaft der therapeutische Schwerpunkt sind, müssen wir ein paar Punkte beachten:

1. Sexuelle Phantasien sind nicht unbedingt sexuelle Wünsche. Wünsche tendieren zur Verwirklichung, sie sind vorweggenommene, im Rahmen des Realisierbaren sich bewegende Entwürfe befriedigender Alternativen zur weniger befriedigenden Gegenwart. Phantasien können darüber hinausgehen, sie können innere Inszenierungen sein, die ihren Wert in sich haben, also nicht in die Tat umgesetzt werden müssen. So sind beispielsweise Vergewaltigungsphantasien, die – als Phantasien – von Frauen als sehr erregend empfunden werden können (Hariton und Singer 1974; Price

und Miller 1984; Davidson und Hoffman 1986), nicht als Wünsche zu verstehen, Gewalt zu erleben. Der dramaturgische „Witz“ solcher – intentional erzeugbaren – Phantasien liegt darin, dass die phantasierende Frau die Autorenschaft und damit die Kontrolle über das behält, was sie sich vorstellt. Das wäre im Fall eines realen Erlebnisses sexuellen Ausgeliefertseins nicht mehr der Fall.³

Dazu eine kurze interventionstechnische Anmerkung: Unerfahrenen Therapeuten kann es passieren, dass sie das produktive Potenzial dieser Möglichkeitsfragen unternutzen, weil sie es nicht mit genügend hypnotischem Nachdruck und entsprechender Nachhaltigkeit in der Erkundung des eben geöffneten Möglichkeitsraums anbieten und verfolgen. So führt beispielsweise die Wunderfrage oft zunächst zu nutzlosen Antworten, etwa der Art: „Ja, dann wäre alles gut.“ „Das wäre schön, dann hätten wir ein befriedigendes Sexualeben.“ Diese ersten Antworten sind erst der Beginn, an dem der Suchprozess interessant und illustrativ werden kann. Problem determinierte Wirklichkeitskonstruktionen sind starke Attraktoren, die den Gesprächsablauf schnell an sich ziehen. Bei der Wunderfrage etwa in der Art: „Schön wär's. Aber es ist eben nur ein Wunsch.“ In der Steuerung dieses Dialogs ist es die Aufgabe des Therapeuten (nicht des Klienten), bei der Möglichkeitskreation am Ball zu bleiben. Die Bitte um Illustration ist oft eine gesprächstechnische Hilfe: „Ich habe das noch nicht genau vor Augen, wie Sie sich Ihre Partnerschaft ohne Problem vorstellen. Könnten Sie mich noch etwas in der neuen und besseren Situation herumführen?“

2. *Der Möglichkeitsraum ist voll von Ambivalenzen.* Der Möglichkeitsraum ist nicht einfach ein „guter Ort“, wo sich Sex freundlich, liebevoll und partnerbezogen zeigt. Es gehört zu den schwierigsten Schritten der Sexualtherapie, diejenigen Optionen zur Sprache zu bringen, ja überhaupt ins Bewusstsein zu bringen, die nicht „sozial erwünscht“ sind, die also nicht sauber, nicht partnerbezogen, sondern egoistisch, unromantisch sein können und die mit „guten“ sexuellen Wünschen koexistieren.

3. *Im kommunizierten Möglichkeitsraum lauert Zensur.* Aufgrund der Ambivalenzen ist die Eröffnung des Möglichkeitsraumes nicht einfach ein befreiender Schritt – endlich darf ich! Wenn der Möglichkeitsraum in Gegenwart des Partners eröffnet wird, haben die ausgesprochenen Optionen für den zuhörenden Partner nicht nur den Charakter von Einfach-so-Ideen, die der Andere vor sich hinsagt. Da nicht nur gedacht, sondern ausgesprochen und damit kommuniziert wird, läuft immer die Frage mit, welche Bedeutung der zuhörende Partner dem Beschriebenen gibt. Das Wissen oder die Vermutung über diese Bedeutungsgebung kann sich als Nichtaussprechen, als rücksichtsvolle Form der Zensur auswirken, in der die Empfindlichkeiten und Kränkbarkeiten des Partners berücksichtigt werden.

