

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Der Forschungsprozess	4
2.1	Mein Ausgangsinteresse und Entwicklung des Themas	4
2.2	Relevanz des Themas Sexualität für die EFL-Arbeit	7
2.3	Vorgehen	10
2.3.1	Aufbau des Theorieteils	11
2.3.2	Praxisteil	12
3	Theoretischer Teil	13
3.1	Art und Häufigkeit sexueller Fragestellungen im Beratungsprozess	13
3.2	Möglichkeiten und Grenzen von Paarberatung mit sexuellen Fragestellungen	15
4	Der Begriff und Dimensionen der menschlichen Sexualität	18
4.1	Die somatisch/physische Dimension von Bindung und Lust	19
4.1.1	Störungen der Appetenz bei Frauen	22
4.1.1.1	Beschreibung des Phänomens	22
4.1.1.2	mögliche organische Ursachen für Appetenzstörungen	23
4.1.2	Appetenzstörungen bei Männern	26
4.1.2.1	Beschreibung des Phänomens	26
4.1.2.2	Versagensangst und Leistungsdruck	27
4.1.2.3	Organische Ursachen für sexuelle Appetenzstörungen	28
4.1.3	Konsequenzen für die Beratungsprozess	28
4.2	Die soziale Dimension von Bindung und Lust	29
4.2.1	Die Verkoppelung von Rollen-, Sexual- und Fortpflanzungsverhalten im kulturellen Wandel	30
4.2.1.1	Auswirkungen auf den Beratungsprozess	33
4.2.2	Sexualforschung und die Entwicklung sexualtherapeutischer Konzepte im kulturellen Wandel	34
4.3	Die psychische Dimension von Bindung und Lust	38
4.3.1	Grundlagen der Bindungstheorie	38
4.3.1.1	Das Konzept der Feinfühligkeit	39
4.3.1.2	Die innere Repräsentation von Bindung	40
4.3.1.3	Auswirkungen früher Bindungserfahrungen auf die Entwicklung im Jugendalter	41
4.3.1.4	Bindungsforschung beim Erwachsenen	41
4.3.1.5	Theoretische und empirische Bezüge zwischen Bindung und Sexualität	42
4.3.1.6	Konsequenzen für die Sexualtherapie	44
4.3.2	Das Konzept der Differenzierung	44
4.3.3	Sexuelle Skripte	48
4.3.3.1	Individuelle sexuelle Skripte	49
4.3.3.2	Sexuelle Interaktion und Erregung	50
4.3.3.3	Konsequenzen für die Sexualtherapie	50

5	Sexualtherapeutische Konzepte	52
5.1	Syndyastische Sexualtherapie (Beier/Loewit, 2004)	52
5.1.1	Grundlegende Prämissen	52
5.1.2	Theoretische Überlegungen in der syndyastischen Sexualtherapie	53
5.1.3	Syndyastische Praxis	58
5.1.3.1	Konkrete Therapieschritte	58
5.1.4	Diskussion des vorgestellten Konzeptes in Bezug auf die Beratung von Paaren mit sexuellen Themen im Kontext von EFL	60
5.2	Systemische Sexualtherapie (Clement, 2004)	61
5.2.1	Grundlegende Prämissen	61
5.2.2	Die Praxis der systemischen Sexualtherapie	62
5.2.3	Idealtypischer Ablauf der systemischen Sexualtherapie	63
5.2.4	Diskussion des vorgestellten Konzeptes	69
5.3	Intimität und Verlangen: Der Crucible-Ansatz von Schnarch (2004 ,2011)	70
5.3.1	Theoretischer Hintergrund	70
5.3.1.1	Aspekte des sexuellen Verlangens	70
5.3.1.2	Die Differenzierung	72
5.3.1.3	Selbst- und fremdbestätigte Intimität	74
5.3.2	Die Praxis der Therapieschritte	75
5.3.2.1	Grundsätzliches	75
5.3.2.2	Interventionen	76
5.3.2.3	Diskussion des vorgestellten Konzeptes für die Beratung von Paaren mit sexuellen Themen im Kontext von EFL	77
5.4	Tabellarischer Vergleich der drei sexualtherapeutischen Konzepte hinsichtlich einiger relevanter Variablen für die Praxis	79
6	Praxis	81
6.1	Falldarstellung	81
6.1.1	demografische Daten	81
6.1.2	Überweisungskontext	83
6.1.3	Problemdefinition	83
6.1.4	Information über die Herkunftsfamilien	85
6.1.5	Erwartungen und Anliegen der Klienten	86
6.2	Diagnostische Überlegungen und Hypothesen	87
6.2.1	Umbruch- und Entwicklungsphase	87
6.2.2	Kommunikation	87
6.2.3	Geben und Nehmen	88
6.2.4	Autonomie und Bindung	88
6.2.5	Nähe und Distanz	89
6.2.6	Unerledigtes aus der Paargeschichte	90
6.2.7	Unerledigtes aus den Herkunftsfamilien	80
6.2.8	Rollenmuster	91
6.2.9	Sexuelle Kommunikationsmuster	92
6.2.10	Sexuelle Biografie, Skripte und Bedeutung von Sexualität	93
6.2.11	Ressourcen des Paares	93
6.3	Ziele und Auftragsklärung	93
6.4	Der Beratungsprozess	94
6.5	Reflexion des Beratungsprozesses im Hinblick auf Wirksamkeit und unter besonderer Berücksichtigung des therapeutischen Systems	105
7	Reflexion des Nutzens sexualtherapeutischer Konzepte in der Beratung von Paaren mit sexuellen Themen im Kontext von EFL unter Berücksichtigung der konkreten Fallarbeit im Hinblick auf notwendige Kompetenzen der Beraterin	107
8	Literatur	113

1 Einleitung

Die Beratung von Paaren gehört zweifelsohne zu jenen Beratungsangeboten, deren Nachfrage in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen ist. Dies korreliert sicherlich nicht zufällig mit der Tatsache, dass die Scheidungsrate seit den 70er Jahren um mehr als die Hälfte angewachsen ist. Wurden 1970 noch circa 18% aller Ehen geschieden, so waren es 1990 bereits 30%. Die aktuellen Zahlen für 2010 belaufen sich auf 49% (Statistisches Bundesamt Deutschland, Zugriff 5.10.2011).

Aber nicht nur verheiratete Paare suchen Beratungsstellen auf, auch unverheiratete Paare ersuchen bei Beziehungsproblemen immer häufiger um fachlichen Rat.

Nach einer Studie der Universität Göttingen im Projekt „theratalk“, gehört das Thema Sexualität an führender Stelle zu den Top Ten der Partnerschaftsprobleme. Von den über 50.000 befragten Personen gaben 49% an, dass ihr Hauptproblem im Bereich „Sex/Erotik“ läge. Hinzu kam, dass die Probleme in diesem Bereich nicht nur die häufigsten, sondern auch die am schwersten deklarierten Probleme der Studie darstellten (theratalk.de/pressemitteilung vom 21.03.2005). Sie wurden von den TeilnehmerInnen als deutlich schwerer eingeschätzt als z.B. die Probleme im Bereich „Gesprächsverhalten, wenn es Probleme in der Partnerschaft zu lösen gibt“ oder „Art und Weise, negative Gefühle oder Kritik zu zeigen oder zu äußern“, die ebenfalls als schwere Bürde der Beziehungsgestaltung betrachtet wurden.

Diese Ergebnisse decken sich auch mit Untersuchungen von Wilbertz (1999) und Kröger, Wilbertz, Klann (2004), die in einer Evaluationsstudie Anlässe und Anliegen der Rat-suchenden in katholischen EFL-Stellen ausgewertet haben. Auch hier wurde das Problem

der partnerschaftlichen Sexualität von beiden Partnern als so konflikthaft beschrieben, dass es als nicht mehr lösbar wahrgenommen wurde, und auch in dieser Studie stand es an erster Stelle der genannten Probleme.

So liegt es nahe, dass sich diese Thematik auch entsprechend in der EFL-Beratung aufsuchenden Klientel wiederfindet. Genau dies scheint aber nicht der Fall zu sein, wenn man die Gesamtstatistiken aller zur Diözese Freiburg gehörenden EFL-Stellen in den vergangenen Jahren betrachtet. Von den partnerbezogenen Themen wird der Beratungsanlass „Sexualität“ kontinuierlich zwischen 12 und 15% angegeben (Interne unveröffentlichte Statistik der EFL-Stellen in der Diözese Freiburg zusammengestellt von Frau Wieser – Öffentlichkeitsarbeit) und nicht wie in oben genannten Untersuchungen zwischen knapp 50 und 60%. Aus meiner Sicht legt dieser Unterschied zwei Thesen nahe:

1. BeraterInnen, die Beratungsanlässe dokumentieren, fokussieren nicht auf die Thematik einer problematischen Sexualität innerhalb einer Paarbeziehung.
2. KlientInnen nehmen die katholische EFL-Beratungsstelle nicht als geeigneten Ort wahr, um sexuelle Problematiken im Rahmen von Partnerproblemen zu besprechen und zu lösen.

Damit stehen noch mindestens zwei weitere Fragen im Raum, die einer angemessenen Würdigung bedürfen:

1. Inwieweit sind die derzeitigen Beratungsangebote an den EFL-Stellen und die beratenden Personen für diese Problematik professionalisiert?
2. Lassen sich Beschreibungen für die Voraussetzungen eines befriedigenden Sexualerlebens ermitteln, so dass sie als Ausgangspunkt für ein Professionsverständnis der Paarberatung gelten können?

Diesen Fragestellungen geht die hier vorgelegte Arbeit nach. Die Arbeit will dazu beitragen, Sexualberatung innerhalb von Paarberatung an EFL-Stellen zu professionalisieren. Dabei gliedert sie sich in folgende Teile:

1. Im Kapitel „der Forschungsprozess“ werden Ausgangsinteresse der Autorin sowie die Relevanz des Themas für die EFL-Arbeit dargelegt.
2. Der Theoretische Teil beschäftigt sich einleitend mit der Art und Häufigkeit sexueller Fragestellungen im Beratungsprozess und beleuchtet Möglichkeiten und

Grenzen von Paarberatung mit sexuellen Problematiken.

3. Im nächsten Teil wird der Begriff und die unterschiedlichen Dimensionen menschlicher Sexualität aufgegriffen und vertieft. Dabei werden physische, psychische und soziale Grundlagen von Bindung und Lust ausführlich erörtert. Dieser Teil dient als Grundlagenbildung für notwendiges professionelles Wissen.
4. Das Kapitel „Sexualtherapeutische Konzepte“ fasst modernes sexualtherapeutisches Praxiswissen zusammen. Zusammen mit dem vorhergehenden Kapitel könnte dies als Ausgangspunkt professionellen Handelns in der EFL-Beratung gelten.
5. In einem praktischen Fall werden Erfahrungen mit der Anwendung sexualtherapeutischer Konzepte innerhalb eines Paarberatungsprozesses dargelegt und abschließend diskutiert.
6. Ausgehend von der Reflexion des therapeutischen Prozesses sollen abschließend Gedanken und Anregungen zur Ausbildung von EFL-BeraterInnen diskutiert werden.

2 Der Forschungsprozess

2.1 Mein Ausgangsinteresse und die Entwicklung des Themas

Flick ein empirischer Sozialforscher schreibt zum Zuschnitt von Fragestellungen im Forschungsprozess: „Fragestellungen erwachsen nicht aus dem Nichts. Sie haben häufig ihren Ursprung in der persönlichen Biografie des Forschers und seinem sozialen Kontext.“ (Flick, 1998: 65)

Frühling 2009: Ich nehme aktiv im Kontext meiner Ausbildung zur Ehe- Familien- und Lebensberaterin an einem Rollenspiel teil. Gefordert ist die Kommunikation über eine erregende sexuelle Fantasie, die ich in gerne ausleben möchte. Diese soll im Rollenspiel mit Hilfe eines Paartherapeuten zum Ausdruck kommen Ich spiele als Frau den Mann in der Beziehung und habe mir eine Fantasie zurechtgelegt, von der ich weiß, dass viele Männer sie mögen. Je näher aber der Therapeut in Richtung Kommunikation der Fantasie fokussiert, desto aufgeregter werde ich: Mein Herz klopft wie wild und das, obwohl ich nicht meine eigene Fantasie gewählt habe und das andere Geschlecht spiele. Meine Spielpartnerin wird immer neugieriger, und ich innerlich immer ängstlicher. Wie wird sie reagieren, wenn ich ihr eröffne, dass ich gern mit zwei Frauen schlafen würde, und ich mir vorstelle wie mich beide gleichzeitig verwöhnen? Der Therapeut im Rollenspiel gibt derweil seine Rolle auf. Es wird ihm zu heiß. Er weiß nicht, wie er fragen soll, und sobald ich vorsichtig beginne etwas preiszugeben, pathologisiert er meine Gedanken durch Interpretationen, die meine Kindheit und mein Verhältnis zu meiner Mutter betreffen. Darauf wehre ich mich heftig. Meine Rollenspielpartnerin und ich einigen uns darauf, allein, ohne Therapeuten weiter zu machen. Ich will unbedingt in diese Erfahrung gehen, und doch empfinde ich so viel Angst. Ich frage mich in diesem Moment wie es wohl unseren KlientInnen geht, wenn wir sie nach ihren realen Fantasien fragen.

Im Rollenspiel gebe ich mir dann einen Ruck, übertrete meine Schamgrenze und überwinde meine Angst vor der Reaktion meiner Partnerin. Ich sage „Es“. Wie erwartet reagiert meine Spielpartnerin empört und stellt die Beziehung in Frage. Genau dies hatte

ich befürchtet. Nun ist es zu spät. Ich erlebe Angst. Hätte ich doch nichts gesagt. Doch langsam überwindet sie den ersten Schrecken und beginnt zaghaft zu fragen, ob sie mir nicht mehr genüge? Ob ich diese Fantasie regelmäßig leben möchte? Ob sie daran teilnehmen müsse, oder ob es auch mit fremden Frauen ginge? Wir beginnen unser Gespräch vorsichtig und respektvoll zu führen, Intimität und ein erotisches Prickeln kommt auf. Meine Rollenspielpartnerin, die mir ihre Fantasie bisher noch nicht mitgeteilt hat, fragt sich laut, wie es wohl für sie mit zwei Männern sein könnte, wie wir mit der Eifersucht umgehen könnten. Langsam ist ein gemeinsamer intimer Raum entstanden, der neue Möglichkeiten enthält, Fantasien und Wünsche, über die wir zuvor nie gesprochen hatten, die verwirklicht werden können, aber nicht müssen, zu teilen.

Am Ende des Rollenspiels sind wir uns einig. Diese Intervention des Ideellen Sexuellen Szenarios von Ulrich Clement hat sich gelohnt. Das Mutige und Beängstigende über die eigenen Wünsche und Fantasien Betreten eines Konfliktfeldes hat wirklich Intimität geschaffen.

Wieder zuhause beschäftigte ich mich weiter mit dem Ideellen Sexuellen Szenario: Die genaue Anweisung lautet: Schreiben Sie eine möglichst konkrete Fantasie auf, die Sie erregt, und die sie gerne ausleben würden. Konzentrieren Sie sich dabei vor allem auf ganz konkrete Handlungen und weniger auf Gefühle.

Ich denke nach: Meine Fantasien beinhalten Gefühle und haben keine stringenten Handlungsfolgen. Mir persönlich würde es schwerfallen, nur Konkretes zu Papier zu bringen. Und das, obwohl ich gerne schreibe und mich gut ausdrücken kann.

Ich überlege: Könnte es damit zu tun haben, dass ich eine Frau bin und sich sexuelle Fantasien von Frauen und Männern unterscheiden? Das ganz Konkrete und weniger Subtile, könnte dies eher ein Ausdruck von männlichem Denken sein? Ich begann mich zu fragen, inwieweit die in der Beratung und Therapie vorgeschlagenen Interventionen auch von Geschlechterfragen abhängen könnten? Sind nicht die meisten Sexualtherapeuten, von denen wir lernen, Männer?

Und worum geht es eigentlich, wenn wir über Sexualität , Lust, Erotik und Begehrten sprechen? Meinen wir damit das Gleiche? Brauchen Frauen zur Sexualität und für das Empfinden von Begehrten mehr Erotik und Sinnlichkeit als Männer?

Könnten Unterschiede zwischen Geschlechtern und Menschen offen und wertfrei in Beziehungen thematisiert werden, ohne, dass PartnerInnen sich in vorwurfsvolle Beziehungsmuster verstricken? Und wie bin ich als Beraterin in der Lage, gut über Sexualität sprechen zu können?

Ich beschäftigte mich mit meinen eigenen Kommunikations- und Schamgrenzen: Schließlich bin ich nicht nur Beraterin, sondern auch eine Frau, die seit langem in einer intimen und verbindlichen Beziehung lebt. Und selbstverständlich kenne auch ich Zeiten mit wenig erotischen Begehrten und daraus entstehenden Konflikten innerhalb der Paarbeziehung.

Ich begann mich mit Literatur zu beschäftigen, die sexuelles Begehrten und sexuelle Kommunikation fokussiert, beziehungsweise Unterschiede des sexuellen Begehrten und die daraus resultierend Unzufriedenheit in Paarbeziehungen. Ein recht häufiges Thema in der Paarberatung. Doch worauf genau zielen Interventionsstrategien verschiedener therapeutischen Schulen ab? Ist das Problem behoben, wenn Mann oder Frau häufiger miteinander schlafen? Ist richtiger Sex Geschlechtsverkehr und alles andere nur „Vorspiel“? Sollen Interventionen die Beziehungsqualität erhöhen, das Miteinanderschlafen schöner und befriedigender machen? Darf sich ein Paar dafür entscheiden, keine Lust auf Lust zu haben oder auch nur ein einzelner Partner? Ist es Menschen zuzumuten, beim Sex mitzumachen, obwohl sie keine Lust darauf haben, aber im Gegenzug dazu, andere Dienstleistungen beim Partner abrufen können? Welche Auswirkungen hat es, wenn Mann und Frau sich regelmäßig zum Sex verabreden? Und ist damit Paaren wirklich geholfen? Anschließend stellt sich die Frage, für wen die Intervention des Ideellen Sexuellen Szenarios geeignet sein könnte und an welcher Stelle des Beratungsprozesses sie eingesetzt werden könnte?

Dann dachte ich über die Reaktion des Therapeuten im Rollenspiel nach. Warum hatte er so schnell aufgegeben? Ich hatte als Klientin den Eindruck, dass er sich dem Thema Lust und fantasievoller Sexualität nicht gewachsen fühlte und alles, was nicht der Norm entsprach, als Defizit bewertete. Dadurch fühlte ich mich unverstanden und hatte immer größere Hemmungen, ehrlich über meine erotischen Fantasien und Wünsche zu sprechen. Ich fragte mich, ob sich im Rollenspiel etwas dargestellt haben könnte, was auch in der Realität wirksam wird? Wäre es möglich, dass KlientInnen durchaus bereit wären, intensiv über Sexualität zu sprechen, aber durch die nonverbalen und verbalen Reaktionen der TherapeutInnen schnell Scham empfinden, da sie die Grenzen des Gegenübers spüren.

Diese Fragen führten zur Idee, Theorie und Praxis in dieser Arbeit zu verknüpfen. Im Praxisteil wurden die theoretischen Überlegungen konkret mit einem Paar unter realen Beratungsstellenbedingungen erprobt. Ausgehend von oben geschilderten Erfahrungen im Rollenspiel, beobachtete ich nicht nur die Auswirkungen der Interventionen auf das Paar, sondern reflektierte auch die Rolle der BeraterIn in diesem Prozess. Mich

interessierten persönliche und professionelle Voraussetzungen der BeraterIn in der Beratung von KlientInnen mit sexuellen Fragestellungen. Zu diesem Thema findet sich in der wissenschaftlichen Literatur äußerst wenig: Man könnte meinen, dass die Person der BeraterIn eine untergeordnete Rolle spielt, obwohl moderne Therapieforschung weiß, dass die gelungene Beziehung zwischen Klienten und BeraterIn ausschlaggebend für den Therapieerfolg ist.

2.2 Relevanz des Themas Sexualität für die EFL-Arbeit

„Allein in katholischen Ehe- Familien- und Lebensberatungsstellen werden jedes Jahr über 100 000 Klienten betreut - Tendenz steigend“ (Kröger, C. et al, 2007:1).

Mit welchen Anliegen kommen Menschen und Paare in die Beratung? Kröger, Wilbertz und Klann (2004) legen in ihrem Artikel die Ergebnisse einer Evaluationsstudie (Wilbertz (1999), an der sich 403 Paare und 51 EinzelklientInnen beteiligten, die geschilderten Gründe für die Beratung dar. Demnach erlebten die befragten Klienten ihre Partnerschaft zu Beginn der Beratung als außerordentlich unbefriedigend. Sowohl bezüglich der allgemeinen Zufriedenheit, als auch bezüglich der affektiven Kommunikation, der Problemlösekompetenzen und der gemeinsamen Freizeitgestaltung.

In geschlechterspezifischen Vergleichen fiel auf, dass sich Frauen bezüglich der affektiven Kommunikation und der gemeinsamen Kindererziehung stärker beeinträchtigt fühlten als Männer. Diese wiederum artikulierten eine größere Unzufriedenheit mit der gemeinsamen Sexualität.

Das Problem der partnerschaftlichen Sexualität wurde allerdings von beiden Partnern so konflikthaft beschrieben, dass es als nicht mehr lösbar wahrgenommen wurde.

In übereinstimmenden Studien der Beratungsbegleitenden Forschung (Klann, 2002) und der eingangs zitierten Evaluationsstudie zeigten sich durch Beratung kaum positive Veränderungen in den Bereichen der Kindererziehung und der Sexualität.

„Da der Bereich Sexualität in der vorliegenden Untersuchung zu Beratungsbeginn in der Rangreihe der konflikträchtigen Partnerschaftsprobleme an erster Stelle steht, erscheint dieses Ergebnis besonders ernüchternd. Wie lässt es sich erklären, dass die Beratung offenbar kaum zu nachhaltigen positiven Veränderungen der sexuellen Zufriedenheit beitragen konnte?“ (Kröger et al, 2007:7).

Auch Wilbertz zeigte in seiner Studie

„...., dass 58% der Ratsuchenden keine Veränderungen hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit der sexuellen Beziehung konstatierten (...) und benennt in diesem Zusammenhang zwei Hypothesen: Einerseits sei denkbar, dass der Berater die Thematik vermieden habe oder nicht mit der erforderlichen Konsequenz darauf eingegangen sei, andererseits müsse aber auch in Erwägung gezogen werden, dass die ratsuchenden Paare Sexualität möglicherweise bewusst nicht zum Gegenstand der Beratungsgespräche gemacht haben, um ihre eigene Intimsphäre zu schützen" (Wilbertz, 1999 zit.n. Kröger et al. (2004).

„Wenn man bedenkt, dass circa 20 000 Klienten pro Jahr mit Problemen im Sexualbereich (katholische BAG für Beratung 1999, S. 21-25) die Beratungsstellen um Unterstützung bitten, dann wird deutlich, wie wichtig ein geeignetes Angebot für dieses Themenfeld ist" (Klann, 2000).

Hinzu kommt, dass sexuelle Unzufriedenheit Partnerschaft und Ehe in hohem Maße gefährden. In einer zum Thema „Seitensprung“ an 2600 TeilnehmerInnen durchgeföhrten Online-Befragung (Beer, 2006) bekannten 79 % der Männer und 85% der Frauen, dass sexuelle Unzufriedenheit das Motiv für ihren „Seitensprung“ gewesen sei.

Sexuelle Unzufriedenheit in intimen Beziehungen scheint ein Thema zu sein, worüber nicht geredet wird, obwohl unsere Gesellschaft so stark sexualisiert ist. Ein „Seitensprung“ scheint leichter, als eigene Bedürfnisse und Wünsche zu formulieren, sagt Ragnar Beer auf seiner Homepage www.theratalk.de.

Genau dieses Anliegen könnte innerhalb der Beratung wahrgenommen werden: Menschen und Partner dabei unterstützen, eigene Bedürfnisse zu klären, sexuelle Wünsche zu formulieren, Differenzen auszuhalten und konstruktiv zu nutzen sowie gemeinsam in der intimen Beziehung zu reifen und zu wachsen. Das entspräche auch dem kirchlichen Auftrag, der sich an folgenden Prinzipien orientiert:

"Im Sexualverhalten des Einzelnen müssen seine eigenen berechtigten Belange, Wünsche und Ziele zum Ausdruck kommen und realisiert werden (Prinzip Eigenliebe). Im Sexualverhalten des Einzelnen müssen die berechtigten Belange und Wünsche des Partners berücksichtigt werden (Prinzip Nächstenliebe). Im Sexualverhalten des Einzelnen und der Partner muss auch den sozialen Aspekten der menschlichen Sexualität Rechnung getragen werden (Prinzip soziale Verantwortung)" (Sekretär der gemeinsamen Synode, 1973: 7, zit. n.Klann, 2000: 5).

Diese Chance zum gemeinsamen Wachstum auch in der Sexualität kann bislang in der Beratung nur unzureichend genutzt werden. Es scheint so, als könne im Beratungskontext der katholischen EFL Sexualität nicht ausreichend besprochen werden.

Ich schließe mich vor allem Wilbertz (1999) ersten Hypothese an, die konstatiert, dass BeraterInnen das Thema Sexualität vermeiden oder nicht in der erforderlichen Konsequenz darauf eingehen. Welche Gründe könnten diese Hypothese stützen?

Selbst in der Ausbildung zur EFL Beraterin glaube ich, dass das Thema Sexualität in der Ausbildung zu kurz kommt. Von circa 40 Ausbildungsseminaren während des Studiums, war gerade eines diesem Thema gewidmet, während sich drei mit dem Thema Spiritualität beschäftigten.

Informell bei KollegInnen nachgefragt, die ihre Ausbildung am Evangelischen Zentralinstitut Berlin absolvierten, wie viel Umfang dort das Thema Sexualität einnahm, brachte die ernüchternde Erkenntnis: von einem Vormittag innerhalb der drei Jahre dauernden Ausbildung. (Ich bin mir bewusst, dass es sich hier um keine repräsentative Umfrage handelt, möglicherweise gibt es Ausbildungsstellen im EFL-Bereich, die das Thema Sexualität stärker fokussieren. Mir ist in der Weiterbildung zur Systemischen Sexualtherapeutin keine einzige Kollegin begegnet, die von anderen Voraussetzungen berichtet hat.)

„Und da haben wir die ganzen Störungen durchgeholt, so dass keiner mehr mitkam und ich abgeschaltet habe (...) Ich traue mir keine Sexualberatung zu, und am liebsten würde ich mit dem Thema nichts zu tun haben“ (Zitat einer Teamkollegin in der EFL Karlsruhe).

Ausgehend von eigenen Ausbildungserfahrungen und informellen Gesprächen innerhalb des Teams sowie auf Weiterbildungen zum Thema Sexualität konnte ich feststellen, dass sich keine meiner GesprächspartnerInnen durch die Ausbildung in ausreichender Weise auf die Beratung von konflikthaft erlebter Sexualität vorbereitet fühlte. Wenn es gelang, eigene Hemmungen und Unsicherheiten zu überwinden, dann durch besonderes Interesse an diesem Thema und weiterer Fort- und Weiterbildungen. Da aber das Thema Sexualität das Erleben von Partnerschaft und Ehe so häufig beeinträchtigt, scheint es mir wichtig, die Auseinandersetzung damit und der eigenen Selbsterfahrung nicht auf Weiterbildungsinstitute im Anschluss an die Ausbildung zur EFL BeraterIn zu delegieren, oder es dem persönlichen Interesse der BeraterIn zu überlassen, ob sie dieses Thema vertiefen möchte.

Auch Schmidt-Blechta (2011, S.74) kommt in seinem Artikel über die Sexualität der KlientInnen in der EFL-Beratung zu dem Schluss „Der Umgang mit der Sexualität sollte in der Ausbildung zum Ehe-, Familien- und Lebensberater stärker betont werden.“

Wilbertz spricht in seiner Hypothese aber noch einen weitere interessante Tatsache an. Er glaubt, dass BeraterInnen nicht mit der erforderlichen Konsequenz am Thema bleiben. Um konsequent und idealerweise auch geplant und zielorientiert beraten zu können, bedarf es der Kenntnis themenrelevanter Konzepte, die für die Beratung nutzbar sind.

In dieser Masterthesis sollen drei moderne und relevante Konzepte für Sexualberatung/Sexualtherapie darlegt werden und in Bezug auf ihre Eignung für Beratung hinsichtlich Kontext, therapeutische/beraterische Haltung und Vereinbarkeit mit einem systemischen Ansatz diskutiert werden. In der praktischen Fallarbeit sollen Möglichkeiten und Grenzen der Anwendung aufgezeigt und reflektiert werden.

Damit soll ein Beitrag zu mehr Professionalität in der Sexualberatung im Kontext der EFL-Beratung geleistet werden. Erfreulich wäre, wenn die Arbeit dazu beitragen könnte, dass diese Kenntnisse dann auch innerhalb von Aus- und Weiterbildung zur EFL BeraterIn genutzt würden oder für die Inter- und Supervision von EFL-BeraterInnen wie Schmidt-Blechta vorschlägt:

„Eine weitere Möglichkeit zur diesbezüglichen Qualitätssicherung könnte auch die Schaffung von speziellen Intervisions- oder Supervisionsmöglichkeiten sein, die ausdrücklich sexuelle Themen und Probleme in der Beratung zum Gegenstand haben“ (Schmidt-Blechta, 2011, S.75).

2.3 Vorgehen

Zunächst möchte ich darstellen, wie ich vorgegangen bin. Da ich schon zu einem frühen Zeitpunkt wusste, worüber ich schreiben möchte, habe ich mich für die folgende Möglichkeit zur Erstellung einer Masterthesis entschieden:

„Ausgehend vom Beratungsprozess wird ein den Beratungsprozess inhaltlich berührendes Thema aufgegriffen, vertieft und wissenschaftlich aufbereitet, d.h. auf dem Stand der Forschung reflektiert“ (Wilbertz, 2010).

Da ich mehrere Paare beraten habe, die die sexuelle Problematik „fehlende Lust oder Begehrten“ formulierten, bestand die Möglichkeit, eines auszuwählen, an dem Möglichkeiten und Grenzen, Chancen und Schwierigkeiten der Sexualberatung innerhalb eines Paarsettings gut demonstriert werden können.

Dieses Paar war Ausgangspunkt für den praktischen Teil dieser Thesis. Die Darstellung theoretischer wissenschaftlicher Forschung geht mit hoher Wahrscheinlichkeit über den Paarfall hinaus. Es erschien mir jedoch wichtig, hier umfassend einige Dimensionen von Sexualität, Bindung und Lust darzustellen und zu diskutieren, da diese Themen in anderen Fällen wichtig und bezüglich der Zielsetzung der Masterthesis notwendig waren. Dem entsprechend wurde eine umfangreiche Analyse der Literatur durchgeführt, was durch die Datenlage kein Problem darstellte. Es fielen aber Themen auf, zu denen es nicht möglich war, Literatur zu sichten, z.B. über Evaluationsstudien, die die Wirksamkeit systemischer und anderer Sexualtherapien untersuchen. Die Hamburger Schule dagegen ist gut evaluiert, aber nicht Gegenstand dieser Arbeit, da sie bei dem häufigsten in der EFL-Beratung vorkommenden Sexualproblem der Lustlosigkeit, keine Wirksamkeit zeigt.

Genauso schwierig gestaltete sich die Suche nach einem eigenständigen Fach „Sexualberatung“. Selbst die fachwissenschaftlichen Verbände treffen kaum inhaltliche Unterschiede, wohl aber durch die Zulassungsregelungen (abgeschlossene therapeutische Grundausbildung als Voraussetzung zur Anerkennung Sexualtherapie), wenn sie Weiterbildungen zum Sexualberater oder zur Sexualtherapeutin anbieten. Die Sexualmedizin dagegen scheint eigenständiger zu sein. (Quelle Ausbildungscurricula der DgfS)

2.3.1 Aufbau des Theorieteiles

Wegen der möglichst klaren Strukturierung der gewaltigen Literaturnenge, habe ich mich dazu entschieden, Praxis und Theorie zunächst völlig zu trennen.

Zunächst soll der Gegenstand, worüber in der Beratung kommuniziert wird, definiert werden. Was könnte mit Sexualität, Bindung und Lust gemeint sein? Ich werde Aspekte dieser Dimensionen, innerhalb derer Sexualität gelebt werden kann, beschreiben und kurz die Konsequenzen für die praktische Arbeit diskutieren.

Ausgehend vor allem durch den Kontext des gesellschaftlichen Wandels bezüglich der Sexualität, werde ich drei relativ moderne sexualtherapeutische Therapiekonzepte vorstellen, vergleichen und tabellarisch darstellen. Alle drei Konzepte sind grundsätzlich miteinander vereinbar, so dass ein größerer Pool an Handlungsstrategien für die zu beratenden Paare zur Verfügung steht, denn nicht jede Intervention ist für jeden gut. Der Ansatz der therapeutischen Palette beschreibt in klar strukturierter Weise, wie TherapeutInnen innerhalb einer Sitzung zwischen verschiedenen Theorien und Praktiken wechseln können (Fraenkel, 2011).

2.3.2 Praxisteil

Im Praxisteil dieser Arbeit werden diese theoretischen Überlegungen konkret mit einem Paar unter realen Beratungsstellenbedingungen erprobt und detailliert beschrieben. Ich werde dabei umfangreich auf den Theorieteil verweisen.

In der Fallarbeit beobachtete ich nicht nur die Auswirkungen der Interventionen auf das Paar, sondern reflektiere auch die Rolle der BeraterIn in diesem Prozess und werde mögliche persönliche und professionelle Voraussetzungen der TherapeutIn für Beratung zu sexuellen Fragen nennen. Zu diesem Thema findet sich in der wissenschaftlichen Literatur äußerst wenig.

In einem Abschlusskapitel sollen mögliche Konsequenzen dieser Fallarbeit für Ausbildung von EFL-BeraterInnen reflektiert werden

3 Theoretischer Teil

3.1 Art und Häufigkeit sexueller Fragestellungen im Beratungsprozess

Innerhalb der EFL-Beratung gibt es Aussagen über die Häufigkeit sexueller Fragestellungen (vgl. 2.1), nicht aber über die Art der Probleme oder Fragestellungen. So berichte ich in diesem Absatz über persönliche Beratungs- und Supervisionserfahrungen während der letzten drei Jahre und setze diese in Beziehung zu sexualtherapeutischen Forschungsergebnissen.

Meiner Erfahrung nach leiden die meisten Paare unter der Unterschiedlichkeit ihrer sexuellen Bedürfnisse. Dabei geht es allerdings primär weniger um die Art und Weise der sexuellen Kommunikation, sondern oft um die Häufigkeit der sexuellen Begegnung. Trotzdem äußern Männer häufiger den Wunsch nach leidenschaftlichem Sex. Frauen wünschen sich hingegen oft ein anderes Miteinander und mehr Intimität. Für sie ist mehrheitlich das Gespräch und ein lebendiges Interesse aneinander Voraussetzung, um sich überhaupt auf sexuelle Begegnungen einlassen zu können.

Die Unzufriedenheit mit der gemeinsamen Sexualität wird häufig nicht thematisiert. Es herrscht Sprachlosigkeit. Beiden Partnern fällt es häufig schwer, Bedürfnisse und Wünsche zu formulieren. Oft gibt es keine gemeinsame sexuelle Sprache und keinen Austausch. Dies steht im krassen Gegensatz zu unserer sexualisierten Gesellschaft, in der Männer und Frauen jeder Zeit Sex konsumieren können.

In unserer sexualisierten Gesellschaft gehört es dazu, Spaß am Sex zu haben. Paare, die nur wenig Bedürfnis haben, viel zu müde zum Sex sind, die lieber ein Buch lesen oder ein Glas Rotwein trinken, fühlen sich nicht normal, verbergen ihre Lustlosigkeit voller Scham. Sehr häufig begegnen mir Paare, die sich mit Vorwürfen bezüglich ihrer gemeinsamen Sexualität überhäufen. Sie sind in einem Teufelskreislauf gefangen, aus dem sie allein nicht mehr herausfinden, da sie den jeweils anderen für die misslungene Sexualität verantwortlich machen und sich persönlich sehr angegriffen fühlen.

Ein weiteres häufiges Thema in der Beratung sind die sexuellen Außen- und Liebesbeziehungen. Hier wird das gelebt, was in der originären Partnerschaft keinen Ort

findet. Auslöser für Liebesbeziehungen scheint bei Frauen oftmals eine emotionale Unterernährung in der Partnerschaft und bei Männern eine sexuelle zu sein.“ (Hantel-Quittmann, 2007:) Liebesaffären gelten heute als der häufigste Anlass für Trennungen und Scheidungen (Willi, 2005:27).

Auch häufig ist das Leiden einer Paarbeziehung unter dem exzessiven Pornokonsum des Mannes. Die Partnerinnen sind zutiefst verunsichert und zweifeln an der Beziehung, fühlen sich missbraucht und nicht gemeint.

Echte sexuelle Funktionsstörungen sind mir im Beratungskontext noch nicht begegnet. Ich nehme an, dass Männer mit Erektionsproblemen sich mittlerweile eher an einen Sexualmediziner wenden und dort Therapie erfahren. Hier spielt auch das Alter unserer Klienten eine Rolle. Die meisten sind zwischen 35 und 50 Jahren, ein Alter, in dem nur wenige Männer unter Erektionsstörungen leiden. (Mehbach, Brähler und Kleiberg, 2004:6)

Zusammenfassend kann man sagen, dass die meisten sexuellen Fragestellungen, die im Beratungskontext thematisiert werden, sich mit unterschiedlichem Begehrten beider Partner, Lustlosigkeit, Kommunikationsmängeln und festgefahrenen Rollen in der Paardyade beschreiben lassen. Dies alles geschieht in einem gesellschaftlichen Kontext der unbegrenzten Möglichkeiten. Sex ist erlaubt und gesund und hat für Liebespaare eine hohe Bedeutung. Wer liebt der begehrte. Früher gab es die eheliche Beischlafpflicht, heute herrscht Lust- und Orgasmuspflcht. Zwischen dem Ideal von Sexualität und der gelebten Realität innerhalb einer intimen Liebesbeziehung tut sich eine leidbringende Kluft auf.

Gunter Schmidt, Sexualforscher und Mitarbeiter der Sexualambulanz in Hamburg sagt: "Wir sehen immer mehr Lustlose" (Schmidt, 1998). und spricht in diesem Zusammenhang von einem kollektiven Symptomwechsel, der aber nach genauer Betrachtung darauf hinweist, dass Lustlosigkeit heute eher von Frauen thematisiert wird, während früher die Lustlosigkeit hinter dem Symptom der Orgasmusstörung stand. Zumindest scheint dies für Frauen zu gelten. Für Männer scheint Lustlosigkeit auch heute kein wesentliches Thema zu sein, jedoch wird sie auch von Männern häufiger thematisiert. (Schmidt, 1998).

3.2 Möglichkeiten und Grenzen von Paarberatung mit sexuellen Fragestellungen

Es stellt sich die Frage, welche Probleme und Anliegen der Klienten Thema der EFL-Beratung sein könnten. Dazu ist es aus meiner Sicht notwendig, zu definieren, was ich unter Beratung verstehe, und wie ich Therapie davon abgrenze.

Vielleicht erst zu den Grenzen: Als für mich eindeutig würde ich das Vorliegen einer psychischen Störung mit Krankheitswert bezeichnen, die sich in der Art des sexuellen Handelns ausdrückt. Nun kann man sich die Frage stellen, was überhaupt krank oder gesund sein bedeutet, gerade im Kontext von systemischer Beratung, in der Symptome als Zuschreibung verstanden werden und in dem zu betrachtenden System häufig einen Sinn ergeben (v.Schlippe, Schweizer, 2007).

Dennoch würde ich die Beratung von Menschen mit pädophilen Phantasien, Störungen der Geschlechtsidentität, seltenen Paraphilien und organisch bedingten Funktionsstörungen in die Hände eines Sexualmediziners oder Therapeuten geben. Das Gleiche gilt für sexuell süchtiges Verhalten. Wichtig fände ich auch die Wahrung der eigenen persönlichen Grenzen: Jede BeraterIn sollte von der Möglichkeit Gebrauch machen dürfen, die Beratung wegen des Themas abzulehnen. Allerdings sehe ich uns als BeraterInnen dann in der Überweisungsverantwortung.

