

# Claudia Bernt

## „Let’s Talk about Sex“

### Systemische Sexualtherapie mit Paaren und Einzelpersonen

**W**ie wird man eigentlich Sexualtherapeut\*in? Diese Frage stellen mir viele Menschen, wenn Sie mich nach meinem Beruf fragen oder nach meinen Spezialgebieten in der Praxis. Ganz ehrlich? Das Thema hat mich gefunden. Wenn wir mit Paaren, aber auch Einzelpersonen arbeiten, kommt es ganz von allein in den Therapieraum. So sah ich mich immer wieder damit konfrontiert, dass Paare oder auch Einzelpersonen über unbefriedigende sexuelle Erlebnisse sprachen. In ihren Beschreibungen ging es um Lustlosigkeit, Erektionsprobleme, Schwierigkeiten zum Orgasmus zu gelangen, Unsicherheiten in der Geschlechtsidentität oder um sexuelle Vorlieben, die von ihnen selbst als „nicht normal“ gewertet wurden. Manchmal liegt es aber auch an uns Psychotherapeut\*innen, das Thema „Sexualität“ explizit anzusprechen, wenn Klient\*innen es nur vage andeuten – auch hier ist es wichtig zu konkretisieren und zu kontextualisieren (was ist schon normal...?). Und dennoch scheuen wir uns manchmal davor, denn wie sollen wir in der Therapie über Sexualität sprechen und vor allem, ohne dabei zu sexualisieren? Vielleicht drängen sich auch noch andere Fragen auf: Welche Ideen und Vorstellungen habe ich selbst über gelungene, befriedigende Sexualität? Wie kann ich mich neutral und ohne Sexualmoral positionieren? Der Artikel soll Ideen und Anregungen geben, wie wir über sexuelles Erleben reden können, wenn dieses von

unseren Klient\*innen als „gestört“ oder nicht zufriedenstellend beschrieben wird. Wie können Psychotherapeut\*innen – auch ohne Zusatzausbildung – mit diesen Problembeschreibungen umgehen, ein systemisches Verstehen entwickeln und darauf aufbauend therapeutische Interventionen setzen?

Zu Beginn lohnt es sich, einen kurzen Ausflug in die Entstehungsgeschichte der „klassischen“ Sexualtherapie von Masters und Johnson und weiterführend zur kritischen Auseinandersetzung dieses Ansatzes aus systemischer Sicht zu machen, um darauf aufbauend die Grundprämissen und -haltungen von systemischer Sexualtherapie zu skizzieren. Diese wurde maßgeblich von Ulrich Clement geprägt und ist in aller Ausführlichkeit in seinen Publikationen „Systemische Sexualtherapie“ (2004), „Wenn Liebe fremd geht“ (2009) oder „Dynamik des Begehrens“ (2016) nachzulesen. Anhand von zwei Fallbeispielen aus meiner psychotherapeutischen Praxis sollen Fallverständnis und Interventionsmöglichkeiten von systemischer Sexualtherapie verdeutlicht werden.

#### RESSOURCEN UND BARRIEREN DER KLASSISCHEN SEXUALTHERAPIE NACH MASTERS UND JOHNSON

Der Mediziner William Masters und die Psychologin Virginia Johnson stellten 1970 ihr sexualtherapeutisches Konzept vor, das auf Basis solider empirischer Forschung fußte. Das erste Konzept auf diesem Gebiet

erzielte Erfolgsquoten von über 90%. Verständlich, dass die Patientennachfrage durch die Decke schoss und an vielen Orten der Welt Sexualambulanzen mit diesem Konzept arbeiteten. Bevor die beiden Wissenschaftler\*innen ihr Konzept veröffentlichten, führten sie in den zwei Jahrzehnten davor Grundlagenstudien zur Physiologie menschlicher Sexualität durch. Sie konnten neue Erkenntnisse über sexuelle Funktionsabläufe erheben, indem sie in hunderten Laboruntersuchungen Herzfrequenz, Hautwiderstand, Pupillendurchmesser, genitale Durchblutung, Atemfrequenz, anatomische Veränderung der Geschlechtsorgane und viele andere Parameter bei Selbstbefriedigung und Geschlechtsverkehr im Labor erhoben. Ihre Ergebnisse mündeten in zwei Konzepten: dem Human-Sexual-Response-Circle (HRSC) und dem Verdikt vom klitoralen Orgasmus.

Der sexuelle Reaktionszyklus (HRSC) beschreibt vier aufeinanderfolgende Reaktionsphasen: Erregung, Plateauphase, Orgasmus und Refraktärphase (= Abklingen der sexuellen Erregung). Der HRSC galt von da an als das ungeschriebene Gesetz eines normalen, störungsfreien und damit „gesunden“ sexuellen Ablaufs. Es hagelte Kritik von feministischer und sozialwissenschaftlicher Seite – wie könne ein häufig stattfindendes Muster als von „Natur aus gegeben“ vorausgesetzt werden? Müsste das Ausbleiben eines Orgasmus von nun an immer als sexuelle Störung betrachtet werden? Wieso mache der HRSC keinen Unterschied zwischen weiblicher und männlicher Sexualität? Wie kann der HRSC soziales Erleben getrennt vom interaktionellen Kontext, in dem es entsteht, betrachten? Dennoch ist der HRSC bis heute bei vielen Sexualtherapeut\*innen unhinterfragt die „Folie“ ihrer konzeptuellen Überlegungen geblieben.