³ Um nicht in übereilte Vereinfachungen zu geraten: Auch das sexuelle Ausgeliefertsein kann von der Phantasie zum Wunsch werden, zur Verwirklichung locken und in sorgfältig inszenierten Ritualen umgesetzt werden. Man ist nie sicher.

Auch wenn das Spiel „nach oben offen“ ist, es also im Prinzip unbeschränkt fortsetzbar ist, ist doch irgendwann ein Optimum therapeutischen Nutzens erreicht. Das ist dann der Fall, wenn die Möglichkeitskonstruktionen sich wiederholen und keine neue Qualität mehr haben. Dann muss die therapeutische Steuerung in eine andere Phase übergehen, in der Entscheidungen getroffen werden müssen – oder bewusst unterlassen werden.

Vom Spiel zum Ernst: Prozess-Steuerung auf der Entwicklungs-Achse

Das spielerische Durchprobieren von Denk- und Handlungsoptionen ist von sicherem Terrain aus erfolgt: Die Balance, innerhalb derer das Problem auch eine Stabilisierungsfunktion hat, ist geschaukelt worden und in Bewegung gekommen, aber noch nicht ernsthaft in Frage gestellt worden.

Bei der Prozess-Steuerung im Spiel-Modus sind Ambivalenzen die Garanten der Balance: Ich will und ich will nicht. Ich weiß nicht, ob ich mich auf eine neue Erfahrung einlassen soll. Ich überlege, ob ich mit der Zurückhaltung meines Partners weiter leben möchte. Jeder Impuls ist vom gegenteiligen Impuls in der Waage der Nichtentscheidung gehalten. Gerade die weit offene Hintertür, die Sicherheit, nicht entscheiden zu müssen, sondern sich unverbindlich Alternativen betrachten zu können, macht es möglich, Verhaltensweisen in den Blick zu nehmen oder auch zu erproben, die im Ernstfall vermieden würden, weil sie durch die Gegenseite der Ambivalenz gebremst würden.

Nun können Ambivalenzen unterschiedliche Gesichter haben. Sie sind ihrerseits lebendige Prozesse, die sich entwickeln können, die unterschiedliches Alter haben und durch unterschiedliche Phasen gehen können, wachsen und in unterschiedliche Reifungszustände gelangen können und schließlich sich überleben können. Abhängig von ihrer Beweglichkeit können sie persönliche und partnerschaftliche Entwicklungsprozesse behindern oder ermöglichen. Diese Wirkung ist wiederum rückgekoppelt mit der Qualität der Ambivalenz. Sie können damit selbstverstärkende Entscheidungszirkel oder richtiger: Nichtentscheidungszirkel begründen und sich damit keineswegs lebendig, sondern starr, Stagnation stabilisierend zeigen.

Damit sind wir bei einer zentralen Eigenschaft von Ambivalenzen. Sie wirken konservativ, stärken also in Entscheidungssituationen tendenziell die Seite der Nichtveränderung oder der Rückwärtsgewandtheit. Es lassen sich zwei Situationen unterscheiden, die ich Alpha- und Beta-Ambivalenz⁴ nennen möchte:

Alpha-Ambivalenz: Ich habe mich für etwas entschieden, für das ich mich besser nicht entschieden hätte. Hier hat die getroffene Entscheidung

⁴ Ich lehne mich an die Unterscheidung zwischen Alpha- und Beta-Fehler aus der Inferenzstatistik an: Der Alpha-Fehler behauptet das Bestehen eines statistischen Zusammenhangs, obwohl dieser tatsächlich nicht besteht (falsch-positiv); der Beta-Fehler behauptet das Nichtbestehen eines Zusammenhangs, obwohl dieser tatsächlich doch besteht (falsch-negativ).

eine Seite des Wunsches nicht berücksichtigt, die sich in verstärkten rückwärtsgerichteten Phantasien meldet.

Beta-Ambivalenz: Ich habe mich gegen etwas entschieden, für das ich mich besser doch entschieden hätte. Hier ist die Realisierung des Wunsches zwar noch möglich, emotional dominant ist aber das Gefühl des ungeliebten Lebens und der verpassten Gelegenheit, das ebenfalls stark vergangenheitsbezogen ist.