Unterschiede zwischen Beratung und Therapie werden vielfältig und kontrovers diskutiert, auch in den Beratungsstellen. Es gibt keine allgemeingültige Antwort auf dieses Definitionsproblem, so schildere ich hier einige Aspekte dieser Diskussion.

Kröger et al.(2005) schlagen zur Unterscheidung von Therapie und Beratung eine von Buer (1997,1999) „eingeführte Differenzierung zwischen von Format und Verfahren“ vor. Dabei versteht Buer unter Format die institutionalisierten Rahmenbedingungen, unter denen professionelle Beziehungsarbeit geleistet wird. Verfahren bezeichnen die operativen Instrumente, die dazu verwendet werden, also die anerkannten und üblichen Therapieverfahren. Da die „unterschiedlichen Formate das Ergebnis von Institutionalisierungsprozessen darstellen“, könnte man Psychotherapie als das bezeichnen, was Krankenkassen bezahlen (Zugangsvoraussetzung: Psychische Störung mit Krankheitswert). Psychosoziale Beratung ließe sich als Dienstleistung von Beratungsstellen definieren (Zugangsvoraussetzung: persönliche Konfliktsituation oder Notlage).

Weitere Unterschiede: Beratung ist im Kontext von Beratungsstellen niedrigschwellig und mit keinem oder nur kleinem finanziellen Aufwand verbunden. Eine weitere Besonderheit ist die multiprofessionelle Mischung der Teams in der EFL-Beratung. Trotz Unterschiedlichkeit der beiden Formate beschreiben sie die Grenzen als fließend, zumal viele BeraterInnen in den EFL-Stellen über Weiterbildungen in psychotherapeutischen Verfahren verfügen. Dennoch treffen sie eine wesentliche Unterscheidung zwischen Beratung und Therapie:

„Wesentlicher erscheint dann z.B. dass sich die inhaltliche Arbeit in der Beratung eben nicht an dem der Psychotherapie zugrunde liegenden Krankheitsmodell orientiert, dass Beratung auf ein breiteres methodisches Repertoire zurückgreift, das u.a. auch informationszentrierte Methoden umfasst und einen wesentlichen Schwerpunkt in der präventiven Arbeit hat (vgl. z.B. Nestmann 2002; Hutter, 2003)" (Kröger et al, 2005:4).

Was bedeutet dies nun für die Sexualberatung? Buddenberg, der das einzige deutschsprachige Buch über Sexualberatung geschrieben hat, meint dazu, dass nicht aufgrund der sexuellen Symptomatik entschieden werden könne, in welchen Fällen eine Beratung, eine Sexualtherapie, eine Psychotherapie oder eine somatische Behandlung indiziert sei.

„Deshalb ist die Auffassung, dass man bei jeder sexuellen Störung nach Ausschluss einer organischen Ursache zunächst eine Beratung versuchen sollte, durchaus vertretbar (...) Zum anderen sind Möglichkeiten für eine spezielle Sexualtherapie oder auch für eine Psychotherapie in manchen ländlichen Regionen gar nicht vorhanden (...)" (Buddenberg, 2005:99).

Er benennt drei wesentliche Aufgaben für die Sexualberatung:

1. Die Vermittlung von Informationen über die sexuelle Entwicklung und das Zusammenspiel körperlicher und seelischer Faktoren zur Erreichung eines befriedigenden Sexuallebens.
2. Den Abbau von sexuellen Fehlvorstellungen und Hemmungen.
3. Das Aufzeigen von (dys)funktionalen Interaktionsabläufen zwischen zwei Sexualpartnern. (Buddenberg, 2005:104)

Ein hilfreiches Stufenmodell für Beratung und Therapie ist das PISSIT-Modell. Hier handelt es sich um einen verhaltenstherapeutischen Ansatz (Annon 1974) für sexuelle

Störungen mit verschiedenen intensiven Interventionstechniken - je nach Schweregrad einer Störung. Das PLISSIT-Modell besteht aus vier Stufen, die als Permission (Erlaubnis geben), Limited Information (auf das Problem zugeschnittene Informationen geben), Specific Suggestions (Nach ausführlicher Exploration direkte Anweisungen geben) und Intensive Therapie (verhaltenstherapeutische Psychotherapie) bezeichnet werden, die wie ein Raster funktionieren. Entstanden ist diese Kurzform der Therapie aus der Erkenntnis, dass für viele sexuelle Probleme keine umfassenden therapeutischen Interventionen notwendig sind und nur wenige KlientInnen eine Sexualtherapie brauchen (Wissenschafts online, Zugriff 28.02.11).

Norbert Hecker folgert in seinem Artikel über die Strategien des PLISSIT-Modells:

„Sexualberatung ist lebendig und flexibel. Sie ist weder an (meist aufwendige) Explorations- und Diagnoseverfahren noch an (manchmal starre) Behandlungskonzepte gebunden. Sexualberatung bietet die Chance, sich relativ frei - nicht konzeptionslos! - im jeweiligen Beratungskontext zu bewegen. Sie arbeitet auch mit Elementen der Sexualtherapie - doch während sich bei der Sexualtherapie der Fokus mehr auf die Behandlung chronifizierter sexueller Funktionsstörungen richtet, so liegt der Schwerpunkt der Sexualberatung mehr im Bereich von Entlastung. (...) Es bleibt zu überlegen, ob statt einer langfristigen Sexualtherapie nicht häufiger eine einfache und weniger aufwendige Sexualberatung indiziert sein kann. Vielleicht scheuen sich viele Sexualtherapeutinnen und -therapeuten (noch) davor zurück sexualberaterisch tätig zu werden - in dem Glauben, sich damit auf ein „niedrigeres“ professionelles Niveau zu begeben. Doch ist eine adäquate, niederschwellige Sexualberatung qualitativ keineswegs weniger hoch zu bewerten als eine umfangreiche Sexualtherapie.“ (Hecker, 2001:294-295)

Betrachtet man die Ausbildungscurrícula der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, finden sich drei verschiedene abgestufte Curricula: Sexualberatung, Sexualtherapie und Sexualmedizin. Diese unterscheiden sich vor allem durch die Zugangsvoraussetzungen.

Für die Weiterbildung Sexualberatung werden EFL-BeraterInnen, PsychologInnen, ÄrztInnen, PädagogInnen, SozialpädagogInnen zugelassen. Eine psychotherapeutische Weiterbildung ist nicht notwendig oder Voraussetzung. Für die Aufnahme in das Curriculum Sexualtherapie ist eine abgeschlossene psychotherapeutische Weiterbildung in einem anerkannten Verfahren Voraussetzung für die Zulassung.

Inhaltlich unterscheiden sich Sexualberatung und Sexualtherapie kaum von einander.
www.dgfs.de)

4 Der Begriff und Dimensionen der menschlichen Sexualität

Was meinen Menschen, wenn sie über Sexualität sprechen? Ist Sex oder Geschlechtsverkehr, die Anziehung und Spannung, die sich zwischen zwei Menschen auch ohne Berührung entwickeln kann, gemeint, oder Liebe, die sich körperlich ausdrückt?

In diesem Abschnitt soll eine Annäherung an die verschiedenen Dimensionen der Sexualität versucht werden.

Laut Pschyrembel (2003) bezeichnet der Begriff der Sexualität eine sehr allgemeine und grundlegende Äußerung des Lebens mit drei Grundfunktionen wie:

1. Fortpflanzung und geschlechtlicher Vermehrung;
2. Beziehung und Kommunikation sowie
3. Lust und Befriedigung.

Menschen können heute theoretisch sehr unabhängig und frei auswählen, welche der obengenannten Schwerpunkte sie in ihrer Sexualität setzen möchten, so dass kaum noch von natürlichem Verhalten ausgegangen werden kann, sondern angenommen werden muss, dass die gelebte Sexualität einem hohen Maß an kultureller Beeinflussung ausgesetzt ist.

In der Sexualwissenschaft besteht Einigkeit darüber, dass Sexualität jeden Menschen ein Leben lang begleitet, dass sie mit seiner Persönlichkeit und deren Entwicklung in sehr unterschiedlicher Weise verbunden ist, und dass sie durch äußere Einflüsse gestaltet wird. Sexualität ist für die meisten Menschen für die verschiedenen Dimensionen ihres Seins sehr bedeutsam. Sie berührt die Befindlichkeit der Körpers (Gesundheit), der Psyche (Erleben), des Sozialen (Wir-Gefühl) sowie der Seele (Liebe).

Grundlegend könnte man diese Dimensionen der Sexualität den Begriffen somatisch, psychisch, sozial und spirituell zuordnen.

Im Folgenden sollen einige Aspekte dieser Dimensionen einmal genauer betrachtet werden. Es wurden vor allem solche ausgewählt, die Bedeutung für die verschiedenen sexualtherapeutischen Konzepte haben. Dabei bleibt zu erwähnen, dass die Trennung des sexuellen Erlebens in verschiedene Dimensionen künstlich ist, selbstverständlich

beeinflussen sie sich gegenseitig.

Grundsätzlich wird in der Betrachtung der Fokus auf Bindung und Lust gelegt. Die spirituellen Aspekte der Sexualität sind völlig aus dieser Arbeit ausgeschlossen, da aus meiner Sicht spirituelles Erleben am wenigsten gezielt durch Paarberatung beeinflussbar ist. Deshalb wird an dieser Stelle auch nicht von Liebe und Lust gesprochen, sondern von Bindung und Lust.

4.1 Die somatisch/physische Dimension von Bindung und Lust

In diesem Kapitel sollen vor allem sexualmedizinische Aspekte von Bindung und Lust darstellt werden. Aufgrund der sehr umfangreichen Datenlage habe ich mich dazu entschieden in diesem Kapitel nicht theoretisch über biologische Reifungsprozesse und hormonelle Regelkreise zu berichten, sondern sehr praktische Bezüge zwischen Sexualmedizin und den typischen Fragestellungen von Paaren, die Beratung wegen sexueller Probleme suchen, herzustellen.

Da der kontextuelle Bezugspunkt dieses Kapitels Sexualmedizin ist, verändert sich der Blickwinkel des Sexuellen von der „normalen“ Funktion auf die „gestörte“ Funktion. So wird der Fokus im Folgenden auf die Störungen der sexuellen Appetenz bei Frauen und Männern gelegt.

Doch zuvor werden noch Ergebnisse aus der Sexualforschung referiert, die sich damit beschäftigen wie „normale“ sexuelle Funktionen aussehen und Begehren entsteht.

Masters und Johnson (1970) führten in den sechziger Jahren vielfältige psychophysiologische Untersuchungen an sexuell aktiven Paaren durch, die 1966 zur Entwicklung des Vier-Stufen-Modells des sexuellen Reaktionszyklus führten. Demnach läuft Sex in vier aufeinander aufbauenden Phasen ab: Auf das Begehen folgt die Erregung, dann der Orgasmus und dann endlich die Entspannung. Ausgehend von diesem Modell entwickelten Masters und Johnson (1970) ein Konzept zur Behandlung von Funktionsstörungen, das seitdem vielfach weiterentwickelt wurde und bis heute Anwendung findet.

Wegen der Aktualität innerhalb der Sexualmedizin folgt hier eine kurze Beschreibung dieser Phasen:

1. Erregungsphase: Sie kann von wenigen Minuten bis zu über einer Stunde dauern. Zunächst steigen Puls und Blutdruck an, die Haut wird besser durchblutet, der sogenannte „sex flush“ wird sichtbar. Bei Frauen schwollen Klitoris, Schamlippen und die Brustwarzen an. Die Scheide wird feucht. Bei Männern erigiert der Penis.
2. Plateauphase: Hier steigt die Erregung und das Begehrten an und damit die Muskelanspannung. Die äußeren Schamlippen weiten sich. Es bildet sich mehr Sekret in der Vagina.
3. Orgasmusphase: Jetzt erreicht die Erregung ihren Gipfel. Der „sex flush“ steigt auf ein Maximum. Es kommt zu spontanen, rhythmischen Muskelkontraktionen in der Genital- und Analregion. Frauen erleben beim Orgasmus im Schnitt 5, bei sehr heftiger Reaktion auch 10-15 Kontraktionen. Der Mann stößt während des Orgasmus das Sperma aus. Die Ejakulation geht jedoch nicht zwingend mit dem emotionalen Gipfel der Leidenschaft einher. Frauen sondern beim Orgasmus ebenfalls eine klare Flüssigkeit ab.
Beim Höhepunkt kann es zum kurzzeitigen Bewusstseinsverlust kommen, bei Frauen ist der Präfrontalkortex weitgehend abgeschaltet, jener Bereich, der für Moral und soziales Empfinden zuständig ist. Überhaupt haben Messungen der Hirnaktivität ergeben, dass Frauen den Orgasmus intensiver auskosten dürfen. Ihr Hirn ist im Schnitt zwei Minuten damit beschäftigt (Berner, 2009).
4. Entspannung: In der Entspannungsphase kehrt der Körper zur normalen Herz-Kreislauffunktion zurück. Die meisten Menschen fühlen sich dann angenehm ermattet und die Geschlechtsorgane schwollen wieder ab. Männer brauchen nach dem Orgasmus eine Erholung (der Testosteronspiegel fällt ab), die beim jungen Mann nur einige Minuten dauert, beim älteren Mann aber mehrere Tage in Anspruch nehmen kann. Frauen regenerieren deutlich schneller und können mehrere Orgasmen hintereinander erleben, ihr Testosteronspiegel steigt nach dem Sex an. Vielleicht fühlen sich Frauen deshalb nach dem Sex besonders leistungsfähig, während Männer gern ein kleines Schläfchen halten (Stachura, 2009).

Im therapeutischen Kontext (Linsenhoff, 1995; Kaplan, 2006; Masters und Johnson, 1970) wird basierend auf den eben beschriebenen Phasen analysiert, an welchem Punkt der Erregungskreislauf gestört ist. In der Regel gilt, je später der Reaktionszyklus gestört ist, desto leichter lässt sich die Störung behandeln.

Daraus folgt, dass Störungen des Begehrens sich schwerer behandeln lassen als andere sexuelle Funktionsstörungen (Kaplan, 2006).

Vor allem die Frauen geben den ForscherInnen Rätsel auf. Lange glaubte man, dass Frauen weniger auf sexuelle Schlüsselreize reagieren als Männer, weshalb sie weniger Lust empfanden als Männer. Jedoch stellte sich heraus, dass Frauen beim Betrachten

von Pornofilmen oder erotischen Fotografien alle körperlichen Merkmale von Erregung zeigten, diese aber nicht emotional als Erregung definierten. Dieses bestätigte eine Studie (Maas,2008). Bei sexuell zufriedenen Frauen stimmte die eigene Einschätzung der Erregung mit den physischen Reaktionen überein, während lustlose Frauen körperliche Reaktionen kaum als Zeichen sexueller Stimulation wahrnahmen.

Für die sexualtherapeutische Praxis bedeutet dies, dass Männer und Frauen bei sexuellen Appetenzstörungen unterschiedlich behandelt werden sollten. Der von Masters und Johnson entwickelte Erregungskreislauf greift insbesondere bei Frauen zu kurz.

Die kanadische Sexualtherapeutin Rosemary Basson (2007) spricht deshalb auch lieber von einem Bedingungskreislauf der weiblichen Erregung. Laut ihrer Untersuchung aus dem Jahre 2007 motiviert viele Frauen nicht das Begehen zum Sex, sondern der Wunsch nach emotionaler Intimität oder sich geliebt zu fühlen. Die Lust komme oft erst mit der sexuellen Aktivität. Das erotische Knistern steht also bei Frauen nicht immer an der ersten Stelle des sexuellen Reaktionszyklus. Es folgt häufig erst im Laufe der körperlichen Zuwendung. Wird der Sex dann als positiv erlebt, dann steigt die Lust auf weitere sexuelle Handlungen. Das Begehen der Frau ist deutlich mehr vom Kontext abhängig, als das Verlangen von Männern.

Both et al.(2005), die ausführlich zum sexuellen Begehen und sexueller Erregung geforscht haben, folgern:

„Besonders bei Frauen hängen Gefühle des Begehrens und der Erregung stärker von der Bedeutung der sexuellen Situation ab als von körperlichen Reaktionen. (...) Bedeutungen können von positiven und negativen Erfahrungen in der Vergangenheit bestimmt sein. Diese Erfahrungen entscheiden in hohem Maße darüber, welche sexuellen Gefühle die Frau in Zukunft erleben wird. Wenn eine Patientin nur wenige Erfahrungen mit sexuell belohnenden Situationen gemacht hat, werden bei ihr auch nur wenige sexuelle Reize positive sexuelle Gefühle auslösen. Und wenn eine Frau ihre Sexual- oder Beziehungsgeschichte hauptsächlich negativ erlebt hat, wird ein sexualisierter Kontakt oder ein an Sex interessierter Partner bei ihr im Wesentlichen negative oder ambivalente Gefühle auslösen. (...) Wenn Patienten wegen mangelndem sexuellen Begehen professionelle Hilfe suchen, könnte ein Ziel der Behandlung sein, Umstände und Situationen zu finden, in der positive sexuelle Gefühle erlebt werden. Allerdings werden auch optimale persönliche und partnerschaftliche Umstände nicht ganz von selbst sexuelle Gefühle hervorrufen. Sexuelle Gefühle brauchen sexuelle Stimulation. Wenn der Wunsch besteht, sexuelles Begehen und sexuelle Erregung zu erleben, dann muss nach Anreizen gesucht werden, die diese Gefühle auslösen.“ Sie schließen: "Wenn sexuelles Begehen geschwunden ist und wiederhergestellt werden soll, gibt es nur eine Möglichkeit, nämlich es aktiv zu mobilisieren" (Both et al, 2005:377).

Ich würde dem noch hinzufügen: Eine Frau oder auch ein Mann muss die Entscheidung treffen, begehr zu wollen und Situationen, die sexuelles Verhalten möglich machen, nicht aktiv zu vermeiden. Aus diesem Grunde fragt Kaplan in der Sexualtherapie auch danach wie und was Paare dafür tun, damit es nicht zum Sex kommt. Sie fokussiert dabei nicht nur Handlungen, sondern auch Gedanken und Bewertungen (Kaplan, 2006).

4.1.1 Störungen der Appetenz bei Frauen

4.1.1.1 Beschreibung des Phänomens

Störungen der Appetenz stehen heute bei Frauen an erster Stelle der genannten Sexualprobleme. Mit Störungen der Appetenz ist gemeint, dass diese Frauen einen Mangel an Motivation für Sexualität aufweisen. Diese Störungen wurden erstmals Ende der 70er Jahre beschrieben und nachfolgend erforscht z.B (Brand, 1980). Dabei stellte sich heraus, dass die zuvor oftmals gefundenen Probleme wie fehlende Erregung, Orgasmusunfähigkeit oder Schmerzen beim Geschlechtsverkehr Folgen der fehlenden Motivation oder Lust zur sexuellen Interaktion waren. Mit zunehmender Emanzipation der Frau trauten diese sich eher, keine Lust zu haben und sich dem Geschlechtsverkehr aus diesem Grund zu verweigern. Kaplan (1979) beschrieb in einem neuen sexualtherapeutischen Ansatz die Phase des Verlangens als erste wichtige Einheit des sexuellen Reaktionszyklus, welche der durch Masters und Johnson (1966) beschriebenen Erregungs- und Orgasmusphase vorausgeht.

In der Phase des sexuellen Begehrns kommt Lust auf sexuelle Interaktion mit dem Partner auf, Phantasien und Tagträume begleiten das Geschehen - oder eben nicht. Viele Frauen leiden darunter, kein sexuelles Interesse an ihrem Partner zu haben, trotz Liebe oder dem Erleben von harmonischer Paar-Beziehung (oder vielleicht gerade deswegen). Für diese Frauen ist Sex unnötig. Sie könnten gut darauf verzichten und lassen sich auf sexuelle Kontakte nur dem Partner zuliebe ein, um ihm einen Gefallen zu tun, die Beziehung nicht zu gefährden oder Konflikten aus dem Weg zu gehen.

Möglicherweise leidet sie auch darunter, sich nicht als richtige Frau zu fühlen oder insgesamt nicht ins Bild der normalen, sozial erwünschten Frau, da sie das heute in der Gesellschaft idealisierte Bild einer potenteren Liebhaberin nicht erfüllen kann.

Sexuell lustlose Frauen können anders als lustlose Männer Geschlechtsverkehr haben, den sie dann oft leidenschaftslos über sich ergehen lassen, um dem Partner zu Gefallen zu sein oder aus anderen oben genannten Gründen. Das Einlassen auf den lustlosen Verkehr mit dem Partner mündet oftmals früher oder später in die sexuelle Aversion wie Beier et. al (2001) feststellen.

Bei der sexuellen Aversion ist die Abwehr der Frau erheblich gesteigert. Gefühle von Ausgeliefertsein, Wut und Ekel können auftreten. Immer häufiger fühlt sich die Frau durch den Mann benutzt und vermeidet schließlich alle Situationen, die mit Sex in Verbindung gebracht werden könnten. In der Praxis finden sich Verhaltensweisen wie: früher oder später ins Bett gehen als der Partner, Ignorieren von sexuellen Annäherungsversuchen, Ausweichen und Vermeiden von erotischen Situationen wie erotische Filme im Fernsehen, erotische Bilder oder Literatur. Dies führt auf lange Sicht nicht nur zu fehlender Sexualität, sondern zu einem ausgesprochenen Mangel an körperlicher Intimität, Zärtlichkeit und Nähe; etwas wonach sich viele Frauen sehnen, dem aber ausweichen, da körperliche Berührungen immer das Potential zur sexuellen und erotischen Begegnung in sich tragen (Beier et al, 2001).

Sexualmediziner diagnostizieren mittels DSM IV folgende Störungsbilder, die hier nur genannt, aber nicht näher beschrieben werden sollen.

- Störung mit verminderter sexueller Appetenz (302.71)
- Störung mit sexueller Aversion (302.79)

Hier stellt sich allerdings sofort die Frage, was normale Appetenz ist, wie sie definiert wird und wie eng der Rahmen gesteckt wird. Es besteht die Gefahr die Sexualität anhand ihrer Funktionalität zu normieren, was vielen Menschen und ihren Beziehungen nicht gerecht wird und sie weiter unter Druck setzt (Schenk, 1999).

In der konkreten Beratungssituation genügt subjektiv erlebtes Leiden eines oder beider Partner.

4.1.1.2 Mögliche organische oder somatische Ursachen für Appetenzstörungen bei Frauen.

Allgemeinkrankheiten

Schwere Allgemeinerkrankungen, die den ganzen Körper betreffen, die zu Schmerzen, Schwäche und seelischer Beeinträchtigung führen, gehen in der Regel mit nachlassender Lust einher. Zu denken ist hier an schwere Herz-, Nieren- und Atemwegserkrankungen,

aber auch an Stoffwechselstörungen und chronisch entzündliche gynäkologische Erkrankungen. Eine besondere Rolle nehmen hier neurologische Erkrankungen ein, da sie auch das Gehirn betreffen können.

Psychiatrische Störungen

Hier sind vor allem an die Depression und die verschiedenen Angststörungen zu denken. Eines der Kernsymptome der Depression ist der sexuelle Libidoverlust und ein genereller Antriebsmangel. Dies trifft oft selbst bei leichten oder mittelgradigen Episoden zu. Liegt der Appetenzstörung eine Depression zu Grunde, muss erst diese mittels Psychotherapie und Pharmakotherapie behandelt werden. Allerdings muss auch in Betracht gezogen werden, dass sich die Depression aufgrund unglücklicher Paarbeziehung entwickelt haben könnte. Dann wäre Paartherapie das wirksamste Mittel der Wahl wie Bodenmann (2006) zeigen konnte.

Sexualaversionen sind häufig Teil einer generalisierten Angst- oder Panikstörung, Beide Formen sind relativ häufig, Circa 15 % der Bevölkerung (Brunnhuber et al, 2005) sind im Laufe ihres Lebens betroffen, so das beim Auftreten von sexueller Aversion danach gefragt werden sollte.

Des weiteren nennen Beier et al (2001) noch Stress- und Erschöpfungszustände: ständige Begleiter unserer Leistungsgesellschaft, die gerade Frauen viel abverlangt. Paare müssen oft mit sehr belastenden Lebensumständen umgehen: alternde und gebrechliche Eltern, die Hilfe brauchen, eigene kleine oder große Kinder, die Verhaltensauffälligkeiten zeigen, drohender Arbeitsplatzverlust und ständige Selbstoptimierung mittels Fort- und Weiterbildung, lebenslanges Lernen. Nicht ohne Grund gilt das mittlere Lebensalter als „Rush Our“ des Lebens. Sexuelle Aktivität kostet zu viel Kraft, wenn die Lebensbewältigung die gesamte verfügbare Energie frisst.

Hormonelle Störungen

Hier kommen im Wesentlichen drei Störungen vor:

- Das Östrogenmangelsyndrom

Östrogen beeinflusst zwar nicht direkt die Lust und das Verlangen, aber der Mangel an Östrogen beeinflusst verschiedene Körperfunktionen negativ, so dass in der Folge ein Libidoverlust auftritt (Pschyrembel, 2003). So ist Östrogen maßgeblich an der Durchblutung der Scheidenschleimhaut beteiligt. Fehlt es, wird die Schleimhaut dünn und somit anfälliger für Infektionen und Verletzungen. Mit der Veränderung der Schleimhaut wird auch die Fähigkeit zur Befeuchtung beeinträchtigt. Beides zusammen führt häufig zu

Schmerzen beim Geschlechtsverkehr oder zu chronischen Infektionen, die wiederum selbst schmerhaft sind. Das Östrogenmangelsyndrom kann nach der Menopause auftreten, aber auch nach Krebserkrankungen, wenn die Ovarien entfernt werden mussten. Auch bei Brustkrebserkrankungen, bei denen sich zeigt, dass der Tumor östrogenempfindlich ist, werden Frauen in die künstlichen Wechseljahre versetzt und können ein Östrogenmangelsyndrom entwickeln.

- Androgenmangel

Wie beim Mann ist auch bei der Frau das Hormon Testosteron wesentlich für das Empfinden für sexuelle Lust und Begehrten, nur mit dem Unterschied, dass Frauen wesentlich weniger Testosteron im Blut dazu brauchen. Im normalen weiblichen Zyklus ist der Testosteronspiegel zur Zeit des Eisprungs am höchsten. Viele Frauen berichten dann auch, dass sie die größte Lust auf Sex haben und besonders maskuline Männer attraktiv finden (Maas, 2008).

Frauen mit einem Testosteronmangel haben kaum erotische Phantasien, kein Interesse an Masturbation. Manche Frauen werden orgasmusunfähig (Beier et al 2001). Testosteron wirkt teils antagonistisch zum Botenstoff Oxytocin auch Bindungshormon genannt. Es wird beim Orgasmus und beim Stillen ausgeschüttet und fördert monogames Verhalten, Testosteron fördert im Gegensatz zu Oxytocin eher die beziehungslose Leidenschaft und Aggression, als das Bedürfnis nach Nähe (gehirn-und-geist, 2/2009).

Androgene werden bei Frauen etwa zu gleichen Teilen in den Eierstöcken und den Nebennieren produziert. Der Blutspiegel bleibt bis auf kleine Fluktuationen gleich. Etwa 10 Jahre vor der Menopause beginnt ein leichter aber fortschreitender Abfall der Produktion, was die meisten Frauen aber nicht bemerken. Viel häufiger sind die Auswirkungen antiandrogener Therapien, die bei der Behandlung von verstärkter Akne oder weiblichem Haarausfall eingesetzt werden. Auch orale Verhütungsmittel mit antiandrogener Wirkung können zu einem Verlust der Libido führen (Pschyrembel,2003).

- Hyperprolaktinämie

Wenn der Prolaktinspiegel im Blut über den Normbereich ansteigt, kann dies bei Frauen sowie Männern zu einem Libidoverlust führen. Auslöser für einen Prolaktinüberschuss sind häufig Stress sowie die Einnahme zahlreicher Psychopharmaka.

Als Antagonist von Prolaktin wird der Botenstoff Dopamin diskutiert (Gehirn-und-Geist, 2/2009). Dopamin führt im Gehirn zu Erregung von Gebieten in der Großhirnrinde, die Handlungen initiieren und bewerten. Das Dopaminsystem führt nicht nur zur Suche nach Nahrung und Sexualpartnern, sondern spielt auch bei Drogen-, Spiel- und Sexsucht eine große Rolle. Süchte führen im allgemeinen dazu, dass die Lust auf Sexualität abnimmt,

da das Dopaminsystem im Hirn auf Dauer „ausgebrannt“ wird. Süchtige benötigen einen immer größer werdenden Dopaminkick, um die gleiche Befriedigung zu erleben. Das mag erklären, warum Menschen, die süchtig nach Pornographie sind, „normalem“ Sex nichts mehr abgewinnen können.

- Appetenzstörungen als Nebenwirkung der Pharmakotherapie

Die bekannteste Substanzgruppe, die zu einem Prolaktinanstieg führt, ist die der Neuroleptika. Neuroleptika werden in der Behandlung von Psychosen eingesetzt. Hier werden sowohl die klassischen(alten) wie Haloperidol, Benperidol und Bromperidol als auch die neueren atypischen wie das Risperidon verwendet. Bei Frauen kann die Einnahme dieser Medikamente zum Ausbleiben der Regel sowie zu Absonderungen aus der Brustdrüse führen (Gehirn-und-Geist, 2/2009).

Auch die Behandlung mit Antidepressiva kann zu einem Libidoverlust führen. Antidepressiva führen zu einem Serumanstieg des Neurotransmitters Serotonin, welches Zufriedenheit, aber keine sexuelle Lust erzeugt, sondern diese aktiv hemmt (Berner, 2009). Manche Männer berichten von einem verzögerten Samenerguss unter Antidepressiva, was nicht immer unerwünscht ist, sondern auch zur Behandlung des gleichen eingesetzt werden kann.

4.1.2 Appetenzstörungen bei Männern

4.1.2.1 Beschreibung des Phänomens

Sexuelle Appetenzstörungen bei Männern haben in den letzten Jahren zugenommen. Sie stiegen in der Hamburger sexualtherapeutischen Sprechstunde von Mitte der 70er bis Mitte der 90er Jahre von 4% auf 16%, (Schmidt, 1997).

In einer repräsentativen amerikanischen Erhebung klagten 15% der Befragten über mangelndes sexuelles Interesse (Daten nach Beier et al 2001). Es handelt sich also auch bei Männern nicht um ein Randphänomen.

Dazu wird angenommen, dass der Anstieg der Einnahme von Viagra oder Medikamenten, die einen vorzeitigen Samenerguss verzögern sollen, männliche Unlust maskieren. So sprach ich bei einer sexualtherapeutischen Fortbildung mit einem Arzt, der regelmäßig Viagra einnahm, um mit seiner Partnerin sexuell verkehren zu können. Gleichzeitig äußerte er im Gespräch aber, dass er seine Partnerin eigentlich gar nicht attraktiv und begehrenswert fand. Den Geschlechtsverkehr erlebte er sehr unbefriedigend und, es gab

also eigentlich keinen Grund für sexuelle Kommunikation. Trotz dieser Erkenntnis hielt er an der regelmäßigen Einnahme von Viagra fest. Offensichtlich scheint sexuelles Selbstwertgefühl bei Männern noch mehr mit der problemlosen Funktion der Potenz einherzugehen als bei Frauen.

„Deutlich ist, dass durch das Verschwinden traditioneller, männlicher Rollenbilder und Identitätsentwürfe eine Unsicherheit und Verletzbarkeit eingetreten ist. Die nachhaltigen Veränderungen im Verhältnis der Geschlechter wurde maßgeblich von Frauen bewirkt und vorangetrieben. (...) Aus männlicher Sicht ist das Verhältnis zu Frauen schwieriger geworden. (...) Es gibt verschiedene Anzeichen, die darauf hindeuten, dass Quantität und Qualität der Sexualität in Paarbeziehungen stärker von Frauen als von Männern reguliert wird, ein Zustand, der sich bei einer sexuellen Dysfunktion des Mannes umkehrt. Die negative Konnotierung männlicher Sexualität macht diese - mehr oder minder auch in den Augen der Männer - zum Problem, wenn nicht gar zur Gefahr. (...) Schon vor Jahren hat Schorsch (1989) das problematische Doppelgesicht der oberflächlichen Pazifizierung der männlichen Sexualität mit der Ausgrenzung aggressiver Anteile aufgezeigt. (...) Es hat den Anschein, als ob viele Männer ein sexuelles Doppelleben neuer Prägung führen - mit einem gleichsamen politisch korrekten, eher vorsichtig verzögten offenen Verhalten, aus dem die unerwünschten Anteile ausgefiltert sind und allenfalls unter Männern, überwiegend aber in der Masturbation zum Zuge kommen. Die Selbstbefriedigung ist dabei immer weniger Ersatz für nicht verfügbare Partnersexualität, sondern Ausdrucksmöglichkeit für eine einfachere, weniger anstrengende und reglementierte Sexualität.. Diese veränderte Spaltung zwischen einer (...) verunsicherten sauberen Partnersexualität und den unpassenderen inneren Bedürfnissen schafft neue Probleme, die sich etwa in der deutlich erhöhten Rate von männlichen Appetenzproblemen äußert“ (Beier et al. 2001:193-194).

4.1.2.2 Versagensangst und Leistungsdruck

Männliche Sexualität scheint sich durch eine hohe Leistungsbezogenheit auszuzeichnen. (Zilbergeld, 1994). Durch die Entwicklung von Medikamenten wie Viagra sind nicht nur junge Männer betroffen, sondern auch ältere, die jetzt nicht mehr ohne weiteres die Möglichkeit zum Rückzug aus der Sexualität haben. Anders als die Frau kann der Mann sexuelle Funktionsstörungen nicht maskieren, sie sind für ihn ebenso wie für seine Partnerin sichtbar. Sexuelles Versagen ist mit großer Scham verbunden, gerade weil es sichtbar ist. Ausdrücke wie „Schlappschwanz“ oder Redewendungen wie: „Der hat nichts in der Hose“ belegen die gesellschaftliche Norm der sexuellen Funktion. Zilbergeld, ein

amerikanischer Sexualtherapeut (1994), hat einige männliche (vielleicht auch weibliche) Sexualmythen identifiziert:

1. Wir sind aufgeklärte Leute und fühlen uns wohl beim Sex.
2. Ein wirklicher Mann mag keinen Weiberkram wie Gefühle und dauernd reden.
3. Jede Berührung ist sexuell oder sollte zu Sex führen.
4. Männer können und wollen jederzeit.
5. Beim Sex zeigt ein wirklicher Mann, was er kann.
6. Sex ist gleich Geschlechtsverkehr.
7. Ein Mann muss seine Partnerin ein Erdbeben erleben lassen.
8. Beim Sex geht es um einen steifen Penis und was damit gemacht wird.
9. Zum guten Sex gehört ein Orgasmus.
10. Beim Sex sollten Männer nicht auf Frauen hören.
11. Guter Sex ist spontan, da gibt es nichts zu planen oder zu reden.
12. Echte Männer haben keine sexuellen Probleme.

In besonders unverblümter Form finden sich diese Mythen in der Pornoindustrie.

4.1.2.3 Organische Ursachen für sexuelle Appetenzstörungen

Hier kommen im Prinzip die gleichen Erkrankungen und hormonellen Störungen in Frage wie bei Frauen, deshalb gehe ich an dieser Stelle nicht mehr näher darauf ein.

4.1.3 Konsequenzen für die Beratung

Wie dargestellt kommen einige organische Ursachen für den Mangel an Lust in Frage. Manchen Klienten wäre mit medizinischer Hilfe gedient, wenn ein organisches Problem erkannt würde. Deshalb ist es aus meiner Sicht für den professionellen Berater notwendig, Grundwissen über biologische und organischen Zusammenhänge des Sexuellen zu kennen und wichtige Faktoren in der Beratungssituation zu erfragen. Dies wird nach meiner Erfahrung in Beratungen, aber auch bei den entsprechenden FachärztlInnen zu wenig berücksichtigt.

So wandte sich eine Klientin mit dem Problem der mangelnden Lubrikation trotz

Lustempfindens an mich. Sie berichtete, dass sie keine Lust mehr auf Geschlechtsverkehr habe, da sie große Schmerzen dabei empfinde. Alles andere mache ihr Spaß. In der Anamnese stellte sich heraus, dass die junge Frau seit ihrem 12. Lebensjahr eine antiandrogene Pille einnahm, die zu den obengenannten Problemen führen kann. Nachdem sie beschloss, diese Pille abzusetzen und gegen eine andere zu wechseln besserte sich die Problematik. Zuvor hatte ihre Gynäkologin, der sie von ihren Problemen berichtet hatte, sie mit den Worten: „Das haben viele Frauen“ nach Hause geschickt.

4.2 Die Soziale Dimension von Bindung und Lust

Wie bei der Beschreibung der männlichen und weiblichen Appetenzstörung gezeigt wurde, spielen soziale Normen und gesellschaftlich erwünschtes Sexualverhalten eine große Rolle für das individuelle Erleben von Lust. Im folgenden Kapitel sollen die sozialen Dimensionen von Sexualität dargelegt werden.

„Menschen werden sexuell sozialisiert, ganz genauso wie wir auch in Bezug auf die Sprache oder die Benutzung von Essbesteck sozialisiert werden. Die Kultur gibt alters- und geschlechtsbezogene Normen für angemessene Sexualität vor.“(v. Sydow, 1993:30)

Sexualität wird hier als kulturell geprägtes und gelerntes Phänomen gesehen und mit der Skriptentheorie beschrieben. Dabei werden sexuelle Skripten definiert „als kultur- und subkulturspezifische Bilder und Vorstellungen dazu, was Sexualität ist, und wie, wann, wo und mit wem sie stattzufinden oder nicht stattzufinden hat“ (v. Sydow, 1993:30). Skripten werden durch soziale Interaktion und durch das Vorbild anderer Menschen weitergegeben.

Das Gegenstück zu gesellschaftlichen vorgegebenen sexuellen Skripten ist die individuelle Erfahrung, also das psychische Erleben von Sexualität, welches im nächsten Kapitel betrachtet wird.

Skripte entwickeln sich also wie schon erwähnt in der ständigen Interaktion zwischen Individuen und ihrer Umwelt weiter. Menschen leben allein und in Beziehungen in ihrer jeweiligen Kultur und Zeitepoche, die ihnen

„gewissermaßen ein sexuelles Gesamtskript vorgibt, also festgelegt hat, was überhaupt als sexuell gilt, und was davon als Norm oder Abweichung gesehen wird, woraus dann folgt, dass die Abweichungen dementsprechend als Laster, Verbrechen oder Krankheiten aufgefasst werden. Deshalb ist die Skriptierung auch ein allgemein kultureller Vorgang.(...), so ergeben sich unter anderem fünf wichtige Folgerungen:

Das menschliche Sexualverhalten variiert je nach Kultur und Epoche.

Die Bedeutung (im Doppelsinne, von Wichtigkeit und Sinn) des Sexualverhaltens variiert je nach Kultur und Epoche.

Die Definition des Sexuellen und seine Erfahrung variieren je nach Kultur und Epoche.

Die Art und Weise wie Geschlechtsrollenverhalten, Sexualverhalten und Fortpflanzungsverhalten miteinander verkoppelt werden, variiert nach Kultur und Epoche.

Die Erforschung dieses Gesamtkomplexes (d.h. der Sexualwissenschaft) ist selbst wiederum kulturell und historisch bedingt." (Häberle,2005,S.83)

Im Folgenden sollen die letzten beiden Aspekte ausführlicher beschrieben werden.

4.2.1 Die Verkoppelung von Rollenverhalten, Sexualverhalten und Fortpflanzungsverhalten im kulturellen Wandel

Der offensichtliche körperliche Unterschied (sex) zwischen Männern und Frauen wird überall in der Welt zum Anlass genommen, ihnen die verschiedenen sozialen Rollen (gender) zuzuweisen. Das jeweilige biologische Geschlecht wird durch Erziehung in die jeweilige Geschlechtsrolle verstärkt. Dies wiederum verstärkt die Wahrnehmung des biologischen Geschlechts usw. Dieser sich selbst verstärkende Regelkreis, der auch heute noch Gültigkeit hat, dient unserer Gesellschaft als Basis, zu bestimmen, was „richtige“ Weiblichkeit oder Männlichkeit ist. In patriarchalischen Gesellschaften wird Weiblichkeit mit Passivität, Weichheit, Unterwerfung, Gefühlsbetontheit und Abhängigkeit gleichgestellt, und Mädchen werden dementsprechend erzogen. Als besonders männlich gilt: Aktivität, Härte, Dominanz, Verstandesbetonung und Eigenständigkeit. So werden Jungen erzogen. Gleichzeitig ist das Gesellschaftssystem so konstruiert, dass jeweils der höchste Grad an so definierter Männlichkeit oder Weiblichkeit belohnt werden. Der aggressivste Mann wird mehr Geld und Macht erwerben als die anderen. Die schönste und anpassungsfähigste Frau ist die begehrteste. Umgekehrt gilt: weibliche Männer und burschikose Frauen bleiben erfolglos (Häberle 2005).