Der zweite große Meilenstein in den Forschungsergebnissen war die Unterscheidung zwischen vaginalem und klitoralem Orgasmus. Masters und Johnson widerlegten die Behauptungen, eine gesunde Frau müsse auch bei ausschließlich vaginalem Verkehr in der Lage sein, einen Orgasmus zu erzielen. Sie belegten mit ihren Untersuchungen, dass die Orgasmusreaktion der Frau von der direkten oder indirekten Stimulation der Klitoris abhängig ist. Ungezwollt trugen sie damit jedoch zu einer neuen normativen Ausrichtung bei: die zielorientierte Stimulation der Klitoris war nun obligatorisch.

Aufbauend auf diese beiden Kernergebnisse entwickelten Masters und Johnson ihr Sexualtherapiekonzept, das lerntheoretische und humanistische Elemente enthielt:

Sexuelle Erregung und Angst schließen sich physiologisch aus. Hier fokussieren die beiden Wissenschaftler\*innen einerseits Ängste, die sich aus sexualfeindlichen Tabus und Verboten des pruden Nordamerika in den 1960er Jahren entwickelten, andererseits individuelle Versagensängste, wie keine Erregung zu verspüren, keinen Orgasmus zu erlangen oder eine zu frühe Ejakulation zu haben. Das therapeutische Vorgehen stützt sich vornehmlich auf die „Performance“-Angst, also auf die Auseinandersetzung zwischen Entspannung und Angst.

Das standardisierte Therapiemodell nach Masters und Johnson, durchgeführt von einem Psychotherapeut\*innenpaar, schreibt eine abgestufte Verhaltensvorgabe vor. „Streichel-Übungen“ werden vorgegeben, mit denen das Paar Schritt für Schritt neue Erfahrungen machen kann. Zu Beginn gibt es ein Koitusverbot, sodass die Versagensangst und die Möglichkeit des Scheiterns ausgeschlossen werden sollen. Nach und nach wird das Streicheln und Stimulieren der Geschlechtsteile mit in die Übungen einbezogen, sofern das Paar die jeweilige Übung davor entspannt und erfolgreich durchführen konnte. Lerntheoretisch soll es durch das stufenweise Vorgehen zu einer Desensibilisierung kommen. Entspannung soll zunehmen, Angst nach und nach in den Hintergrund rutschen. Das humanistische Bild, wonach Sexualtherapeut\*innen den Betroffenen dabei helfen, ihr persönliches Wachstum zu fördern, ist ein zweites Axiom des Konzeptes. Es wird dabei von „verschütteten Trieben“ ausgegangen, die lediglich am Wachsen gehindert wurden und von alleine nachreifen können, wenn erst die Barrieren durch repressive äußere oder verinnerlichte Normen abgebaut sind. Gelegentliche gleichgeschlechtliche Einzelgespräche, spezielle Techniken bei Vaginismus und frühzeitiger Ejakulation und paardynamische Interventionen ergänzen das Konzept (vgl. Clement/2004).



**MAG. CLAUDIA BERNT** ist Psychotherapeutin (SF), Bildungswissenschaftlerin (Uni Wien) und Mitarbeiterin an der Ia:sf (Jour fixe); Fortbildungen in systemischer Traumatherapie und EMDR (Ia:sf und FEMDRA) sowie systemischer Sexualtherapie bei Ulrich Clement und Angelika Eck (igst Heidelberg)

## SYSTEMISCHE KRITIK AM FUNKTIONSPARADIGMA DES MASTERS-JOHNSON-KONZEPTS

Clement geht davon aus, dass das ursprüngliche Konzept zur Sexualtherapie von Masters und Johnson durch sein implizites normatives Modell einerseits therapeutische Handlungsmöglichkeiten einengt und andererseits vorrangig auf einen linearen negativen Zusammenhang zwischen Angst und sexueller Erregung fokussiert, was a) zu zähen Therapieverläufen führen kann und b) den Stellenwert von sexuellen Wünschen

und sexuellem Begehren unterbewertet. Was bedeutet das konkret? Unter dem implizit normativen Modell versteht Clement, dass die Masters-Johnson-Therapie von einem biologisch begründeten Human-Sexual-Response-Cycle ausgeht, das heißt, sie setzt ein ungestörtes „natürliches“ sexuelles Funktionieren als Norm voraus. Dieser Annahme stehen Erklärungsmodelle entgegen, die argumentieren, es komme nicht auf das Funktionieren an, sondern auf Gefühle, Lust, Autonomie und Qualität der Partnerschaft. Das Funktions-Paradigma ist der Masters-Johnson-Therapie derart zugeordnet, dass auch der Blick auf individuelle Psychodynamiken und Paardynamiken der sexuellen Symptome nicht zum Tragen kommt. Unter linearen Zusammenhängen zwischen Angst und sexueller Erregung ist die Annahme von Masters-Johnson zu verstehen, die davon ausgeht, dass sexuelle Erregung Entspannung voraussetzt und dass dort, wo es z. B. zu Versagensängsten kommt – konkreter: sexuelle Funktion verbunden mit Ängsten –, sexuelles Problem-Erleben entsteht.