Beide Ambivalenz-Typen haben damit eine konservative Wirkung. In beiden Fällen kommt die ambivalierende Person nicht in der Gegenwart an, bleibt hadernd rückgebunden an eine unabgeschlossene Vergangenheit. Damit kommen wir zur entscheidenden Schwelle, die das Übergangsgeschehen auf der Entwicklungsachse ausmacht: die Irreversibilität von Entwicklungen. Entscheidungen, wenn es denn Entscheidungen sind, beenden Ambivalenzen und damit den gedanklichen Rückweg in die Vergangenheit.

Sexuelle Entwicklungen als Entscheidungen? Ja. Ohne Entscheidung keine Entwicklung.⁵ Leitlinie ist nicht der Spaß, die Lust, die Funktion, die Befriedigung, die Normalität oder die Gesundheit, all diese Kriterien sind Epiphänomene der sexuellen Selbstverantwortung, und diese drückt sich durch Entscheidungen aus. Entscheidung ist ein Differenzierungsschritt. Indem ich mich entscheide, schließe ich andere Möglichkeiten aus, lege mich fest, profiliere mich, mache mich angreifbar. Entscheidungen im Kontext sexueller Entwicklungen heißt, das eigene Begehren zu zeigen oder – pathetisch gesagt – sich zum eigenen Begehren zu bekennen. Wer bin ich als Frau/Mann? Was will ich, was nicht? Mit wem will ich es? Erst in der Verbindung mit diesen Fragen bekommen sexuelle Wünsche, sexuelles Verhalten und sexuelle Störungen ihre Bedeutung.

Das Ehepaar B., beide etwa 50 Jahre alt, eine jugendliche Tochter, kommt zur Sexualtherapie, zunächst auf Betreiben des Mannes, Frau B. ist aber ebenfalls sehr motiviert. Er klagt über das völlige sexuelle Desinteresse seiner Frau, wobei er ihr Verhalten in sehr normativer Weise als gestört und „möglicherweise dauerhaft behindert“ beschreibt. Er legt dabei einen sexualphysiologischen Maßstab an: Wenn er sie berühre und stimulierte, werde sie nicht feucht und ihre Brustwarzen würden sich nicht erregt aufrichten. Frau B. bestätigt ihr Desinteresse, führt es aber auch auf seine Maßstäbe und die unromantische Gestaltung der sexuellen Begegnungen zurück, die sie als hygienisch sauber, aber phantasielos beschreibt. Zur Illustration beschreibt sie den Moment, wenn ihr Mann abends vor dem Zubettgehen duscht. Sie wisse, dass er dann vorhabe, mit ihr zu verkehren, und „wenn ich ihn in der Dusche höre, ist es schon aus, bevor es angefangen hat“. Den nur selten stattfindenden Geschlechtsverkehr empfanden beide Partner als höchst unbefriedigend. Seiner

⁵ Natürlich gibt es sexuelle Entwicklungen, die nicht durch Entscheidungen zustande kamen, durch Krankheiten etwa, Unfälle, Schicksalsschläge. Aber auch solche Ereignisse, die ungewollt und unbeeinflusst passieren, werden erst durch Entscheidungen zu Entwicklungen.

wiederholt gestellten Frage, wie sie sich ein befriedigendes Sexuelleben vorstelle, blieb sie die Antwort schuldig. Das wisse sie auch nicht, so jedenfalls, wie er sich das denke, gehe es für sie nicht. Nachdem er sich zunächst als symptomfreien Partner dargestellt und sich in der fordernden, Maßstäbe setzenden Position gezeigt hatte, stellte sich später heraus, dass er an einer dialysepflichtigen Niereninsuffizienz litt, die zu Erektionschwierigkeiten geführt hatte. Diese waren aber medikamentös (Viagra) symptomatisch gut zu behandeln, sodass er sich in der Position dessen sah, der „seinen Teil zur Problemlösung beigetragen“ hatte und daher wohlbegründet auf Veränderungen bei der Partnerin warten konnte.