Obwohl sich das Bild mittlerweile etwas gewandelt hat, und viele Frauen durch Leistung Erfolg haben, wird trotzdem noch von Frauen auch in der Chefetage gefordert, weiblich

zu wirken (Man denke an die Diskussion um Frisur und Outfit unserer Bundeskanzlerin Frau Merkel).

Diese Muster von Weiblichkeit und Männlichkeit werden nicht nur durch Gesetze, Gebräuche, Moral und Sitte gestützt, sondern auch von den einzelnen Individuen: durch Ideen und Ideale einzelner Frauen und Männer, die ein jeweils individuelles Wunschbild von sich selbst in ihrem Geschlecht und ihrer Rolle in sich tragen.

Überblicken wir die letzten 50 Jahre, dann werden die Geschlechtsrollen je nach Zeit unterschiedlich gelebt und inszeniert.

In den 50er Jahren galten kurvige Frauen, die einen zurückhaltenden Sexappeal verkörperten, gute Hausfrauen und Mütter waren, als attraktiv. Deutschland erlebte das Wirtschaftswunder, man(n) gönnte sich was und konnte sich leisten, dass die Ehefrau nicht mitarbeitete, auch wenn sie zuvor einen großen Teil des Aufbaus geleistet hatte. Jetzt waren die Männer wieder da und nahmen die für sie vorgesehenen Plätze in der Gesellschaft wieder ein.

Ende der 60er Jahre die Flower Power Zeit: Revolte gegen alles, was antiquiert und verstaubt wirkte: Freiheit im Sexuellen und in der Inszenierung. Miniröcke, Bikinis, freie Liebe. Twiggy, ein englisches Modell, steht für einen neuen Typ Frau. Büstenhalter wurden weggeworfen, die Pille erfunden. Frauen konnten erstmals Sexualität ohne Angst vor Schwangerschaft erleben.

Die 70er Jahre: Die Hausfrauenehe wurde abgeschafft, Frauen wurde mehr Unabhängigkeit in der Ehe zugestanden. Emma wurde gegründet, Alice Schwarzer schrieb den „kleinen Unterschied“, Frauen protestieren für mehr Mitbestimmungsrecht, gleiche Löhne und das Recht auf Abtreibung. Nacktheit und Sexualität Wurde immer häufiger öffentlich inszeniert und diskutiert. Auch Kindern wurde ein Recht auf Sexualität zugesprochen, ja es wurde sogar gefordert, dass die Liebe zwischen größeren Kindern und Erwachsenen nicht mehr verboten sein solle. Es entstand ein Zwang zur befreiten Sexualität, Hemmungen galten als „verklemmt“ und „out“. Frau und Mann mussten Lust empfinden. Es war die Zeit von Partnertausch, dem Recht auf Untreue und sexueller Befreiung. Besitzdenken in Beziehungen galt als Heuchelei.

In den 80ern taucht die Immunkrankheit AIDS auf und stieß damit neue Entwicklungen an: Aufklärung über sexuelle Praktiken und Schutz vor Geschlechtskrankheiten. Gleichzeitig ist die Zeit der freien Liebe vorbei. Vor allem die Frauen (beeinflusst durch den Feminismus) machen nicht mehr mit. Durch die Pille jederzeit bereit und verfügbar,

erlebten viele von ihnen einen Terror der Lust (Willi, 2001). Sie forderten vermehrt eine neue Beziehungskultur, die auf mehr Qualität und Verbundenheit zielte und nicht mehr ausschließlich sexuelle Freiheit für die Männer bedeutete.

In den 90ern tauchten Ermüdungserscheinungen auf. Immer mehr Paare verweigerten sich der Sexualität. Mann und Frau haben keine Lust mehr, sind gefangen in einem Kreislauf aus Erfolg, Anspruchsdenken und Perfektionismus als Partner und Eltern. Die „Rush Hour“ des Lebens forderte Kraft. Gleichzeitig tauchten immer mehr sexuelle Praktiken aus dem Dunkel auf: Randgruppen zeigten sich. Fetischismus, Sado-Masochismus und andere vorher als Tabu geltende Praktiken wurden gesellschaftsfähig. Erstmals konnte über sexuelle Traumatisierungen und Missbrauchserfahrungen öffentlich gesprochen werden.

Gleichzeitig begann der Boom der Neurowissenschaften. Die Hirntätigkeit kann durch moderne Technik sichtbar gemacht werden, so dass es möglich wird, Lustzentren oder Bindungszentren zu lokalisieren und in ihrer Aktivität zu beobachten. Psychotherapeutische Verfahren können auch in ihrer biologischen Wirkung gedacht werden. Biologische (medikamentöse) Interventionen erleben eine Wiederbelebung, zumal das Gesundheitswesen unter finanziellem Druck steht. Viagra wurde Ende der 90er Jahre zugelassen und weitere Medikamente gegen Erektionsstörungen des Mannes folgten.

Heute: Trotz aller Freiheiten und der scheinbaren Gleichstellung von Mann und Frau, existieren auch heute noch Doppelmoral und Sexismus. Dazu gehört, dass die Gesellschaft gleiches sexuelles Verhalten bei Männern und Frauen unterschiedlich bewertet. Von Frauen wird immer noch erwartet, dass sie sexuell zurückhaltender sein sollten als Männer. Betrachtet man die letzten 50 Jahre, wurde gesellschaftlich viel dafür getan, Frauen gleichzustellen. Die Lebenspraxis und Lebensrealität zieht aber erst langsam nach.

Eine heute erfolgreiche und berufstätige Frau, spürt den alltäglichen Sexismus: z.B. über die Doppel- und Dreifachbelastung als Berufstätige, Mutter, Hausfrau und Partnerin. Da nach wie vor die meisten Männer nicht die Hälfte der Haus-, Erziehungs- und Beziehungsarbeit übernehmen, bleibt das meiste an den Frauen hängen, die allein deshalb schon beruflich benachteiligt und damit abhängiger bleiben.

So nehmen auch 2011 nur wenige Männer Elternzeit, sind die Frauen nach wie vor vorwiegend teilzeitbeschäftigt und haben weniger Chancen auf beruflichen Erfolg, wenn sie Kinder haben. So ist zu erklären, dass sich vor allem gut ausgebildete Frauen weigern, Kinder zu bekommen. Wenn sie sich dennoch auf diese aufreibende

Alltagsgestaltung (zumindest mit kleinen Kindern) einlassen, kennt unsere Gesellschaft noch eine äußerst wirksame Sanktion, Frauen auszubremsen: den Begriff der „Rabenmutter“. Viele Frauen heute leiden unter einem ständig schlechten Gewissen, nichts gut genug zu machen, zumal heute eine enorme gesellschaftliche Verpflichtung besteht, das womöglich einzige Kind geduldig und liebevoll zu fördern, es zu unterstützen und zu begleiten.

Dennoch: Frauen artikulieren heute ihre sexuellen Wünsche, trauen sich nein zu sagen, wenn sie nein meinen und fühlen sich gesellschaftlich größtenteils nicht unter Druck, perfekt funktionieren zu müssen. Es scheint, dass Sexualität weniger Bedeutung hat.

Es wird weiterhin an medikamentösen Therapieoptionen geforscht, die Frauen zu mehr Lust verhelfen sollen (Schwenkhagen, 2011).

Der gesellschaftliche Wandel von Sexualität und Partnerschaft beeinflusste natürlich auch die Form, in der sich Paare binden. Seit den 70er Jahren nimmt die Bereitschaft zu heiraten ab, Ehescheidungen werden häufiger und sind heute akzeptiert. Es besteht eine große Wahlfreiheit, wie Paare sich binden möchten: mit oder ohne Trauschein, allein leben oder zusammen, in WGs oder an verschiedenen Orten. Fast alles ist möglich und trotzdem oder gerade deswegen: Das Ideal der Liebe und des idealen Liebespartners lebt in den Sehnsüchten der meisten Menschen ungeachtet der Zeit und der Kultur weiter.

4.2.1.1 Auswirkungen auf den Beratungsprozess

Für den Beratungsprozess kann es sehr bedeutsam sein, den jeweiligen gesellschaftlichen Kontext mitzudenken. In welchem „Geist“ wurden KlientInnen erzogen, was wurde ihnen vorgelebt? Welche Werte gelten heute für sie? Die meisten Klienten (und BeraterInnen) denken, dass sie nur durch PartnerInnen, Familie oder persönliches Erleben beeinflusst werden und bedenken den geltenden gesellschaftlichen Kontext kaum.

Dazu ein kleines Beispiel aus meiner eigenen Arbeit als Beraterin: Ein Ehepaar, beide über 60, kommt in die Beratung. Der Mann eröffnet das Gespräch, in dem er sich sehr unzufrieden über die gemeinsame Sexualität mit seiner Ehefrau äußert. Ich frage nach der Frequenz des Geschlechtsverkehrs und nach Masturbationserfahrungen, worauf der Ehemann auf die zweite Frage entrüstet entgegnet, dass er nicht mastubiere. Dafür sei schließlich seine Frau da.

In der Beratungssituation habe ich Mühe, meine negativen Gegenübertragungsgefühle zu

kontrollieren. Selbstverständlich glaube ich, 1962 geboren, dass Masturbation etwas völlig Normales ist und eine Alternative zum Geschlechtsverkehr sein kann. Betrachtet man die Studie zum sexuellen Verhalten über Generationen von Schmidt (2003), dann wird deutlich, dass Paare, die ihre ersten sexuellen Erfahrungen vor der sogenannten „sexuellen Revolution“ machten, Masturbation eben nicht als Alternative zum Geschlechtsverkehr auffassen, sondern als ein Form der partnerschaftlichen Untreue.

Hätte ich dies schon vor zwei Jahren gewusst, hätte ich anders gefragt und den Ehemann besser verstehen können. Es ist sicherlich nicht professionell, die eigenen Werte und die in der aktuellen Zeitepoche geltenden Werte als allgemein gültig und normal zu betrachten.

In diesem Kontext bewegen sich auch Sexualforschung und Konzepte von Sexualtherapie. Sie beschreiben keine allgemeingültige Wahrheit, sondern sind immer im Kontext der gesellschaftlichen Entwicklungen und den damit verbundenen Fragen zu sehen und zu diskutieren. Insofern scheint es mir wichtig, herausragende Impulse für die jeweilige Zeit im folgenden Abschnitt darzustellen.

4.2.2 Sexualforschung und die Entwicklung sexualtherapeutischer Konzepte im kulturellen Wandel

Im Folgenden sollen zunächst wichtige Eckpunkte sexualwissenschaftlicher Forschung (Häberle, 2005) dargelegt und die sich daraus entwickelten sexualtherapeutischen Konzepte skizziert werden.

Sigmund Freud veröffentlicht 1905 seine „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“. Darin stellt er die normale Entwicklung der Sexualität dar. Grundlage ist die Psychoanalyse. Nach Freud reift der Sexualtrieb in drei Phasen: (orale, anale und phallische Phase). In der späten Kindheit kommt noch die Latenzphase hinzu, in der der Sexualtrieb „schlummert“, um dann in der Pubertät hervorzutreten.

Eine eigenständige Sexualwissenschaft entwickelte sich erst vor gut 100 Jahren. Der Berliner Arzt Iwan Bloch (1907) veröffentlicht eine Studie zum Sexualleben der Zeit. Darin fordert er eine eigenständige Sexualwissenschaft. Was zuvor noch Liebe geheißen hatte, wird nun in der Wissenschaft zur Sexualität.

1948 und 1953 veröffentlichten Kinsey und seine MitarbeiterInnen ihre großen Studien „Sexual behavior in the Human Male“ und „Sexual behavior in the Human Female“. Kinsey war weder Psychiater noch Mediziner, deshalb ging sein Interesse weit über sexuelle Störungen und Straftaten hinaus. Er wollte umfangreiche Daten über das gesamte Spektrum von Sexualverhalten gewinnen. Den Studien lagen Interviewdaten von 12000 Individuen zugrunde. Das Ausmaß an nachgewiesenen vorehelichen Verkehrs, des weiblichen Sexualpotentials und der männlichen Homosexualität führten zu heftiger Kritik konservativer Politiker. Daraufhin wurden Kinsey weitere Forschungsgelder gestrichen.

1955 führte der medizinische Psychologe John Money die Unterscheidung von sex (körperliches Geschlecht) und gender (soziales Geschlecht, Rolle) ein, die eine differenziertere Diskussion der Geschlechtsunterschiede ermöglichte.

1963 machten der Gynäkologe Masters und die Psychologin Johnson eine herausragende wissenschaftliche Entdeckung: Sie beobachteten in ihrem Labor hunderte von sexuell aktiven Männern und Frauen und gewannen eine Vielzahl von physiologischen Daten. Daraus entwickelten sie das Modell des „Human Sexual Response“, der von vielen Wissenschaftlern übernommen wurde. Der Sexuelle Reaktionszyklus besteht aus vier Phasen, die aufeinander aufbauen. (Erregungs-, Plateau-, Orgasmus und Refraktärphase). Kaplan (2006) fügte noch eine weitere, die Appetenzphase hinzu.

Außerdem stellten Masters und Johnson den vaginalen und klitoralem Orgasmus als gleichwertige Erlebensdimension dar und wurden damit weiblichem Erleben gerechter¹.

Masters und Johnson begründeten aus diesen Erkenntnissen eine Sexualtherapie, die in den 70ern und 80er Jahren über die Maßen erfolgreich war. Eingebettet in eine Kultur, in der Sexualität noch vielen Restriktionen ausgesetzt war, Kommunikation über Wünsche und Bedürfnisse oft unüblich war, trug das wesentliche Axiom ihrer Therapie, dass Angst Erregung verhindere, zum großen Erfolg der Therapie sexueller Funktionsstörungen bei. Nach Masters und Johnson ist befriedigte Sexualität funktionierende Sexualität. Ein zentraler Wirkfaktor bei sexueller Aktivität ist Entspannung und Angstfreiheit. Dementsprechend arbeitet diese Therapieform mit Verhaltensanleitungen, die Entspannung und Angstfreiheit in der sexuellen Kommunikation herstellen, z. B.

¹ Freud postulierte den vaginalen Orgasmus als reifen Orgasmus. Frauen, die durch den Koitus nicht zum Orgasmus kommen konnten, galten als unreif.

Streichelübungen und Geschlechtsverkehrverbot.

Auch die Hamburger Schule (Schmidt, 1997) arbeitet nach diesem Modell, welches nach wie vor bei sexueller Aversion, Vaginismus, Ejaculatio praecox und Dyspareunie signifikante Erfolge zeigt.

Da sich dieses Modell primär an der sexuellen Funktion orientiert und das sexuelle Begehen unterbewertet, ist es bei einem „Mangel an Lust“ wenig erfolgversprechend.

Zu Beginn der siebziger Jahre begannen die Mitarbeiter des Kinsey-Institutes Gagnon und Simon menschliches Verhalten als skriptiertes Verhalten zu beschreiben. Aus dieser soziologischen Perspektive erscheint nun das Sexualverhalten wesentlich komplexer als früher angenommen. Es entsteht der sogenannte „soziale Konstruktivismus“, der Naturphänomene als „missverstandene kulturelle Konstruktionen“ sieht (Häberle, 2005, S. 189).

Sogenannte Skriptingtheorien sexueller Verhaltensweisen

„lösen sich von dem Gedanken, dass Sexualität und Kultur bzw. Gesellschaft entgegengesetzte Kräfte seien. Sie geht vielmehr davon aus, dass Sexualität sich als kulturell vermittelte Praktiken darstellt, die auf biologischen "Instinkten" aufbauen, aber nicht von diesen determiniert sind“ (König, 1998: 558).

In den frühen 80er Jahren wurde zunehmend die mangelnde Forschung über weibliches Erleben in der Sexualität beklagt. Von Sydow (1993): "In vielen Studien wird Geschlechtsverkehr als Synonym für Sexualität verwendet. Dieses Sexualverständnis entspricht nicht dem weiblichen Erleben" (ebd. 1993:8). Die Eigenarten der weiblichen sexuellen Entwicklung werden in der Regel nicht berücksichtigt, was damit zusammenhängen mag, dass die meisten Sexualforscher männlichen Geschlechtes seien.

"In der ganzen menschlichen Geschichte und in allen Völkern haben Männer sich meist nur dann für die Sexualität der Frau interessiert, wenn diese ihren eigenen männlichen Zwecken diente, während die nur auf sich bezogene und selbst die homosexuellen Akte der Frau oft unbemerkt geblieben sind" (Kinsey z.n.v.Sydow 1993:9)

Von Sydow meint, dass ein umfassendes Verständnis der menschlichen Sexualität nur dann gewonnen werden kann, wenn die Eigenarten beider Geschlechter gleichermaßen berücksichtigt würden. (Die Gender-Frage zieht in die wissenschaftliche Sexualforschung ein). In dieser Zeit entwickelten sich einige feministische Ansätze, die von vielen Frauen gelesen wurden, in der akademischen Psychologie jedoch kaum rezipiert wurden. Ein

Beispiel dafür sind die „Hite-Reports“: „Das Sexuelle Erleben der Frau“ (1978) und „das sexuelle Erleben des Mannes“ (1981). Schon bald nach der Veröffentlichung wurde Hite von ihren Kritikern für ihre Methoden stark kritisiert und persönlich angegriffen: Sie hatte neben dem Studium als Fotomodell gearbeitet und sich im Playboy ablichten lassen. Eine Frau, die gemodelt hat und sich nackt zeigte, konnte keine Feministin oder gar seriöse Wissenschaftlerin sein. (Hite, 2010)

Ende der 90er Jahre entwickelten sich neue Herausforderungen für die Sexualwissenschaft. Erstmals berichteten Sexualtherapeuten und Mitarbeiter der Sexualambulanzen von Phänomenen der Lustlosigkeit oder Asexualität. Die Funktionsstörungen wie Anorgasmie oder Vaginismus nahmen deutlich ab. Dafür aber herrschte in vielen Schlafzimmern „sexuelle Flaute“. Es schien Wichtigeres als Sex zu geben. In dieser Zeit entwickeln sich erstmals therapeutische Konzepte, die das sexuelle Begehen, nicht die Funktion des Sexuellen in ihr Zentrum stellen. Bahnbrechend hier die Arbeiten von David Schnarch (2005, 2011) mit seinem „Crucible“ Ansatz. Clement hat diese Ideen aufgenommen und in seiner systemischen Sexualtherapie zu einem eigenen Konzept ausgearbeitet (Clement 2004). Beide Ansätze sind in Kap.5 ausführlich beschrieben.

In dieser Zeit begann auch die sogenannte neosexuelle Revolution, die bis heute anhält.

„Ein wesentliches Merkmal dieser Revolution ist die gewaltige Veröffentlichung bisher geheimer Details und deren Kommerzialisierung (...) Interessant dabei ist, dass die übertriebene Inszenierung des Begehren offenbar wirksamer zerstört als alle Repressionen.“ (Sigusch, 2006, 2011)

Heute gibt es kaum noch Verbote: Alles ist erlaubt, alles kann gefallen. Die Gesellschaft ist in einem nie dagewesenen Ausmaß sexualisiert und pornografisiert. Auf YouPorn kann jeder jederzeit Pornos konsumieren. Für Jugendliche heute ist dies eine Selbstverständlichkeit. Es bleibt die Frage, wie sich diese Veränderungen auf die Entwicklung und das sexuelle Verhalten von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen auswirken wird. Zunehmend werden sexuelle Sünden beobachtet. Sexuelle Praktiken, die vor Jahren nur wenig verbreitet waren, gehören heute zum Repertoire junger Menschen, da diese in Pornos schon alles gesehen haben und die Umsetzung für selbstverständlich halten, ganz gleich wie ihr eigenes Empfinden ist. Die andere Seite der Sexualisierung ist eine Zunahme von Asexualität oder anhaltendem Desinteresse an Sexualität.

„Trotz immenser öffentlicher Präsenz erotischer Reize schwindet die sexuelle Aktivität der Deutschen seit rund 20 Jahren, sowohl bei Singles aus auch in Partnerschaften. (...) Masturbation entwickelt sich zu einer eigenständigen Form gelebter Sexualität. Immer mehr Menschen verstehen die Selbstbefriedigung auch als Ergänzung zum Verkehr mit einem Partner. (...) Gleichzeitig stehen traditionelle Werte wie Treue und Verbindlichkeit bei jungen Erwachsenen hoch im Kurs. Dennoch hielten die in den letzten 10 Jahren geschlossenen Ehen im Schnitt nur fünf Jahre.“ (Fiedler, 2009)

Sexualität ist unübersichtlich geworden. Sexalforschung und Therapieforschung sind gefragt, Antworten auf die Fragen dieser Zeit zu finden. Eine besondere Herausforderung für die kommenden Jahre wird dabei sein, Konzepte für sexuelle Probleme zu finden, die mit Pornografie und Cybersex zu tun haben. Paare mit diesen Fragen sind in der Beratungsstelle bereits häufig anzutreffen.

4.3 Die psychische Dimension von Bindung und Lust

Wie Menschen Bindung, Liebe und Lust erleben hängt von vielen Faktoren ab. Sicher gilt, dass die gemachten primären Bindungserfahrungen dabei eine große Rolle spielen. Es scheint Menschen zu geben, die für eine Beziehung nicht geeignet scheinen oder die verlässliche Zuneigung in der Kindheit und Jugend nicht „erlernt“ haben. Die prominenteste Theorie zum Beziehungsverhalten ist die sogenannte Bindungstheorie, die im folgenden Absatz ausführlich dargestellt werden soll.

4.3.1 Grundlagen der Bindungstheorie

Bolby, ein britischer Psychoanalytiker, begründete ein umfassendes Erklärungsmodell psychischer Störungen basierend auf dem Aufbau der emotionalen Beziehung eines Kindes mit seiner primären Bindungsperson und deren Konsequenzen für die weitere Persönlichkeitsentwicklung des Menschen.

Bindung lässt sich nach Bolby (1988) als ein affektives Band zwischen Kind und der jeweiligen Bezugsperson auffassen, welches in Zeiten subjektiv empfundener Gefahr Sicherheit und Schutz vermittelt. Bolby stützt sich dabei auf das Konzept, dass

Bindungsverhalten biologisch angelegt sei und in ein beobachtbares, zusammenhängendes Muster von Verhaltensweisen und Emotionen eingebettet ist.

Bindungsverhalten (attachment) beeinhaltet Verhaltensweisen wie Lächeln, Anschmiegen, Schreien, Festhalten etc. die dazu dienen, Nähe und Schutz zur Bezugsperson herzustellen sowie Gefahr abzuwenden.

Komplementär zum Bindungsverhalten des Kindes findet sich das „Fürsorgeverhalten“ der Bezugsperson: „Maternal behavior“ oder „bonding“ genannt. Wir kennen das Phänomen als „Mutterliebe“.

4.3.1.1 Das Konzept der Feinfühligkeit

Eine wesentliche Grundlage für die Qualität der entwickelten Bindung des Kindes bildet die mütterliche Feinfühligkeit (Ainsworth et al, 1978), welches durch folgende vier Merkmale definiert ist:

1. „Die Wahrnehmung der Befindlichkeit des Säuglings, d. h. sie muss das Kind aufmerksam im Blick haben und darf keine zu hohe Wahrnehmungsschwelle haben;
2. die richtige Interpretation der Äußerungen des Säuglings aus seiner Lage und nicht nach ihren eigenen Bedürfnissen;
3. die prompte Reaktion, damit der Säugling eine Verbindung zwischen seinem Verhalten und einem spannungsmildernden Effekt der mütterlichen Handlung knüpfen kann, die ein erstes Gefühl der eigenen Effektivität im Gegensatz zur Hilflosigkeit vermittelt, und
4. die Angemessenheit der Reaktion, die nicht mehr aber auch nicht weniger beeinhaltet, als was vom Säugling verlangt wurde, und die im Einklang mit seinen Entwicklungsprozessen steht.“ (Ainsworth, 1978, zitiert nach Grossmann et al., 1997: 62)

Brisch (1999) und Papousek (1994) gehen davon aus, dass eine angemessene Interpretation der Bedürfnisse des Kindes und die entsprechende Reaktion darauf von Eltern und Bezugspersonen erst erlernt werden müssen. Die Bezugspersonen ...

„....müssen bei jedem einzelnen ihrer Kinder neu herausfinden, wann etwa sein Hungergefühl, sein Bedürfnis nach Körperkontakt, Anregung oder nach Ruhe ausreichend befriedigt ist. Erfahrungen mit einem ersten Kind können nicht einfach auf nachfolgende Geschwister übertragen werden, weil jedes Kind ein anderes Temperament hat, Reize anders aufnimmt und seine Wünsche und Bedürfnisse auf seine individuelle Art äußert.“ (Brisch, 1999, S. 42)

4.3.1.2 Die innere Repräsentation von Bindung

Im Laufe der Entwicklung verinnerlicht ein Kind die frühe dyadischen Bindungserfahrungen und entwickelt eine innere Repräsentation von Bindung. Die gesammelten Erfahrungen werden also zu einer Art Fundus von Erwartungshaltungen für den Aufbau zukünftiger sozialer Bindungen. Man könnte diese Erwartung auch kognitive Liebesmodelle nennen, in denen wir gleichsam die gesammelten Erfahrungen unseres Beziehungserlebens speichern - wie wir in frühester Kindheit mit unseren Eltern verbunden waren und wie wir Freundschaften erlebt haben. Mit diesen Bindungserfahrungen, so die These, gehen wir an jede neue Beziehung heran.

Aufgrund der Annahme verschiedener innerer Arbeitsmodelle von Bindung gelang es Ainsworth und Wittig (1969) Bolbys Annahmen empirisch zu untermauern. Mit Hilfe des Fremde-Situation-Test ließen sich verschiedene Bindungsmuster 12-18 Monate alter Kleinkinder aus dem Interaktionsverhalten mit ihrer Bindungsperson bestimmen.

Ainsworth (1978) unterscheidet drei unterschiedliche Bindungsmuster:

- Sicher gebundene Kinder zeigen ihre Beunruhigung über Trennung ihrer Bezugsperson offen und lassen sich dann aber nach kurzem Weinen wieder beruhigen und trösten. Diese Kinder haben ein Arbeitsmodell von Verlässlichkeit und Vertrauen der Bezugsperson. Sie haben die Erfahrung gemacht, dass ihre Bedürfnisse weitgehend und zuverlässig erfüllt werden.
- Unsicher-vermeidende Kinder zeigen im Fremde-Situation-Test kaum Kummer bei der Trennung von der Bezugsperson. Sie vermeiden ebenso den Kontakt und die Nähe zur Mutter in der Wiedervereinigungsphase. Ihr Verhaltensmuster zeichnet sich durch überwiegendes Explorationsverhalten und wenig Näheverhalten aus. Die primäre Bezugsperson wurde abweisend erlebt, deshalb suchen diese Kinder keinen Trost mehr bei ihr, um sich vor weiteren Zurückweisungen zu schützen.
- Unsicher-ambivalente Kinder zeigen ihr Unbehagen vor der Trennung übermäßig stark. Nach der Rückkehr ihrer Mutter lassen sich diese Kinder kaum beruhigen. Sie befinden sich in einem Zwiespalt von einer sehr starken Suche nach Nähe und einer aggressiven Ablehnung. Grundlage für dieses Verhalten ist ein inneres Arbeitsmodell, in welchem die primäre Bezugsperson nicht berechenbar abgebildet ist. Grund dafür ist, dass die Mutter entweder sehr zugewandt oder aber sehr ungehalten und näheabweisend wahrgenommen wird. Diese Kinder zeigen ein übermäßiges Bindungsverhalten und ein eingeschränktes Explorationsverhalten.

Ergänzend zu diesen drei Bindungstypen identifizierte Main einen weiteren, welcher als desorganisiert bezeichnet wurde (Main, 1991). Diese Kinder zeigen in Anwesenheit der Bezugsperson stereotype und bizarre Verhaltensweisen, wie Schaukeln oder ein erstarres Gesicht, sobald die Mutter zurückgekehrt ist. Überzufällig fand sich dieses Muster bei Kindern aus klinischen Risikogruppen und bei Kindern, deren Eltern psychopathologische Störungen aufwiesen (Main & Hesse, 1990).

In Untersuchungen zeigte sich, dass die beschriebenen Bindungsmuster in der Normalpopulation unterschiedlich verteilt sind. Grossmann (et al., 1997) berichten aus verschiedenen Längsschnittstudien von 50-60% sicher, 30-40% unsicher-vermeidend und 10-20% unsicher -ambivalent gebundenen Kindern.

4.3.1.3 Auswirkungen früher Bindungserfahrungen auf die Entwicklung im Jugendalter

Nach dem Säuglingsalter müssen die Bezugspersonen weiter sensibel auf die wachsenden Autonomiebestrebungen der Kinder reagieren, gleichzeitig aber auch Geborgenheitswünsche befriedigen, um so eine sichere Bindung zu stabilisieren.

Eine sichere Bindung gilt als positiver Prädiktor für verschiedenen Entwicklungsbereiche. Zimmermann (1994) konnte Zusammenhänge zwischen der Bindungsrepräsentation Jugendlicher und ihrer Beziehung zu Gleichaltrigen dokumentieren. Eine sichere Bindung ging eher mit einem stabilen Freundeskreis und dem Erleben von Akzeptanz einher.

„Die sichere Bindung erhöht die Wahrscheinlichkeit einer gesunden psychosozialen Entwicklung , während die Formen unsicherer Bindung als Risikofaktoren für die weitere Entwicklung aufgefasst werden können.“ (Brenk, 2005, S. 23)

4.3.1.4 Bindungsforschung beim Erwachsenen

Wie bei Kindern, besteht auch bei Erwachsenen der Wunsch nach Nähe zur Bindungsfigur, die der Person ein Gefühl von Sicherheit vermittelt.

„Jedoch unterscheiden sich die Bindungsbeziehungen der Erwachsenen von denen im Kindesalter dahingehend, dass die Bindungen hierbei eher als gleichberechtigt anzusehen

und durch eine Reziprozität gegenseitigen Gebens und Nehmens von Schutz und Nähe gekennzeichnet sind. Außerdem gelten in partnerschaftlichen Beziehungen die Systeme "Bindung", "Sexualität" und "Fürsorge" als eng miteinander verknüpft (Brenk, 2005, S.26).

Auch bei Erwachsenen konnten verschiedene Bindungsrepräsentationen gefunden werden, welche unter anderem durch folgende Merkmale gekennzeichnet sind:

- sicher („secure“) autonome Personen haben einen flexiblen Zugang zu ihren Gefühlen und zeichnen sich durch offene und kohärente Schilderungen der Bindungserfahrungen aus. Sicher Gebundene scheinen es in der Liebe einfacher zu haben. Sie können sich auf Nähe einlassen, ohne sich darin zu verlieren, sie können Grenzen setzen, ohne den anderen wegzustoßen.
- Unsicher-distanzierten Personen fehlt ein freier Zugang zu bindungsrelevanten Gefühlen. Charakteristisch ist hier eine Minimierung bzw. Deaktivierung von Bindungsbedürfnissen. Diese Menschen würden sich eher unabhängig beschreiben und wenig Bedürfnis nach Nähe äußern. Sie bleiben auch häufig ohne Partnerschaft.
- Unsicher-verstrickte Personen („preoccupied“) dagegen haben starke hyperaktivierte Bindungsbedürfnisse und präsentieren stark emotionale Schilderungen über ihre Kindheit. Diese Menschen sehnen sich sehr nach Liebespartnern, haben aber gleichzeitig große Angst vor Abhängigkeit. Häufig scheint auch eine Partnerwahl zu sein, in der unsichere Personen weniger geliebt werden, als sie es selbst für sich empfinden.
- Personen mit ungelöstem Trauma („unresolved trauma“) zeigen emotionale Desorientierung und sprachlichen Zerfall, wenn sie über Verluste oder Missbrauch sprechen.
- Personen, die als nicht klassifizierbar („cannot classify“) eingestuft werden, zeigen in hohen Maße gleichzeitig deaktivierende und hyperaktivierende Strategien, wie z.B. Idealisierung und Ärger. (Kurzfassung der Klassifikation nach Main et al., 1985 in Anlehnung an Buchheim, 2002)", zit. n. Renk, 2005, S. 28.

4.3.1.5 Theoretische und empirische Bezüge zwischen Bindung und Sexualität

Frühe Bezüge zwischen Bindung und Sexualität finden sich in Arbeiten von Harlow (1962), die gezeigt haben, dass Affen, die von ihren Eltern isoliert wurden und ohne körperlich-emotionale Zuwendung aufwuchsen, starke emotionale Probleme mit anderen entwickelten und kein normales Sexualverhalten praktizieren konnten." (Brenk, 2005,S.49)

Weitgehende wissenschaftliche Einigung scheint darüber zu bestehen, dass „die in der Ursprungsfamilie gemachten Erfahrungen mit der Bindungsfigur somit wichtige Beziehungsaspekte späterer Partnerschaften wie z.B. der Umgang mit Nähe und Distanz, Selbständigkeit und Abhängigkeit, Offenheit und Vertrauen, aber auch das gezeigte Verhaltensrepertoire im Umgang mit zwischenmenschlichen Konflikten und die typischen Facetten des späteren Sexualerlebens beeinflussen.“ (ebd, S.49)

Renk (2005), die eine umfassende Übersicht über Studienergebnisse zusammengetragen hat, schreibt:

- Sichere Bindung ist demnach häufiger verknüpft mit dem stärkeren Bedürfnis nach wechselseitigem auch körperlichem Kontakt in der Partnerschaft, mit geringerer Präferenz für außerpartnerschaftlichen Sex als auch für gelegentliche „One-Night-Stands“, weniger destruktivem Partnerverhalten und einem geringeren Bedürfnis nach Kontrolle über den Partner.
- Personen mit vermeidender Bindung zeigen weniger Verbundenheit mit dem Partner und lieben ihre Unabhängigkeit, sie haben eine positive Einstellung zu "One-Night-Stands" und außerpartnerschaftlichem Sex. Sie bevorzugen eher kurze Liebesbeziehungen, in denen kein hoher Grad an Nähe erreicht wird.
- Ambivalent gebundene Personen benötigen ein hohes Maß an Verbundenheit. Die Erfahrung von Zärtlichkeit und des „Gehaltenwerdens“ ist für sie wichtiger als ausschweifende sexuelle Praktiken; es sei denn diese Praktiken sichern eine höhere Zuwendung des Partners. Des Weiteren zeigen sie mehr Eifersucht und neigen eher dazu, ihre Partner zu kontrollieren. Hinsichtlich der Sexualorientierung verhalten sie sich eher partnerbezogen, indem sie vorrangig den Lustgewinn des Partners betonen.

In weiteren von Renk (2005) zitierten Studien fand sich sowohl bei vermeidend als auch ambivalent gebunden Personen eine mangelnde sexuelle Kommunikation über sexuelle Bedürfnisse und eine geringere sexuelle Zufriedenheit. Unsicher gebundene Personen machten sich zudem mehr Sorgen über ihre Attraktivität und ihrer sexuellen Leistungsfähigkeit, dabei stand die vermeidende Bindung besonders im Zusammenhang mit geringerem Vergnügen beim Sex als auch weniger Liebesgefühlen.

Ambivalent gebundene Personen nutzen sexuelles Verhalten, um sich ständig der Zuwendung des Partners rückzuversichern, zur Stressreduktion wegen des ständig überaktiven Bindungssystems, als Mittel zum Zweck, um den Partner zu kontrollieren und den Partner mittels Sex zu umsorgen.

Die hier zitierten Studien konnte Renk in einer eigenen Studie verifizieren.

4.3.1.6 Konsequenzen für die Sexualtherapie

Lange Zeit glaubte die Mehrzahl der TheoretikerInnen, der jeweilige Bindungsstil werde in der Kindheit geprägt: So wie ein Mensch die Beziehungen zu seinen Eltern erlebe, so gestalte er sie als Erwachsener mit seinen PartnerInnen. Dieser Zusammenhang konnte bislang nicht nachgewiesen werden. Es scheint so zu sein, dass spätere Bindungserfahrungen die primären überlagern können. Trotzdem hat es ein „sicherer“ Binder wahrscheinlich leichter in Partnerschaft und Liebe, wahrscheinlich macht er positive Erfahrungen, die ihn dann wiederum bestätigen. Aber durch Traumata oder Schicksalsschläge kann sich auch ein sicher gebundener Mensch in einen „Vermeider“ wandeln oder ein „Ängstlicher“ kann durch die Beziehung zu einem „Sicheren“ allmählich Vertrauen fassen und sich der Zuneigung des Partners sicher sein (Martenstein, 2010).

Es ist allerdings anzunehmen, dass sich die Bindungserfahrungen auf die Bildung der individuellen sexuellen Skripte auswirkt. Eine weitere Hypothese aus der Beratungspraxis, die allerdings überprüft werden müsste, ist, dass dort die ängstlich ambivalenten Paare den größten Anteil ausmachen und dies sowohl in der therapeutischen Beziehungsgestaltung als auch in der Gestaltung des therapeutischen Prozesses berücksichtigt werden müsste. In diesem Fall müssen sich Therapeuten und BeraterInnen auf ein hohes Maß an Ambivalenz und Angstgefühlen einstellen und dies durch die therapeutischen Beziehung sicher rahmen. Trost (2010) hat dazu ein systemisches Therapiemodell skizziert, das Bindungsbedürfnisse des Erwachsenen berücksichtigt in der systemischen Therapie berücksichtigt.

4.3.2 Das Konzept der Differenzierung

Das Konzept der Differenzierung geht auf Murray Bowen (1978), einen amerikanischen Psychiater und Familientherapeuten zurück, der es in der praktisch klinischen Arbeit mit psychisch kranken Menschen und deren Familien entwickelte. 1978 veröffentlichte er sein einziges Buch „Family Therapie in Clinical Practise“, eine Sammlung von Aufsätzen, die seine 20jährige klinische Arbeit beschrieben. Diese Ansätze wurden von Margaret Hall und anderen Familientherapeuten zur „Bowen Theory“ weiterverarbeitet.

In den 90er Jahren wurde sie von David Schnarch aufgegriffen und für die Paar- und Sexualtherapie weiterentwickelt. Seine Ansätze wurden einem breiten Publikum erstmals durch sein Buch „Passionate Marriage“ in Deutsch „Die Psychologie der sexuellen

Leidenschaft" zugänglich gemacht. Im deutschsprachigen Raum gewann die Theorie der Differenzierung, also das Arbeiten mit der Unterschiedlichkeit von (sexuellen) Bedürfnissen durch die Veröffentlichungen zur systemischen Sexualtherapie nach Clement an Bedeutung.

Die Differenzierungstheorie versteht sich nach Schnarch (2011b) als Kritik bzw. Ergänzung der Bindungstheorie. Dabei stellt Schnarch die Bedeutung der Bindungstheorie für die Entwicklung eines Kindes nicht in Frage, aber er kritisiert die Versuche, Erkenntnisse der Bindungstheorie auf Erwachsene anzuwenden, da seiner Ansicht nach Erwachsene andere Bedingungen für ihre Entwicklung brauchen als Kinder. Um diesen Ansatz der Kritik verständlich zu machen, wende ich mich zunächst nochmals den kindlichen Lernerfahrungen, die in der Bindungstheorie beschrieben werden, zu, um dann das Konzept der Differenzierung zunächst bei der Entwicklung von Jugendlichen und schließlich bei Erwachsenen in seinen Annahmen und Auswirkungen zu beschreiben.