Systemisch betrachtet ist das Denken in Ursache und Wirkung eine lineare Denkweise, die durch die Frage „warum?“ erforscht wird. Diese kausale Frage mag bei einfachen Zusammenhängen sinnvoll sein. Beziehungen als dauerhafte Interaktionen können mit dieser Denkweise jedoch nicht angemessen beschrieben werden. Sie greifen viel zu kurz und engen uns in der therapeutischen Sichtweise und in unseren Handlungsoptionen ein.

Auch der amerikanische Sexualpsychologe David Schnarch (1991) bezieht Kontraposition zu Masters und Johnson. Er geht sogar davon aus, dass Angst im Ge-

ohne Angst gar nicht denkbar wären: einerseits, dass Sexualität ein prototypischer Weg persönlicher Entwicklung sein kann, die alles andere als „Spaß“ macht – denken wir analog dazu an unsere Pubertät oder andere Entwicklungsaufgaben in unserem Leben – und andererseits, dass Sex nicht gut, sondern eben auch „schlimm“, „schmutzig“ oder „böse“ sein kann. Genau diese Aspekte können aber zentrale Momente sexueller Erregung ausmachen (vgl. Clement 2004).

## SYSTEMISCHE PSYCHOTHERAPIE BEI SEXUELLEN PROBLEMBESCHREIBUNGEN

Inspiriert von David Schnarchs Konzeption sexueller Störungen (1991, 1997) baut Ulrich Clement sein Verständnis von systemischer Sexualtherapie auf. Nicht die sexuelle Funktion, sondern das sexuelle Begehren ist Dreh- und Angelpunkt des Störungsverständnisses und der Intervention.

Ich möchte vier zentrale Punkte hier zusammenfassen (vgl. Clement 2004):

1. Sexualtherapie als Paartherapie des Begehrens sieht das erotische Potential im Zentrum der beiden Partner\*innen. Das bedeutet, dass Sexualtherapie nicht vorrangig der Beseitigung oder Reduktion funktionell definierter Symptome dient, sondern dem Zugang zum sexuellen Begehren und zu den sexuellen Wünschen der beiden Partner\*innen. Clement geht davon aus, dass ein erweiterter Zugang zum eigenen sexuellen Begehren weitaus größeres Potential zum Anstoß einer persönlichen Entwicklung hat, als die (Wieder-)Erlangung einer sexuellen Funktion. Sein Konzept stellt die Sexualität in den größeren Zusammenhang einer persönlichen und partnerschaftlichen Entwicklung. Genauso wie wir bei depressivem Verhalten nicht ausschließlich am Verschwinden von Symptomen arbeiten, sondern interaktionelle, aber auch intrapsychische Prozesse berücksichtigen, bietet Clement auf der Ebene der Symptomanalyse die therapeutische Leitdifferenz vom *Nicht-Können* zu einer Sichtweise des *Nicht-Wollens* an. Ein ressourcenorientiertes Verständnis, dass Symptome ein Hinweis auf ein *ungelebtes Wollen* sind, löst die Defizitorientierung ab, die Symptome nur als Fehlfunktion oder Mangel beschreibt.
2. Clement geht davon aus, dass partnerschaftlich gelebte Sexualität nur einen Teilbereich des sexuellen Spektrums einer Einzelperson darstellt. Das sexuelle Spektrum eines Menschen umfasst den Teil der sexuellen Biographie, der sich vor der gegenwärtigen

Dem Masters-Johnson-Konzept stehen Erklärungsmodelle entgegen, die argumentieren, es komme nicht auf das Funktionieren an, sondern auf Gefühle, Lust, Autonomie und Qualität der Partnerschaft.

genteil ein zentraler Faktor beim Entstehen von Lust und Leidenschaft ist. Gunter Schmidt unterstreicht ebenfalls, dass ein entspannungsorientierter Ansatz in der Sexualtherapie bestenfalls zu einer funktionalen „tristen Alltagssexualität“ führen kann, denn „mit der vollkommenen Entspannung werden die anderen emotionalen Amplituden der Erotik gleich mitgekappt“. Clement führt aus, dass zumindest zwei Perspektiven

gen Partnerschaft ereignet, sexuelle Fantasien, die sich z.B. auch auf Dritte beziehen, Selbstbefriedigung und sexuelle Erfahrungen mit anderen Partner\*innen. Systemische Sexualtherapie als Paartherapie fokussiert demnach die Dynamik zwischen dem individuellen sexuellen Spektrum der Einzelperson und dem partnerschaftlichen Spektrum, auf das sich zwei Personen geeinigt haben.