Das Paar hatte sich in eine stagnierende Situation hineinmanövriert: Er reklamierte zwar die Definitionsmacht darüber, was gesunder Sex sei, was ihm aber insofern nichts nützte, als er seine Vorstellung nicht realisieren konnte. Sie umgekehrt kontrollierte zwar über ihre Abneigung die Häufigkeit bzw. Seltenheit der sexuellen Begegnungen, blieb aber ratlos und unbefriedigt in Bezug auf ihre eigenen Vorstellungen, wie sie ihr Begehren entwickeln wollte. Da in diesem Gleichgewicht im Unglück beide etwas zu verlieren hatten, hatten zunächst auch beide gute Gründe, sich nicht zu bewegen.

Die Auftragsklärung führte zu einer äußerst asymmetrischen Ausgangslage: Frau B. konzipierte die Therapie als „Erkundungsreise“ mit dem Ziel, ihre Sexualität, die sie als ihr selbst verschlossen erlebte, zu entdecken. Herr B. wollte definitiv keine Veränderung seines Verhaltens, er verstand sich ausschließlich als derjenige, der auf die Veränderung seiner Frau warten wollte. In diesem Zusammenhang hatte er vorgeschlagen, er könne sich auch eine Einzeltherapie seiner Frau vorstellen, was er aber zurücknahm, nachdem ich mit ihm die Möglichkeit erörtert hatte, dass seine Frau bei ihrer Reise ja Entdeckungen machen könnte, die auch für ihn von Interesse sein könnten. Frau B. knüpfte ihrerseits keine ausgeprägten Veränderungserwartungen an ihren Mann, sodass für sie diese asymmetrische Ausgangslage kein Problem darstellte.

Bei der Erstellung des Idealen Sexuellen Szenarios (ISS) ergab sich bei Herrn B. lediglich die Wiederholung dessen, was er schon als Therapieziel formuliert hatte, nämlich dass seine Frau auf seine Berührungen erregt reagiert. Frau B. entwickelte ein sehr detailliertes Szenario, das von „Fließen“, Langsamkeit und der Musik eines bestimmten Komponisten bestimmt war. Während sie im Atmosphärischen und Szenischen sehr detailgenau war, ließ sie konkrete Handlungen ganz unscharf, sehr zur Unzufriedenheit ihres Mannes. Er relativierte ihr Szenario, wertete es als unreif und vorläufig („wenn es zum Erfolg führt“).

In den folgenden Sitzungen war die Labilisierung der alten Balance (normativer Mann – ratlose Frau) die bestimmende Dynamik: Frau B. machte vorsichtige Suchbewegungen, die zunächst in der Sackgasse ihrer erotischen Unsicherheit („ich weiß nicht“) mündeten, wo er sie mal mit definierender Überlegenheit, mal mit Ungeduld empfing. Zunehmend nahm sie ihre eigenen erotischen Parameter – Zeit, Ungerichtetheit sexueller Interaktionen, ihre Musik – ernster und beschäftigte sich damit unabhängig von seinen Kommenta-