Wie in der Darlegung der Bindungstheorie ausführlich erörtert, lernt ein optimal versorger kleiner Mensch zunächst, dass er durch Anpassungsverhalten, seine wahrgenommenen inneren Spannungszustände selbst regulieren kann. Ein Beispiel: Schon ein Säugling lernt schnell, was er tun muss, um seinen Hunger zu stillen. Er macht durch Schreien auf sich aufmerksam. Im besten Falle reagiert seine primäre Bezugsperson angemessen rasch und stillt seine Bedürfnisse. Der Säugling lernt: „Wenn ich schreie kommt die Mama.“ Er lernt aber auch: „Wenn die Mama kommt, dann nimmt sie mich erst hoch und schaut mich an, und dann legt sie mich an die Brust, und dabei hält sie mich fest“. Der Säugling lernt in dieser Sequenz also nicht nur, seine Mutter zu rufen, weil er hungrig ist und gestillt werden möchte, er lernt auch, wie seine Mutter das macht und passt sich ihr an (auch die Mutter passt sich ihrem Säugling an). Bis diese beiderseitige Anpassung gelingt, kann einige Zeit vergehen. Psychische Anspannung entsteht. Um dieses Spannungsniveau zu regulieren, muss sich der Säugling möglichst gut an die Situation anpassen. Dies kann im Modus der Akkomodation oder der Assimilation geschehen. In der Assimilation werden äußere Reize in schon bestehende innere Konzepte eingefügt (z.B. „Mama steht auf und wird mich hochnehmen, und dann gibt es etwas zu essen.“) In der Akkomodation können äußere Reize nicht in die schon bestehenden Konzepte eingefügt werden, sondern die eigenen Konzepte müssen verändert, erweitert oder sogar ersetzt werden. (z.B. „Wenn Mama mich hoch nimmt, dann gibt es nicht immer etwas zu essen, sondern manchmal streichelt sie mich oder spricht mit mir.“) Diese Anpassungsleistungen des Säuglings kann man als frühes Lernen bezeichnen. Für die optimale Entwicklung eines Menschen ist es wichtig, mit einer erträglichen Form von

Spannung konfrontiert zu sein. Die Differenz zwischen kindlichen Bedürfnissen, Wünschen sowie Begehrlichkeiten und der wahrgenommenen Realität darf nicht zu groß sein. Die Psychologie spricht hier von „optimaler Frustration“, also Bedingungen, die weder unter noch überfordern. Mit dieser optimalen Frustration lernt ein Säugling idealerweise bereits in der frühen Mutter-Kind-Dyade umzugehen, d.h., er lernt seine Spannungszustände durch assimilierendes und akkommodierendes Anpassungsverhalten zu regulieren. Auf dieser Basis kann sich beim Kind Urvertrauen in das Gute in der Welt herausbilden. Gleichermaßen erfährt das Kind den in der Mutter-Kind-Dyade verlässlich erlebten „freundlichen Anderen“. Es macht neben der Erfahrung des Urvertrauens, der Selbstwirksamkeit auch eine sichere Bindungserfahrung.

Wie schon in der Bindungstheorie dargelegt, bedarf es dazu eines spiegelnden Anderen, in der Regel die primäre Bezugsperson. Durch die laufende Lernerfahrung entwickelt das Kind ein Gefühl für sich selbst. Es entwickelt ein Selbst, welches aber noch nicht unabhängig von anderen Menschen ist. Es handelt sich um ein „gespiegeltes Selbst“. Ein Selbst, was auf die positive Reaktion, Bestätigung und Wertschätzung angewiesen ist, damit es sich überhaupt ausbilden und aufrecht erhalten kann.

Im Laufe der Kindesentwicklung macht auch ein optimal versorgtes Kind immer mehr Frustrationserfahrungen. Es merkt, dass andere Menschen anders denken und handeln als es selbst und gerät zunehmend unter inneren Druck, ob es sich dieser äußeren Realität anpassen, oder seiner eigenen inneren Realität folgen soll. Der Grundkonflikt zwischen Autonomie und Bindung entsteht, oder anders ausgedrückt, die Frage: Wieviel Ich darf es in der Beziehung zu anderen geben, ohne dass diese Beziehungen enden und Bindung verloren geht?

Spätestens in der Pubertät macht ein Mensch diese Erfahrungen, die mit einem grundlegenden Gefühl der Einsamkeit verbunden sein können. Jugendliche schwanken in dieser Entwicklungsphase zwischen kindlicher Bindung und Loyalität zu ihren Eltern, sowie dem Wunsch, eine eigene Persönlichkeit, unabhängig von den Eltern zu werden.

Hatte das Kind bisher vor allem die Möglichkeit der Spannungsregulierung durch Anpassung (assimilativ und akkumulativ) gewählt, kommt nun die Möglichkeit ins Spiel, die unangenehm erlebte intra- und interpsychische Spannung zu ertragen und in eine Krise zu führen, die mit Weiterentwicklung der Persönlichkeit verbunden ist. Der Mensch kann in dieser Krise über sich hinauswachsen, sich dem Anpassungsdruck entgegenstellen und daraus etwas ganz eigenes entwickeln. Dies nennt man Differenzierung.

„Die Differenzierung ist also nur möglich, wenn das Individuum einen Zustand erreicht hat, in dem es sich selbst als von anderen unterschiedenes, einzelnes Selbst wahrnehmen kann. Zugleich wird es durch die Differenzierung immer stärker zu einem individuellem Subjekt und ist zunehmend stärker in der Lage, diese Zumutung hinzunehmen und produktiv zu verarbeiten. Im Modus der Differenzierung muss das Individuum das Spannungsverhältnis also nicht mehr harmonisieren, sondern kann die Spannung aushalten und eine eigene Wahl darüber treffen, wie es die quasi als Gradientkraft erzeugte Energie in einen Lernprozess umsetzt. Während das Individuum in der Anpassung an seine Gebundenheit an das Vorhandene verbleibt, befreit es sich davon in der Differenzierung und ist dadurch zu eigenständiger Entwicklung fähig. (...) Die Differenzierung verlangt dem Individuum also ab, im Spannungszustand das Bewusstsein auszuhalten, ein von den anderen getrenntes Individuum zu sein. Diese Erfahrung benötigt und stärkt zugleich sein Selbstbewusstsein, welches sich dann auf diese Weise immer weiterentwickeln und ausdifferenzieren kann. Die Tatsache der nicht vollends überwindbaren Einsamkeit stellt einen grundsätzlichen Konflikt für das Selbstkonzept des modernen Menschen dar, der seine Individualisierung nur um den Preis dieser Einsamkeit entwickeln kann.“ (Wolf, 2011: 61)

Dennoch bedeutet Differenzierung nicht, dabei auf die Gemeinschaft mit anderen Menschen zu verzichten. Im Gegenteil: Das Ich braucht ein Anderes, um überhaupt ein Ich zu sein. Der Andere wird als konstituierend für das eigene Sein erfahren: "Der Mensch wird am Du zum Ich." (Buber, 1986: 33)

Demnach muss der Mensch zwei der fundamentalsten Antriebe - Bindung und Autonomie - ausbalancieren. Ein reifes Selbst sollte demnach die Fähigkeit haben, ein intaktes und emotionales Gleichgewicht innerhalb und außerhalb wichtiger und naher Beziehungen im Leben aufrecht zu erhalten. Nur die Abwesenheit von emotionaler Bestätigung führe zur Weiterentwicklung. „Das Selbst entwickelt sich durch Konflikte weiter und braucht dazu die Beziehung.“ (Schnarch, 2011b)

Er kritisiert, dass viele Menschen eine Beziehung mit der Vorstellung beginnen, dass hier Zuwendung nachgeholt werden könne, die in der Kindheit vermisst wurde. Die Erwartung an den Partner, für „mich“ da zu sein, mache den Menschen zu ewigen Kind und verhindere Weiterentwicklung. Intimität steht demnach für Schnarch im Dienst der Identitätsentwicklung und nicht wie von vielen Menschen angenommen, im Dienst von Spiegelung und Bestätigung, um daraus Gewinn für das eigene Selbstkonzept zu ziehen.

Für die Paartherapie bedeutet dieser Ansatz, nicht die Spiegelungsfunktionen beider Partner zu stärken, sondern deren Differenzierungsfunktionen und darüber hinaus die Identität beider Partner. Dieser Ansatz verspricht keine Harmonie, aber eine Lösung für

ein häufiges Dilemma innerhalb einer Paarbeziehung, das sich wie folgt darstellt:

"Denn die Ich-schwache Person kann ihre Identität nicht aus sich selbst herstellen und bedarf hierfür der Bestätigung von anderen, die ihr eine Identität spiegeln, die sie sich dann zu eigen macht. In einer Paarbeziehung führt dieses Verhalten langsam zu sexuellen Frustrationen und Störungen, weil die beteiligten Personen dadurch immer mehr Identität verlieren und dadurch das grundsätzliche Getrennt sein als immer bedrohlicher empfinden. Gleichzeitig wächst ihr Wunsch nach Verschmelzung, in der Illusion, damit das Getrennt sein aufzuheben. Dadurch wird jedoch allmählich ein Kreislauf in Gang gesetzt, bei dem die Identität immer brüchiger wird, der Wunsch nach Verschmelzung immer stärker und die Lösung des Dilemmas gleichzeitig in immer weitere Entfernung rückt, weil damit der Intimität, da sie ja der Ich-Identität bedarf, allmählich die Grundlagen entzogen werden." (Wolf, 2011: 112)

Es kommt zu „einer endlosen Bewegung des Verschmelzen-Wollens und des Wegstoßens des Anderen.“ (Widmer, 1997: 33)

Die praktischen Implikationen der Anwendung der Differenzierungstheorie innerhalb der Paartherapie werden in Kap. 5 ausführlich darstellt. Zunächst werde ich mich dem Konzept der „sexuellen Skripte“ zuwenden, welches für sexualtherapeutische Interventionen, die auf der Basis von Differenzierung arbeiten, Bedeutung hat.

4.3.3 Sexuelle Skripte

Der Begriff „Sexuelles Skript“ ist eine von J.H. Gagnon und W.Simon eingeführte Bezeichnung „zur Beschreibung von Sexualverhalten (...); Skripte sind individuelle Szenarien (Ereignisabfolgen) für zunächst gedachte, dann verwirklichte sexuelle Aktivitäten.“ (Pschyrembel, 2003: 507)

Gagnon (1990) hat sexuelle Skripte auf drei Ebenen differenziert, der intrapsychischen, der interpersonellen und der gesellschaftlichen Ebene. Dabei hebt er sich von bis dahin geltenden vor allem psychoanalytischen Auffassungen in der Hinsicht ab, dass er die zum Skript gehörigen Ereignissequenzen als prozesshaft (durch reale Beziehungserfahrungen beeinflussbar) und nicht als Verhaltenszwang versteht.

Diese konstruktivistische Sichtweise der sexuellen Skripte hat Bedeutung für das Erleben von sexueller Lust.

4.3.3.1 Individuelle sexuelle Skripte

Sexuelle Skripte können völlig unterschiedlich ausgestaltet sein. Bei manchen Menschen finden sich sehr differenziert erzählte Geschichten, andere fantasieren eher fragmentarisch in wenigen Sequenzen. In einem sexuellen Skript werden drei Elemente zu einer dramaturgischen Figur verbunden: Skriptentwurf, Skriptinzenierung und Skriptkonsequenz (Clement, 1994).

- Im Skriptentwurf wird eine erregende Verhaltenssequenz fantasiert, die fragmentarisch oder bis ins letzte Detail ausgefeilt sein kann. Viele Menschen greifen dabei auf ein Set von Fantasien zurück, die bis in die Kindheit zurückreichen können. Während vor allem psychoanalytische Theorien postulierten, dass sich diese erregenden Phantasien auf unbewältigte Kindheitskonflikte zurückführen ließen (Morin, 1997), betonen konstruktivistische Theorien, dass

„sexuelle Erregung nur dann entsteht, wenn Verhalten in ein kognitives Schema eingebunden ist. Ohne die passenden Elemente eines Skripts, welches die Situation definiert, die Akteure benennt, und das Verhalten skizziert, passiert kaum etwas Sexuelles. (...) Sexuelles Verhalten wird demnach vom Kontext, nicht von den inneren Zuständen der Akteure geschaffen.“ (Clement, 1994)

Nach dieser Theorie ist sexuelles Wünschen und Verhalten also nicht triebgesteuert, sondern kontext und sinnbezogen.

- In der Skriptinszenierung setzt der Akteur sexuell erregende Sequenzen in Handlungen um. Dabei werden die Phantasien (Skriptentwurf) so variiert und dem situativen Kontext angepasst, dass eine Chance auf Realisierung besteht. Günstig für die Realisierung sind flexible Skripte als auch Improvisationstalent. Je regider und starrer ein Skript inszeniert werden muss, desto größer das mögliche Scheitern.
- In der Skriptkonsequenz findet eine Rückkoppelung mit dem Skriptentwurf statt. Jede sexuelle Erfahrung wird von Emotionen und Kognitionen begleitet. Je positiver diese Gefühle und Gedanken empfunden werden, desto eher besteht die Chance, dass sie sich bestätigend und verstärkend auf den Skriptentwurf auswirken. Ist dies der Fall, festigt sich die Skriptkonsistenz und ein stabile sexuelle Identität entsteht. Entsprechend führen ständige Frustrationen zu einer starken Ungewissheit und Verunsicherung der sexuellen Identität.

„Diese Skriptkonzeption impliziert eine spezifische Auffassung des Verhältnisses zwischen Phantasie und Verhalten. Anders als bei triebtheoretischen Vorstellungen, die immer ein kausales Primat der Phantasie annehmen, also davon ausgehen, dass primär die Phantasie das Verhalten beeinflusst, wird hier von einem Rückkoppelungsprozess zwischen Verhalten und Phantasie ausgegangen: Nicht nur beeinflusst die Phantasie als Teil des Skriptentwurfs das Verhalten, sondern das Verhalten wirkt seinerseits über die Skriptkonsequenz auf den Skriptentwurf zurück. In der Folge wird dieser bestätigt oder revidiert und führt entsprechend zu modifizierten Skriptinszenierungen, diese wiederum zu anderen Skriptkonsequenzen etc.... Dieser Prozess verläuft aber nicht chaotisch oder beliebig, sondern schafft wie alle zirkulären Prozesse durch seine Selbstrekrusivität eine Geschlossenheit, die sich als sexuelle Identität (...) manifestiert.“ (Clement, 1994: 258)

4.3.3.2 Sexuelle Interaktion und Erregung

Wenn zwei Partner sexuell interagieren, beziehen sie ihre sexuellen Skripte aufeinander. Dies ist eine hoch differenzierte Sequenz von Rückkoppelungsprozessen, die ihrerseits zu einem gewissen Maße unvorhersehbar sind. Nicht alle Inszenierungsversuche gelingen. Es findet eine ständige Neuanpassung statt.

Je nach Art und Dauer der intimen Beziehung ist das Skript des Partners mehr oder weniger vertraut und bekannt. Vom Grad der Berechenbarkeit des Partnerverhaltens hängt nun die sexuelle Erregung ab. Bei minimaler Vorhersehbarkeit entstehen Angst und Vermeidung, bei maximaler Berechenbarkeit, entsteht ein maximales Sicherheitsgefühl, aber auch Langeweile und Lustlosigkeit

„Formal ausgedrückt, werden hier die Rückkoppelungsprozesse trivial in dem Sinne, dass kaum noch Abweichungen entstehen, auf die reagiert werden müsste. Diese Gleichzeitigkeit von emotionaler Sicherheit und sexueller Lustlosigkeit ist häufig das Problem von Partnerschaften, deren Intimität durch Sicherungsmotive gekennzeichnet ist. (...) Sexuelle Erregung entsteht aber nur dann, wenn aus der Perspektive jedes Partners sowohl vorhersehbare und Sicherheit gebende Elemente Anhaltspunkte für eine Skriptinszenierung geben, als auch unberechenbare, fremde Elemente nichtriviale Rückkopplungen erfordern. Sexuelle Erregung ist, anders ausgedrückt, auf Vertrauen und Fremdheit gleichermaßen angewiesen.“ (Clement, 1994: 260)

4.2.1.3 Konsequenzen für die Sexualtherapie

Wie dargelegt, ist also das Ausmaß an sexueller Erregung von der individuell dosierten Mischung aus Vertrautheit und Fremdheit abhängig. Dies relativiert die auch häufig unter PaartherapeutInnen verbreiteten Meinung, dass die gelebte Sexualität im wesentlichen Ausdruck der Paarbeziehung sei. Auch viele Paare vertreten die Meinung, dass lustvolle Sexualität sich erst dann wieder einstellen könne, wenn die Partnerschaft weitgehend konfliktfrei sei und die Kommunikation anderer Lebensbereiche funktioniere. Genauso ist aber bekannt, dass es Paare gibt, die nicht besonders konfliktfrei leben, aber eine sehr lustvolle Sexualität miteinander teilen. Aus dieser Perspektive lassen

"sich sexuelle Störungen auch danach unterscheiden, ob sie aus einem Mangel an Vertrautheit und Berechenbarkeit und damit aus Angst entstehen oder aus einer Trivialisierung der Berechenbarkeit, also aus einem Mangel an Fremdheit und einem Fehlen sexualisierter Angstlust." (Clement, 1994: 262)

Die meisten Sexualtherapien sexueller Funktionsstörungen fokussieren den erstgenannten Fall. Angst soll ab und Vertrauen und Sicherheit sollen aufgebaut werden. Diese Therapieansätze wirken jedoch nicht bei Appetenzproblemen. Schnarch kritisiert:

"Die Ansicht, dass eine adäquate physiologische sexuelle Funktionsweise unweigerlich Vergnügen und Befriedigung bringt, passt haargenau zu der in unserer Gesellschaft weit verbreiteten, romantischen Vorstellung, das guter Sex (im Sinne einer funktionsfähigen Sexualität der direkteste Weg zur Intimität ist und dass der physische Orgasmus den Höhepunkt des sexuellen Erlebens darstellt. Tatsache ist jedoch, dass viele Menschen zwar fähig sind, sich auf eine physiologisch normale Sexualität einzulassen und den Orgasmus erreichen, dabei aber wenig Verlangen, Leidenschaft oder subjektives Vergnügen empfinden. (...) Der eigentliche Punkt ist der, dass sich die Intimität während der sexuellen Betätigung nicht natürlich einstellt, sondern, dass sie eine erlernte Fähigkeit und eine erworbene Geschmacksrichtung ist.

Ironischerweise lähmen Sexualtherapien und insbesondere Techniken, die die Leistungsangst mildern sollen, oftmals die Fähigkeit zu Intimität und sexueller Intensität.

(...) So lautet die Kernaussage des von der Sexualtherapeutin Helen Kaplan Singer entwickelten Bypass-Modells. Man muss den Menschen beibringen, schädliche Gedanken oder Emotionen in Bezug auf den Partner ganz bewusst zu ignorieren, weil diese die sexuelle Funktionsweise stören." (Schnarch, 2004: 108 -109)

5 Sexualtherapeutische Konzepte

Sexualtherapeutische Konzepte interpretieren als Praxiskonzepte theoretische Grundlagen in unterschiedlicher Art und Weise. Deshalb fokussieren sie Bedingungsgefüge sexueller Probleme je nach therapeutischer Grundlage. Ein Verhaltenstherapeut behandelt ein sexuelles Problem anders als eine Systemikerin oder eine Analytikerin. Je nach therapeutischer Grundhaltung werden also unterschiedliche Daten generiert und unterschiedliche Wirklichkeiten geschaffen. Keine „Wirklichkeit“ kann objektiv sein, sondern nur Annäherungen an die sogenannte Wirklichkeit versuchen.

Im Folgenden werden drei verschiedene moderne sexualtherapeutische Konzepte vorgestellt, die mit dem systemischen Ansatz vereinbar sind, der im Studium (Master of counseling) gelehrt wurde.

5.1 Syndyastische Sexualtherapie (Beier, Loewit, 2004)

5.1.1 Grundlegende Prämissen

Beier und Loewit (2004) schreiben in ihrem Vorwort zu „Lust in Beziehung“: „Sexualität betrifft immer den ganzen, unteilbaren Menschen in seiner Körperlichkeit, psychischen Verfassung und sozialen Einbindung. In diesem Spannungsfeld wird sexuelle Lust erfahren, werden Beziehungen gelebt.“

Grundannahme der beiden Sexualwissenschaftler ist, dass jeder Mensch ein existenzielles Bedürfnis nach Nähe, Geborgenheit, Zuwendung, Akzeptanz und Zugehörigkeit hat. Sie nennen diese Bedürfnisse psychosoziale Grundbedürfnisse und meinen, dass die Nichterfüllung dieser existenziellen Bedürfnisse den Menschen krank machen könne, zumindest ihn in seiner Lebensqualität stark beeinträchtige. Beide sind der Ansicht, dass die Sexualität ein potentes Vehikel sei, um diese Grundbedürfnisse zu erfüllen.

Das hier vorgestellte Konzept der syndyastischen Sexualtherapie rückt die Verbesserung der intimen Kommunikation in den Mittelpunkt. Von der gestörten Sexualfunktion auf die Nichterfüllung der Grundbedürfnisse, d.h. auf die Qualität der Beziehung.

Syndyastisch meint hier den Sachverhalt des Einander-Vertraut-Werdens im Sinne von Zugehörigkeit (Beier, Loewit, 2004:2). Syndyastische Sexualtherapie fokussiert menschliche Bedürfnisse nach Geborgenheit und Bindung sowie die Sexualität.

„Partnerschaftliche Zufriedenheit erwächst aus dem Gefühl der Akzeptanz, d.h. dem Gefühl des Angenommenseins, dem Empfinden richtig, sicher und geborgen zu sein. Dieses Empfinden stellt sich dann besonders intensiv ein, wenn die Bezugsperson diese Annahme körperlich vermittelt, d.h. durch körperliche Wärme und Nähe. Deshalb sind Intimbeziehungen besonders geeignet Glück und Zufriedenheit auszulösen.“ (ebd.:2)

Sexualität wird also in einen erweiterten Sinnzusammenhang gestellt.

Sexualität und das Bedürfnis nach Bindung gehören für die Autoren zusammen und sind ihrer Ansicht nach biologisch vorprogrammiert, darum sprechen sie von biopsychosozialen Grundbedürfnissen. Dem Therapiekonzept zugrunde liegende Annahmen verstehen sich weder medizinisch noch psychologisch, sondern biopsychosozial; die therapeutischen Interventionen sind seelen- und körperbezogen. Sie gründen ihr Konzept auf ein psychoneurologisch angelegtes menschliches System. (vgl. Baier; Lowit 2004)

5.1.2 Theoretische Überlegungen in der syndyastischen Sexualtherapie

Voraussetzungen

Die Autoren betonen, dass eine umfassende sexualmedizinische Diagnostik, einschließlich einer somatischen Abklärung nötig sei, um organische oder psychopathologische Ursachen auszuschließen, bzw. diese behandeln zu lassen.

Der syndyastische Fokus ist ein klar strukturiertes Konzept, das die Bereiche Beziehung (Erfüllung der Grundbedürfnisse), Kommunikation (Sprache und Körpersprache) und Sexualität (konkretes Erleben, Verhalten und Bedeutungszuweisung) umfasst.

Die therapeutische Strategie beruht auf einer Verknüpfung von Grundbedürfnissen (syndyastisches System) und dem Erleben sexueller Lust (Lustsystem).

Häufig findet sich eine Trennung zwischen Beziehung und Lust in Paarbeziehungen,

Aussagen wie „Nie nimmt er mich einfach so in den Arm, sondern immer nur, wenn er Sex will“ oder „Es ist doch ganz natürlich, dass mich meine Frau reizt und ich mit ihr schlafen will.“ stehen vor diesem Zusammenhang. Nun ist es grundsätzlich möglich, beide Systeme getrennt voneinander zu leben, jedoch fällt dann die gegenseitige Verstärkung beider weg. Außerdem macht für die meisten Menschen die Realisierung von Lust in ihrer Beziehung, der Einheit beider Systeme - ein großen Teil ihrer Beziehungsqualität und damit Lebensqualität aus.

Der Therapeut im System

Grundsätzlich ist die syndyastische Sexualtherapie an ein Paarsetting gekoppelt, die Haltung des Therapeuten ist die der Allparteilichkeit, d.h., dass er die Belange beider Partner berücksichtigt und keine Koalitionen eingeht. Zudem sollte eine ressourcenorientierte Sicht vorherrschen, lebensgeschichtliche Verletzungen und Traumatisierungen werden nur insofern thematisiert, als sie die gewünschte Entwicklung blockieren, insofern versteht sich der Ansatz als eher zukunftsorientiert. Dennoch wird ein Verständnis für lebensgeschichtliche Hintergründe gefördert, da sich in der Partnerschaft oft Elemente der Lebensgeschichte wiederholen.

Ziele der syndyastischen Sexualtherapie

Grundsätzlich sollen sich partnerschaftliche (Erfüllung der Grundbedürfnisse) und sexuelle (Lust) Beziehungszufriedenheit erhöhen. Idealerweise können Partner durch die Therapie brachliegende intime Kontakte wieder angstfrei aufnehmen und die gemeinsame Intimität nach eigenen Vorstellungen und Wünschen gestalten. Es geht um die Integration von Lust und Beziehung. Letzteres ist nur durch eine veränderte Bedeutungzuweisung für sexuelle Lust möglich. Nach erfolgreicher Therapie soll diese nicht mehr im Widerspruch zum Beziehungserleben stehen. Voraussetzung ist dazu, dass sich die verbale und körpersprachliche Kommunikation verbessert. Dies macht diesen Ansatz für Beratung so fruchtbar. Es geht nicht um die Wiederherstellung der sexuellen Funktionen, sondern um die Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikation. Paare können erleben, dass sie einen breiteren Rahmen für intime Kommunikation zur Verfügung haben, sich durch Sprache und ihren Körper ausdrücken können.

Bedeutungserleben der Sexualität

Jeder Mensch bringt durch seine Kultur, Familiensetzung, geschlechtsbezogene Sexualerziehung und persönlich geformte „sexuelle Weltanschauung“ mit, die dem Partner häufig nicht bekannt ist. Ziel der therapeutischen Gespräche sei zu einer

gemeinsamen Deutung zu finden - Sexualität als Verkörperung der Grundbedürfnisse. Bevor dies gelingen kann, ist eine gemeinsame Reflexion der Partner nötig, angeregt durch die Fragen der TherapeutInnen wie:

Was bedeutet Sexualität ganz allgemein für sie?

Wie war der Umgang damit bei Ihnen zuhause?

Wie sind Sie aufgeklärt worden und welche Auswirkungen hat dies auf Ihr Erleben heute?

Wie haben Sie Ihre Sexualität in früheren Bindungen erlebt und und in wieweit beeinflusst dies Ihre heutige Beziehung?

Wann haben Sie das erste Mal Geschlechtsverkehr gehabt, und welche Vorstellungen und Phantasien gab es bei Ihnen. Wie hat sich dies auf Ihr Erleben und Tun ausgewirkt?

Haben Sie Ängste und Befürchtungen gehabt, an Ihrer Normalität gezweifelt?

Inwieweit haben die Erfahrungen und Einstellungen zu Ihren jetzigen Problemen beigetragen?

Die sexuelle Weltanschauung bestimmt, inwieweit der Mensch Lust und Beziehung integrieren kann. Für viele Menschen ist die Integration von Lust und Bindung gedankliches Neuland,

„weil sie sich noch nie gefragt haben, was Sexualverhalten eigentlich heißen kann. Es ist ihnen nicht bewusst, dass auch Sexualverhalten eine Form der Körpersprache ist, mit der entsprechende Mitteilungen gemacht werden können, wie dies für die nichtgenitale Intimität und den Austausch von Zärtlichkeiten selbstverständlich angenommen wird.“
(Beier, Loewit, 2004: 60)

Kommunikation

Der Kommunikation kommen in diesem Ansatz mehrere Bedeutungen zu. Zum einen lässt sich eine stimmige Beziehung nur über gelingende Kommunikation verwirklichen. Deren Erfolg hängt vor allem vom sogenannten Beziehungsaspekt einer Mitteilung ab. Wie jemand mit mir spricht, welche Aussage er/sie damit auf der Beziehungsebene mit einer sachlichen Mitteilung verknüpft, lässt Kommunikation gelingen oder eben auch nicht (Schulz von Thun, 2001).

Es ist nach Watzlawik unmöglich, nicht zu kommunizieren (Watzlawick, 1969).

Der Mensch hat grundsätzlich mehrere Möglichkeiten, Beziehung aufzunehmen: Verbal, durch Sprache und Schrift oder nonverbal durch die Körpersprache des Verhaltens, durch Gestik und Mimik oder paraverbal durch die Wahl der Kleidung, Körperschmuck, Gesprächszeitpunkt etc. (Beier, Loewit, 2004, S. 65).

Beier und Loewit weisen auf die Botschaften der Sexualität als körpersprachliches Verhalten hin. Sie sehen den Geschlechtsverkehr als verleiblichte Beziehung und stellen dem physischen Verhalten (Körpersprache) die psychosoziale Bedeutung gegenüber.

So übersetzen die Autoren z.B. das Streicheln in den Wunsch nach Kontakt und Zärtlichkeit. Das Sich Öffnen wird zur Offenheit und Vertrauen. Sich körperlich halten übersetzen sie in den Zusammenhalt als Paar.

Da dem Sexualverhalten immer Botschaften zugrunde liegen, kann in der Therapie nach deren Bedeutungen gefragt werden. Was heißt es für Sie, wenn Sie miteinander schlafen? Was bedeutet ein intensiver Kuss für Sie? Was will Ihnen der Partner damit sagen, wenn er Sie anschaut?

Viele Menschen verwenden bereits eine plastisch und sinnliche Sprache, die in der Therapie bewusst gemacht werden muss. Z. B. aufeinander eingehen, sich einlassen, sich hineinversetzen, sich einfühlen, verbunden sein, ganz ausgefüllt sein, sich am Herzen liegen, etc.

Die Deutung dieser Botschaften hängt natürlich vom emotionalen Klima in der Beziehung ab: Überwiegen in einer Beziehung liebevoll-zärtliche Impulse oder feindlicher-zerstörerische? Geht ein Paar aufeinander zu oder geht es aufeinander los? Steht man sich nahe oder tritt man sich zu nah?

Insofern sollte durch die Therapie eine Übereinstimmung zwischen körperlich sexuellen Tun, dem gefühlsmäßigen Empfinden und der partnerschaftlichen Wirklichkeit angestrebt werden. (ebd. S. 65)

Über Sexualität reden

Wichtig für eine gelingende intime Beziehung sehen die Autoren das Gespräch über Sexualität, aber auch das Gespräch allgemein. In der Regel beklagen Partner in der Paartherapie einen Mangel an konstruktiver Gesprächskultur. Dieser Mangel wird besonders oft von Frauen angesprochen: „Mein Mann redet nicht mit mir, er hört mir nicht zu und versteht mich nicht.“ Aber auch: „Sie dreht mir das Wort im Mund herum und will immer nur Recht behalten“. Vielen Paaren fehlt also Intimität durch ausreichend befriedigende Kommunikation, und damit fehlt es auch an der wesentlichen Voraussetzung, Sexualität als Gesprächsform zu verstehen, und diese Form nicht abzuspalten. (ebd. S.67)

Das Sprechen über sexuelle Wünsche, Fantasien und Vorlieben wird durch das Fehlen passender und stimmiger Worte erschwert. Dazu kommen Ängste, sich dem Partner mit Wünschen anzuvertrauen, die er vielleicht nicht teilt. Ferner unterscheiden sich Frauen- und MännerSprache. Während Männer häufig lieber „tun“ als „reden“, suchen Frauen mehr das Gespräch. Männer reden häufig nur so viel als nötig und am liebsten sachbezogen und lösungsorientiert. Frauen dagegen sprechen oft soviel wie möglich und am liebsten über Beziehungsthemen. Missverständnisse können vorprogrammiert sein.

Enscheidend für die Therapie ist letztlich die Auswirkung der Kommunikation auf das syndyastische Paarerleben. Durch die Beobachtung der Paarkommunikation kann eine Aussage darüber getroffen werden, ob sie von gegenseitigem Respekt getragen ist, oder sie schon für sich selbst die Befriedigung der Grundbedürfnisse verhindert.

Die Exploration des sexuellen Verhaltens und Erlebens

Grundsätzlich meinen die Autoren, dass die Exploration des sexuellen Verhaltens und Erlebens im Paarsetting große Vorteile bietet, weil beide Partner die Informationen gemeinsam verarbeiten und das Ausmaß an Vertrauen und Offenheit gefördert werden.

Hilfreiche Fragen zur Exploration des sexuellen Erlebens und Verhaltens seien:

Seit wie lange besteht Ihr Problem?

Was war damals, als es begann?

Unter welchen Umständen trat es das erste Mal auf?

Tritt es immer auf, auch bei der Selbstbefriedigung?

Wie wirkt sich das Problem auf Ihre Beziehung aus?

Gibt es Dinge, die Ihnen die Lust vergehen lassen?

Wenn Sie keine Lust auf Sex haben, welches ist die letzte körpersprachliche Handlung, auf die Sie dann noch Lust haben?

Wo beginnt bei Ihnen Sex und was verbinden Sie damit? etc.

Zur Exploration gehören für Beier und Loewit auch die Kenntnis der Biografie des Paares. Sie meinen, die Ewachsenensexualität sei in vielfacher Hinsicht ein Abbild der frühen Mutter-Kind-Beziehung. In dieser für den Menschen ersten Intimbeziehung erfahren die Grundbedürfnisse ihre erste Erfüllung und Frustration und damit formt sich eine höchst individuelle Tönung des Urvertrauens (ebd. S.73).

Auf diesen individuellen Boden fallen Erlebnisse und Ereignisse des späteren Lebens, unter anderem auch sexuelle Traumatisierungen, die nur in sofern bearbeitet werden, um in der gegenwärtigen Beziehung wirksame Störfaktoren zu beseitigen. Dies kann durch neue gute Erfahrungen in der aktuellen Partnerschaft geschehen. Die Heilung erfolgt nicht durch den Therapeuten oder die Therapeutin, sondern in der partnerschaftlichen Beziehung. Dazu eignet sich der syndyastische Fokus deshalb, weil durch Traumatisierungen Verletzungen der Grundbedürfnisse vorliegen.

5.1.3 Syndyastische Praxis

5.1.3.1 Konkrete Therapieschritte

1 Exploration des sexuellen Erlebens bezüglich der verschiedenen Dimensionen der Sexualität

Beziehungsdimension: Wie wird der Zusammenhang zwischen Beziehung und Sexualität gesehen? Welche Werte sind für die Beziehung unverzichtbar. Wie gelingt die Erfüllung menschlicher Grundbedürfnisse innerhalb der Beziehung? Wird Sexualität als Ausdrucksmöglichkeit der emotionalen Grundbedürfnisse erlebt? etc.

Fortpflanzungsdimension: Welche Bedeutung hat die Fortpflanzungsfähigkeit, welche Bedeutung haben gemeinsame Kinder? Wie unterscheiden sich die Einstellungen beider Partner? Besteht Kinderwunsch?

Lustdimension: Welche Bedeutung hat die genitale Lust für beide Partner? Hat sich das Lusterleben seit Beziehungsbeginn verändert? Gibt es störende Diskrepanzen zwischen den Partnern?

2. Exploration der lebensgeschichtlichen und soziosexuellen Entwicklung

Beier und Loewit empfehlen die Erstellung einer ausführlichen Familienanamnese. Besondere Bedeutung kommt der Gesamtatmosphäre in der Familie zu. Welche Vorbildrollen hatten die Eltern? Wie wurde mit Gefühlen, Körperlichkeit, Zärtlichkeit und Nacktheit umgegangen? Wurde über Sexuelles gesprochen? Welchen Einfluss hatten Verwandte, Großeltern, Religion, Schule und Peers? Gab es spezielle Belastungen? In diesem Zusammenhang könne auch nach grenzüberschreitenden Gewalterfahrungen gefragt werden wie Inszest oder Missbrauch. Neben belastenden Erfahrungen sollte aber auch Raum für positives Erleben gegeben werden. Wann erlebten die Klienten die erste Verliebtheit, den ersten Kuss, den ersten Geschlechtsverkehr und welche Bedeutung hatte dies? Insgesamt seien alle Ersterlebnisse interessant und von besonderer Bedeutung.

3 Exploration der Beziehungsgeschichte

Hier geht es um Fragen der aktuellen Beziehung: Wann hat sich das Paar kennengelernt? Was schätzt es aneinander? Welche Kommunikationsmuster haben sich herausgebildet? Welche Rollen werden wie gelebt? Wie steht es um die Abgrenzung nach innen und nach außen? Welche Rolle spielen Kinder? Wie ist der Umgang mit Sexualität? Gab es Außenbeziehungen? Was vermissen die Partner aneinander?

4. Krankheitsanamnese

Liegen aktuelle gynäkologische oder urologische Befunde vor? Weisen die Befunde auf Krankheiten hin, die die Sexualität beeinträchtigen können, wie z.B. Herzerkrankungen, Diabetes, Hormonstörungen, Schilddrüsenerkrankungen und psychische Erkrankungen? Müssen Medikamente regelmäßig genommen werden, die das sexuelle Erleben beeinträchtigen können? (Z.B. Betablocker, Antidepressiva)

5 Über (Mit) Sexualität kommunizieren

Das Paar soll angeregt werden über sexuelle Wünsche und Bedürfnisse zu kommunizieren. Durch die sehr ausführliche Exploration der TherapeutIn kann diese/r als Vorbild gelten und es sollte dem Paar im Laufe der Zeit leichter fallen über Sex zu sprechen. In diesem Zusammenhang wird auch die körpersprachliche Bedeutung der Sexualität zur Befriedigung der Bindungs- und Grundbedürfnisse eingeführt. Die Autoren erachten es als grundlegend, dass diese Erfahrungen der veränderten Bedeutung des sexuellen Kontaktes mittels Körperübungen ganz konkret erlebbar werden. Die dazu vorgeschlagenen Übungen orientieren sich an den sogenannten Sensate-Fokus-Übungen der klassischen Sexualtherapie (Masters & Johnson). Im Unterschied zu diesen konzentrieren sich die Klienten aber hier auf die Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse (Nähe, Angenommen Sein, Intimität) nicht auf die Sexualfunktion.

6. Schrittweise Steigern der Lust in Stufen (praktisches Üben)

In der ersten Stufe geht es darum, die erogenen Zonen aus der körpersprachlichen Kommunikation auszuschließen. Mit erogenen Zonen ist hier Brust und Intimbereich gemeint. So können sich Frauen und Männer ohne Druck und Versagensangst auf die körperliche Begegnung einlassen.

In der zweiten Stufe darf die Brust der Frau mit einbezogen werden, danach folgt in der dritten Stufe die Einbeziehung der Genitalregion. Hier sollte dem Paar klarwerden, dass es Unterschiede zwischen zielgerichteter sexuellen Erregung und zwecklosem Spiel gibt. Beide Partner sollten die Verantwortung für zufriedenstellende Intimität übernehmen.

Im vierten Schritt darf Erregung dazu kommen. Hier soll sich die angestrebte Verbindung von Lust und Beziehung verwirklichen. Im fünften Schritt kann die Aufnahme des Geschlechtsverkehrs erfolgen, immer noch mit dem Zweck, sich, den Partner und die Reaktionen besser kennenzulernen. Die Vereinigung kann in Zeitlupe erlebt werden, was hilfreich sein kann, wenn der Mann unter vorzeitigem Samenerguss leidet.

Im letzten Schritt kann der volle und spontane Geschlechtsverkehr aufgenommen werden.

Dabei betonen die Autoren, dass das Therapieziel nicht erst nach Abschluss der letzten Stufe erreicht sei, sondern auf jeder Stufe wertvolle Erfahrungen gemacht würden. Die ersten drei Stufen dienen eher der syndyastischen Ebene, die letzten drei der lustvollen orgastischen Beziehung (Beier, Bosinski, Loewit, 2008).

5.1.4 Diskussion des vorgestellten Konzeptes in Bezug auf die Beratung von Paaren mit sexuellen Themen im Kontext der EFL.

Das Konzept der syndyastischen Sexualtherapie kann in der EFL-Beratung eingesetzt werden. Als einziges hier vorgestelltes Konzept berücksichtigt es explizit biologische Grundlagen und setzt die Zusammenarbeit mit anderen (medizinischen) Disziplinen voraus. Paare mit sexuellen Funktionsstörungen müssen demnach immer medizinisch diagnostisch abgeklärt werden, um keinen krankheitswertigen organischen Befund zu übersehen.

Hilfreich, gerade für den Anfänger, sind die sehr genauen Explorationshilfen. Wenn alle Themen exploriert sind, sollte es gelungen sein, relativ problemlos über Sexualität zu kommunizieren.