3. Clement unterscheidet zwischen Kommunikation und Ex-Kommunikation des sexuellen Spektrums. Analog zu Watzlawick geht er davon aus, dass zwei Partner\*innen sexuell nicht *nicht* kommunizieren können, aber sie können bestimmte Elemente aus der Kommunikation ausschließen. Die gemeinsam kommunizierte Sexualität ist daher nur ein Teilbereich, die Schnittmenge, der jeweiligen sexuellen Spektren, wenn zwei Menschen in einer Partnerschaft aufeinander treffen. Intime Partnerschaften erzeugen somit eine Systemgrenze, die definiert, was in die sexuelle Kommunikation eingeschlossen ist und was ausgeschlossen bleibt. Die Tatsache kann folgenlos bleiben oder aber äußerst heikle Konsequenzen haben. Ausgeschlossenes kann als reizvoll empfunden werden und Neugierde erzeugen, es kann aber auch von einem oder beiden Partner\*innen als ängstigend oder bedrohlich erlebt werden.
4. Im therapeutischen Fokus stehen Interventionen, die auf das Spannungsfeld von ungelebter Fantasie und gelebtem Verhalten zielen bzw. auf die möglicherweise entstehende Dynamik zwischen kommunizierten und nicht-kommunizierten Spektren und auf die Unterbrechung jener sexuellen Interaktionsmuster, die als störend erlebt werden.

Das folgende Fallbeispiel soll verdeutlichen, inwiefern aufgrund dieser vier Prämissen Hypothesen gebildet und darauf aufbauende Interventionen gesetzt werden können:

*Tatjana und Michael vereinbaren ein Erstgespräch für eine Paartherapie. Sie ist Anfang 30, er Mitte 40. Es ist seine zweite Ehe. Sie sind seit zehn Jahren ein Paar und haben gemeinsam zwei Kinder. Tatjana sagt, sie wolle ihren Mann nicht verlieren. Sie beschreibt ihn als ihren Felsen in der Brandung, aber seit einiger Zeit gebe es vermehrt Konflikte, vor allem um die Kindererziehung, die gemeinsame Familienzeit und dass sie sich nicht mehr körperlich nahekommen. Ich frage nach, ob sie mit „nicht mehr körperlich Nahekommen“ sexuelle Kontakte meint. Er bejaht. Sie nickt und starrt dabei auf den Boden. Dann spricht sie mit sehr leiser Stimme weiter. Die letzten sexuellen Kontakte mit Michael seien für sie unbefriedigend gewesen, da er keine Kondition mehr habe und immer vor ihr komme. Sie macht eine abwertende Geste auf seinen Bierbauch. Er versteht nicht, warum Tatjana sich nicht*

*sexuell auf ihn einlassen kann, wenn er sich um eine ungestörte, harmonische Atmosphäre kümmere. Er gesteht ein, oft „zu früh“ zu kommen, sieht dies aber als eine Konsequenz des seltenen Geschlechtsverkehrs und der „fehlenden Übung“ und versteht daher umso weniger, warum sie seit einem Jahr jegliches intime Beisammensein verweigere. Es gebe weder Küscheln, Küsse, zärtliche Berührungen – geschweige denn Geschlechtsverkehr. Er versuche immer wieder, sie dazu zu überreden, sie lehne ihn in seinen Augen sehr forsch und wütend ab. Dadurch fühle er sich zurückgewiesen und abgelehnt. Er beschreibe sich als hilflos, frustriert und manchmal auch wütend.*

*Gemeinsam haben sie versucht, sich mehr Zeit füreinander zu nehmen. Gute Freunde haben ihnen dazu geraten, neben dem ganzen Alltagswahnsinn mit Jobs und Kindern wieder mehr Zeit als Paar zu verbringen. Es scheine wohl vielen so zu gehen. Aber Michaels Versuche, ein romantisches Wochenende zu organisieren, empfindet Tatjana als Farce. Das „Prickeln“ wolle einfach nicht zurückkommen. Sie sei so gar nicht der romantische Typ. Beide skizzieren einen Teufelskreis, in dem sie gefangen sind.*

Auf der Funktionsebene stellt sich die Problembeschreibung folgendermaßen dar:

Sie wirft ihm vor, zu früh zu kommen, da er in den letzten drei Jahren zehn Kilo zugenommen und weniger Kondition habe. Er sei beruflich befördert worden, habe seither zig Stunden gearbeitet, wäre großteils müde nach Haus gekommen und habe seinen Körper vernachlässigt und jeglichen Sport eingestellt. Aufgrund seiner fehlenden Ausdauer könnten sie keinen Orgasmus mehr erlangen. Er fasse sie auch nicht mehr richtig an, tue ihr manchmal sogar weh beim Geschlechtsverkehr. Dies habe zu einer sexuellen Lustlosigkeit geführt. Wieso noch mit ihm schlafen, wenn es ihr ohnehin nichts „bringen“ würde. Er wirft ihr vor, durch die Verweigerung, Sex mit ihm zu haben, das Problem nur zu verschlimmern. Er sei, wenn es zu Sex komme, derart ausgehungert und erregt, dass er sich nicht lange „beherrschen“ könne und vorzeitig zum Orgasmus komme. Würde sie sich mehr auf ihn einlassen und öfter einwilligen wäre das Problem bald vom Tisch – oder, besser gesagt, aus dem Bett.