ren. Auch die ausgiebige Lektüre von Romanen und Biographien, die sie schon immer geschätzt hatte, nutzte sie jetzt als Zugang zu erotischem Erleben und dessen lebensgeschichtlichem Kontext. Gerade die Literatur war in gewisser Weise ihr Gegenprogramm zu seiner normativen und Variation einengenden Vorstellung von Sexualität. Die Einzigartigkeit jeder Biographie wurde für sie ein starker Orientierungspunkt. Nachdem sie anfangs schnell empört auf seine herablassenden Bemerkungen reagiert hatte, nahm sie diese zunehmend mit Achselzucken zur Kenntnis, betonte, dass das nun eben ihre Sexualität sei und nicht seine. Die Botschaft von Herrn B. war eindeutig: Ändere dich, aber zu meinen Konditionen. Änderst du dich, beweist du mir, dass meine Kriterien richtig waren. Änderst du dich nicht, beweist du mir das auch. Deshalb wurde sie nicht durch seine Zustimmung und Wertschätzung sicherer, eher im Gegenteil: Sie konturierte sich über die Abgrenzung gegen seine dezenten Abschätzigkeiten. Nicht Wertschätzung und Anerkennung, sondern Verschärfung des Unterschiedes zwischen den beiden erotischen Profilen waren hier Prozesstreiber. Auch wenn Herr B. hinter dem Schutz seiner fordernden Position die Entwicklung seiner Frau sehr aufmerksam und nicht ganz angstfrei beobachtete, blieb er i. W. bei seiner anfänglichen Einstellung. Herr B. war in den letzten Sitzungen stiller geworden, hatte einen geringeren Gesprächsanteil als zu Beginn. In dem Maße, wie Frau B. ihre Wünsche und Phantasien deutlich machte, sie nicht nur über die Abgrenzung gegen seine Maßstäbe erkennen ließ, relativierte er diesen Maßstab. Für ihn vollzog sich dabei ein doppelter Prozess. Einerseits schwand die Macht seines Definitionsmonopols nicht dadurch, dass sie sich aktiv dagegen gewehrt hätte (das war in der Anfangsphase der Therapie die Fall), sondern dadurch, dass sie es einfach unbeantwortet ließ. Zum andern beobachtete er hinter seiner herablassenden Fassade äußerst aufmerksam die Entwicklung seiner Frau. Er blieb äußerlich bis zum Schluss seiner Linie treu, dass nicht er, sondern seine Frau diejenige sei, für die Veränderungsschritte fällig seien. Die erotische Entwicklung von Frau B. war im Kern ein asymmetrischer Prozess, keine gemeinsame Entwicklung des Paares.

Die Therapie hatte im Ergebnis auch nicht die Spannung zwischen den Partnern verringert, sondern ihr eine neue Qualität gebracht: Aus der komplementären Oben-Unten-Konstellation (Mann oben, definierend, Recht habend, Normalität reklamierend; Frau unten, ratlos, Unrecht habend, defizitär) war eine symmetrisch gleichwertige Konstellation zwischen zwei Partnern geworden, die sich ihre sexuelle Differenz jetzt anders bewusst machten. Gleichwohl führte diese asymmetrische Verhaltenskonstellation der Partner zum Sprung in eine neue interaktionelle Qualität, die sich primär und ausgeprägt auf sexuellem Gebiet zeigte, aber auch auf das allgemeine Beziehungsgleichgewicht ausstrahlte. Frau B., entwickelte ihrem Mann gegenüber eine Form freundlicher Ironie, die er mit etwas verlegener Beiläufigkeit abtat.

Das Paar hatte gegen Ende der Therapie kaum häufiger sexuellen Verkehr als vorher, erlebte ihn aber mit ganz anderer Aufmerksamkeit, unritualisierter, weniger vorhersehbar, vor allem aber weniger kompromissorientiert und mit einer neuen Offenheit. Die Auswirkungen der sexuellen Entwicklung auf

das Paar waren weniger an Verhaltenskriterien sichtbar, die beiden unternahmen nicht mehr und nicht weniger gemeinsam, ihr Alltag blieb i. W. derselbe. Entscheidend anders war aber der Ton, die „Musik“ des Umgangs der beiden geworden, die sich auch in dem Kommentar der vorletzten Sitzung zeigte:

Frau B.: „Ich habe nicht das Gefühl, dass wir fertig wären ...“

Herr B.: (unterbricht sie) „Na dann blüht mir ja noch einiges.“

Frau B.: „...aber jetzt weiß ich, dass es weitergeht.“

Herr B.: „Das ist ja schön für dich.“

Frau B.: „Ja, es ist auch schön für mich. Und es könnte auch schön für dich sein. Du müsstest ja nur nehmen, was da ist.“