Das wirklich Bestechende an diesem Konzept ist die Veränderung des Bedeutungsrahmens von Sexualität, der für diejenigen Frauen und Männer hilfreich sein könnte, die Lust und Bindung trennen. Der Aufbau der Übungen (angelehnt an die Übungen der Hamburger Schule) scheint für Menschen geeignet, die bezüglich Sexualität eher ängstlich oder aversiv eingestellt sind. Im Unterschied zu den noch folgenden Konzepten fokussiert die syndyastische Sexualtherapie die Bindungswünsche des Menschen, Wünsche nach Angenommensein und Bestätigung durch den Partner. Es soll angst und spannungsreduzierend wirken und Innigkeit fördern. Diese Stärke des Konzeptes sehe ich gleichzeitig als eine Schwäche: Ich kann mir nicht vorstellen, inwiefern es für die "dunkleren" Seiten des sexuellen Erlebens genutzt werden könnte. Alle Gefühle, Handlungen und Phantasien, die sich nicht auf den Partner oder die Partnerin "liebevoll" beziehen, werden hier abgespalten.

5.2 Systemische Sexualtherapie (Clement, 2004)

5.2.1 Gundlegende Prämissen

1 Entgegen anderer Sexualtherapiekonzepte liegt der Bezugsrahmen der systemischen Sexualtherapie nicht auf der sexuellen Funktion, sondern auf dem erotischen Potential beider Partner. Die mit dieser Prämisse verbundene Leitfrage ist: An welcher Stelle meiner sexuellen Biografie stehe ich? Was habe ich bis jetzt erlebt? Was davon ist so wertvoll, dass ich beibehalten möchte und was möchte ich ändern? Gibt es in mir Fantasien und Wünsche, die ich noch verwirklichen möchte?

2 Die zweite Prämisse beschäftigt sich mit der Ambivalenz
Laut Clement (2011) spielen in sexuellen Beziehungen nicht nur „gute“ (bindende, liebevolle) Motive eine Rolle, sondern auch „böse“ (Hass, Verachtung, Rache) Motive eine Rolle.

3 Von der Funktion zum Begehrten

Der Fokus auf das Können bzw. des Nicht-Könnens (sexuelle Funktion) wird relativiert zugunsten des Fokus auf Wollen bzw. Nicht-Wollen (sexuelles Begehrten).

Von der defizitorientierten Analyse, die eine Problem-Opfer-Position begünstigt, fokussiert die ressourcenorientierte Analyse der Probleme die sexuelle Selbstbestimmung.

Die Leitfrage verändert sich von: Was ist möglich oder nicht möglich? auf: was will ich oder nicht? Was will ich anders? So wird angesichts realer Beeinträchtigungen und Grenzen die Sicht erweitert auf die Frage: Was will ich angesichts meiner Grenzen und Beeinträchtigungen?

4 Nicht die Gemeinsamkeit, sondern die Differenz

Zwei Partner unterscheiden sich in ihrem sexuellen Begehrten ebenso wie in ihrem Aussehen, ihrem Ausdruck und ihrer Persönlichkeit. Jede Person hat ihr individuelles sexuelles Profil. Die systemische Sexualtherapie fokussiert zunächst nicht die Gemeinsamkeiten der beiden Partner, sondern die Differenz.

Idealtypischer Ablauf der systemischen Sexualtherapie

- 1 Identifikation des symptomstabilisierenden Interaktionszirkels, d.h. Zusammen mit dem KlientInnen wird jener „Teufelskreis“ erarbeitet, der Veränderung in die gewünschte Richtung verhindert.
- 2 Differenzierung, d.h. Gezielt nach Unterschieden statt Gemeinsamkeiten zu schauen und diese dann gemeinsam verhandeln.
- 3 Begegnen auf Basis von Getrenntheit

5.2.2 Die Praxis der systemischen Sexualtherapie

- Grundlegende Voraussetzungen des therapeutischen Gespräches über Sexualität:
Die Selbstbestimmung liegt beim Klienten; er entscheidet, worüber er im Detail sprechen möchte. Sie hat die Möglichkeit, selbst zu steuern, auch nein und stopp sagen zu können.
- Die Zugangsberechtigung aushandeln: Die TherapeutIn fragt, ob er/sie fragen darf.

Der Therapeut hat die Themenverantwortung

- Er macht deutlich, dass er/sie sexuelle Begriffe handhaben kann. Clement betont, dass explizite Sprache schwelterniedrigend ist.
- Sie soll als Therapeutin sprachlich in Vorleistung gehen, d. h. deutlich werden. z.B. wenn eine Klientin sagt: „Ich fühle mich als Frau nicht gesehen.“ „Meinen Sie damit, dass Sie sich als Frau nicht von Ihrem Mann begehrt fühlen?“

Die Eigenbeteiligung der TherapeutIn

- Professionelle Neugier ist nicht persönlicher Voyeurismus. Neugierde ist eine Form der Wertschätzung des Anliegen des Klienten.
- Über Sex sprechen, ohne das Gespräch zu sexualisieren. Die TherapeutIn sollte in der Position der interessierten BeobachterIn handeln, nicht in der der verdeckten MitspielerIn.

Die therapeutische Neutralität

- Professionalität ist wichtiger als Vertrautheit. Die professionelle Rolle regelt Nähe und Distanz für beide Seiten. Zu viel Vertrautheit kann zu nah sein.
- Jedem/r alles zutrauen: Die erotische Ausstrahlung und sexuelle Erfahrungen müssen nicht übereinstimmen.

Neutralität: gleiches Recht für alle Inhalte.

- Personeneutralität : keine Parteinahme für einen der Partner. Angestrebt wird

eine professionelle Haltung, die hilft, sich nicht mit einem der Klienten zu verbünden.

- Veränderungsneutralität: keine Verantwortung dafür übernehmen, dass Klienten sich in die vom Therapeuten gedachte Richtung verändern, akzeptieren, dass Nicht-Veränderung eine gleichwertige Option darstellt.
- sexuelle Neutralität: Clement unterscheidet hier den Missionarsblick vom Ethnologenblick. Unter Missionarsblick versteht er therapeutische Besserwisser im Dienste des "Guten" (z.B. befriedigende Sexualität ist gesund). Der ethnologische Blick heißt: Ich kenne mich nur bei mir selbst aus, das Paar wird wie ein fremder Volksstamm mit völlig eigener Kultur betrachtet, der mit Interesse wargenommen wird. Verstehen bedeutet hier: Die machen das so. (Clement, 2011a)

5.2.3 Idealtypischer Ablauf der Sexualtherapie

1 Identifikation der symptomstabilisierenden Interaktionszirkels

Paare, die in Therapie kommen, haben oft schon viel versucht, um ihre Probleme zu lösen. Häufig sind gut gemeinte Lösungsversuche daran beteiligt, dass sich destruktive Interaktionskreisläufe immer mehr verfestigen und schließlich eskalieren.

Ein Beispiel: Eine Frau ist mit der gelebten Sexualität unzufrieden. Sie fühlt sich als Frau nicht mehr begehrt und fordert von ihrem Partner, dass er sie doch mehr begehrten sollte, damit das Sexualleben wieder befriedigend sei. Die Logik der Frau ist in diesem Fall so, dass sie denkt: Ich bin OK so, aber mein Mann sollte sich verändern. Das spürt der Mann und geht nun erst recht nicht auf die Wünsche seiner Frau ein, er denkt: Ich habe das Recht mich zu verweigern, weil sie ständig fordert. Ich bin OK, aber sie nicht. Das Problem verschärft sich: Je mehr die Frau fordert und ihre Unzufriedenheit formuliert, desto mehr zieht sich der Mann zurück. Die Sexualität wird zu Streitfall, die Positionen verhärten sich.

Paardiagnostisch könnte von einer Sexuellen Kollusion gesprochen werden (Willi, Clement, 2006). In der sexuellen Kollusion wird die in jedem Partner vorhandene Ambivalenz in Bezug auf Sexualität auf zwei Pole gesplittet. Ein Partner verhält sich progressiv, das heißt, er zeigt sich sexuell interessiert und engagiert, vielleicht auch drängend wie die Frau, der andere Partner verhält sich sexuell regressiv, passiv und lustlos wie der Mann im Beispiel. Beide Positionen empfinden sich abhängig vom anderen. Ich dränge immer so, weil mein Mann sich verweigert. Ich verweigere mich, weil

meine Frau immer so drängt. Wenn ich nicht mehr drängen würde, dann würde ja gar keine Sexualität mehr statt finden. Ich komme ja gar nicht dazu, zu spüren, was ich mag, weil Du mir ja keine Zeit lässt. (etc). Das Problem verschärft sich. Die Frau fühlt sich abgewiesen, der Mann bedrängt. Durch das Splitting der sexuellen Ambivalenz spürt die Frau nicht mehr, dass sie vielleicht auch mal keine Lust auf Sex hat und wie es ist umworben zu werden. Der Mann nimmt sich nicht lustvoll wahr und erlebt nicht, auch mal abgewiesen zu werden.

Laut Clement hat derjenige Partner in der progressiven Position den Vorteil der Definitionsmacht, was Sexualität ist und der Partner in der regressiven Position die Verhaltenskontrolle über die gelebte Sexualität. Die regressive Position bleibt im Nein gefangen, die progressive Position kann eigene Vorstellungen nicht realisieren.

In diesem Stadium suchen Paare nach Lösungen in der Therapie. Das Problem ist benannt, doch der Lösungsprozess stagniert. In dieser Phase der Therapie geht es darum, gemeinsam mit dem Paar zu erarbeiten, dass es keine einfachen Kompromisslösungen geben kann, sondern es darum gehen muss, neue Suchbewegungen zu initiieren. Das Problem muss anders definiert werden, damit es gelöst werden kann. Zu diesem Zeitpunkt kennt niemand an der Therapie Beteiligten die spätere Lösung. Der Therapieprozess ist also ein Weg in die Krise mit unsicherem Ausgang. Das kann viel Angst machen, so dass Paare sich nur dann auf den Prozess einlassen können, wenn sie ihr Problem sehr ernst nehmen und das Gefühl mit den eigenen Lösungsversuchen in einer Sackgasse zu stecken bestimmt ist.

Dieser therapeutische Suchprozess braucht einen sicheren Rahmen, damit sich Paare überhaupt auf eine Verschärfung der Krise einlassen können. Der Therapeut bietet sich als Begleiter in der Krise an, übernimmt Verantwortung für den Rahmen, die Zeit und den Prozess und nutzt professionelle Tools, um den Prozess zu steuern. KlientInnen haben und behalten die Verantwortung für sich selbst, die Ergebnisse und deren Umsetzung.

Mögliche Interventionen in dieser Therapiephase

1 Auftragsklärung in der Paar-Sexualtherapie: Eine produktive Auftragsklärung ist erst dann gelungen, wenn sie für beide Partner zu einer Gewinnerwartung führt. Die Investition Therapie muss sich individuell für beide lohnen.

Häufig kommen beide Partner erst einmal mit unterschiedlichen Aufträgen, die sie an den/die TherapeutInn richten: Verändern Sie doch bitte meinen Partner/meine Partnerin so, dass er/sie mich mehr begeht, wird selten so offen formuliert, steht aber häufig hinter Aufträgen wie: Es soll wieder sein, wie am Anfang. Das Problem soll gelöst werden.

Machen Sie doch bitte meiner Partnerin klar, dass ihr übersteigertes Wollen nicht normal ist. Es ist doch völlig normal, dass die Leidenschaft nachlässt.

Wie lässt sich nun mit unterschiedlichen, zunächst nicht miteinander vereinbaren Aufträgen umgehen? Clement schlägt die Auftragsklärung über Phasen vor:

"Offenbar ist eine Phase Ihrer (sexuellen) Beziehung zu Ende gekommen. Das merken sie daran, dass Sie sich in eine unlösbare Sackgasse bewegt haben. Die alte Phase geht so nicht weiter - und die neue Phase kennen Sie noch nicht.

Könnten Sie sich vorstellen, die Therapie als Begleitung im Übergang zwischen alter und neuer Phase zu verstehen? In dieser Übergangszeit überlegen Sie, wie die Karten neu gemischt werden sollen und was Sie in Ihrem jetzigen Lebensabschnitt brauchen, um eine für Sie befriedigende und stimmige Sexualität zu entwickeln - mit offenem Ergebnis. Lohnt sich für Sie eine solche Investition?"

Am Ende des Therapieprozesses steht die Möglichkeit, Sexualität "neu" zu erfinden, aber auch zu scheitern.

2 Der Prozess der Differenzierung

Während die meisten Sexualtherapien Gemeinsamkeiten zwischen Partnern fokussieren, schlägt hier die systemische Sexualtherapie nach Clement einen völlig anderen Weg ein. Stark beeinflusst durch die Konzepte von Schnarch (2004), fokussiert Clement die Differenz zweier Partner.

Ausgehend vom jeweils individuellen sexuellen Profil eines Partners, meint Clement, dass die individuelle Sexualität im Laufe der Partnerbindung immer weiter zugunsten einer dyadisch gelebten Sexualität aufgegeben wird. Er nennt dies den kleinsten gemeinsamen Nenner. Gelebt wird nur das, wovon angenommen wird, dass es der Partner auch schätzt. Fantasien, Wünsche und Praktiken, von denen gewusst oder angenommen wird, dass sie „verboten“ sind, werden nicht mehr offen gewünscht, kommuniziert und gelebt. Durch den kleinsten gemeinsamen Nenner werden die sexuellen Optionen eines Paares also immer weiter eingeschränkt. Nun ist die Frage, warum sich Paare freiwillig in ihren Möglichkeiten beschneiden?

Ein sexuelles Profil oder auch sexuelles Script kann sehr intim sein. Es umfasst vergangene Erfahrungen, die gegenwärtige Aktivität, Werte und Einstellungen, Vorlieben und Abneigungen, Fähigkeiten sowie Wünsche und Fantasien. Ausgehend von der Prämisse, dass Sexualität nicht nur „gute“ Anteile hat, sondern auch tabuisierte, kommen den sexuellen Phantasien und Wünschen eine große Bedeutung zu. Kann sich ein Partner dem anderen mit seiner Unterschiedlichkeit, von der er nicht weiß, ob sie geteilt

und gebilligt wird, zumuten? Diese Frage nach den Unterschieden kann Angst machen. Die Partner schützen sich vor dieser Angst, in dem sie ängstigende Unterschiede aus der Kommunikation ausschließen (exkommunizieren). Diese Exkommunikation hat zwei Komponenten:

1. die Partner zeigen sich selbst als begehrendes Subjekt nur teilweise. Unter Umständen verschweigen sie einen großen Teil ihrer Wünsche, Vorlieben und Möglichkeiten.
2. Die Partner nehmen das sexuelle Profil des Anderen nur teilweise wahr, sie wissen also nur einen Teil (den risikofreien gemeinsamen) des Partners. Diese nichtkommunizierte Exkommunikation schützt das Paar zwar vor angstmachenden Unterschieden, kann die Möglichkeiten der sexuellen Interaktion aber aber stark einschränken. Langeweile und wenig erotische Spannung können Folge des kleinsten gemeinsamen Nenners sein.

In dieser Therapiephase geht es also darum, die Unterschiede zwischen zwei Partnern offen zu legen. Von der Partnervalidierung (Ich zeige mich sexuell so, dass ich eine bestätigende Reaktion meines Partners erwarten kann.) hin zur Selbstvalidierung (Ich zeige mich sexuell so, wie es mir entspricht. Dabei nehme ich eine nicht-bestätigende, angstvolle, wütende Reaktion des Partners in Kauf.

Interventionen in dieser Phase:

Das ideale Sexuelle Szenario (ISS)

Das ISS dient dazu, auf der Grundlage des sexuellen Profils, eine Situation zu phantasieren, die die eigenen egoistischen Wünsche, Bedingungen idealtypisch zu gestalten.

Praktisches Vorgehen:

- Stellen Sie sich vor, Sie dürften ganz egoistisch sein und müssten auf Ihren Partner keine Rücksicht nehmen.
- Welcher Ablauf einer für Ihre Bedürfnisse idealen sexuellen Begegnung würden Sie sich wünschen? Ideal heißt, für Sie optimal erregend und stimmig, also zu sich als sexueller Person passend.
- Schreiben Sie auf ein Blatt Papier, was Sie mit wem wie genau wo tun würden
- Verschließen Sie das Blatt Papier in ein Kuvert und sprechen Sie mit Ihrem Partner nicht darüber
- Was mit dem Papier geschehen soll, entscheiden allein Sie. Wir besprechen das in der nächsten Sitzung.

In der nächsten Sitzung wird dann nachgefragt, ob das Paar die Aufgabe in Angriff genommen hat. Wenn ja, werden beide gefragt, ob sie ihr ISS öffnen möchten und ob sie

das ihres Partners oder ihrer Partnerin wissen wollen.

In dieser Phase wird Mut gefordert, da es Partnern oft große Angst macht, sich selbst zu zeigen bzw. zu erfahren, wenn sich der Partner zeigt. Angesichts dieser Tatsache, geht Clement hier extrem langsam und kleinschrittig vor. Er legt großen Wert auf den Verhandlungsprozess und koppelt kleinschrittig beide Partner zurück. Häufig ist es für beide Partner schwer, sich zu zeigen. Sie wünschen sich Besserung, wollen mehr Leidenschaft und Lust erleben, dennoch aber im alten Muster bleiben. Häufig sind Äußerungen wie: Ich öffne meines nur, wenn du anfängst. Ich muss es mir überlegen, ob ich meines öffnen möchte. Ich bin mir nicht sicher, ob ich es ertrage zu hören, was du geschrieben hast. Das Risiko ist so hoch, ich traue mich nicht. Das ISS fordert also den Mut der Partner, sich zu zeigen und den anderen in seiner unkalkulierbaren Unterschiedlichkeit wahrzunehmen.

Die Verhandlung darüber, ob dies geschehen soll oder nicht, versetzt Paare in psychischen und physiologischen Stress. Viele vermeiden diese Situation, indem sie das ISS nicht bearbeiten, vergessen oder sich keine Zeit dafür nehmen. Wenn dem so ist, kann es wichtig sein, die Angst vor Veränderung wohlwollend aufzunehmen. Eine mögliche Reaktion wäre: Verstehe ich Sie richtig, dass die Zeit für Veränderung noch nicht gekommen ist. Wäre es gut, sich noch einmal der Vergangenheit zuzuwenden?

Die Konsequenz der Nichtveränderung

Diese Intervention konkretisiert die Folgen der Nichtveränderung. Veränderungen können aus zwei Beweggründen vollzogen werden: entweder, weil sie attraktiv sind (KlientInnen wollen das Neue) oder weil die Nichtveränderung unattraktiv ist (KlientInnen müssen das Neue, weil das Alte nicht mehr geht).

Die Intervention der Nichtveränderung reizt den zweiten Beweggrund aus, indem der Preis des Status Quo (Nicht-Veränderung) erörtert wird. Denn: Sowohl Veränderung als auch Nichtveränderung haben ihren Preis. Was kostet es jeden Partner, wenn er/sie auf seinem/ihrem Status verharrt. PartnerInnen haben nur dann Anlass zur Veränderung ihres Verhaltens, wenn Nichtveränderung nicht folgenlos bleibt.

Zur Konkretisierung der Nichtveränderung werden hypothetische Fragen genutzt, z.B.:
Angenommen Ihre PartnerIn ändert sein Verhalten nicht so, wie Sie es sich erhoffen; was folgt dann für Sie daraus? Wie lange geben Sie Ihrem Partner noch Zeit, bis Sie Konsequenzen ziehen? Was würden Sie dann tun? etc.

Diese Intervention macht Ernst, insofern steht sie nicht am Anfang eines Therapieprozesses. Die Folge kann eine Trennung der Beziehung bedeuten, nicht unbedingt der Partner. Wenn etwas Altes zu Ende geht, kann etwas Neues beginnen.

Die Begegnung auf der Basis von Getrenntheit (Verhandeln)

Zu den einflussreichsten Faktoren einer stagnierenden sexuellen Entwicklung gehört die Vorstellung, Sex müsse spontan sein. Da Paare in langjährigen Beziehungen, die durch Vorwürfe und Enttäuschungen belastet sind, nur selten spontan Sex haben, verhindert die Spontaneitätsvoraussetzung, dass es zu sexuellen Begegnungen kommt.

Eine Musterunterbrechung besteht darin, Sex zu verhandeln. In dieser Logik wird Sex nicht primär als authentischer Ausdruck eines spontanen Gefühls oder Begehrens verstanden, sondern als Gut, über dessen Austausch verhandelt werden kann.

Das betrifft im Kern die Logik des Gebens und Nehmens: Um für mich befriedigenden Sex zu bekommen, gebe (investiere) ich beim Partner/der Partnerin, indem ich ihm/ihr den Sex anbiete, der für sie/ihn befriedigend ist. Es geht also um Investitionen, nicht um Kompromisse oder Nachgeben.

Die Intervention im Fallbeispiel

Ein Mann arbeitet in der Woche sehr lange und wünscht sich manchmal eine schnelle sexuelle Begegnung mit seiner Frau zur Entspannung. Die Ehefrau kann sich für diese Art der sexuellen Begegnung überhaupt nicht begeistern. Sie braucht das Gespräch, eine entspannte Stimmung und viel Zeit. Die beiden Bedürfnisse liegen weit auseinander, so dass kein Kompromiss möglich ist. Damit beide zu ihrem Recht kommen können, also einen Gewinn haben, könnte einmal der Mann und einmal die Frau die Art des Sex bestimmen. Dabei geht es nicht darum, bloß nicht zu viel von den eigenen Erwartungen aufzugeben, sondern um einen Austausch von Geben und Nehmen. „Ich investieren an einem Tag, damit ich an einem anderen Tag den Gewinn habe.“

Verhandeln ist ein Akt zwischen zwei freien Menschen, sowohl ja als auch nein sagen zu können. Wichtig sei, betont Clement, dass beide Partner abwechseln und ihre Bedürfnisse nicht vermischen. Auf diese Weise wird die Unterschiedlichkeit beider Partner inszeniert. Viele Paare tun sich mit diesen Gedanken zunächst schwer, so dass der/die Therapeut/in Hilfestellung bei der Verhandlung anbieten kann: „Manchen Paaren hilft“ (...) oder „Probieren Sie doch dieses oder jenes“. Eine weitere wirkungsvolle Möglichkeit besteht darin, dass in der Inszenierung ein Rollentausch vorgenommen wird. Das Beispelpaar würde sich dann darauf einigen, dass der Mann den romantischen Abend plant und die Frau den Quickie inszeniert.

Grundsätzlich sind im Rahmen dieser Intervention nur Handlungen verhandelbar, keine Gefühle.

5.2.4 Diskussion des vorgestellten Konzeptes für die Beratung von Paaren mit sexuellen Themen im Kontext von EFL-Beratung

Clement fokussiert in seinem Therapiekonzept die „Differenzierung“ als Basis für partnerschaftliche Begegnung. Das widerspricht der häufig vorkommenden romantischen Einstellung von Paaren, bei der eine erfüllte Partnerschaft und Sexualität von größtmöglicher Nähe und Intimität abhängt. (Auch einige Therapeuten denken so). Eigene Vorstellungen und Fantasien zu benennen, bringt viele Paare in einen Konflikt, der mit Angst einhergeht. In der Praxis muss sich der/die Therapeut/in auf einen Prozess einstellen, in dem er/sie mit Ambivalenzen und Ängsten umgehen muss.

Clements Konzept besticht durch einen klaren Aufbau und nützliches systemisches Handwerk, die er in der Ausbildung, die er anbietet und an der ich teilgenommen habe, strukturiert vermittelt.

Kennzeichnend für seine Haltung ist der ihm typische Ethnologenblick, der sexuelles Handeln, Fantasieren, Wünschen und Fühlen nicht bewertet. „Gute“ Anteile von Sexualität wie Liebe, Annahme und Zugehörigkeit sind genauso von Wert wie „dunkle“ Anteile wie Macht und Ohnmacht, Rache und Hass. Clements Neutralität endet erst beim Vorliegen einer Straftat. Darin liegt die Provokation des Konzeptes, das den Menschen in die Freiheit entlässt und keine Vorschläge dazu macht, wie richtiges, gesundes, liebevolles sexuelles Verhalten auszusehen hat. Klienten werden mit den Konsequenzen ihrer Entscheidungen konfrontiert, nicht mit Wertvorstellungen. Dementsprechend fokussiert Clement nicht unbedingt Sexualität in einer festen Beziehung, sondern lässt andere Möglichkeiten zu, so lange es der Lust dient. In diesem Punkt widerspricht er sicherlich den Vorstellungen der katholischen Kirche, die EFL-Beratung finanziert.

Die Interventionen der systemischen Sexualtherapie stellen eine große Herausforderung für KlientInnen, aber auch TherapeutInnen dar (Meine eigenen Erfahrungen mit dem Idealen Sexuellen Szenario hatte ich eingangs geschildert). Clement unterscheidet in Spiel- und Ernstinterventionen. Spielinterventionen ermöglichen eine größeren Handlungsspielraum, Ernstinterventionen schaffen neue Paarwirklichkeiten, die Konsequenzen für das Paar haben und nicht rückgängig zu machen sind. Um Ernstinterventionen auszuhalten, braucht es Leidensdruck. Insofern kann dieser Ansatz Paaren helfen, die wirklich Veränderung wünschen und bereit sind, ein Risiko einzugehen.

5.3 Intimität und Verlangen: Der Crucible-Ansatz von David Schnarch (2004)

5.3.1 Theoretischer Hintergrund

Schnarch (2004, 2011a,b) geht in seinem systemischen und sexualtherapeutischen Ansatz davon aus, dass sexuelles Begehrten nicht nur in der Anfangsphase einer Beziehung, sondern auch in den späteren Jahren einer Beziehung gelebt werden kann. Unter sexuellem Verlangen versteht Schnarch mehr als nur einen biologischen Trieb, sondern ein sehr komplexes Phänomen. Zur Erklärung der Entwicklung und Aufrechterhaltung einer leidenschaftlichen Sexualität hat Schnarch das Differenzierungskonzept von Bowen (1978) herangezogen.

"Unter dem Prozess der Selbstdifferenzierung wird im Kern die Entwicklung eines um seine emotionalen und intellektuellen Bedürfnisse wissendes Selbst bei einer gleichzeitig bestehenden nahen Beziehung zu dem geliebten anderen verstanden." (Hartmann, 2006: 440)

5.3.1.1 Aspekte des sexuellen Verlangens

Für Schnarch existieren vier Antriebe des sexuellen Verlangens.

Lust: (biologischer Trieb, Geilheit). Romantische Liebe, Bindung und den Drang zur Entwicklung und Aufrechterhaltung eines Selbst (Schnarch, 2011b).

Er geht davon aus, dass Menschen ihr Selbst in Paarbeziehungen ausdifferenzieren müssen (*the urge to develop and maintain a self*), es in einer Paarbeziehung immer um die Frage geht: „gehöre ich mir selbst oder gehöre ich meinem Partner?“ (Autonomie und Bindung).

"Sicherlich sind wir biologisch und psychologisch dazu programmiert, uns fortzupflanzen (...). Wie alle Tiere erleben wir sexuelle Anspannung, suchen wir Lust und vermeiden Schmerz. Doch Ihr Gehirn - nicht Ihre Hormone oder Genitalien - ermöglichen es Ihnen, starkes Verlangen zu empfinden und den Sex zu transzendieren. Das typisch menschliche am sexuellen Verlangen ist hier die einzigartige Fähigkeit des Gehirns, Sex mit einer Bedeutung zu verbinden. Ihr Verlangen hat starken Einfluss auf Ihren Partner und ihre gemeinsame Beziehung" (Schnarch, 2011a: 41).

Dabei stellt er fest, dass sexuelles Verlangen immer dann verschwindet, wenn Paare in diesen in jeder Partnerschaft unausweichlichen Kampf um Autonomie und Bindung verwickelt sind.

Er versteht also diese Verwicklung nicht als Ausdruck einer pathologischen Paarbeziehung, sondern er definiert diesen Prozess als unausweichlich und natürlich. Genauso sieht er die Folge, nämlich das Schwinden des sexuellen Verlangens. Dabei unterscheidet er die Partner hinsichtlich ihres sexuellen Verlangens in den Partner mit hohem sexuellen Verlangen und Partner mit niedrigem sexuellen Verlangen. Er beschreibt diese Eigenschaften nicht als persönlich oder pathologisch (z.B. Störung der sexuellen Funktion), sondern als Position in einer Partnerschaft. Sexuelles Verlangen ist also relativ in jeder Beziehung. Ein Partner kann in der einen Partnerschaft die Position desjenigen einnehmen, der das geringere Verlangen hat und in einer anderen die gegensätzliche Position.

Schnarch ist der Ansicht, dass erst durch die Paardynamik diese an für sich neutralen Positionen problematisiert werden. Der/die Partner/in mit dem höheren Verlangen pathologisiert den/die Partner/in mit dem niedrigen Verlangen, da er/sie sich in seinen/ihren Bedürfnissen nicht gespiegelt fühlt und im Laufe der Zeit durch die mangelnde Bestätigung und Wertschätzung als Mann oder Frau verunsichert wird.

So entsteht im Laufe der Zeit ein (Teufels)Kreislauf von Problemen, da Paare Zurückweisung sehr persönlich nehmen, statt diese als natürlichen Prozess zu verstehen, in dem es einige Gesetzmäßigkeiten gibt:

- 1 Der Partner mit dem schwächeren sexuellen Verlangen hat immer die Kontrolle über den Sex.
- 2 Die Gültigkeit dieser Regel kann nicht aufgehoben werden, es sei denn durch Vergewaltigung, Nötigung, Betteln etc.
- 3 Sex wird in der Regel durch den verlangensstärkeren Partner initiiert. Der verlangensärmere Partner entscheidet, ob er darauf eingehen möchte.
- 4 Auf diese Weise wird entschieden, ob es zu Sex kommt oder nicht. Dabei geht es in der Regel dem verlangensärmeren Partner nicht darum den anderen in seiner Sexualität zu beschneiden oder zu kontrollieren, sondern darum, sich selbst zu gehören. Verlangensschwächere Partner leiden oft sehr und wünschten sich im Sinne der Partnerschaft besser „zu funktionieren“.

Durch diese Prozesse, die zuerst durch das Suchen von Kompromissen gelöst werden sollen, entstehen im Laufe der Zeit Zwickmühlen, in denen das Paar gefangen ist. Es geht nicht vor und nicht zurück. Jedes Weichen beschädigt die persönliche Integrität sowie die des Partners/der Partnerin. Wie viel Ich und wie viel Wir darf beziehungsweise muss in der Beziehung gelebt werden. Diese Pattsituationen oder Zwickmühlen rufen oftmals heftige Krisen hervor, die Paare in Therapie führen und wachstumsanregend wirken können, sofern sich Paare auf diesen oft schmerzlichen Prozess einlassen.

Schnarch meint, dass diese Konflikte für die Weiterentwicklung (Evolution) absolut notwendig seien. Seiner Ansicht nach ist die Chance der persönlichen Evolution am intensivsten in einer nahen Beziehung zu Partnern oder Kindern gegeben.

Paartherapie in Schnarchs Sinne soll also dementsprechend dazu beitragen, Wachstumsprozesse zu ermöglichen und zu fördern. Dies ist auch in dem Namen seines Ansatzes „crucible“ angedeutet, was soviel wie Schmelztiegel bedeutet. Es ist also selbstredend, dass es in dieser Therapie nicht um Kompromissfindung oder mehr Harmonie geht, sondern um psychische Wachstumsschmerzen auf dem Weg zu einem reifen stabilen Selbst, dass sich erst durch den Prozess der Differenzierung bilden kann.

5.3.1.2 Die Differenzierung

Der Begriff und die Theorie der Differenzierung wurde durch Bowen (1978) geprägt. Bowen und seine Mitarbeiter verstanden diese Theorie als Kritik an der Bindungstheorie (S. Kap. 4.3.1).

Demnach muss der Mensch zwei der fundamentalsten Antriebe - Bindung und Autonomie - ausbalancieren. Ein reifes Selbst sollte demnach die Fähigkeit haben, ein intaktes und emotionales Gleichgewicht innerhalb und außerhalb wichtiger und naher Beziehungen im Leben aufrecht zu erhalten.

Schnarch beschreibt das in einer Ehe so: „I want to be with you, but I do not want you to tell me what to do“ (Schnarch, 2011b)

Er kritisiert die Übertragung der Erkenntnisse der Bindungstheorie auf erwachsene Menschen und argumentiert wie folgt. Für Kinder sei es in den ersten Jahren wichtig und notwendig verlässlich gebunden und emotional gespiegelt zu werden. Dieses schaffe die Grundlage für die Entwicklung eines Selbstgefühls, das in der Kindheit noch von anderen abhängig ist (gespiegeltes Selbst). Im Laufe der Zeit könne der Mensch aber nur ein reifes unabhängiges Selbst entwickeln, wenn er nicht von der Spiegelung anderer Menschen abhängig sei. Er meint damit nicht, dass andere Menschen unwichtig seien,

sondern die Fähigkeit, auch im Konfliktfall bei sich selbst bleiben zu können (ungespiegeltes Selbst). Diese Fähigkeit entwickelt sich nicht durch fortlaufende Spiegelung durch den Partner, so wie es sich viele Menschen in einer romantischen Partnerschaft wünschen, sondern in Momenten der Nichtvalidierung von anderen, also einem Mangel an Wertschätzung. Nur die Abwesenheit von emotionaler Bestätigung führt zur Weiterentwicklung. "Das Selbst entwickelt sich durch Konflikte weiter und braucht dazu die Beziehung" (Schnarch, 2011b).

Er kritisiert, dass viele Menschen eine Beziehung mit der Vorstellung beginnen, dass hier Zuwendung nachgeholt werden könne, die in der Kindheit vermisst wurde. Die Erwartung an den Partner, für „mich“ da zu sein, mache den Menschen zu ewigen Kind und verhindere Weiterentwicklung.

Die vier Aspekte der Balance

Schnarch nennt vier Grundeigenschaften, die für die Ausbildung eines differenzierten Selbst notwendig sind.

1. Die Ausbildung eines stabilen und flexiblen Selbst (Solid Flexible Self)

Dabei darf ein stabiles Selbst nicht mit rigidem und starrem Verhalten verwechselt werden. Ein Mensch mit einem stabilen Selbst gibt anderen Menschen Raum, übernimmt Anregungen und Kritik, trifft aber eigene Entscheidungen. Schnarch beschreibt ein stabiles Selbst als ein Selbst in Beziehung, das durch Werte, Ziele und Prinzipien, die dem Individuum wichtig sind, gesteuert wird. Beziehungsfähigkeit entstehe im Individuum, Stabilität entstehe, wenn beide Partner bei sich bleiben können, ohne sich im anderen zu verlieren, d.h. es darf keine emotionale Abhängigkeit bestehen. „Wenn man es braucht, gebraucht zu werden, wird man von einem Partner gewählt, der keine Wahl hat.“ (Schnarch, 2011b) Mit stabilem Selbst wird im Grunde eine geringe Fusionsbereitschaft mit anderen bezeichnet, verbunden mit der Fähigkeit, sich nicht durch negative Gefühle anderer manipulieren zu lassen.

2. Die Fähigkeit zur Selbstregulierung (Quiet Mind & Calm Heart)

Hier geht es um die Fähigkeit, mit eigenen Ängsten umgehen zu lernen, sich selbst beruhigen, die eigenen Gefühle zu besänftigen und für das eigene Wohlbefinden Verantwortung zu übernehmen.

3. Angemessenes Reagieren (Grounded Responding)

Diese Fähigkeit meint angemessene und regulierte Reaktionen auf schwierige Situationen und Menschen. Kein Überreagieren auf die Überreaktionen anderer.

4. Sinnvolle Beharrlichkeit (Meaningfull Endurance)

Hier ist die Fähigkeit und Bereitschaft gemeint, auch unangenehme Gefühle zu ertragen und für die persönliche Weiterentwicklung in Kauf zu nehmen "to tolerate pain for growth".

Schnarch ist der Ansicht, dass die Entwicklung der vier Aspekte der Balance zu vermehrtem sexuellen Verlangen führen und innerhalb der Paarbeziehung zu mehr selbstbestätigter Intimität.

5.3.1.3 Selbst- und fremdbestäigte Intimität

Schnarch unterscheidet zwei Arten von Intimität:

1. Fremdbestäigte Intimität: kommt im Kindes- und Jugendalter vor und wird in der Regel innerhalb romantischer Liebesbeziehungen gewünscht. Diese Form der Intimität begünstigt emotionale Abhängigkeit und Verwicklung der Partner, die sogenannten Zwickmühlen. Hintergrund ist die oftmals lebenslängliche Suche nach einem positiv gepiegeltem Selbstgefühl.
2. Selbstbestäigte Intimität ist die reife Liebe zwischen zwei Erwachsenen und beruht auf den vier Aspekten der Balance.

„Wenn Ihr Partner nicht akzeptiert, was Sie sagen, wenn er Sie offen kritisiert oder wenn er Ihnen keine Beachtung schenkt, benötigen Sie die Fähigkeit zu maßvollem Reagieren und sinnvoller Beharrlichkeit. Bei der fremdbestätigten Intimität steht Ihr gespiegeltes Selbstempfinden im Mittelpunkt.“ (Schnarch, 2011:135)

Intimität und Beziehung

Schnarch ist der Ansicht, dass frisch Verliebte von fremdbestätigter Intimität leben, sie suchen nach Verbundenheit, Nähe und Übereinstimmung, möglichst grenzenlos. Längerfristige Beziehungen können dies nicht aufrecht erhalten, sie erfordern selbstbestäigte Intimität, die sich laut Schnach nicht unbedingt angenehm anfühlt, aber bei beiden Partnern Wachstumsprozesse anregen kann.

Intimität ist demnach „ein interpersonaler Prozess, der Selbstkonfrontation und Selbstoffenbarung im Beisein des Partners beeinhaltet.“ (Schnarch, 2011:135) Dies kann zu intensiven Momenten der Begegnung zwischen zwei Menschen führen. Beide Beteiligte erkennen einander. Für Schnarch ein Prozess, der basierend auf neurowissenschaftlichen Grundlagen Entwicklungsbedingungen für die Evolution des Geistes in sich trägt.

Intimität und Begehrten

Wenn ein Paar gegenseitig abhängig von fremdbestätigter Intimität ist, entstehen laut Schnarch Schwierigkeiten, die das sexuelle Verlangen betreffen. Kein Partner zeigt sich in diesem Fall authentisch mit seinen Gefühlen, Wünschen und Bedürfnissen, aus Angst, den anderen zu verletzen oder zu verlieren. Es wird nur das dargeboten, von dem beide Partner denken, dem anderen gefallen könnte. Dadurch entstehen Zwickmühlen, da jedes Selbst neben Bindung das Bedürfnis nach Autonomie und Authentizität hat. Die alte Frage: Wie viel Ich darf es im Wir geben, taucht auf. Intimitätsprobleme und damit Probleme mit dem Begehrten treten immer dann auf, wenn zumindest ein Partner seine Autonomie einbüßt.

Nun ist Schnarch nicht der Ansicht, dass ein Paar ausschließlich selbstbestätigte Intimität leben müsse, sondern eine gute Mischung aus beiden Formen. Dabei sieht er die selbstbestätigte Intimität im Dienst der sexuellen Lust und des Verlangens und die fremdbestätigte Intimität für die Verbindung von Sex mit Wir-Gefühl, Romantik und nährende Zuwendung.

„Intimität beim Sex verbindet zwei der stärksten intersubjektiven Erlebnisse des Menschen. Dabei muss es sich nicht immer um sanften liebevollen Sex handeln. Auch vulgärer Sex und Quickies können mit Intimität verbunden sein, sofern sie sich nicht einseitig auf diese Formen der sexuellen Aktivität fixieren“ (Schnarch, 2011:161).

5.3.2 Die Praxis der Therapie

5.3.2.1 Grundsätzliches

Laut Schnarch (2011b) besteht die Kunst einer guten Therapie aus einem ausgewogenen Verhältnis zwischen Pacing (Spiegeln) und Leading (Führen). Dabei versteht er das Pacing als Herstellen einer Übereinstimmung mit einem oder mehr Elementen innerhalb des Klientensystems. Beim Leading führt er einen Unterschied in das System der Klienten ein, der auf dem Pacing aufbaut oder darüber hinausgeht. Unterschiede sind bei ihm vor allem Bewegungen des Systems in Richtung Differenzierung. Auf ein Leading muss immer eine Bestätigung des Klienten folgen, sonst muss zum Pacing zurückgekehrt werden.