Im beschriebenen Konfliktmuster zeigt sich deutlich eine progressive und eine regressive Position. Der progressive Partner fordert sexuelle Aktivität, die regressive Partnerin verweigert sie. Beide Positionen sind konflikt-dynamisch gleichwertig und führen somit in einen Teufelskreis. Das „Nein“ der Frau ist jedoch in diesem Fall stärker als das „Ja“ des Mannes. Sie hat damit die Kontrolle über das gemeinsame sexuelle Verhalten. Denn für gelebte Sexualität braucht es das „Ja“ von beiden Partner\*innen – zum „Nein“ reicht eine\*r. Clement ermutigt uns als Sexualtherapeut\*innen, uns

nicht von der Konfliktspannung, dem angestauten Frust und Ärger und dem Leidensdruck zur Schlichtung des Streits verführen zu lassen. Es wäre seiner Meinung nach „konfliktdiagnostisch zu kurz gegriffen, würde man sich auf die Lösungsebene erster Ordnung beschränken, auf der sich Paare bereits befinden“ (ebd 2004, S. 122). Der Lösungsversuch auf dieser Ebene liefe darauf hinaus, Michael einerseits um mehr Verständnis für den derzeitigen „sexuellen Rückzug“ seiner Frau zu bitten, parallel an seiner Kondition zu arbeiten und Tatjana dazu zu ermutigen, ihrem Mann doch Hinweise zu geben, wie er sie richtiger anfassen könne und ihm die eine oder andere Übungsmöglichkeit zu gewähren.

Die leitende Hypothese zu Konfliktsituationen sollte dagegen lauten: Der sichtbar kommunizierte Konflikt des Paares wird am Leben erhalten und chronifiziert sich, weil er funktional

ist und zu einer Stabilisierung der Paarbeziehung beiträgt. Er kann als Lösungsversuch gesehen werden, der dem Paar eine erheblich beängstigendere Konfrontation erspart. Dieser Symptom- oder Konfliktgewinn (analog zum geläufigeren Begriff des Krankheitsgewinns) ist zunächst für das Paar schwer erkennbar. Denken wir auch hier wieder an klassische systemische Therapie von depressivem oder ängstlichem Verhalten, wo wir Klient\*innen achtsam der Idee zuführen, dass das unerwünschte Verhalten einen Nutzen, ja sogar einen Gewinn mit sich bringt und als Lösungsversuch gesehen werden kann.

*Tatjana bezieht die sexuell regressive Position. Aber was hat sie davon? Was ist der Nutzen, was ihr Gewinn? Sie bleibt in der Reserve, wartet ab. Seine hartnäckigen Versuche, sie zu sexuellen Kontakten zu überreden, beweisen ihr somit immer wieder aufs Neue sein Interesse für sie. Gleichzeitig braucht sie sich nicht mit ihren nicht-kommunizierten Anteilen ihres Begehrens auseinanderzusetzen. Und sie schont somit ihren Partner vor ihren nicht-kommunizierten Wünschen und Seiten des Begehrens. Sie übergibt ihm mit ihrem Verhalten die Verantwortung für die Lösung des Problems. Das heißt, sie nimmt eine strategisch günstigere Haltung ein. Sie vermittelt die Botschaft „DU musst etwas ändern“.*

*Michael hingegen übernimmt den progressiven Part. Er argumentiert, dass sie einfach mehr Sex zulassen sollte, weil dies normal und gut für die Paarbeziehung wäre. Er gerät immer wieder in den „Empörungsmodus“, dass sie sich ihm verweigert. Er unterstellt seiner Frau Rigidität, unrealistische Er-*

**BALANCE-ACHSE**

- Welche/r Partner\*in nimmt die sexuell progressive, welche/r die sexuell regressive Position ein?
- Wie wird die progressive versus regressive Position inhaltlich ausgedrückt? (Täter/Opfer; dominant/nachgiebig; natürlich/unnatürlich)
- Welcher Vorteil, welcher Nachteil ergibt sich für die Partner\*innen aus ihrer Position?
- Wer reklamiert wie die Definitionshoheit über Sex?
- Welche Eskalationsstrategien, welche De-Eskalationsstrategien verwenden die Partner\*innen?
- Wie wird Rücksicht, Einlenken und Versöhnung realisiert?
- Welche Rolle spielen bindende Gemeinsamkeiten (Kinder, Besitz)?