Herr B.: „Ich beschwere mich ja gar nicht mehr.“

Das Paar blieb also im asymmetrischen Dialog aufeinander bezogen, zugleich differenziert und abgegrenzt. Seine Kommentare könnten in einem andern interaktionellen Kontext als defensiv interpretiert werden. Tatsächlich transformierte das Paar im Lauf der Therapie die Bedeutung seiner ursprünglich sehr rigide wirkenden sexuellen Normalitäts- und Funktionalitätsforderungen so, dass sie in einer Doppelbedeutung zwischen Ernst und Ironie oszillieren konnten. Im Wissen darum, dass Frau B. sich von diesen Maßstäben zunehmend freier machte, hielt er sie im „offiziellen“ Sprachspiel aufrecht, gab aber zu verstehen, dass er ihre Relativierungen und ihren gelegentlichen zarten Spott „inoffiziell“ verstand. So entstand eine humornahe Auseinandersetzung über Maßstäbe befriedigender Sexualität, bei der er seine Position halten und sie gleichzeitig in Frage stellen konnte, ohne dass er sich einem Druck zur Eindeutigkeit beugen musste.

Die Therapie des Paares B. zeigt einige Verlaufs- und Ergebnismerkmale, die verallgemeinerbar sind:

- *Von der Fremdvalidierung zur Selbstvalidierung.* Die ursprüngliche Definitionshoheit über „richtige“ (gesunde, normale, natürliche) Sexualität, die Herr B. für das Paar (!) übernommen hatte, wurde neu verteilt: Frau B. entwickelte aus der Unzufriedenheit und über eine So-Nicht-Position eigene, nun positiv definierte Maßstäbe, was ihre Sexualität und ihre weibliche Erotik ausmacht. Herr B. blieb bei seinen Maßstäben, gewann aber einen Zugang zu deren Relativität.
- *Asymmetrische Entwicklung.* Die sexuelle Entwicklung des Paares wurde i. W. durch die progressiven Schritte von Frau B. getrieben. Hätte sie bei jedem Schritt gewartet, bis Herr B. ihn mitzugehen bereit war, hätte dies die Stagnation stabilisiert. Selbstvalidierung von Frau B. war Voraussetzung und Ergebnis dieser asymmetrischen Entwicklung.
- *Ressourcen- statt Defizitperspektive.* Das Paar bot eine gemeinsame Defizitversion seiner sexuellen Unzufriedenheit an, in der sie sich auf Frau B. als Indexpatientin geeinigt hatten. Die Ressourcenperspektive musste als neue, die alte kollusive Struktur unterbrechende Perspektive von außen, also vom Therapeuten, eingeführt werden. Metaphorisch geschah dies durch die „Entdeckungsreise“-Metapher, unter der die

Therapie für sie lief, interventionstechnisch über die Auswertung und Stärkung des ISS.

- *Entwicklungsschritte sind irreversibel.* Die ungleichzeitigen und asymmetrischen Schritte, die Frau B. gemacht hatte, hatten in der frühen und mittleren Therapiephase experimentierenden und durchaus vorsichtigen Charakter. Diese waren durch die Doppelbindungs-Botschaft von Herrn B. immer gefährdet. Indem sie die Schritte aber riskierte, stabilisierte sie ihre Entwicklung einer neuen Erlebnisqualität und eines selbstbewussteren Verständnisses ihres sexuellen Erlebens.

Literatur

- Davidson JK, Hoffman LE. Sexual fantasies and sexual satisfaction: An empirical analysis of erotic thought. *J Sex Res* 1986; 22: 184–205
- Foerster H v. KybernEthik. Berlin: Merve; 1993
- Hariton EB, Singer JL. Women's fantasies during sexual intercourse: Normative and theoretical implications. *J Consult Clin Psychol* 1974; 42: 313–322
- Price JH, Miller PA. Sexual fantasies of black and white college students. *Psychol Rep* 1984; 54: 1007–1014
- Welter-Enderlin R, Hildenbrand B. Systemische Therapie als Begegnung. Stuttgart: Klett-Cotta; 1996
- Welter-Enderlin R, Jellouschek H. Systemische Paartherapie – ein integratives Konzept. In: Wirsching M, Scheib P (Hrsg). *Paar- und Familientherapie*. Berlin u. a.: Springer; 2002: 199–226

Prof. Dr. Ulrich Clement
 Heidelberger Institut für systemische Forschung und Therapie
 Kußmaulstr. 10
 69120 Heidelberg
 info@ulclement.de
 www.ulclement.de