Er merkt an, dass für starkes Leading „kollaborative Allianzen“ gebraucht werden. Darunter versteht er eine Allianz zwischen KlientInnen und Therapeutensystem, die

gemeinsame Ziele und klare Vorsätze auch in schwierigen Situationen erlaubt. Voraussetzung sei ehrliche Selbstkonfrontation, die auch dann aufrecht erhalten wird, wenn es nicht zum eigenen Vorteil ist. Den Therapeuten sieht er in der Bildung und Aufrechterhaltung der kollaborativen Allianz in einer einseitigen verantwortungsvollen Rolle. Es gehe nicht darum, KlientInnen ein gutes Gefühl zu vermitteln, sondern verantwortlich zu konfrontieren. Das sei nicht immer angenehm und setze beim Therapeuten eine hohe Ausprägung an Eigendifferenzierung und der Ausbildung der vier Aspekte der Balance voraus. Hier wird deutlich, warum Schnarch viel Wert auf Selbsterfahrung bei TherapeutInnen legt. Er ist der Ansicht, dass nur differenzierte TherapeutInnen Differenzierungsprozesse bei ihren KlientInnen anregen und begleiten können. Durch die Fähigkeit der KlientInnen, im Therapeuten zu "lesen", spürten diese genau, was im Therapieprozess möglich oder eben nicht möglich sei.

5.3.2.2 Interventionen

Schnarch nutzte in seinem Konzept bisher keine konkreten standartisierten Interventionen. In seiner letzten Veröffentlichung jedoch regt er verschiedene Körper-Geist-Übungen an, die er neuroplastisches Training nennt (2011a, 2011b).

Im Folgenden wird die wesentlichste Übung, zu denen die KlientInnen in der Sitzung angeleitet werden können, dargestellt. Sie heißt: Umarmen bis zur Entspannung (hugging till relax) und dient dazu, gleichzeitig eine tiefere Beziehung zum Partner aber auch zu sich selbst aufzubauen. Dabei soll eine einfache Umarmung, die zwischen 5 und 10 Minuten dauern soll dazu genutzt werden, die Beziehung zum Partner deutlich zu verbessern. Schnarch (2011b) meint dazu: „Das ist länger als üblicher Sex in den USA dauert“. (Übersetzung der Autorin)

"Bereiten Sie sich selbst auf die Übung vor, in dem Sie sich ein paar Minuten Zeit nehmen, in denen Sie zur Ruhe kommen und sich ihr Herzschlag beruhigt. Stellen Sie sich dann mit ein paar Schritten Distanz vor Ihren Partner/Ihre Partnerin hin. Nehmen Sie einen ausgeglichenen Stand ein, bei dem Sie beide Füße gleichmäßig belasten. Schließen Sie Ihre Augen, atmen Sie tief ein und entspannen Sie von neuem. Öffnen Sie Ihre Augen, und wenn Sie beide soweit sind, bewegen Sie sich vorwärts, ohne Ihre entspannte Körperhaltung aufzugeben, bis Sie einen Fuß zwischen die Füße Ihres Partners/Ihrer Partnerin bewegt haben. Stellen Sie sich dicht genug an ihn/sie heran, damit Sie bequem Ihren Arm um ihn/sie legen können, ohne dass Sie das Gefühl haben, die Balance zu verlieren oder ihren Partner aus dem Gleichgewicht schieben oder ziehen. Verändern Sie Ihre Haltung so, dass es für Sie körperlich angenehm ist. Entspannen Sie sich in die

Umarmung hinein und vergessen Sie nicht zu atmen. Es werden mit Sicherheit viele Gefühle über Sie selbst oder über Ihren Partner auftauchen. Nehmen Sie Ihre Widerstände wahr, aber geben Sie Ihnen nicht nach. Reden Sie danach mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin über Ihre Erfahrungen. Oftmals muss man hierfür zwar an mehreren Tagen in der Woche über mehrere Monate hinweg üben, aber Sie werden über die Verbesserungen, die daraus resultieren, verblüfft sein." (Schnarch, 2011b)

Schnarch nutzt die Anleitung dieser Übung auch zur diagnostischen Informationsgewinnung innerhalb der Paarbeziehung und stellt fest, dass sich viele Themen des Paares hier zeigen: Wer initiiert Beginn und Ende der Übung? Wie vermitteln sich beide Partner Anfang und Ende. Wie reagiert beide Partner aufeinander? Gelingt es den Partnern bei sich selbst zu bleiben trotz intensiver Umarmung? Gelingt es aus der Umarmung keine sexuelle Interaktion zu machen? Etc. Auch aus der Nachbesprechung könne sehr viel Nutzen für den Therapieprozess gezogen werden. Durch fortlaufendes Üben vermindere sich die Angst der Partner und die zwischenmenschlichen Spannungen, dazu verstärke sich die kollaborative Allianz zwischen beiden Partnern.

Weitere Übungen aus dem neuroplastischen Training sind in Intimität und Verlangen (2011a) ausführlich beschrieben. Sie ähneln der Umarmung bis zur Entspannung, deshalb werden sie an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt.

5.3.2.3 Diskussion des vorgestellten Konzeptes für die Beratung von Paaren mit sexuellen Themen im Kontext von EFL

Schnarchs Fokus liegt auf dem Anstoßen und Entwickeln von Differenzierungsprozessen sowie selbstbestätigter Intimität. Dies fördert sexuelle Lust und Begehrten, bei den meisten KlientInnen aber auch große Ängste. Ähnliches habe ich bei der Diskussion von Clements Ansatz schon beschrieben.

Clement hat das Differenzierungskonzept von Schnarch übernommen und mittlerweile auch die neuroplastischen Übungen in seinen Interventionskatalog aufgenommen. Beide Konzepte ähneln sich, beide sind systemisch. Dennoch weichen sie voneinander ab, was vor allem durch die Therapeutenpersönlichkeit geschieht.

Während Clement in jeder Therapiesitzung den distanzierten Ethnologenblick beibehält, fordert Schnarch Verantwortungsübernahme im Prozess. Schnarch geht in seinen Sitzungen sehr nah an seine KlientInnen heran, um den besagten Schmelztiegel zu

schaffen. Dabei betrifft Nähe nicht nur die Konfrontation in der Sitzung, sondern meint auch physische Dichte: „Der Klient muss meinen Atem an der Schulter spüren, sonst komme ich nicht ins System.“ (Schnarch, 2011b, Übersetzung der Autorin).

Die „Hitze“ des Prozesses ist also gewollt, Entwicklung soll beschleunigt werden, was sich auch durch die lange Zeitdauer der Sitzungen zeigt. Schnarch demonstrierte im Workshop, an dem ich im April 2011 teilnahm, eine Life-Sitzung über 210 Minuten. Er hatte keinerlei Mühe, die Konzentration zu halten. Eine wesentliche Aussage „speed creates hope“. Er meint damit, dass er intensiv und schnell arbeitet, da auf diese Weise der Prozess beschleunigt würde und seine KlientInnen durch schnelle Fortschritte Hoffnung schöpften.

Ein weiterer Unterschied beider systemischer Therapeuten ist, dass Clement neutral bleibt, Schnarch aber - vielleicht typisch amerikanisch - weiß, was gut und richtig ist. Er will das Beste im Menschen hervorheben und bezieht klar Stellung für die Monogamie, da er diese als Voraussetzung für gemeinsames geistiges und seelisches Paar-Wachstum sieht.

Insgesamt zeigt er sich deutlich autoritärer im Auftreten als Clement, was möglicherweise für europäische Klienten problematisch sein kann. Ich kann mir aber auch vorstellen, dass Klienten, die fachlichen Rat suchen und weniger auf Autonomie beharren, stark von diesem Ansatz profitieren können, sofern sie nicht zu ängstlich sind.

Schnarchs Arbeitsweise zeichnet sich durch konsequente Führung und Konfrontation aus. Das setzt beim Therapeuten eine gute Fähigkeit voraus, mit starken Gefühlen umzugehen, laut Schnarch vor allem mit den eigenen.

In seiner eindeutigen Haltung zur Monogamie und den Kampf für das „Gute“, verträgt sich dieses Konzept ausgezeichnet mit der Zielsetzung von EFL-Beratungsstellen. Ein weiterer Vorteil des Konzeptes liegt in der Anwendung auf alle Paarberatungen, da die Interventionen kein sexuelles Problem voraussetzen. Es ist das einzige Konzept, in dem die Übergänge zwischen Paar- und Sexualberatung sehr fließend sind.

5.4 tabellarischer Vergleich der drei sexualtherapeutischen Konzepte hinsichtlich einiger relevanter Variablen für die Praxis

	Beier/Loewit	Clement	Schnarch
Grundlegende Fachbereiche	Medizin, Biologie Neurobiologie, Psychologie	Psychologie, Ethnologie, Medizin	Psychologie, Neurowissenschaften
Grundliegende Theorien	Neuronale Verknüpfung von Bindungs- und Lustsystem, Neurowissenschaften	Differenzierungs-theorie, Skriptentheorie, Systemtheorie	Differenzierungs-theorie. Systemtheorie
Therapeutische Schule	Integrativ mit Schwerpunkt auf VT und Kommunikation	Systemisch	Systemisch
Kernaussage bezüglich Sex	Sex ist verkörperte Liebe und die Verkörperung der Grundbedürfnisse des Menschen Sex ist gesund	Sex hat nicht nur „gute“ Anteile, sondern auch „dunkle“ Alles ist erlaubt, sofern es verhandelt wird, es sei denn, es handelt sich um eine Straftat	Sex dient dem gemeinsamen Paarwachstum. Es geht nicht nur um romantische Liebe.
Kernaussage bezüglich der Ursachen von Lustlosigkeit	Organische Ursachen ausschließen, Bindungs- und Lustsystem in einer Partnerschaft verbinden	Lustlosigkeit entsteht durch Gewohnheit und Vorhersehbarkeit der Partnerinteraktion, sowie dem Leben des kleinsten gemeinsamen Nenners.	Lustlosigkeit entsteht durch mangelnde selbstbestätigte Intimität sowie Verstrickung in Autonomiekonflikten.
Therapeutische Ziele	Verknüpfung von Lust und Bindungserfahrungen	Förderung und Entwicklung von Differenzierung und Selbstbestätigter Intimität, Erwachsenes Verhandeln von Bedürfnissen	Förderung und Entwicklung von Differenzierung und Selbstbestätigter Intimität, Wachstum, Hervorbringen des „Besten“ der Persönlichkeit
Fokus auf	Bindung	Differenzierung	Differenzierung

Interventionen	Systemische Fragetechniken sowie Herausarbeiten der individuellen Bedeutung von Sex, sexualtherapeutische Körperübungen, die an Verhaltenstherapie angelehnt sind.	Systemische Fragetechniken, Ernstinterventionen wie das ISS, Konsequenz der Nichtveränderung, Verhandeln	Systemische Fragetechniken, Aufbau einer wesentlichen Zwickmühle, starkes Leading, neuroplastisches Training
Therapeutenwerte	Sex ist gesund und dient dem Wohlbefinden	Neutralität: Alles ist erlaubt, auch kein Sex.	Sex dient der gemeinsamen Entwicklung.
Kompetenzprofil des Therapeuten	Bio-Psycho-Soziale Zusammenhänge kennen, über Sexualität sprechen können, Systemische Fragetechniken, VT Interventionen anwenden können, im Paarsetting arbeiten können	Ausbildung in Systemischer Paar- und Sexualtherapie	Systemische Paartherapie, intensive Selbsterfahrung, hoher Differenzierungsgrad Ausbildung in „Crucible Therapie“
Geeignet für KlientInnen, die...	Sexuelle Aversionen, Störungen des sexuellen Verlangens, sonstige Funktionsstörungen haben.	Störungen des sexuellen Verlangens, sexuelle Funktionsstörungen, hohen Leidensdruck, mit schwierigen Gefühlen umgehen können, Freiheit und Autonomie wünschen.	Störungen des sexuellen Verlangens, sexuelle Funktionsstörungen, hohen Leidensdruck, Angst und Nähe aushalten können, Weiterentwicklung suchen, Wachstumsschmerzen tolerieren, fachlichen Rat suchen und Autorität akzeptieren.
Setting	Paarsetting, Kurzzeittherapie	Paarsetting, Kurzzeittherapie	Paarsetting, Kurzzeittherapie, Intensivtherapie einige Stunden tägl. über eine Woche.
Ausbildung der Therapeuten	Voraussetzung: Medizin- oder Psychologiestudium	Paartherapie, eigenes Institut	Paartherapie, eigenes Institut
Anwendbarkeit in der EFL-Beratung	Ja, sofern die medizinischen Kenntnisse vorhanden sind.	Ja, aber Konflikte möglich durch Werte der kath. Kirche	Ja, aber nur mit KlientInnen, die Autorität akzeptieren

6 Praxis

Der vorliegende Fall wurde im Kontext des Masterstudiengangs „Ehe- Familien- und Lebensberatung“ an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen bearbeitet. Es handelt sich neben der Fallarbeit zur Beratung eines Paars mit sexuellen Fragestellungen auch um die Fallarbeit zur eigenen Beratungspraxis zum Thema: Beratung in Fragen von Ehe- und Partnerschaft zur Erlangung des BAG-Diploms (Ehe- Familien- und Lebensberatung).

Die praktische Fallarbeit untergliedert sich in 5 Unterpunkte: Nach einer einleitenden Falldarstellung anhand demografischer Daten, Kontextvariablen, Problemdefinition, Information zu den Herkunftsfamilien, Erwartungen und Anliegen der Klienten, werden im zweiten Unterpunkt diagnostische Überlegungen und Hypthesen dargestellt. Im dritten Abschnitt liegt der Schwerpunkt auf den Zielen und der Auftragsklärung. Im vierten wird der Beratungsprozess beschrieben und im letzten Abschnitt noch einmal unter besonderer Berücksichtigung des Therapeutischen Systems und der eigenen beraterischen Kompetenz und Entwicklung abschließend reflektiert.

6.1 Falldarstellung

6.1.1 Demografische Daten

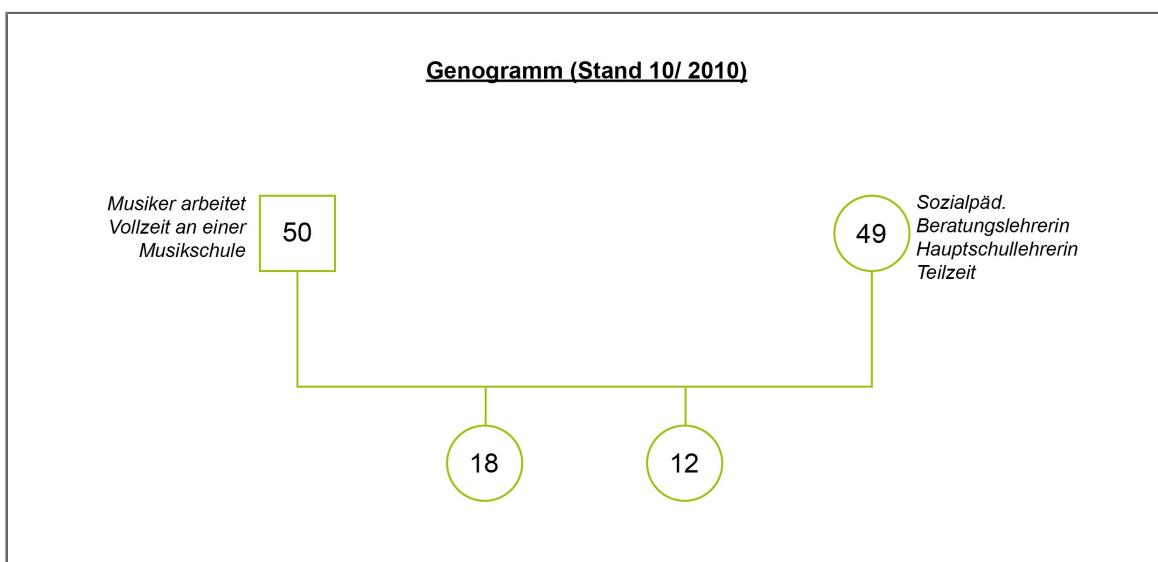
Bei den Klienten handelt es sich um ein Ehepaar: Frau H. ist zum Zeitpunkt des Erstkontaktes 49 Jahre alt, Herr H. gerade 50 geworden. Die Beratung fand in der Ehe- Familien- und Lebensberatungsstelle Karlsruhe statt und dauert zur Zeit noch an. Sie umfasste bisher 12 Sitzungen innerhalb eines Zeitraumes von 10 Monaten, wovon 1 Sitzung als Einzelstunde (1 Herr H) durchgeführt wurde. Die gemeinsamen Paarsitzungen dauerten jeweils 1,5 Stunden.

Das Ehepaar war zu dem Zeitpunkt des Erstkontaktes 18 Jahre verheiratet und seit 25 Jahren ein Paar. Aus der Beziehung gingen zwei Töchter hervor: die 18jährige Mona und die 12jährige Laura. Beide Partner sind berufstätig. Frau H. ist ausgebildete Sozialpädagogin und Lehrerin in einem Gymnasium. Sie ist dort auch für schwierige Schüler als Beratungslehrerin zuständig. Frau H. liebt ihren Beruf und unterrichtet sehr engagiert. Durch die Unterrichtsvorbereitungen muss sie auch abends arbeiten.

Herr H. ist ausgebildeter Lehrer und Musiker. Er verdient sein Geld durch Unterrichten von zumeist „sehr unbegabten“² SchülerInnen. Dem entsprechend fühlt er sich durch seinen Beruf eher ausgelaugt und unzufrieden. Erst in letzter Zeit habe er wieder begonnen zu konzertieren. Auch Herr H. arbeitet abends zuhause, indem er probt und Gitarre spielt.

Die Familie lebt in einem kleinen Haus (vier Zimmer und großer Garten). Die älteste Tochter Mona wird als sehr schwierig im Umgang beschrieben. Das Ehepaar nimmt aus diesem Grunde neben Paarberatung auch Erziehungsberatung in Anspruch. Die jüngste Tochter mache keine Probleme. Beide Kinder gehen aufs Gymnasium.

Abb. 1



Tab. 1: Die wichtigsten Daten des Paares im Überblick

Ereignis	Zeitpunkt
Kennenlernen	1984
Ein Paar werden	1985
Erste Trennung für 4 Monate	1991
Studium Lehramt Frau H.	1991
Schwangerschaft Mona	1991
Hochzeit	1992
Geburt Mona	1992
Geburt Laura	1998
Hauskauf	1999
Erste Paarberatung	2005

2 Originalzitate sind durch Anführungszeichen gekennzeichnet.

6.1.2 Überweisungskontext

Die Initiative zur Beratung ging von Herrn H. aus. Er rief in der Beratungsstelle an und machte einen Termin für sich und seine Frau aus. Er selbst war für einige Gespräche in der „brücke“ Karlsruhe eine niederschwellige anonyme Beratungsstelle - gewesen und dort zu dem Schluss gekommen, dass er die Beziehung mit seiner Frau klären müsse. Zu diesem Zeitpunkt ging es Herr H. psychisch schlecht, er fühlte sich depressiv und massiv in der Krise. Frau H. hatte eigentlich nicht den Wunsch nach Beratung. Sie habe sich mit der partnerschaftlichen Situation arrangiert, aber auch resigniert, dass sich in der Beziehung etwas ändern könne. Sie nahm den ersten Termin ihrem Mann zuliebe wahr, wollte sich aber bezüglich ihrer Entscheidung Paarberatung ja oder nein offen halten. Beide haben als Paar 2005 einige Gespräche in der „brücke“ geführt, die ihre Paarkommunikation etwas verbessert haben. Ansonsten habe sich durch die Beratung nichts bewegt. Zusätzlich nimmt das Paar Erziehungsberatung in Anspruch, mit dem Ziel bei der Erziehung von Mona an einem Strang zu ziehen.

6.1.3 Problemdefinition

Herr H. beschreibt in der ersten Sitzung, dass er sich seit einem Jahr sehr unglücklich fühle. Vielleicht hänge es auch mit seinem 50. Geburtstag zusammen: Er frage sich, welchen Sinn die Beziehung noch habe. Beide würden neben einander herleben und kaum noch zärtlichen Kontakt miteinander pflegen. So könne er sich den Rest seines Lebens nicht vorstellen. Er wolle eine Beziehung leben, in der er von seiner Frau als Mann begehrte werde und spüre, dass sie ihn liebe und stolz auf ihn sei. In der Praxis sehe es jetzt so aus, dass er seit Monaten im Keller lebe und seine Frau das Schlafzimmer bewohne. Es gäbe keine Umarmung, keinen Kuss, dafür aber seinem Empfinden nach viel Respektlosigkeit und Abwertung in der Beziehung, die von beiden Partnern ausgeginge. Überhaupt belasten alte Verletzungen die Partnerschaft. Es sei aber nicht möglich, mit seiner Frau darüber zu reden, ohne, dass dies in Streit „ausarte“. Er sei mittlerweile resigniert und fühle sich depressiv und antriebslos, denke immer häufiger an Trennung, obwohl er ein Mensch sei, der sehr treu und loyal sei, ein Mensch für den Trennung eigentlich nicht in Frage komme. Trotzdem müsse sich etwas tun, er könne so nicht weiter machen. Zusätzlich zur Partnerschaft belasten Herrn H. auch berufliche Probleme: Er sei extrem unzufrieden, habe das Gefühl nichts aus seiner musikalischen Begabung gemacht zu haben und sein Talent an „*unbegabte*“ SchülerInnen zu „*verschwenden*“. Seine Arbeit in einer Musikschule lauge ihn aus, abends sei er oft nur in

der Lage „vor dem Fernseher mit einem Bier abzuhängen“. Er fühle sich innerlich sehr angespannt, auch wenn er äußerlich ruhig wirke.

Frau H. gibt den Beschreibungen ihres Mannes Recht. Sie bemerke zunehmend seine Antriebslosigkeit sowie angespannte und schlechte Stimmung, worunter ihrer Meinung nach die gesamte Familie leide. Leider habe man kaum die Möglichkeit, sich auch mal aus dem Wege zu gehen, da sie als Familie nur ein kleines Haus mit wenigen Zimmern bewohnen. Zudem „*mache sich ihre älteste Tochter ständig im Wohnzimmer breit*“, es entstehe kein Raum für ruhige Gespräche. Sie korrigiere häufig in der Küche, während ihr Mann im Wohnzimmer „*auf Jimmy Hendrix mache*“. Es sei ein Jammer, dass er so wenig mit seinem Talent anfangen könne. Sie wünsche sich für ihn Veränderung, gerade im Beruflichen. Auf die Partnerschaft angesprochen meint Frau H.: „*Ich weiß, dass er sich was anderes wünscht, aber ich kann es ihm nicht geben. Ich bin keine Frau, die ihren Mann bewundert. Mir ist es wichtig selbstständig zu sein, für mich zu sorgen. Ich habe viele Freundinnen und genieße den Austausch. Mein Mann ist mir wichtig, aber nicht so ausschließlich wie er sich das wünscht. Er wird in mir nicht die Erfüllung finden, die er sucht.*“ Im Moment seien sie eher eine „Zweck-WG“, denn ein Liebespaar. Sie habe im Moment auch wenig Interesse, diesen Zustand zu ändern. Es gehe ihr nicht schlecht, sie genieße die Entlastung von der Sexualität durch das getrennte Schlafen. Sie fühle sich auf einer ruhigen Insel, habe allerdings doch „*ein bisschen ein schlechtes Gewissen*“, da sie im Schlafzimmer wohne und ihr Mann im Keller. Aus Fairnessgründen müssten sie dafür eine andere Lösung finden.

Beide Partner berichten, dass gemeinsame Sexualität von Anfang an ein schwieriges Thema gewesen sei. Wenn sie mit einander schliefen sei es sehr schön, aber es passiere kaum. Frau H. meint, dass es wichtigere Themen gäbe als Sex, zum Beispiel das Miteinander reden und sich sonst nah sein. Herr H. dagegen möchte unbedingt mehr Sinnlichkeit und Erotik leben. Er begehre seine Frau immer noch sehr und wünsche sich, dass sie sich ihm als Frau zeigt. Frau H. weist dieses streng von sich: Sie möchte ein Mensch sein und kein Objekt. Sie sehe nicht ein, warum sie Miniröcke und hohe Schuhe tragen solle. Weiblichkeit könne auch anders aussehen. In diesem Zusammenhang erwähnt sie, dass sie zur Zeit des Kennenlernens noch 20 Kg mehr gewogen habe, also recht mollig gewesen sei. Es sei für sie wichtig, dass sich ihr Mann trotz ihres Gewichtes in sie verliebt habe und sie nicht den Idealmaßen entsprechen müsse.

Im Gegensatz zu ihrem Mann äußert Frau H. weniger Notwendigkeit, die Partnerschaft anders zu leben. Sie möchte an der Verbindung festhalten, auch wegen der Kinder, aber „*keine Frau*“ für ihren Mann sein. Partnerschaft ja, Liebesbeziehung nein.

Herr H. möchte zu einer Entscheidung kommen, ob die Beziehung noch Sinn macht, ob es noch Veränderungspotential gibt. Für ihn komme Partnerschaft ohne Liebe und Sexualität auf Dauer nicht in Frage.

In der ersten gemeinsamen Sitzung fällt auf, dass beide Partner zumindest im Beratungskontext gut miteinander kommunizieren können. Beide hören sich zu und lassen einander ausreden, wobei Herr H. deutlich gebremster und behäbiger wirkt als seine Frau, die temperamentvoller erscheint.

Für beide Partner ist es das erste Mal, dass sie in einem Beratungskontext über ihre sexuelle Problematik sprechen, obwohl beide der Ansicht sind, dass dies der schwierigste Punkt ihrer Beziehung sei.

6.1.4 Information über die Herkunftsfamilien

Herr H. wuchs zusammen mit seinem 3 Jahre jüngeren Bruder in einer schwäbischen Kleinstadt auf. Sein Vater sei „*im Krieg gewesen*“ und hätte danach als Sparkassendirektor gearbeitet. Seine Mutter habe die Kinder und den Haushalt versorgt. Als Kind habe er sich zuhause ganz wohl gefühlt, aber spätestens seit der Pubertät sei dies anders gewesen. Er habe versucht sich abzugrenzen: lange Haare und die Musik. Während sein Vater gar nicht auf ihn reagiert habe, sei seine Mutter extrem frustriert, erpressend und manipulierend gewesen. Sie habe ihm mehrfach gedroht, sich auf der Stelle mit E 605 zu vergiften, wenn er sich nicht anpasste. Er habe eine „*Stinkwut auf sie*“ gehabt, auch auf seinen Vater, der sich für gar nichts engagiert habe, sondern nach Feierabend nur auf dem Sofa gelegen habe. Sein Vater sei tablettenabhängig gewesen und habe sich zeitlebens „*unterbuttern*“ lassen, auch im Beruf. Eigentlich sei er total unfähig gewesen, habe die Leitung der Sparkasse nur pro forma gehabt, die Arbeit hätten andere gemacht. Er habe seinen Vater praktisch nur liegend kennengelernt. „*Kein Interesse, keine Anerkennung, keinen Mumm*“. Er verachte seinen Vater, der mittlerweile gestorben sei. Er sei auch nicht dankbar für sein Erbe, von dem er sich das Haus kaufen konnte. Er hoffe, dass er ein besserer Vater sein könne, deshalb seien ihm seine Töchter wichtig.

Frau H. ist die ersten 6 Jahre bei ihrer Großmutter aufgewachsen, zu der sie ein inniges Verhältnis schildert. Ihren leiblichen Vater hat Frau H. erst nach der Schwangerschaft mit Mona kennengelernt. Es gäbe aber keinen Kontakt mehr. Mit 6 Jahren sei sie zurück zur Mutter gekommen, die einen neuen Partner kennengelernt habe. Dieser Mann sei extrem

gewalttätig gewesen, habe die Mutter geschlagen und vergewaltigt. Alles habe nach seiner Pfeife tanzen müssen. Wenn sie sich nicht angepasst habe, habe es Schläge gegeben. Sie habe ihre Mutter dafür gehasst, dass sie es nicht geschafft habe, sich von diesem Mann zu lösen und sich selbst geschworen, niemals etwas gegen ihren Willen zu tun, nur aus Angst vor den Konsequenzen. Außerdem sei ihr die wirtschaftliche Unabhängigkeit von ihrem Mann wichtig, weil sie gespürt habe, wie es sich auswirke, wenn eine Frau nicht gehen könne.

Beide Partner sprechen sehr ungern über ihre Familienherkunft, wobei sie sehen, dass diese frühen Erfahrungen prägend gewesen sein müssen. Herr H. betont im Beratungsverlauf häufiger, dass seine Frau immer noch gegen ihren Stiefvater kämpfen würde. Eigentlich brauche seine Frau Therapie, was diese aber ablehne. Frau H. wiederum sieht Zusammenhänge in der Antriebslosigkeit ihres Mannes und dem Vaterbild, dass ihr Mann erinnere. Es fehle das Vorbild. Zudem glaubt Frau H., dass es ihrem Mann besser gehen könnte, wenn er sich dankbarer zeigen würde für das, was sein Vater ihm gegeben habe. Sie habe den Vater ihres Mannes als zärtliche Person wahrgenommen, die den Sohn sehr geliebt habe. Herr H. sehe dies aber nicht.

6.1.5 Erwartungen und Anliegen der Klienten

Zu diesem Zeitpunkt der ersten Sitzungen erschien die Vereinbarung eines gemeinsamen Auftrags sehr schwierig: Frau H. möchte die Partnerschaft fortführen, aber Sexualität ausklammern. Herr H. möchte gerade das Gegenteil: Partnerschaft nur mit Zärtlichkeit und Sexualität. Beide mögen sich aber noch gern und können in dieser ersten Stunde schon formulieren, dass ihnen das gemeinsame Gespräch mit einer dritten Person gut tue. So wird als erster Auftrag formuliert: Sprechen über die Partnerschaft, Verstehen der Beziehung, vergangene Verletzungen ansprechen. Die Frage nach Trennung oder Zusammenbleiben soll in der nächsten Stunde noch nicht besprochen werden. Beiden Partnern ist Zieloffenheit der Beratung zu diesem Zeitpunkt wichtig.

Zudem äußert Frau H., dass sie sich noch darüber klar werden wolle, ob sie wirklich Beratung in Anspruch nehmen möchte.

Bereits am Ende der ersten Sitzung drückte sich die hohe Ambivalenz bezüglich Beratung und den zu besprechenden „heißen“ Themen aus, die den gesamten Beratungsprozess stark beeinflusst haben. Dieser Paarfallbericht hätte auch zum Thema Ambivalenz ausgezeichnet vertieft werden können. Nähere Ausführungen dazu folgen im Kap. Ziele

und Auftragsklärung.

6.2 Allgemeine diagnostische Überlegungen und Hypothesen

6.2.1 Umbruch- und Entwicklungsphase:

Das Paar befindet sich in der Familienphase, in der die Kinder bereits selbständig werden. Die größte Erziehungsarbeit ist geleistet, dennoch brauchen Kinder in dieser Phase noch Halt und ein festes Gegenüber für Auseinandersetzung und Differenzierung ihrer Persönlichkeit. Diese Phase ist für viele Familien schwierig: der Streit nimmt zu, Beziehungen werden in Frage gestellt. Das betrifft sowohl die Eltern-Kind-Beziehungen als auch die Paarbeziehung, die in dieser Phase wieder wichtiger werden kann. Für Herrn H. bedeutet dies vor allem Verlusterfahrung: Er hatte ein besonders inniges Verhältnis zu seiner älteren Tochter, sie sei immer eine Vater-Tochter gewesen. Die jüngere Tochter habe eine intensive Beziehung zur Mutter. Die Loslösung von der ältesten Tochter könnte neuen Raum für die Liebesbeziehung mit seiner Frau schaffen, diese lässt dies aber nicht zu. Herr H. könnte sich zunehmend bindungslos fühlen.

6.2.2 Kommunikation

In der Vergangenheit hat es wenig Wertschätzung, häufige gegensätzliche Vorwürfe, verallgemeinernde Kritik, Beschuldigungen und Schweigen im Sinne von „Nicht-auf-den-anderen-Reagieren“ gegeben. Alle „Apokalyptischen Reiter“ (Gottman, 2002), d.h. Aspekte einer dysfunktionalen und zerstörerisch wirkenden Kommunikation waren im Miteinander des Paares zu finden. Dabei verhielt sich die Frau offen aggressiv und der Mann beleidigt und passiv. Im Beratungsverlauf zeigte sich dieses Muster anfangs kaum, mit zunehmenden Konflikten aber immer deutlicher.

Bezüglich der sexuellen Themen zeigte sich die Frau ausgesprochen zurückhaltend. Das Sprechen über Wünsche und Bedürfnisse war nur selten möglich. Es hatte oft den Anschein, als wolle Frau H. diesem Thema gern ausweichen und das Gespräch darüber vermeiden. Dies hatte auch intensive Auswirkungen auf das therapeutische System (mehr dazu in Pkt.5).

Herr H. fiel es etwas leichter über seine Bedürfnisse und Wünsche zu sprechen, aber auch er wehrte genauere und konkrete Nachfragen zur gemeinsamen Sexualität häufig

mit den Worten ab: „*Alles ganz normal, Frau Jurgelucks*“.

6.2.3 Geben und Nehmen

Hier besteht bei beiden Partnern ein symmetrisches Interaktionsmuster. Beide haben das Gefühl: Der andere gibt mir nicht das, was ich mir wünsche, gerade nicht, wenn ich es mir wünsche. Beide sehnen sich nach Anerkennung und Wertschätzung, Gesehen-Werden und Unterstützung durch den anderen. Dabei gibt es viele gegenseitige Vorwürfe im Sinne eines symmetrischen Machtkampfes. Beide möchten nicht mehr geben als der andere und nicht in Vorleistung treten, das heißt nicht den ersten Schritt auf den anderen zugehen. Es entsteht eine Pattsituation: Wer sich zuerst röhrt, hat verloren.

Aber dieses Muster zeigte sich auch noch auf eine andere Weise, diesmal nicht symmetrisch: Wenn Herr H. das erhielt, was er sich wünschte, lehnte er es ab oder verringerte die Bedeutung des Gewünschten. Besonders deutlich wurde dieses Muster, als Frau H. erstmalig sexuell auf ihren Mann zuging, ohne, dass er es initiiert hatte. In dieser Situation wollte Herr H. Nicht mit seiner Frau schlafen. In der Zwischenreflexion des Beratungsprozesses drückte sich Herr H. auf die gemeinsame Sexualität angesprochen mit den Worten aus: „*Wir begegnen uns punktuell*“, worauf seine Frau entgeistert schaute, da sich aus ihrer Sicht, sowohl Qualität als auch Frequenz der Sexualität stark verändert hätten. Herr H. hatte Mühe, die Fortschritte anzuerkennen.

6.2.4 Autonomie und Bindung

Durch den Ablösungsprozess der Kinder ist das Thema Autonomie stark angesprochen: Sowohl auf der Ebene der Kindesentwicklung als auch auf der Ebene beider Eltern und Partner. Herrn H. fällt es durch das Erleben seiner Kindheit schwer, Bedürfnisse klar zu formulieren und sich zu reiben. Er beschreibt sich in der Kindererziehung weicher und gewährender als seine Frau. Seiner Frau macht dies vordergründig keine Probleme. Sie betont den Wunsch nach Autonomie wegen der Erfahrungen mit ihrem Stiefvater. Frau H. genießt, dass beide Kinder selbstständig sind, und sie sich wieder mehr um ihre Interessen kümmern kann. Sie beschreibt sich als Person, die viel Autonomie braucht und sich Zwängen stets durch Widerstand widersetzt. Herr H. betont den Bindungs- und Sicherheitsaspekt in der gemeinsamen Beziehung. Er habe auch den Wunsch nach Heirat und einem Eigenheim geäußert und durch das Erbe seines Vaters letzteres auch möglich gemacht.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Frau H. in der Beziehung besser mit Autonomie umgehen kann und Herr H. die Bindung betont. Im Sinne Willis könnte man von einer Kollusion sprechen, die für beide Partner sinnvoll erscheint, um mit der hohen Ambivalenz bezüglich Bindung und Autonomie umgehen zu können.

Dennoch scheinen beide bei genauer Betrachtung nicht besonders differenziert (s. Kap.3.2). Frau H stellt ihre Gefühle sofort in Frage, wenn Herr H. Unterschiede in der Wahrnehmung gemeinsamen Erlebens formuliert. Aus anfänglichem Unverständnis für Herrn H. Wahrnehmungen werden dann Opposition und zuletzt Verzweiflung. Herr H. zieht sich daraufhin zurück und lässt Frau H. „verhungern“. Beiden Partnern ist es kaum möglich, sich frei für etwas zu entscheiden , obwohl es der Partner will. Dies legt eine hohe Abhängigkeit voneinander nahe, die aber gut versteckt wird.

6.2.5 Nähe und Distanz

Beide Partner haben die ersten Jahre ihrer Beziehung gemeinsam in einer WG gewohnt, sie führten ein Studentenleben, was sie genossen. Die Beziehung war noch nicht festgelegt. Herr H. war in dieser Zeit ein Jahr in Frankreich gewesen, um bei einem berühmten Musiker zu lernen. Frau H. genoss die Freiheit. Beide Partner hatten nie Außenbeziehungen. Mit der Schwangerschaft und der Heirat wurde die Beziehung schwieriger. Frau H. zog sich erotisch noch mehr von ihrem Mann zurück. Es wurde ihr zu eng, zu verbindlich. Sie wäre auch gern in der Innenstadt geblieben. Das Wohnen in der Vorstadt entspreche nicht ihren Bedürfnissen. Sie möchte sich spontan verabreden und nicht erst „durch den Tunnel“ fahren müssen. Sie habe dem Haus nur wegen des Kindes zugestimmt. In der viermonatigen Trennungszeit sei Herr H. wieder spannender für sie geworden. Es habe auch häufiger Sex gegeben. Heute leide sie darunter, dass sie kein eigenes Zimmer habe. Man könne sich nicht ausweichen.

Auch hier wünscht sich Herr H. mehr (körperliche) Nähe, Frau H. mehr (körperliche) Distanz. Auf der Ebene des intimen Austausches ohne Sexualität verhält es sich genau umgekehrt. Herr H. will nicht immer über die Schule reden und Frau H. fühlt sich nicht gesehen.

6.2.6 Unerledigtes aus der Paargeschichte

Frau H. hatte sich während ihrer früheren Tätigkeit als Sozialpädagogin in einen Kollegen „verguckt“. Es sei nichts Erotisches gewesen. Sie habe ihn aber sehr gemocht. Herr H. sieht das anders. Er habe „völlig geschockt“ registriert, dass sich seine Partnerin damals „toll angezogen hatte und wahnsinnig sexy“ ausgesehen habe. Da habe ein anderer Mann bekommen, was er sich immer gewünscht habe. Frau H. kontert, dass sie mit diesem Mann nicht geschlafen, und es genossen habe, sich als Frau präsentieren zu können genau in dem Bewusstsein, dass sie nicht angefasst werden würde. Für Herrn H. ist die Tatsache, dass seine Frau ihm etwas vorenthält, wozu sie eigentlich in der Lage wäre, das Schlimmste. Beide seien sich sexuell immer treu gewesen.

6.2.7 Unerledigtes aus den Herkunftsfamilien

Beide Partner bringen schwierige Ausgangsbedingungen für die Partnerschaft mit. Es fehlen positive Vorbilder für gelebte Partnerschaft.

Frau H. hat sicherlich eine sehr ambivalente Haltung zu Männern und deren Sexualität. Für sie ist es nicht möglich, auf ihren Mann erotisch zuzugehen - sei es durch weibliche Kleidung, sei es durch Initiierung von körperlicher Intimität -, wenn sie nicht zu 100% sicher ist, dass dies ihr eigener Wille ist. Ansonsten verliert sie ihre Integrität und wird sich selbst untreu. Trotz der gegenwärtigen Beziehungserfahrung mit ihrem Mann, der weder gewalttätig ist, noch auf seinem „Recht“ auf Intimität beharrt, kann sie dies nicht unterscheiden. Sie fordert, dass sich ihr Mann in diesem Punkt total auf sie einstellt.

Ein zweiter schwieriger Punkt ist, dass Frau H. unbedingte Autonomie braucht. Bei Druck oder auch Ausdruck eines wesentlichen Wunsches ihres Gegenübers reagiert sie trotzig ablehnend, in dem Sinne: „Jetzt erst recht nicht“ und damit extrem abhängig.