**ENTWICKLUNGSACHSE**

- Von welchem (noch nicht kommunizierten) Konflikt lenkt der Streit ab?
- Welche biografischen Konzepte haben die Partner über die Entwicklung von Männlichkeit/Weiblichkeit?
- Welche/r Partner\*in hat das größere Interesse an Veränderung bzw. Nicht-Veränderung?
- Wie wird das Nein, wie das Ja zum Sex intendiert?
- Welche Rolle spielen Dritte (Außenbeziehungen)?
- Was ist der Preis/was ist das Risiko der Veränderung?

Balance- und Entwicklungsachse nach Clement

*wartungen. Er bewertet ihren regressiven Part als gestört. Doch was hat er davon? Indem er seine Frau als das Problem definiert, braucht er sein Verhalten nicht zu hinterfragen. Er muss sich weiterführend nicht mit der Begrenztheit seiner eigenen sexuellen Optionen auseinandersetzen. Und er muss sich keine Gedanken zu den noch nicht-kommunizierten Seiten ihres sexuellen Begehrens machen.*

Clement geht bei der Beschreibung von sexuellen Konflikt dynamiken von zwei Ebenen/Achsen aus. Einerseits gibt es die Balance-Achse, die versucht, den Nutzen und das Aufrechterhaltungsmuster des Konfliktes zu verstehen. Andererseits zeigt die Entwicklungsachse, wo Potential zur Veränderung zur persönlichen und partnerschaftlichen Weiterentwicklung liegt:

Folgende Fragen können helfen, die beiden Achsen aus therapeutischer Sicht zu fassen und Hypothesen zu bilden (vgl. Clement 2004):

Wie können diese Ideen bei Tatjana und Michael weiterhelfen? Zunächst lohnt es sich, das sexuelle Kollisionsmuster für das Paar deutlich zu machen – analog zur klassischen systemischen Paartherapie so wie wir dies kennen. Es ist wichtig, dass beide Partner\*innen dieses Muster gemeinsam mit dem\*der Therapeut\*in konstruieren und „abnicken“, d.h. sich darin wiederfinden, es als anschlussfähig erleben.

**CB:** *Es scheint so als wären Sie in einem Teufelskreis gelandet. Wenn ich Sie richtig verstanden habe, Tatjana, finden Sie Ihren Mann seit einigen Jahren nicht mehr so begehrenswert*

wie zu Beginn. Er hat sich durch die zunehmende Anspannung und Arbeitsbelastung zurückgezogen, ist nicht mehr der lustige, lockere Partner, auf den Sie sich noch vor zehn Jahren voller Bewunderung abends beim Heimkommen gefreut haben. Er ist müde und ausgelaugt, braucht Ruhe, spricht wenig mit Ihnen und den Kindern, setzt Ihre Vorschläge nicht um. Das löst Frustration und Rückzug bei Ihnen aus.

**T:** Ja, genau. Ich vermisse seinen Humor und diese Leichtigkeit, die er früher ausgestrahlt hat. Er wusste immer, was wir wann machen, war so aktiv und lebenslustig. Das fand ich richtig gut. Er hat mir viel Sicherheit und Halt gegeben – und gleichzeitig war es immer ein kleines Abenteuer, was der Tag bringen würde.

**CB:** Und Sie (zu Michael) haben das Gefühl, dass all Ihre Anstrengungen, Ihrer Frau – und im weitesten Sinne natürlich Ihrer Familie – ein gutes Leben zu bieten, nicht gewürdigt werden. Dass Sie Ihre Frau nicht mehr befriedigen können, mit dem, was sie anzubieten haben. Das lässt Sie zwischen Ohnmacht und Wut hin- und herpendeln.

**M:** Das ist unrealistisch, dass Tatjana das nach all den Jahren von mir erwartet. Wir haben zwei Kinder und das Haus. Irgendwer muss das ja auch erhalten. Es war klar, dass ich mehr arbeiten muss, damit wir uns das leisten können. (Er wendet sich ihr zu:) Wie soll ich da nebenbei noch der lustige Abenteurer sein? Vor allem, wenn ich heimkomme und du tausend Dinge auszusetzen hast, die ich mache. Ich kann dir nichts mehr recht machen, nicht nur im Bett. Immer muss es nach deinem Kopf gehen – keinen Millimeter darf es da abweichen.

Wir erarbeiten mit Hilfe des Modells des Vulnerabilitäts-Schutz-Zirkels (vgl. Scheinkman & Fishbane 2004) das sexuelle Kollisionsmuster, das einerseits die Kritik und Vorwürfe thematisiert und sie andererseits umdeutet in Botschaften der Sehnsucht an den Partner/an die Partnerin. D.h., es findet ein Reframing statt – die Botschaften des Partners sind nicht als Angriff zu bewerten, die verletzen wollen, sondern gegenseitige hilflose Schutzreaktionen, die eigentlich Sehnsüchte oder Wünsche an den\*die Andere\*n transportieren wollen. Diese Sehnsüchte/Botschaften an den\*die Partner\*in können auch als die von Clement bezeichneten „ex-kommunizierten Botschaften“ verstanden werden.