Herr H. hat sicherlich eine ambivalente Haltung zu seiner Mutter. Das Bedürfnis, ein Eigener zu sein, wurde von der Mutter nicht toleriert. Sie drohte sehr brutal mit Beziehungsabbruch durch Selbstmord. Herr H. lernte, dass man sich möglichst anpassen muss, dahinter entwickelte sich eine große Wut. Sein Vater war keine Hilfe in der Auseinandersetzung mit der Mutter. Er ließ Herrn H. zwar Freiraum, aber er interessierte sich nicht für ihn, sondern dämmerte abends mit Medikamentenhilfe aus dem bewussten Leben. Von ihm lernte Herr H. zu resignieren und nicht, für seine Wünsche und Bedürfnisse zu kämpfen, das Leben aktiv zu gestalten.

Beide Partner inszenieren die Muster aus den Herkunftsfamilien in ihrer Paarbeziehung erneut. Frau H. bekämpft ihren Stiefvater in ihrem Partner und Herr H. zeigt seine Riesenwut in Form von Resignation und Depression.

6.2.8 Rollenbilder

Obwohl es so scheint, dass sich beide gegen traditionelle Rollen entschieden haben, beide arbeiten und verdienen etwa gleich viel, beide versorgen ihre Kinder gemeinsam, denkt das Paar in manchen Punkten traditionell. Herr H. wünscht sich im Grunde genommen eine weibliche Frau, die zärtlich auf ihn zugeht, die ihr Frau-Sein mit ihm intensiv lebt und sich für ihn schön macht. Er wünscht sich, dass sie auf seine Werbung und Einladungen eingeht und ihr Begehr zeigt. Er sieht sich selbst in der Ernährerrolle, auch wenn dies gar nicht notwendig wäre. Seine Frau verdient als Beamte genauso viel wie er. Sie hatte beruflich umgesattelt, damit sie die Familie versorgen kann, falls sich ihr Mann entscheiden sollte, ausschließlich von der Musik zu leben. Dieses Angebot konnte dieser aber niemals annehmen. Er fühle sich nutzlos, wenn er nur einen geringen Beitrag zum Familieneinkommen leisten würde.

Frau H. lehnt erotische Weiblichkeit ab. Sie mag sich nicht als Frau inszenieren, dem entsprechend trägt sie auch keine die Weiblichkeit betonende Kleidung, wenn sie es mit Männern zu tun hat. Sie möchte nicht reizen. Falls aber gesichert ist, dass kein erotischer Kontakt zustande kommen kann, genießt sie die Aufmerksamkeit als Frau.

Basierend auf der Erfahrung in der Herkunftsfamilie ist Frau H. finanzielle und seelische Unabhängigkeit sehr wichtig. Dem entsprechend übt sie einen Beruf aus, der ihr maximale Sicherheit bietet. Sie wäre jederzeit in der Lage, sich selbst und die Kinder zu versorgen.

Was die Arbeitsverteilung im Haushalt anbelangt, fühlt sich Frau H. von ihrem Mann in die Rolle der Mutter und emotionale Versorgerin gedrängt, ohne dass sie die gesamte Arbeit leisten müsse. Ihr Mann wünsche sich, dass sie viel zuhause sei. Er helfe bei der Hausarbeit, aber diese sei durch den großen Garten und die „*Schlampigkeit*“ der großen Tochter einfach nicht zu schaffen, zumal sie abends häufig noch mit Unterrichtsvorbereitungen beschäftigt sei, was ihrem Mann überhaupt nicht gefalle. Dieser fühle sich in solchen Momenten oft mit seinem Bedürfnis nach Nähe abgewiesen und erlebe ihre Arbeit als Konkurrenz.

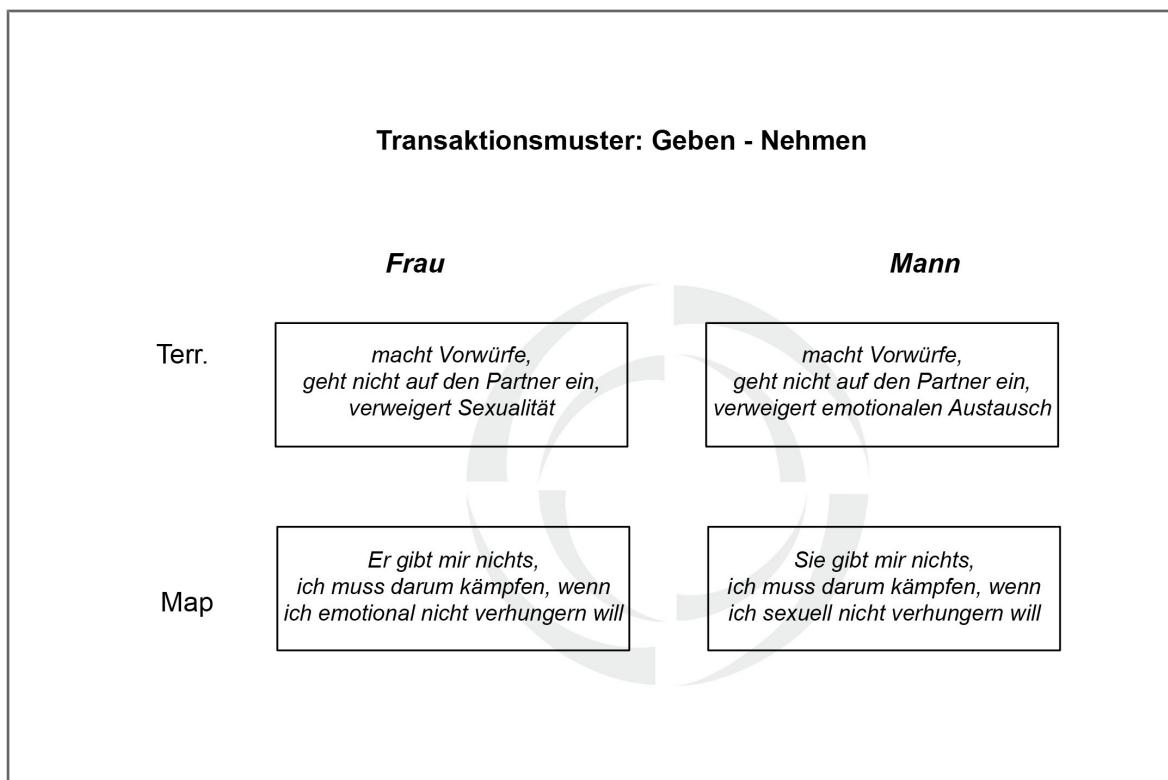
6.2.9 Sexuelle Kommunikationsmuster

Im Sinne Clements (2004, 2011a) scheint eine sexuelle Kollusion vorzuliegen. Herr H. wünscht sich regelmäßige körperliche Intimität und lädt seine Frau meistens erfolglos dazu ein. Frau H. weist seine Einladung ab. Sie sei nicht in der Stimmung, sondern beschäftigt und könne nicht einfach umschalten. Daraufhin zieht sich Herr H. verletzt zurück und verweigert seiner Frau im Gegenzug dazu, was sie sich wünscht.

Frau H. braucht für sexuelle Kontakte absolute Freiwilligkeit, sie mag sich nicht gedrängt fühlen. Außerdem wünsche sie sich mehr Gespräche und gemütliches Beisammensein auf der Terrasse oder beim Ausgehen. Auf keinen Fall Fernsehen. Nur wenn diese Punkte erfüllt seien, könne sie sich auf Sexualität einlassen.

Herr H. begehrt seine Frau unabhängig der jeweiligen Situation. Nachdem er viele Jahre gewünscht und gedrängt hat, fühlt er sich nun resigniert. In manchen Jahren habe sich kein Sex ergeben. Durchschnittlich schliefen sie 1-2mal im Jahr miteinander.

Abb. 2



6.2.10 Sexuelle Biografie, sexuelle Skripte und Bedeutungen von Sexualität

Beide Partner hatten vor der aktuellen Beziehung nur jeweils eine, in der es zu intimen körperlichen Austausch kam. Grundsätzlich können beide Sexualität genießen, Frau H. aber nur, wenn sie es selbst zu 100% wolle. Beide sagen von sich, keine sexuellen Fantasien zu haben, auch keine besonderen Wünsche, was Praktiken, Aufeinander-eingehen etc. betrifft. Allein die Häufigkeit sei das Problem. Über Vorerfahrungen vor der aktuellen Partnerschaft möchten beide nicht sprechen. Frau H. hat in ihrer Familie allerdings Sexualität nur in Verbindung mit Gewalt kennengelernt, zwar wurde sie selbst nicht vergewaltigt oder genötigt, aber sie habe einiges mit ansehen müssen. Sie sei aber nicht bereit zum jetzigen Zeitpunkt darüber zu sprechen. Für Herrn H. bedeutet Sexualität gelebte Liebe. Er möchte seiner Frau nah sein, sie berühren und sich berührt fühlen. Auch wenn seine Frau das Gegenteil behauptet, müsse dies nicht immer zum Miteinanderschlafen führen. Er vermisst Alltagsberührungen und Zärtlichkeit, durch die er sich ausdrücken möchte (s. auch Beier, Loewit Kap.5).

6.2.11 Ressourcen des Paares

Basierend auf den Erfahrungen der Herkunftsfamilie wünschen sich beide gute Eltern zu sein, beide Partner verhalten sich dem anderen gegenüber loyal, sie suchen keine Außenbeziehungen und bieten ihren Kindern ein stabiles Zuhause. Das Paar ist aufgrund der starren Muster in eine Krise geraten, beide haben den Willen, sich zu konfrontieren, wenn auch in einem unterschiedlichem Tempo und mit unterschiedlichen Zielen. Beide Partner sind reflektionsfähig und in der Lage, sich zuzuhören, verfügen über Neugier und Beziehungsfähigkeit. Konflikte untereinander sowie im therapeutischen System können besprochen werden.

6.3 Ziele und Auftragsklärung

Die Auftragsklärung gestaltete sich ausgesprochen schwierig, da die Aufträge beider Partner unterschiedlich aussahen. Auch die Formulierung der Ziele erwies sich als schwieriger Prozess, der sich wegen der hohen Ambivalenz - vor allem auf Seite der Frau - nicht verlässlich steuern ließ. Dennoch gelang es im Laufe der Zeit einige Aufträge zu

erarbeiten, die in den jeweiligen Sitzungen immer wieder konkretisiert und überprüft werden mussten:

- Verstehen, was die Beziehung so schwierig macht und alte Verletzungen zur Sprache bringen
- Trennen oder Bleiben; zu einer verantwortlichen Lösung oder Entscheidung kommen

Im Laufe der Beratung, nachdem Trennung kein Thema mehr war kamen noch weitere Aufträge und Ziele hinzu

- Wieder ein Liebespaar werden
- Miteinander Reden lernen, ohne eskalierenden Streit, in dem Frau H. angreift und Herr H. sich passiv verweigert und seine Frau mit Nicht-Achtung strafft.
- Bedürfnisse angstfrei äußern lernen und besprechbar zu machen. Außerdem wollte das Paar lernen, mit Unterschiedlichkeit besser umzugehen.
- Sexualität: Welche Bedürfnisse haben beide?, Lustlosigkeit der Frau, Häufigkeit und Initiative.

6.4 Der Beratungsprozess

(P 1): In der ersten Paarsitzung lag der Schwerpunkt der Beratung - neben der Klärung der Rahmenbedingungen - auf der Problemdefinition seitens der Klienten. Die Kontakt- und Beziehungsaufnahme gestaltete sich aus meiner Sicht problemlos. Herr H. begann das Gespräch, da er die Beratung initiiert hatte und berichtete über seine Sicht bezüglich des gemeinsamen Problems. Dabei wirkte er sehr ruhig, nahm sich viel Zeit, um langsam zu erzählen. Seine Frau, die quirliger und deutlich lebendiger wirkte, hörte aufmerksam zu und unterbrach ihn nicht. Beider Kommunikationsverhalten schien nicht recht zu den geschilderten Kommunikations- und Beziehungsproblemen zu passen, was ich ansprach. Beide erklärten, dass im Moment wenig Spannung da sei, da sie sich nicht als Paar wahrnehmen würden. So sei es einfacher zu kommunizieren, es gäbe keine Erwartungen. Am Ende der ersten Sitzung (s. Auftragsklärung) wurde von beiden Partnern gewünscht, sich nochmals mit der gemeinsamen Beziehungsgeschichte auseinanderzusetzen und Probleme - vor allem abwertendes Verhalten - zu verstehen. Die Zukunft solle beim nächsten Termin noch ausgeschlossen werden.

(P 2): Eine Woche später fand der nächste Termin statt. Im Mittelpunkt standen hier das gemeinsame Anschauen der Paargeschichte und die ersten wahrgenommenen

Veränderungen des Umgangs zwischen den Partnern. Herr H. berichtete von einer großen Erleichterung nach dem ersten Beratungstermin. Er habe das Gespräch als „*befreifend*“ erlebt, eine „*große Last*“ sei von ihm abgefallen. Er habe nicht so viel gegrübelt und die Vergangenheit sei weiter weg gerückt. Er formuliert den Wunsch nach Verzeihen und Abschiednehmen von den Verletzungen der Vergangenheit.

Auch Frau H. schilderte das erste Paargespräch in der Auswirkung auf die Partnerschaft befreiend. Besonders angenehm sei gewesen, dass es nicht zu Abwertungen gekommen sei. Das habe sich positiv ausgewirkt. Beide hätten sich Zeit füreinander genommen, sie seien sogar eine Stunde Spazieren gegangen, was sie seit 20 Jahren nicht mehr getan hätten. Dennoch war es Frau H. wichtig zu betonen, dass das erste Gespräch zwar sehr erfolgreich verlaufen sei, sie sich aber unbedingt eine „*gesunde Skepsis*“ bewahren möchte.

Gemäß des Auftrags der letzten Stunde beschäftigten wir uns dann mit der gemeinsamen Geschichte des Paares. Durch Fragen nach dem Kennenlernen versuchte ich den „*Anfangszauber*“ in der Beratung lebendig werden zu lassen. Frau H. berichtete, dass sie sich in die Wärme und Sensibilität ihres Mannes verliebt habe. Herr H. dagegen schwärmt von der Autonomie und Attraktivität seiner späteren Frau. Beide lächeln während der Erzählungen und die Zuneigung für den Partner wird spürbar.

Gleichzeitig werden in diesen ersten Erzählungen die Grundprobleme des Paares deutlich: nämlich Sexualität nicht mit enger Bindung vereinbaren zu können. Beide schildern, dass es in der kurzen Trennungsphase, in der sie nicht miteinander gewohnt haben³, keine sexuellen Probleme gegeben habe.

Später habe Frau H. in einer kritischen Beziehungszeit eine offene Beziehung gewünscht, dass habe Herr H. aber nicht zulassen können. Liebe und Erotik gehören für ihn zusammen. Der Versuch seiner Frau, die Beziehung erotisch zu erweitern, habe ihn tief verletzt. Er habe darauf hin mit dem Abbruch gedroht und kurze Zeit später kam es zur Trennung. Im Zuge der Wiederannäherung habe seine Frau viele Kontakte - auch zu anderen Männern - abgebrochen. Sie habe sich ihm damals wohl angepasst auf Kosten der gemeinsamen Sexualität.

In dieser Sitzung sprachen die Partner sehr ruhig miteinander, waren einander zugewandt und hörten sich ruhig an. Es gelang, Verletzungen weitgehend ohne Vorwürfe zu besprechen. Ich hatte die Rolle einer leichten Moderation. Die wichtigste Intervention

3 Das Paar hat bis auf die kurze Trennungszeit immer miteinander gewohnt, da sie sich in einer WG kennengelernt haben. Dabei ist Herr H. zu seiner späteren Frau in die WG gezogen. Nach einiger Zeit haben sie sich verliebt. Der Anfang sei durch häufige Trennungen bestimmt gewesen, da Herr H. ein knappes Jahr in Frankreich verbracht habe.

dieser Sitzung war aus meiner Sicht die Gestaltung des therapeutischen Rahmens, die den emotionalen Austausch zwischen den Partnern ermöglichte.

(P 3): Das nächste Gespräch fand 3 Wochen später statt. Frau H. äußert, dass wieder mehr Alltag eingekehrt sei. Kurz vor Weihnachten habe sie viel zu tun, es sei kein Platz für Austausch, jeder gehe seinen Weg. Es sei viel Distanz da und diese Distanz sei mit Spannung gefüllt, die aber nicht angesprochen werden könne.

Herr H. wirkt extrem angespannt und unzufrieden auf dem Beratungsstuhl, während seine Frau erzählte. Auf meine Nachfrage äußerte er großen Unmut mit der derzeitigen häuslichen Situation: Er „hause“ im Keller, es sei November, ihm sei kalt und es sei feucht. Er sehe gerade keine Perspektive für die Beziehung und auch keinen Fortschritt durch die Beratung. Äußerlich wenden sich die Partner voneinander ab, schauen sich nicht an.

Durch zirkuläre Fragen versuche ich die Einfühlung beider Partner füreinander zu fördern, worauf Frau H. in Tränen ausbricht und das erste Mal formuliert, dass sie sich extrem schuldig fühle, ihren Mann in „*den Keller geschickt*“ zu haben. Sie fühle sich mittlerweile auf ihrer „*Insel*“ nicht mehr wohl und möchte etwas ändern, wisse aber nicht wie.

Einen Teil der restlichen Beratungszeit versuche ich zuerst mit dem Paar zu konkretisieren, wie sie die Schlafsituation ändern können, dann frage ich den aktuellen Beziehungsstatus ab, worauf der Mann sich als getrennt beschreibt, die Frau sich als Teil eines Paars. Wir verbringen die restliche Zeit der Sitzung damit, die Unterschiede zwischen Getrennt sein und Ein-Paar-sein zu erörtern. Beide Partner kommen wieder auf den Bereich der Sexualität zu sprechen, der zum Paar sein fehle. Ich rege die Partner an bis zur nächsten Sitzung darüber nachzudenken, ob es ein lohnendes Ziel sein könnte, zu einer Entscheidung zu kommen, ob sie der Beziehung eine Chance geben wollen, ohne zu wissen, ob dies erfolgreich sei.

Frau H. reagiert auf meine Intervention sofort irritiert und gerät unter Druck; sie habe Angst, ihre „*Insel*“ verlassen zu müssen, sie erkenne aber auch, dass sie ebenfalls zur Veränderung beitragen müsse.

(P 4): Das vierte Gespräch beginne ich mit der Nachfrage, wie sich die Steigerung des Druckes in der Beratung ausgewirkt habe. Frau H. berichtet, dass sie kurz überlegt habe, nicht mehr in die Beratung zu kommen, aber sie habe viele Gespräche mit ihrer besten Freundin geführt. So sei es ihr gelungen, mit dem Druck konstruktiv umzugehen. Sie habe entschieden, dass sie die Beziehung zu ihrem Mann fortführen möchte, sie glaube

aber, dass diese nicht sein könne wie früher. Sie müssten als Paar einen ganz neuen Rahmen finden. Herr H. äußert Skepsis, ob dies gelingen könne. Er möchte ebenfalls einen anderen Rahmen für die Beziehung. Beide können aber nur vage formulieren, was dies für sie bedeutet.

Zunächst beleuchte ich mit dem Paar nochmals die Frage wie denn nach dieser Entscheidung, sinnvolle Beratung aussehen könnte und welche Ziele sie haben könnte. Frau H. äußert den klaren Wunsch, wieder Teil eines Liebespaars zu werden. Herr H. reagiert skeptisch und überrascht auf den ausgedrückten Wunsch seiner Frau. Ich habe den Eindruck, dass es ihm zu schnell geht, spreche dies aber nicht an, weil ich sehen möchte, ob er sich dazu selbst äußert, was er zunächst aber nicht tut.

Schließlich versuche ich beide Partner durch eine kurze angeleitete Fantasiereise in die Zukunft einen sinnlichen (Bilder, Farben, Gerüche, Orte,) Zugang zu ihrer fantasierten positiven Zukunft als Liebespaar zu ermöglichen und daraus ganz konkrete Vorstellungen zu entwickeln. Diese Intervention gelingt nur bedingt: Während Frau H. Ideen entwickelt, kann sich Herr H. kaum darauf einlassen, er könnte einfach nicht glauben, dass sich wirklich etwas ändern könne. Er habe schon so viel versucht.

So erörtern wir zunächst, welche Lösungsversuche das Paar schon probiert habe, gleichzeitig versuche ich durch die Verschlimmerungsfrage, Einflussmöglichkeiten jedes Partners zu verdeutlichen. Hierauf reagiert Herr H. positiv. Er weiß genau, dass er seine Frau noch mehr zur gemeinsamen Sexualität drängen müsse, dann würde sie sich mit Sicherheit zurückziehen. Umgekehrt würde dies aber nicht funktionieren: Wenn er nicht mehr dränge, komme von ihr gar nichts, was mit Nähe und Erotik in Verbindung stünde. Frau H. stellt sich einen gemütlichen Abend auf der Terrasse vor, ein Glas Rotwein und gute Gespräche, dann sei sie offener. Sie könnte aber nichts versprechen. Auf keinen Fall dürften die Kinder wach sein. Auch sie rutscht schnell wieder in die Vorstellung, wie es auf keinen Fall sein dürfte. Beide Partner scheinen gut darin zu sein, den schlimmsten Fall darzustellen.

In dieser Sitzung habe ich das erste Mal den Eindruck, dass sich das Paar mit Veränderung beschäftigt und ein konstruktives Arbeitsbündnis entstanden ist. Das Paar vereinbart in der Sitzung, sich an mindestens zwei Abenden allein bei einem Glas Wein zusammenzusetzen.

(E 5):Zur fünften Sitzung erscheint Herr H. unerwartet allein. Er habe nicht absagen wollen. Seine Frau komme nicht mehr in die Beratung. Sie wolle jetzt die Trennung und

sei nicht mehr bereit, weder mit ihm noch im Beratungskontext darüber zu sprechen.

Ich bitte Herrn H. zu erzählen, was vorgefallen war: Er könne es selbst kaum verstehen, auch seine Rolle im Konflikt nicht. Seine Frau sei sexuell auf ihn zugekommen, habe ihn wahrgenommen, gestreichelt und Sex inszeniert. Es sei alles so gewesen wie er es sich immer gewünscht habe, aber er habe sie aus Angst, dass sie eine Rolle spiele, abgewiesen, worauf sie extrem verletzt reagiert habe. Sie habe es danach sogar noch mal probiert, und er habe sie erneut abgewiesen. Jetzt sei „*Funkstille*“.

Ich drücke meine Überraschung über den auch für mich unerwarteten Verlauf aus und rege an, diese Stunde zu nutzen, um den bisherigen Prozess zu beleuchten. Wir gingen die 4 vergangenen Sitzungen durch, besprachen die wesentlichen Probleme und die positiven Veränderungen in der Beziehung. Zur Verdeutlichung visualisierte ich alles auf einer Flip-Chart, so wurde sowohl für Herr H. der Beratungsprozess sichtbar als auch für seine Frau, die zuhause die Chance bekommen sollte, diese Beratungsstunde nachzuvollziehen. Durch zirkuläre Fragen, versuchte ich die nicht anwesende Frau H. in die Beratung zu integrieren. Abschließend sprach ich Grüße und die Einladung an sie aus, wieder in die Beratung zu kommen, gerne auch zu einem Termin allein. Ich hatte die Hypothese, dass sie wiederkommen würde und konnte mir einen kompletten Beziehungsabbruch zu diesem Zeitpunkt nicht vorstellen.

Wie Herr H. war auch ich misstrauisch, was die plötzliche Verhaltensänderung Frau H.'s. bewirkte. Mir schien, als weiche sie einer wirklichen Auseinandersetzung mit dem Thema Sexualität aus, in dem sie vordergründig das tat, was sich ihr Mann wünschte. Ich vermutete, dass Frau H. genau gespürt hat, dass ihr Mann große Zweifel an der Beziehung hatte und an einem Punkt angelangt war, die Trennung voranzubringen. Schnarch (2011b) spricht bei diesem Muster von der Fähigkeit des Partners genau so viel zu geben wie es braucht, um die Beziehung fortzuführen. Dazu sei die Fähigkeit notwendig, sich genau in die Absichten anderer Menschen einfühlen zu können.

Vielleicht lebte Frau H. aber auch ein Skript, das sie in ein extremes „Entweder - Oder“ drängte.

Das Paar war jetzt offensichtlich auf dem Höhepunkt der Krise angelangt, ein Punkt, an dem Muster sich plötzlich umkehren können und geringe Interventionen maximale Auswirkungen haben. Typisch sind auch die heftigen, sich ständig wandelnde Gefühle. Gleichzeitig wurde hier die Ambivalenz des Mannes erstmals sehr deutlich, was sowohl für die Diagnose der sexuellen Kollusion spricht als auch die Ambivalenz der Beziehung gegenüber. Ich folgerte aus dieser beobachteten Krise, den Beratungsprozess weit stärker zu rahmen als bisher, sofern das Paar die Beratung fortsetzen würde.

(P 6): Zwei Wochen später erschienen beide Partner zur Beratung. Inzwischen sei wieder sehr viel mehr Nähe entstanden. Herr H. sei wieder in das gemeinsame Schlafzimmer eingezogen. Sie kommunizieren mehr und die Zärtlichkeit zwischen ihnen habe zugenommen. Eigentlich sei es so wie es sich Herr H. immer gewünscht habe, aber es gehe ihm schlecht. Er schlafe kaum noch, habe abgenommen. Er leide darunter, dass er die positive Entwicklung in der Beziehung nicht annehmen könne. Er traue seiner Frau einfach nicht und es verletze ihn, dass jetzt plötzlich Nähe und Sexualität möglich wären. Er habe sich die gesamte Beziehung danach gesehnt, habe seine Wünsche geäußert und seine Frau habe immer behauptet, sie könne nicht darauf eingehen, wenn sie spüre, dass er sich etwas wünsche. Jetzt plötzlich ginge sie auf ihn ein, gerade in dem Moment, in dem er sich erstmals frei für eine eigene Entscheidung fühlte.

Frau H. nimmt betroffen wahr, was ihr Mann sagt, bestätigt sein Empfinden aber nicht. Sie bezieht sich auf den letzten vereinbarten Auftrag und berichtet unter Tränen, dass sie lediglich versucht habe, aktiv daran zu arbeiten, wieder ein Liebespaar zu werden. Die Ablehnung ihres Partners habe ihr total zu schaffen gemacht, sie habe überreagiert und bedankte sich für meine Einladung zum nächsten Termin.

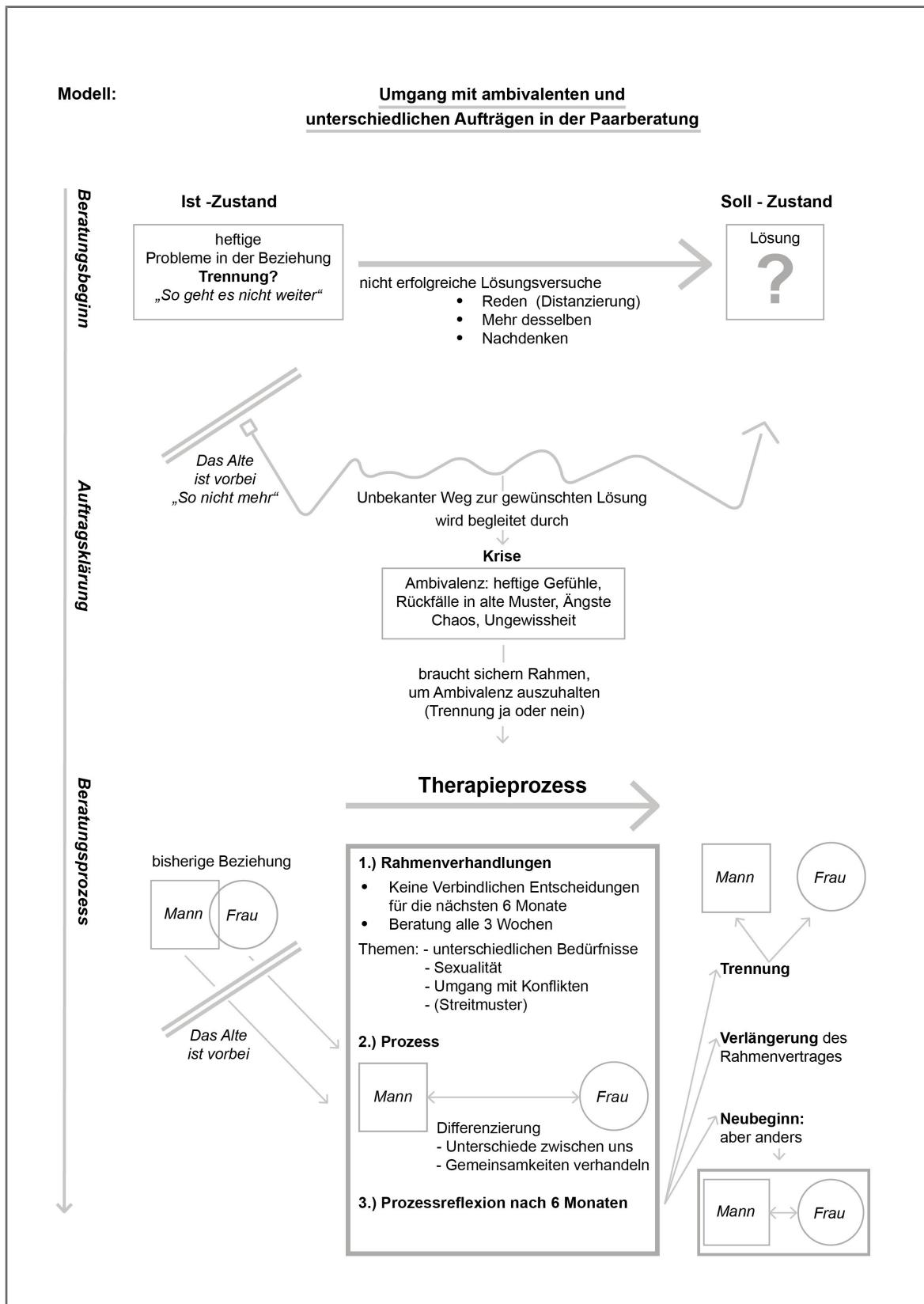
Gemäß der Überlegungen nach der letzten Stunde ging ich mit dem Paar zunächst nicht auf den Konflikt ein, sondern arbeitete an der Rahmung. Ich erläuterte ihnen mein Krisenmodell (s. Abb.3), das ich teilweise von Clement (2011a) übernommen habe. Vorteil dieses Modells ist, dass es auch bei unterschiedlichen Aufträgen anwenden lässt .

Auf die aktuelle Paarsituation angewendet bedeutet es, die alte Paarbeziehung in der bisher gelebten Form als gescheitert anzusehen. Bestehende Probleme können nicht auf die gewohnte Art und Weise gelöst werden, eine Lösung ist nicht in Sicht. Das Paar befindet sich also in einem nicht definierten Raum, in dem das Alte zu Ende geht, das Neue aber noch nicht greifbar ist, auch Krise genannt. Da Krisen mit heftigen Erschütterungen einhergehen können, erklärte ich dem Paar, dass ein verlässlicher Rahmen notwendig sei, um die mit der Krise einhergehenden Gefühle auszuhalten und keine unüberlegten Entscheidungen zu treffen. Ich verhandelte mit dem Paar verbindliche Beratungszeiten bis zu Beginn der Sommerferien. In dieser Zeit sollten keine Entscheidungen getroffen werden, aber Raum für jeden Partner sein, wahrzunehmen und auszudrücken, was er sich in der Beziehung wünsche. Auf dieser Basis solle dann verhandelt werden, was möglich sei und was nicht. Nach Clement handelt es sich hier um die Phase der Differenzierung und der Verhandlung auf Basis der Unterschiedlichkeit.

Am Ende der verhandelten Beratungszeit stünden dann eine Reflexion des gemeinsamen Beratungsprozesses und dessen Ergebnisse sowie die Planung des weiteren Vorgehens.

In Abb. 3 ist dieses schematisch dargestellt. Das Paar zeigte sich einverstanden und schien erleichtert über einen Rahmen, der noch nichts festlegt. Auch diese Ausführungen visualisierte ich auf der Flip-Chart und gab sie dem Paar mit nach Hause.

Abb.3



(P 7): Der nächste Termin fand erst 7 Wochen später statt. Das Paar hatte seit langem wieder einen Urlaub miteinander verbracht, den sie beide als erfolgreich beschrieben. Thema dieser Sitzung war vorwiegend die berufliche Situation beider Partner und deren Auswirkungen auf das Paarerleben. In der Sitzung wurde deutlich, dass Herr H. das berufliche Engagement seiner Frau als Konkurrenz zu seiner Person erlebte. Er fühle sich nicht wichtig. Durch Fragen nach den Auswirkungen konnte Herr H. sehen, dass er deshalb seiner Frau Gespräche über Schulprobleme verweigere. Seine Frau habe großes Interesse an den Problemen ihrer Schüler, und er fühle sich als einer unter Vielem. Das sei auch in der Zeit ihrer Tätigkeit als Sozialpädagogin ein Problem gewesen, er sei oft eifersüchtig gewesen auf die Zuwendung, die sie anderen gebe und die er sich wünsche. Herr H. schildert ein sehr romantisches Liebesideal (siehe Kap. 4.4). Er möchte das Wichtigste im Leben seiner Frau sein, sie solle stolz auf ihn sein. „*Das ist mein Mann.*“ Frau H. kann mit diesen Bedürfnissen wenig anfangen. Sie sei keine Bewunderin, ihr Mann sei ihr wichtig, aber andere Menschen auch. Dennoch würde sie ihren Mann als Mann attraktiv finden und könne sich keinen anderen vorstellen. Herr H. schwankt zwischen Freude, dass sie ihn attraktiv findet und Ärger, dass er dies zum ersten Male höre. Dem Paar gelingt es an dieser Stelle, Unterschiede zwischen sich nicht bedrohlich zu erleben und damit auch nicht abwerten zu müssen.

Die gemeinsame Sexualität habe sich verbessert, das Paar hatte in den letzten Wochen mehr Sex, als in den letzten fünf Jahren. Beide genießen diesen Fortschritt. Herr H. weist seine Frau nicht mehr ab. Möglicherweise halfen Rahmung und Krisenmodell, der Ambivalenz einen Platz zu geben. Sex haben bedeutet in dieser Situation nicht unbedingt, die Beziehung weiterzuführen.

(P 8): Vier Wochen später kommt ein sichtlich gut gelautes Paar in die Beratung. Sie hätten gerade im Auto den Beratungsprozess reflektiert und seien zu dem Schluss gekommen, dass sie ohne Beratung kein Paar mehr seien. Die Fronten seien nicht mehr verhärtet, sie können besser aufeinander zugehen und Herr H. fühle sich nicht mehr so schnell zurückgewiesen. Zwischendurch sei sehr intensiver Sex möglich. Trotzdem habe Frau H. Schwierigkeiten, wenn Herr H. seinen Wunsch nach Erotik deutlich äußert. Sie fühle sich dann sofort unter Druck.

Ich schlage vor dieses Muster einmal genauer zu betrachten und erarbeite einen Teufelskreis. Das Ergebnis visualisiere ich auf dem Flip-Chart. Anschließend bitte ich das Paar zu überlegen, an welchen Stellen es Möglichkeiten gäbe, dieses destruktive Muster zu unterbrechen. Frau H. sieht sich gar nicht dazu in der Lage, wenn der Kreislauf erst

mal gestartet hat, Herr H. kann sich nur vorstellen, bei Zurückweisung, nicht gleich „*einzuschnappen*“. Da Frau H. sofort in Autonomiekonflikte gerät, wenn sie ihrem Mann entgegenkommt, versuche ich an günstigen Startbedingungen für körperliche Nähe zu arbeiten und frage Frau H., wie denn ihr Mann „*gute Einladungen zum Sex verschicken*“ könne. Durch die Wortwahl versuche ich den erlebten Druck für sie positiv umzudeuten: Eine Einladung kann angenommen oder ausgeschlagen werden. Frau H. betont wie schon in vorangegangenen Sitzungen, dass das Ambiente stimmen müsse. Ein Gespräch, gemeinsames Ausgehen ohne Kinder sei eine gute Voraussetzung. Herr H. gibt zu, dass er eigentlich von ihren Bedürfnissen weiß, trotzdem oft keine Lust auf ein Gespräch habe. Er sieht, dass er Gestaltungsmöglichkeiten hat.

Am Schluss rege ich an, den gemeinsamen Alltag zu beobachten: Das Paar soll jeweils die eigenen Gestaltungsmöglichkeiten für den Aufbau von Intimität beobachten, aber auch die Verhaltensweisen im Alltag wahrnehmen, die zur Vermeidung von Intimität führen.

(P 9) Zwei Wochen später sehe ich ein angespanntes und zurückgezogenes Paar vor mir; Es sei wieder wie früher, vielleicht nicht ganz so schlimm. Herr H. beklagt, dass sich seine Frau wieder sehr zurückgezogen habe und er als Folge dessen, ebenfalls. So sei gerade wenig Kontakt vorhanden.

Frau H. fühlt sich durch den Alltag stark belastet und von ihrem Mann wenig unterstützt, das führe zu ihrem Rückzug. Es entbrennt eine heftige Diskussion über fehlende gegenseitige Unterstützung - gegenseitiges Geben und Nehmen - am Beispiel des Kuchenbackens zu Mutter- und Vatertag. Hier wird für mich das erste Mal deutlich, dass sich beide Partner absichtlich das vorenthalten, was sich der andere ausdrücklich wünscht und auf diese Weise sehr verletzend miteinander umgehen. In der Sitzung darauf angesprochen, beschuldigen sie sich gegenseitig. Beide wollen nicht den ersten Schritt machen, um dies destruktive Muster zu durchbrechen, sondern fordern vom Partner, sich anders zu verhalten. Frau H. reklamiert zum wiederholten Male ihr Autonomiebedürfnis, was soviel bedeutet, dass sie nur dann Kuchen backt, wenn sie will und nicht dann, wenn ihr Mann sich Kuchen wünscht. Herr H. kontert: Er würde jetzt auch zu Muttertag keinen Kuchen mehr backen, auch wenn er wisse, dass er seine Frau damit verletze.

Entschuldigen würde er sich für sein Verhalten nicht. Vor mir sitzen in diesem Moment zwei bockige Kinder, die jeweils das andere für den Konflikt verantwortlich machen und keinerlei Bereitschaft zeigen, diesen Zustand zu ändern. Beide scheinen in diesem Moment Muster aus ihren Herkunftsfamilien zu inszenieren und nicht mehr

herauszufinden. Ich spreche dies an, was aber keine Auswirkung auf das Erleben in der Sitzung hat, so schließe ich den Themenkomplex mit der Anregung, einmal darüber nachzudenken, ob Autonomie nicht auch bedeuten könne, etwas zu tun, obwohl der Partner es wolle.

Im zweiten Teil der Sitzung fragte ich nach der Beobachtungsaufgabe: Hier zeigte sich das gleiche symmetrische Muster wie oben beschrieben. Sobald einer der Partner einen Wunsch ausdrücklich äußert, verweigert der andere, diesen Wunsch zu erfüllen. Auf diese Weise „verhungert“ die körperlich seelische Intimität des Paars.

Erstmals übertrug sich dieses Muster auch im therapeutischen System: Auf meine Fragen antworteten beide nur ausweichend oder direkt verweigernd wie: „*Ach, Frau Jurgelucks, das haben wir doch schon besprochen.*“ Bei mir entstand Verärgerung und das Gefühl zu viel zu arbeiten (mehr dazu im nächsten Kap.).

(P 10) Nach einer Supervision (s. nächstes Kap.) beschloss ich in dieser Sitzung zurückhaltend zu agieren. Außerdem wurde die Sitzung mit Zustimmung des Paars auf Video aufgezeichnet.

Das Paar berichtete von einem heftigen Konflikt, der erst einige Tage zurücklag. Es habe sich wieder das alte Konfliktmuster gezeigt: Sie habe aggressiv angegriffen und er habe sich zurückgezogen und sie einfach an sich abprallen lassen. Beide äußern sich enttäuscht und resigniert. Frau H. weint heftig: Sie habe geglaubt, dass sie als Paar schon weiter seien, es fühle sich an wie zuvor. Resignation macht sich im Beratungsraum breit, die auch mich ergreift. Eine Zeitlang passiert nichts, auch ich fühle mich fast wie gelähmt. Dann beginne ich vorsichtig, die Gefühle von Frau H. zu spiegeln und sie auf diese Weise zu weiterer Mitarbeit zu gewinnen, was nach einiger Zeit Erfolg zeigt.