So können Tatjanas Vorwürfe „Du bist faul und bequem geworden, deine (sexuellen) Aktivitäten sind fantasielos und dadurch unbefriedigend“ als Sehnsucht reframed werden in Richtung „Ich will von dir wieder wahrhaftig gesehen werden. Bemühe dich um mich und unsere Beziehung. Überrasche mich wieder! Ich habe Angst um dich und Deine Gesundheit aufgrund des hohen Arbeitspensums“.

Und Michaels Gegenangriff „Du nörgelst ständig an mir herum. Nichts ist dir genug. Du bist undankbar und rigid“ kann reframed werden in: „Ich bin überfordert und kraftlos. Ich bitte dich um Unterstützung in dieser belastenden Situation. Ich

habe Angst, dich zu verlieren und deine Wünsche nicht mehr erfüllen zu können“.

Durch die gemeinsame Konstruktion (Therapeut\*in und Paar) des sexuellen Kollisionsmusters wird der Fokus zu den Faktoren der Aufrechterhaltung gelenkt. Dem Paar wird deutlicher, weshalb sie einander gegenseitig in einem Kreislauf halten, also in Balance, wenn auch in einer ungewünschten. In einem zweiten Schritt kann erarbeitet werden, welche Entwicklungsschritte notwendig sind um das Kollisionsmuster zu unterbrechen und dadurch anders auf den Partner/die Partnerin eingehen zu können.

Tatjana und Michael erkennen in einigen Paarsitzungen, dass es zum sexuellen Kollisionsmuster auch andere partnerschaftliche Parallel-Themen gibt. Auch hier reagiert Tatjana regressiv, wenn Michael nicht ihren (unausgesprochenen) Erwartungen entspricht – und Michael verständnislos zu agieren beginnt und seiner Frau Sturheit und Rigidität unterstellt. Tatjana lässt sich auf einen aktiven Suchprozess ein, indem sie sich erstmals bewusst mit ihren eigenen sexuellen Fantasien und Vorlieben auseinandersetzt. Sie entdeckt, dass Ihr sexuelles Begehren in Bezug auf Michael dann wächst, wenn er sich wie ein „echter Mann“ verhält, d.h. für sie, dass er sich beispielsweise regelmäßig mit seinen Freunden trifft, eigenen Interessen nachgeht, was zu erzählen hat von seinem Tag und zufrieden mit seinem Job ist. Schauen wir zur Kennenlern-Phase der beiden zurück, beschreibt sich Tatjana als Mädchen, das den zehn Jahre älteren Mann bewunderte, der mit beiden Beinen fest im Leben stand und bereits einen „coolen Job“ hatte. Dies hätte sie von Anfang an fasziniert und „angemacht“.

Andererseits wünscht sie sich, dass Michael Neugier zeigt für das, was sie bewegt. Dass er versucht, sie als Frau zu sehen und sie sich ihm auch zeigen kann. Sie beschreibt, dass sie sich zu ihm hingezogen fühle, wenn er liebevoll und geduldig mit den Kindern aktiv Zeit verbringe. Im „idealen sexuellen Szenario“ (einer Intervention, die Menschen dazu anregt, das persönliche ideale sexuelle Erleben drehbuchartig zusammenzufassen ohne dabei an die Bedürfnisse oder Erwartungen des anderen zu denken) eröffnen sich ihre geheimsten Fantasien von spontanem Sex im Stiegenhaus, wenn die Kinder im Bett sind. Sie zeigt, bevor sie diese Michael erzählt/vorliest, große Unsicherheit und auch Angst, ob diese „Neuigkeiten“ ihn nicht verschrecken würden. Sein wohlwollendes Lächeln und anerkennendes Nicken lassen sie nach seiner Hand greifen: die erste Berührung ihrerseits während der Therapie in der 6. Sitzung. Michael kann die Botschaften der sexuellen Fantasiosigkeit und der fehlenden Ausdauer nun nicht mehr als Abwehrhaltung seiner Frau werten, sondern als Botschaft, sich wieder mehr um sich selber zu kümmern (im Sinne der Selbstfürsorge). Als er bemerkt, dass dieses Fokussieren auf eigene Bedürfnisse im Bereich von sozialen Kontakten und Sport nicht nur seinem Körper und seiner Entspannung gut

tut, sondern auch ihr (sexuelles) Interesse an ihm wieder wachsen lässt, ist er doppelt motiviert. Er erlebt sich wieder selbstwirksam. Da nun Tatjana auf ihn zukommt, fühlt er sich weniger unter Druck gesetzt, er wird dadurch neugieriger und experimentierfreudiger. Manchmal komme Michael noch vor Tatjana zum Orgasmus, was aber keine große Bedeutung mehr für sie habe. Schmunzelnd, mit einem verführerischen Blick zu seiner Seite, fügt sie hinzu, er wisse ja nun, wie er sie danach noch zu ihrem Höhepunkt bringen könne.