Wir einigen uns darauf, diesen Konflikt mittels Teufelskreis genau zu betrachten und nach möglichen Ausstiegsmöglichkeiten des Paars zu schauen. Beide erklären sich einverstanden. Im Verlauf zeigt sich erneut die Neigung beider, den anderen für die Eskalation verantwortlich zu machen. Nach und nach gelingt es, zumindest einen Punkt im Teufelskreislauf zu identifizieren, an dem Unterbrechung möglich wäre.

Abgeleitet durch den Prozess der Teufelskreiserarbeitung fokussiere ich in einem weiteren Schritt mögliche Ressourcen, um möglichen Eskalationen vorzubeugen. Es hatte sich gezeigt, dass sehr enge Organisation des Alltags und damit verbundener Stress das Auftreten eines Konfliktes sehr wahrscheinlich macht. Dabei zeigt sich, dass

das Paar den gemeinsamen Wohnraum verlassen muss, um miteinander ins Gespräch zu kommen und damit Intimität herzustellen. Wegen der beruflichen Belastung beider, der Notwendigkeit, Arbeit zuhause erledigen zu müssen und der anstrengenden ersten Tochter, können beide dort nicht entspannen. Das Zuhause ist mit Stress, Arbeit und Alltag assoziiert. Es wird deutlich, dass das Paar Inseln außerhalb des gemeinsamen Hauses braucht, um ein Liebespaar zu sein.

In der gemeinsamen Reflexion zeigte sich, dass das Paar sich genau für dies in den letzten Wochen keine Zeit genommen habe. Beide erkennen, dass Paarinseln wie Kultur, Kneipe und Spazierengehen auch ihren Sex beflügelt. Frau H. sei dann entspannt genug, um auf ihren Mann zu zugehen und Herr H. lasse sich bei gemeinsamen Unternehmungen auf Gespräche ein. Sie fühle sich dann gesehen. Wir entwickeln in der gemeinsamen Reflexion einen sogenannten Engelkreislauf, der gewünschte Intimität wahrscheinlicher macht. Beide sehen die Notwendigkeit auf diese Weise „Puffer“ in den Alltag einzubauen.

Am Schluss dieser Sitzung geht das Paar mit größerer Zuversicht, aber durch die letzte Konflikteskalation noch sichtlich angeschlagen aus dem Beratungszimmer.

(P11) Am 1. Juli fand die letzte hier dokumentierte Sitzung statt. Das Ehepaar kam in großer Eile und konnte auch nur eine Stunde bleiben, da sie einen dringenden Termin wahrnehmen wollten. Da beide kein aktuelles Thema mitbrachten, einigten wir uns gemäß der Prozess-Planung (s. Abb. 3) darauf, die Stunde für die Reflexion des bisherigen Prozesses zu nutzen und gemeinsam zu überprüfen, ob und inwieweit die erarbeiteten Aufträge (s. Auftragsklärung) erfüllt worden waren.

Wir begannen mit dem Thema Vermischung von Arbeit und Privatem. Mittels Skalierungsfragen ließ ich das Paar benennen, wie sie sich jetzt einschätzen. Beide waren der Ansicht, dass sich dieser Punkt entscheidend verbessert hatte. Frau H. arbeitet mehr in der Schule und Herr H. übt fast ausschließlich im Keller oder im Garten. Beide waren der Ansicht, dass dieser Punkt gelöst sei und nicht mehr Inhalt der Beratung sein solle.

Danach sprachen wir über die Veränderungen innerhalb der Sexualität. Hier war das Paar nicht ganz einig. Während Frau H. reflektierte, dass sich auch dieser Punkt entscheidend verbessert hatte, kommentierte Herr H. den Veränderungsprozess mit den Worten: „*Wir treffen uns punktuell.*“ Beim Zuhören hatte ich den Eindruck, dass sich aus seiner Sicht nicht viel verändert hatte, deshalb konkretisierte ich dies und fragte nach, was denn punktuell genau bedeute. Darauf hin gab Herr H. mir zu verstehen, dass sie natürlich wesentlich häufiger miteinander schliefen als früher, nonverbal aber formulierte er, dass

es ihm immer noch nicht reiche.

Frau H. reagierte auf seine Beschreibung irritiert und setzte nach: „*Für mich ist Unglaubliches passiert. Ich hätte nie gedacht, dass wir wieder zusammenkommen. Dass ich noch mal so viel Liebe für dich empfinden könnte. Als wir hier ankamen, dachte ich, jetzt ist es aus.*“ Auf die Frage, was aus ihrer Sicht die Veränderung bewirkt habe, antwortete Frau H.: „*Wir haben mehr Kontakt und Verbindung, wir sind uns näher und gehen respektvoller miteinander um. (...) Vielleicht war auch wichtig, dass eine absolute Grenze bei meinem Mann erreicht war. (...) Bei mir war diese Grenze auch da. Wir konnten so nicht mehr weiter.*“

Herr H. sieht den gemeinsamen Prozess ähnlich, äußert sich aber verhalten und weniger euphorisch als seine Frau. Er fühle sich noch nicht sicher, sei skeptisch, ob die Veränderungen anhielten, schließlich kenne er seine Frau. Aber er wolle auch nicht mehr über Sexualität sprechen. Das Thema sei ausgereizt. Frau H. bemerkt dazu: „*Ich finde wir sollten immer wieder mal darüber reden. Damit es nicht in Vergessenheit gerät.*“ Beide Partner waren sich einig darin, dass sich die Sexualität vom „Gefrierpunkt“ in Richtung „lauwarm“ (Mann) und „warm“ (Frau) zum Positiven verändert habe, dieser Zustand aber der regelmäßigen Pflege bedürfe.

Für die Reflexion des letzten Auftrags - Formulierung und Umgang mit unterschiedlichen Bedürfnissen - fehlte in dieser Sitzung die übliche letzte halbe Stunde. Wir verabredeten dies nach der Sommerpause nachzuholen. Der nächste Termin ist für Ende September geplant. Das Paar möchte sich in dieser beratungsfreien Zeit erproben, um dann entweder neue Aufträge oder das Ende der Beratung zu vereinbaren.

6.5 Reflexion des Beratungsprozesses im Hinblick unter besonderer Berücksichtigung des therapeutischen Systems

Bei Frau und Herrn H. handelte es sich um eines meiner ersten Paare, die das Thema Sexualität als Problem in die Beratung einbrachten. Da ich mich bereits zu diesem Zeitpunkt entschieden hatte, Sexualität zum Thema dieser Thesis zu machen, betrachtete ich das Paar H. von Anfang an als „Möglichkeit“ für diese Falldarstellung. Dies hatte Auswirkungen auf das therapeutische System: Zum einen beriet ich dieses Paar mit großem Engagement und dokumentierte sehr ausführlich, zum anderen neigte ich vor allem gegen Ende der Beratung zu „Überengagement“ und verlor dadurch immer wieder meine Zieloffenheit und Neutralität. Ich wollte das Paar und seine Anliegen wörtlich nehmen und konsequent an den Aufträgen arbeiten, was aber zu Widerständen führte.

Wenn es aber gelang die Veränderungsambivalenzen des Paars zu respektieren und neutral im Prozess mitzugehen, kamen wir gut voran. Vor allem nach der 9. Sitzung ärgerte ich mich sowohl über das Paar, weil sie sich den „Hausaufgaben“ verweigerten und Fragen auswichen, aber besonders auch über mich selbst, da ich mich eigentlich als geduldige Zuhörerin kenne, der es im Prozess mühelos gelingt, Schritte mit Menschen vor und zurückzugehen.

Daraufhin beleuchtete ich die Dynamik des Paars und des therapeutischen Systems innerhalb mehrerer Supervisionen und erhielt sehr unterschiedliche Einschätzungen, die von Ablehnung der Beratung wegen unterschiedlicher Aufträge bis hin zur Konfrontation der Dynamik im therapeutischen System reichten. Meine Peergruppe attestierte mir Überengagement. Ich solle weniger arbeiten und das Paar nicht unter Druck setzen. Nach den Supervisionen nahm ich mir vor, zurück zu meiner Neutralität zu finden und weniger zu konfrontieren, was dann auch gelang.

Insgesamt bin ich mit dem Beratungsprozess sehr zufrieden, da es mir grundsätzlich gut gelungen ist, mit der hohen Ambivalenz des Paars umzugehen und beide in der Beratung sicher zu rahmen. Sehr hilfreich fand ich dabei die Visualisierung des Beratungsprozesses, der allen an der Beratung beteiligten Sicherheit vermittelte. Ich habe ihn mittlerweile auch mit Erfolg bei anderen Paaren eingesetzt, die in der Situation „Trennen oder Bleiben“ waren und ihren Beziehungsstatus unterschiedlich einschätzten.

Sehr anspruchsvoll empfand ich die Prozesssteuerung. Im mittleren Teil der Beratung rechnete ich ständig mit Abbruch. Ich brauchte etwas Zeit, zu spüren, wie das Verhältnis von Pacing und Leading zum Nutzen des Paars gestaltet werden musste. Dabei neigte ich dazu, das Paar in ihren Aufträgen beim Wort und damit ernst zu nehmen. Hilfreich, um strukturiert beim Thema zu bleiben, aber auch Widerstand erzeugend, da diese Arbeitsweise die Veränderungsambivalenz zu wenig berücksichtigt. Natürlich wollte ich auch Methoden und Konzepte anwenden, die ich auf den Fortbildungen von Schnarch und Clement gelernt hatte und überforderte das Paar dadurch teilweise, was sie mir auch durch Widerstand zu verstehen gaben.

Insgesamt aber machte mir gerade die Unvorhersehbarkeit des Prozesses in der akuten Krise große Freude, nie zu wissen was kommt, fühlte sich erfrischend an und machte mich immer wieder neugierig. Staunend nahm ich wahr, wie viel Bewegung in der Krise möglich ist, auch wenn diese Bewegung nicht immer zielführend und von Dauer ist.

Dies führt mich zur Reflexion der Beratungsergebnisse. Das Paar hat viel erreicht. Es ist wieder zum Liebespaar geworden, Trennung ist kein Thema mehr. Was hat dazu beigetragen? Ich persönlich glaube, dass beide an einem Punkt angekommen waren, an dem Trennung kein Tabu mehr war. Frau H. spürte, dass sie ihren Mann verlieren würde, wenn sie ihm nicht entgegenkommt, Herr H. war erstmals in seinem Leben bereit, an

Trennung zu denken und neue Möglichkeiten für sein Leben zu sehen. Dies äußerte sich im Prozess dadurch, dass er die Zärtlichkeit seiner Frau nicht gleich annehmen konnte und sich auch später zunächst nicht begeistert darüber zeigen konnte. Er fühlte sich unglücklich, obwohl er nun das von seiner Frau erhielt, wonach er sich immer gesehnt hatte und verlor dadurch aus meiner Sicht die Argumente für eine Trennung. Ich bin nicht sicher, ob er sich wirklich neu für die Ehe mit seiner Frau entschieden hat, schließlich hielt er sich in der Zwischenreflexion bezüglich der Zielerreichung ziemlich bedeckt, während sich seine Frau über das Erreichte sehr freuen konnte. Ich sehe dem nächsten Termin im September in Erwartung einiger Überraschungen entgegen und glaube nicht, dass das Paar die Beratung beenden wird.

An dieser Stelle möchte ich noch erwähnen, dass ich aus Gründen der übersichtlichen Darstellung vor allem solche Informationen ausgeführt habe, die direkt oder indirekt mit der sexuellen Interaktion des Paares zu tun haben. Im Laufe der Beratung wurden einige andere Themen (s. Hypothesen) angesprochen und bearbeitet. Dennoch blieben wichtige Punkte wie zum Beispiel der Einfluss der Erfahrungen mit den Herkunftsfamilien zu wenig berücksichtigt, der Umgang und der Ausdruck der eigenen Wünsche und Bedürfnisse sowie die latente Depression des Mannes. (Herr H. nimmt circa seit der 8. Beratungsstunde Psychotherapie in Anspruch).

7 Reflexion des Nutzens sexualtherapeutischer Konzepte in der Beratung von Paaren mit sexuellen Themen im Kontext von EFL unter Berücksichtigung der konkreten Fallarbeit im Hinblick auf notwendige Kompetenzen der BeraterInn.

In diesem Abschlusskapitel möchte ich zunächst auf die beiden Thesen von Wilbertz, die in Kap. 2.2 dargelegt wurden, zurückkommen. Wilbertz äußerte die Vermutung, dass nicht nur Klienten das Thema Sexualität vermeiden, sondern auch TherapeutInnen.

Außerdem hypothetisierte er, dass TherapeutInnen nicht mit der erforderlichen Konsequenz am Thema bleiben (Wilbertz, 1999). Diese beiden Thesen möchte ich hier vor dem Hintergrund des von mir begleiteten Paares und meiner persönlichen Erfahrungen reflektieren. Aus diesen Erfahrungen sollen in einem nächsten Schritt notwendige wesentliche Kompetenzen für die Ausbildung von Ehe-, Familien- und LebensberaterInnen abgeleitet werden.

1. Vermeidung des Themas Sexualität in der EFL-Beratung

Wie Wilbertz bin ich der Ansicht, dass die Gefahr der Vermeidung von sexuellen Themen in der Beratung sehr hoch ist. Im Beratungsprozess (Kap.6) erlebte ich nahezu jede Stunde eine hohe Ambivalenz seitens der Klienten. Einerseits herrschte hoher Leidensdruck bei beiden Partnern, andererseits war die Hemmschwelle über intime Gefühle, Gedanken, Fantasien und Praktiken zu sprechen sehr ausgeprägt. Das Paar versteckte sich hinter scheinbarer Normalität auf Kosten der eigenen Differenzierung und Zufriedenheit. Dabei wurde nicht deutlich, ob es an meiner Person und der Art der gestellten Fragen lag oder, ob nicht insgesamt eine extrem hohe Ambivalenz bezüglich gewünschter Veränderung vorlag. Manchmal schien das bekannte Leiden attraktiver zu sein als das Nicht Wissen, was Veränderung mit sich bringt.

Ich selbst schwankte in Reaktion auf diese gezeigte Ambivalenz zwischen Konfrontation und dem Wunsch konsequent am Thema zu bleiben und der Notwendigkeit, das Autonomiebedürfnis der Klienten zu respektieren. In der Praxis zeigte sich ein typisches Muster: Immer wenn ich dachte, jetzt können wir endlich anfangen zu arbeiten, dann brachte das Paar gänzlich andere Themen zur Sprache. Konnte ich loslassen und dem Paar das Recht auf Autonomie zusprechen, auch, wenn sie nicht an denen von ihnen genannten Zielen arbeiten wollten, war es möglich – wenn auch oberflächlich – über sexuelle Muster zu sprechen. Dieses Muster irritierte mich über einige Sitzungen und ich entwickelte Verständnis für jene TherapeutInnen, die dieses brisante Thema der Sexualität unter den Tisch fallen lassen.

Im Interesse der Klienten an den von ihnen vorgebrachten sexuellen Themen zu arbeiten, führt nicht unbedingt zu einem harmonischen Therapieprozess, deshalb ist eine hohe Eigendifferenzierung der TherapeutIn wie Schnarch (2011b) sie fordert, unbedingt notwendig. Gleichzeitig braucht es Toleranz und hohe Flexibilität, um Veränderungsambivalenzen sicher zu rahmen und keinen Therapieabbruch zu verursachen.

2. zielorientierte konsequente Beratung erfordert die Kenntnis relevanter sexualtherapeutischer Konzepte und eine sichere Prozess-Steuerung

Im Rahmen dieser Arbeit beschäftige ich mich nun seit circa zwei Jahren intensiv mit dem Thema Sexualität, sowohl durch Literaturstudium als auch durch die Teilnahme an sexualtherapeutischen Weiterbildungen (4x3 Tage bei Clement und 6 Tage bei Schnarch).

Beier und Loewit konnte ich leider nicht persönlich erleben, da ihre Seminare Medizinern vorbehalten sind.

Diese Weiterbildungen sowie das ausgeprägte Literaturstudium halfen mir sehr, auch wenn ich das Gelernte im konkreten beschriebenen Fall nur zu einem kleinen Teil anwenden konnte. Zu wissen, dass ich weiß, half mir, eine souveräne Haltung einzunehmen und das Paar weitgehend sicher zu begleiten.

Durch den hohen Anteil an praktischen Übungen in den Weiterbildungen erwarb ich im Laufe der Zeit die Fähigkeit, leichter über Sexualität sprechen zu können und meine eigenen Schamgrenzen zu verschieben. Über den Paarfall hinaus gelingt es mir nun leichter nach gelebter Sexualität zu fragen und die Thematik ins Spiel zu bringen, bevor Klienten dies tun. Häufig reagieren Paare erleichtert auf meinen Vorstoß und berichten, dass sie schon überlegt hätten, Sexualität zum Thema zu machen, sich aber nicht getraut hätten.

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass gute Gespräche über Sex dann möglich sind, wenn die Möglichkeit dazu bereits in den ersten 1-2 Beratungsstunden besteht. Dazu ist es nicht notwendig, das Thema sofort zu vertiefen, aber eben die Kompetenz und den Willen zum Gespräch zu signalisieren. Im weiteren Beratungsverlauf wird dies dann zunehmend beschwerlicher und unwahrscheinlicher.

Paare umschreiben eine sexuelle Problematik häufig mit Kommunikationsproblemen, was sie ja auch auf eine sehr körperliche Art und Weise ist. Hier darf die TherapeutIn ruhig nachfragen, ob die Kommunikationsprobleme auch auf der körperlich-intimen Ebene bestehen. Für mögliche sprachliche Analogien und Zusammenhänge war mir das Konzept von Beier/Loewit eine große Hilfe und ich möchte die Kenntnis nicht missen. Besonders hilfreich finde ich die Idee, dass Sexualität verkörperte Liebeskommunikation ist. Dieser Ansatz kann Menschen gut helfen, die eine eher ablehnende Haltung bezüglich Sex einnehmen. Im Fallbeispiel die Frau. Herr H. war ein gutes Beispiel für den Wunsch nach körperlich gelebter Liebe. Basierend auf diesem Konzept, habe ich im Fallbeispiel versucht, Bedeutungen in Frage zu stellen und umzuformulieren wie z.B. „Einladungen zum Sex verschicken“ statt Druck zu machen. Aus diesem Konzept stammt auch die intensive Suche nach den positiven Ressourcen für Sexualität und die Aufhebung der Unterschiede zwischen Sprechen über Zuneigung und Interesse und Zeigen desselben.

Von Schnarch übernahm ich eher die verantwortungsübernehmende TherapeutInnenrolle im Prozess, was aber häufig Widerstände erzeugte. Im Kap. (5.3.2.3) habe ich Überlegungen dazu und die möglichen Gründe dafür beschrieben.

Von Clement lernte ich sehr viel systemisches Handwerkszeug, das mir auch außerhalb von Sexualberatung nützlich war. Ich denke hier vor allem an die Anregungen zur Arbeit

mit Paaren, die unterschiedliche Aufträge formulieren. Ich habe dies zur (Abb.3) ausgearbeitet und das Arbeitsmodell erweist sich als außerordentlich nützlich. Im Fallbeispiel konnte ich die verschiedene Interventionen, die Clement vorschlägt, nicht anwenden, da das Paar dies nicht zuließ, beziehungsweise keine Unzufriedenheit mit dem sexuellen Akt an sich beschrieb, sondern einzig und allein die Frequenz als Problem darstellte.

Beide trauten sich nicht in die Differenzierung, obwohl ich den Eindruck hatte, dass es nicht nur um die Frequenz des Geschlechtsverkehrs ging. So formulierte der Mann anfangs den Wunsch, seine Frau möge schöne Wäsche, kurze Röcke und hohe Schuhe für ihn tragen. Im weiteren Beratungsverlauf (als Trennung kein Thema mehr war) wurden diese Wünsche jedoch zugunsten der wiederaufblühenden Beziehung zurückgenommen. Der Preis der Differenzierung schien zu hoch. Auch die Frau äußerte anfangs die Idee, dass zu viel Nähe die sexuelle Beziehung zerstöre und dachte über ein offenes Beziehungsmodell nach. Auch dieser Wunsch wurde nicht weiter verfolgt. Er zeigt sich aber darin, dass günstige Bedingungen für gemeinsame Sexualität nur außerhalb des gemeinsamen Wohnraums geschaffen werden können.

Ich vermute, dass die Beratung bisher nur einen oberflächlichen Effekt auf die Beziehungsproblematik des Paares hatte und kann mir vorstellen, dass es bei weiterer Beratung gelingen könnte, ehrlicher und intensiver über die jeweiligen Wünsche und Bedürfnisse sprechen zu können. In diesem Falle böte sich das Konzept von Clement an. Aktuell war der Leidensdruck und der Mut des Paares nicht ausgeprägt genug, um der Angst zu begegnen. Auch hier zeigt sich, dass die TherapeutIn den Prozess so steuern sollte, das KlientInnen weder unter- noch überfordert werden. Im vorgestellten Beratungsprozess hätte das Beharren der Therapeutin auf konsequente Arbeit an den genannten sexuellen Problemen das Paar überfordert und einen Therapieabbruch riskiert.

Dieser letztgenannte Punkt führt zu den wichtigen Überlegungen, welche fachlichen und persönlichen Voraussetzungen des Beraters und der Therapeutin für Sexualberatung hilfreich sein könnten.

Sexuelle Paarprobleme sind in der Praxis so relevant, dass umfangreiche Kenntnisse von theoretischen Konzepten und dazugehörigen Interventionen sehr hilfreich sind. Aus meiner Sicht besteht dabei die Notwendigkeit, mehr als ein Konzept kennen und anwenden zu können. Dadurch kann die BeraterIn individueller auf das Paar eingehen und hat mehrere Handlungsoptionen.

In der täglichen Beratungsarbeit wie auch im Fallbeispiel sind Paardynamik und sexuelle Interaktionsmuster häufig eng miteinander verknüpft. „Rein“ sexuelle Probleme bei ansonsten problemloser Paarbeziehung sind mir bislang nur einmal begegnet. Dies

macht die Notwendigkeit sichtbar, dass angewendete sexualtherapeutische Konzepte in die Paarberatung integriert werden müssen, d.h. sie müssen auch zueinander passen. Aus diesem Grunde wurden in dieser Arbeit auch nur Konzepte vorgestellt, die in die systemische Beratungsarbeit integriert werden können. Die Beraterin/ der Berater muss in der Lage sein, das jeweilig Passende aus den Konzepten auszuwählen und zwischen Paarberatung im herkömmlichen Sinne und Sexualberatung hin und her zu springen. Im Fallbeispiel z.B. zwischen „Muttertagskuchen“ und „sexuellen Wünschen“.

3. Ableitung hilfreicher Kompetenzen für Sexualberatung

Zum Schluss dieser Arbeit möchte ich die im vorhergehenden Abschnitt beschriebenen hilfreichen Beratungskompetenzen etwas theoretischer formulieren und zusammenfassen. Aus meiner Sicht wären dies notwendige Inhalte einer EFL-Ausbildung im Hinblick auf kompetente Sexualberatung. Die Fähigkeiten im Einzelnen

- Theoretische Kompetenz: d.h. Unterschiedliche, relevante Theorien und Konzepte zur sexuellen Motivation und Interaktion kennen und diese in einen geschichtlich zeitlichen Rahmen einordnen können
- Rollenkompetenz: eine professionelle Haltung und Rollenklarheit im Umgang mit KlientInnen, dazu zählt auch die Wahrung der Neutralität gegenüber ungewöhnlichen sexuellen Wünschen und Praktiken.
- Diagnostische Kompetenz: Sexuelle Störungen und Konflikte in ihren verschiedenen Erscheinungsformen kennen und einordnen können
- Gesprächsführungskompetenz: professionelle Gespräche über Sexualität führen können und entsprechende Interviewtechniken kennen und anwenden können; In der Praxis Schamgrenzen wahrnehmen und ansprechen können, beim Sprechen über Sexualität in Vorleistung gehen können und Beispiel sein
- Fallkompetenz: die Dynamik des Falles verstehen und deuten können, flexibel auf Ambivalenzen reagieren können
- Interventionskompetenz: Therapie- und Beratungskonzepte und deren Interventionsmethoden therapeutisch einsetzen können
- Prozess-Steuerungskompetenz: die Fähigkeit Verantwortung für den Beratungsprozess zu übernehmen, KlientInnen in ihren Themen ernst nehmen und Vermeidungen ansprechen, Interventionen gezielt anwenden, ein gutes Maß zwischen Pacing und Leading finden
- Selbsterfahrung: ein hohes Maß an eigener Bewusstheit und Selbstreflexion der eigenen sexuellen Dynamik, das eine gute Balance zwischen Empathie und

Distanz erlaubt, Dies bedeutet, die eigenen Normen, Werte und Vorstellungen zu kennen und diese im Prozess hinten an stellen können.

- Insgesamt Freude, Offenheit und Neugierde am Thema Sexualität, keine Sexfeindliche Haltung

8 Literatur

- Basson, R. (2007). Sexuality and sexual Disorders. Lancet 2007.
- Beer, Ragnar (2006) unter www.theratalk.de
- Beier, K. Borsinski, H., Hartmann, U., Loewit, K. (2001). Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis. Urban & Fischer. München, Jena.
- Beier, K. M., Loewit, K. (2004). Lust in Beziehung. Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie als fächerübergreifendes Therapiekonzept der Sexualmedizin, Berlin, Heidelberg, New York. Springer.
- Beier, K.M., Bosinski, H., Loewit, K. (2008). Struktur sexualmedizinischer Weiterbildung. In: Sexuologie, Band 15 Nr. 1-2, 2008, Elsevier Urban & Fischer
- Berner, W. (2009) Lexikon der Lust. In: Liebe, Sex und Partnerschaft. Gehirn und Geist Dossier 2/2009.
- Bodenmann, G. (2006). Paartherapie bei Depressionen. In: Lutz, W. (Hsg.) Lehrbuch der Paartherapie. Reinhardt UTB, München.
- Both, S. et al (2005). Sexuelles Begehrten und sexuelle Erregung. Sexuelle Motivation aus psychophysiologischer Sicht. Zeitschrift für Sexualforschung 2005; 18: 364-395. Thieme Verlag, Stuttgart, New York.
- Brand, T.: Untersuchungen zur sexualmedizinischen Versorgung in Hamburg: Bedarf und Patienten. Med. Diss., Universität Hamburg 1980.
- Brenk, K. (2005). Bindung und Sexualität. Zum Zusammenhang zwischen Bindung im Erwachsenenalter und sexuellen Einstellungs- und Verhaltensweisen. Marburg: Tectum.
- Buber, M. (1995). Vom Ich zum Du. Reclam Verlag.
- Buddenberg, C. (1996). Sexualberatung. Eine Einführung für Ärzte, Psychotherapeuten und Familienberater. Stuttgart, Enke.
- Buddenberg, C., Bass, B., Gnirrs-Bormet, R., (2004), Die lustlose Frau-der impotente Mann. Zur sexuellen Beziehungs dynamik in ehelichen Zweierbeziehungen. In. Familiendynamik 19, 266-280.
- Buddenberg, C. (2005). Sexualberatung. Eine Einführung für Ärzte, Psychotherapeuten und Familienberater. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. Thieme Stuttgart, New York.
- Brandenburg, U., Kersting, H.J., (2001). Ein systemischer Zugang bei der Behandlung sexueller Störungen. In: Psychotherapie im Dialog. Heft 3/2001. 261-269.
- Brisch, K. H. (1999). Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brunnhuber, S., Frauenknecht, S., Lieb, K., (2005). Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. Urbam & Fischer. München, Jena.

- Clement, U. (1981). Demontage der Meister? Kritik an der Masters-Johnson-Kritik. Sexualmedizin 7, 267-268.
- Clement, U. (1994) Sexuelle Skripte. In: Familiendynamik 19, 252-265
- Clement, U. (1998). Sexualität in der systemischen Therapie. In: Familiendynamik 23, 366-376.
- Clement, U. (2000). Sexualtherapie als Paartherapie des Begehrens. In: Psychotherapie im Dialog. Heft 2/2000. 45-50.
- Clement, U. (2001). Systemische Sexualtherapie. In: Zeitschrift für Sexualforschung 14.92-112.
- Clement, U. (2004). Systemische Sexualtherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Clement, U. (2005). Erotik-eine Frage der Entscheidung. Sexuelle Selbstverwirklichung statt sexueller Lustlosigkeit. In: Psychologie Heute Juni 2005.
- Clement, U. (2007). Liebe allein reicht nicht. Interview Spiegel spezial Nr.4. 125-127.
- Clement, U. (2008). Funktionelle Sexualstörungen. In: Rudolf, G., Henningsen, P. (Hrsg.). Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Stuttgart. Thieme. 292-299.
- Clement, U. (2011a) Systemische Sexualtherapie Grundkurs 31.01.-02.02.2011 in Heidelberg. Unveröffentlichte Seminarunterlagen.
- Fiedler, P. (2009).Jung, attraktiv - asexuell. In: Gehirn und Geist Dossier. 2/2009
- Flick, U. (1998). Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften, ro ro ro Taschenbuch
- Fliegel, S. (2001). Verhaltenstherapie bei sexuellen Problemen. In: Psychotherapie im Dialog. heft3/2001. 252-260.
- Fraenkel, P. (2011). Die therapeutische Palette. Ein Leitfaden für die Methodenauswahl in der integrativen Paartherapie. Familiendynamik 36. 52-69.
- Gehirn und Geist (2/2009) Liebe, Sex und Partnerschaft. Die Erforschung eines Urbedürfnisses. Dossier. Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft. Heidelberg.
- Gottmann, J. (2006). Die 7 Geheimnisse einer glücklichen Ehe. Ullstein. München. Berlin.
- Grossmann, K. E. et al. (1997). Die Bindungstheorie. Modell, entwicklungspsychologische Forschung und Ergebnisse. In H. Keller (Hrsg.), Handbuch der Kleinkindforschung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Haeberle, J. E. (2005). dtv-Atlas Sexualität. München, Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Hantel-Quittmann, W. (2007). Der Zeitgeist in der Paartherapie. Teil 2. In: Familiendynamik 32/2007: 262-279

- Hartmann, U. (2006). Forschungsbericht der Medizinischen Hochschule Hannover. www.mh-hannover.de/10102.html. Zugriff am 28.03.2011
- Hauch, M. (1998). Paartherapie bei sexuellen Funktionsstörungen und sogenannter sexueller Lustlosigkeit. Das Hamburger Modell: Konzept, Modifikationen, neuere Ergebnisse. In Strauß, B. Psychotherapie der Sexualstörungen. Stuttgart. Thieme.
- Hecker, N. (2001), Sexualberatung. In: Psychotherapie im Dialog. Heft 3/2001.291-295.
- Heer, K., ((2007). WonneWorte. Lustvolle Entführung aus der sexuellen Sprachlosigkeit. Salis.
- Heer, K. (2011). Wenn die Liebe belastet wird: Lustverlust im Liebesleben. Vortrag am 18. April 2011 im Rahmen der 61. Lindauer Psychotherapiewochen 2011 (www.Lptw.de).
- Hite, S. (1979). Hite Report. Das Sexuelle Erleben der Frau. ro ro ro, Hamburg
- Hite, S. (2010). Der weibliche Orgasmus ist immernoch ein Mysterium: Interview in Freundin Donna 2/2010
- Kaplan-Singer, H. (2006). Sexualtherapie bei Störungen des sexuellen Verlangens. Stuttgart, New York. Thieme.
- Katholische Bundesarbeitsgemeinschaft für Beratung (Hrsg.) (1999): Einheitliche Statistik 1997. In Informationsdienst Nr. 53/99. Bonn: Eigenverlag.
- Klann, N. (2000). Ehe-, Familien- und Lebensberatung als Auftrag der katholischen Kirche - Grundlagen und Einblicke in dieses Tätigkeitsfeld. Aus: Beratung aktuell 2, 2000.
- König, O. (1998). Sexualität. Erschienen in: Bernhard Schäfers, Wolfgang Zapf (Hrsg), Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands, Opladen, S. 552-562.
- Kröger, C.; Wilbertz, N.; Klann, N. (2004): Wie wirksam ist Ehe- und Paarberatung? Ergebnisqualitätssicherung in den katholischen Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen.
- Kröger, C.; Hutter, C.; Teglas, P.; Klann, N.; Sanders, R.; Engl, J.; Dahlinger, K.; Ziegler, T. (2005): Die zeitliche Dimension in der Beratung. Eine Stellungnahme des Fachausschusses Forschung der Katholischen Bundeskonferenz für Ehe-, Familien- und Lebensberatung zum zeitlichen Umfang von Beratung. In: Beratung Aktuell Junfermann Verlag, Paderborn 4-2005.
- Kröger, C. et al. (2007). Empirische Forschung in der Katholischen Ehe- Familien- und Lebensberatung: Purer Luxus oder dringende Notwendigkeit? Aus Beratung Aktuell 2, 2007.
- Luisenhoff, A.: Kritische Bemerkungen zum therapeutischen Umgang mit der „sexuellen Lustlosigkeit“ von Frauen. Zeitschrift für Sexualforschung 8. Heft 4 1995.
- Maas, R. et al. (2008). Zyklusabhängigkeit weiblicher mimischer Reaktionen auf visuelle erotische Stimuli. In Zeitschrift für Sexualforschung 3/2008.
- Masters, W.H., Johnson, V.E.: Anorgasmie und Impotenz. Goverts, Krüger, Stahlberg, Frankfurt 1973

- Masters, W.H., Johnson, V.E.(1970): Human sexual inadequacy. Little, Brown Boston.
- Martenstein, H. (2010). Vom Wesen der Zweisamkeit. In: Liebe und Sex. Warum wir uns binden und trennen, einander begehen und betrügen. GEO kompakt Nr.20.
- Matthiesen, S., Hauch, M., (2004). Wenn sexuelle Erfahrungen zum Problem werden. In: Familiendynamik 29, 139-160.
- Merbach, M., Brähler, E.; Klaiberg, A. (2004). Partnerschaft und Sexualität in der 2. Lebenshälfte. Unter: www.medizin.uni-leipzig.de/medpsy/
- Meyer, V. (2001). Körperorientierte Psychotherapie und die frühkindliche Basis sexuellen Erlebens. In: Psychotherapie im Dialog. Heft 3/2001. 277-283.
- Möller, M.L. (2004). Worte der Liebe. Erotische Zwiegespräche. Ein Elixier für Paare Reinbek. Rowolt.
- Mary, M. (2001). Lügen die Sexualität betreffend. Michael Mary im Gespräch mit Steffen Fliegel. In: Psychotherapie im Dialog. Heft 3/2001. 356-359.
- Morin, J. (1997). Erotische Intelligenz. Die Erschließung der inneren Quellen sexueller Leidenschaft. München: Goldmann.
- Nestmann, F. (2002): Verhältnis von Beratung und Therapie. Psychotherapie im Dialog, 4: 404.409.
- Papousek, M. (1994). Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Bern: Huber.
- Pschyrembel (2003). Wörterbuch Sexualität. Bearbeitet von Stephan Dressler und Christoph Zink. Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- Retzer, A. (1998). Therapeutische Schnittmuster. - Ein Projekt. In: Familiendynamik 23.
- Schenk, H. (1999). Individuelle Lust. Gegen die Macht des definierten Sex. München:dtv.
- Schlippe, A. von, Schweizer, J. (2007). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidt, G., (1997). Paartherapie bei sexuellen Funktionsstörungen. In: Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Hrg. Von Volkmar Sigusch. Georg Thieme Verlag Stuttgart New York.
- Schmidt, G., (1998). Wir sehen immer mehr Lustlose! Zum Wandel sexueller Klagen. In: Familiendynamik 23.
- Stachura, E. (2009). Auf dem Gipfel der Lust. In: Gehirn und Geist Dossier. 2/2009.
- Sydow, K. von, (1998). Sexualität und/oder Bindung: Ein Forschungsüberblick zu sexuellen Entwicklungen in langfristigen Partnerschaften. In: Familiendynamik 23,377-404
- Sydow, K. von (1993). Lebenslust: weibliche Sexualität von der frühen Kindheit bis ins hohe Alter. Bern, Göttingen, Toronto: Huber.

- Schnarch, D. (2004). Der Weg zur Intimität. "Sexual crucible": Im Schmelziegel der Sexualität. *Familiendynamik* 29, S. 101-120.
- Schnarch, D. (2009). Die Psychologie sexueller Leidenschaft. München: Piper.
- Schnarch, D. (2011a). Intimität und Verlangen. Sexuelle Leidenschaft wieder wecken. Stuttgart. Klett Cotta.
- Schnarch, D. (2011b). Unveröffentlichtes Manuskript. Workshop Ulm 3.-6. April 2011.
- Schwenkhagen, A. (2011). Lust auf Rezept? Medikamentöse Therapieoptionen bei Frauen mit sexuellen Problemen. *Zeitschrift für Sexualforschung* 2011; 24; 49-76, Thieme Verlag, Stuttgart, New York
- Sigusch, V. (2005). Neosexualitäten. Über den Wandel von Liebe und Perversion. Campus. Frankfurt, New York
- Sigusch, V. (2011). "König Sex." Spiegelgespräch. Der Wissenschaftler Volkmar Sigusch über das Erbe der sexuellen Revolte, über den Einfluss des Internets auf zwischenmenschliche Beziehungen und die Mühen der Monogamie. Spiegel 9/2011
- Sigusch, V. (2011) Auf der Suche nach der sexuellen Freiheit. Campus, Frankfurt, New York.
- Strauß, B. (2001). Fort- und Weiterbildung in Sexualberatung und Sexualtherapie. In: Psychotherapie im Dialog. Heft 3/2001. 333-336.
- Strauß, B. et al (2010). Bindung, Sexualität und Persönlichkeitsentwicklung. Zum Verständnis sexueller Störungen aus der Sicht interpersonaler Theorien. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulz von Thun (2001). Miteinander reden: Kommunikationspsychologie für Führungskräfte. Reinbek. Rowolt Taschenbuch Verlag.
- Tiedemann, F., Jellouschek, H., Systemische Paartherapie-Ein integratives Konzept. In: Psychotherapie im Dialog. Heft 2/2000. 37-44.
- Trost, A. (2000). Binden-Halten-Lösen. Ein mehrdimensionales Entwicklungsmodell für die seelische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen, ihrer Bezugspersonen und ihrer Helfer. Bedingungsfelder – Herausforderungen – Chancen. www.katho-nrw.de/fileadmin/primacyMnt/Binden_Halten.PDF. Zugriff am 15.06.2011.
- Tiedemann, F. von (2004). Gezielte Prozess-Steuerung bei sexuellen Themen in der Paartherapie. In: *Familiendynamik* 29, 161-176.
- Wagner, B. (2009). Sexuell werden. Vom Überwinden der Grenzen weiblicher Sexualität. In: *Zeitschrift für Sexualforschung* 2009, 297-317. Thieme Verlag. Stuttgart. New York.
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1969). Menschliche Kommunikation. Bern. Huber.

- Welter-Enderlin, R. (1994) Glut unter der Asche. Leidenschaft und lange Weile bei Paaren in Therapie. In: Familiendynamik 19, 233-251.
- Weber, R. (2006). Paare in Therapie. Erlebnisintensive Methoden und Übungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Widmer, P. (1997) Subversion des Begehrens – Eine Einführung in Jaques Lacans Werk. Wien: Turia und Kant.
- Wolf, G. (2011). Zur Konstruktion des Erwachsenen. Grundlagen einer erwachsenen-pädagogischen Lerntheorie. VS Verlag. Wiesbaden.
- Wilbertz, N. (1999): Ehe-, Familien- und Lebensberatung als effektive Antwort auf zentrale Lebensfragen. In: Landesarbeitsgemeinschaft für Ehe-, Familien- und Lebensberatung in Nordrhein-Westfalen (LAG). Dokumentation der LAG Herbsttagung 1999. Essen: Eigenverlag.
- Willi, J.(1975). Zweierbeziehung. Reinbek, Rowolt.
- Willi, J. (2000). Koevolute Aspekte der Paartherapie. In: Psychotherapie im Dialog. Heft 2/2000. 29-36.
- Willi, J., Limbacher, B. (Hrg.) (2005). Wenn die Liebe schwindet. Möglichkeiten und Grenzen der Paartherapie. Stuttgart. Klett-Cotta
- www.destativ.de (Eheschließungen und Scheidungen)
- www.theratalk.de Pressemitteilungen
- www.wissenschaft-online.de/abo/lexikon/psycho/11613 (Zugriff: 28.02.11)
- Zilbergeld, B. (1994). Die neue Sexualität der Männer. 2. korrigierte Auflage. DGVT Tübingen.

--	--	--	--	--