## INTIMITÄT ALS OFFENE SELBSTKONFRONTATION EINES BEDEUTSAMEN ANDEREN

Schnarch beschreibt in seinem Differenzierungs-Konzept einen Prozess, in dem jeder Mensch ein deutlich abgegrenztes Selbst entwickelt und dabei in nahen Beziehungen zum\*zur Partner\*in bleiben kann. Die Differenzierungsleistung besteht darin, das Bedürfnis nach Individualität und das Bedürfnis nach Nähe zu einem anderen erfolgreich ausbalancieren zu können. „Differenzierung ist die Fähigkeit, sein Selbstbewusstsein aufrechtzuerhalten, während man anderen emotional und/oder körperlich nahe ist – insbesondere dann, wenn die anderen zunehmend wichtiger für einen werden“ (Schnarch 1997). Das bedeutet: Menschen, die differenziert sind, können ihrem\*ihren Partner\*in zustimmen, ohne dabei das Gefühl zu haben, sich selbst aufzugeben. Sie können Kritik aussprechen, ohne dabei das Gefühl von Verbitterung oder Entfremdung zu haben. Aufbauend auf diese Grundannahme leitet Schnarch sein Verständnis von Intimität ab, nämlich als eine offene Selbstkonfrontation in Gegenwart eines emotional bedeutsamen Partners\*einer Partnerin. Es umfasst neben Ehrlichkeit und Offenheit auch die Bereitschaft, ein Risiko einzugehen – und zwar „mich mit all meinen Wünschen und Sehnsüchten zu zeigen, die mich als Mann oder Frau ausmachen. Selbstkonfrontation thematisiert in diesem Sinne nicht nur sexuelle Vorlieben – sondern zeigt dem anderen wer ich bin, als Mann oder als Frau.“ (Clement 2004).

Herr K. nimmt per E-Mail Kontakt zu mir auf und beschreibt darin seine derzeitige Lage:

*S. g. Frau Mag. Bernt, mein Name ist Gerald K. Ich bin 29 Jahre alt, lebe und arbeite in Wien. Ich habe erst seit kurzem das Gefühl einer sexuellen Unausgeglichenheit. Ich bin derzeit Single und habe/hatte schon immer ein reges und erfülltes Sexualleben. In letzter Zeit merke ich jedoch vermehrt Erektionsstörungen. Der Geist ist immer sehr erregt, aber der Körper will nun öfters nicht mitmachen. Bei „unbedeutenden“ sexuellen Kontakten mit Frauen habe ich da so gut wie nie Probleme. Aber wenn ich Frauen kennenlerne, zu denen ich mich emotional stark hingezogen fühle, ist es öfters vor-*

*gekommen, dass der Penis nicht hart wird. Ich vermute hier Versagensängste. Dazu kommt noch, dass sich bei mir schon eine gewisse körperliche und sexuelle Abgestumpftheit eingestellt hat – eventuell dadurch, dass ich viel pornografisches Material verwende, um mich bei Selbstbefriedigung zusätzlich zu erregen. Nun habe ich die Befürchtung, dass ich für „sensiblere, zärtlichere Berührungen“ bei realen sexuellen Kontakten körperlich nicht mehr so empfänglich bin. Zusätzlich habe ich die Erfahrung gemacht, dass gewisse Mittel wie Viagra und Cialis auch bei Sex mit Frauen, die ich gern habe, oft keine Wirkung mehr haben, trotz geistiger Erregtheit. Oder wirken diese einfach nicht aufgrund eines Testosteronsmangels oder weil ich zu viel Nikotin konsumiere?*

*Ich hoffe, Sie haben ein halbwegs gutes Bild von meinem Problem. Ich würde mich über eine Antwort freuen, ob mir da irgendwie durch eine Therapie geholfen werden könnte, da es mich doch mit fortschreitender Dauer belastet.*

*Lg Gerald K.*

Ich entscheide mich zunächst dafür Herrn K. ebenfalls per E-Mail zu antworten. Einerseits kann er schriftlich sein Problem gut beschreiben, andererseits lässt es mich vermuten, dass es für ihn in schriftlicher Form einfacher ist, seinen ersten Unsicherheiten bezüglich einer Psychotherapie zu begegnen.

*Sehr geehrter Herr K.,*

*vielen Dank für Ihre E-Mail und Ihr Vertrauen, bereits einiges über sich zu erzählen. Ihre erste Beschreibung der belastenden Situationen und dadurch ausgelöste Symptome lassen vermuten, dass Sie sich mithilfe einer Psychotherapie/Sexualtherapie generell behandeln lassen. Genauer kann ich Ihnen nach einem ausführlicheren Gespräch und einer Anamnese sagen. Ich kann mir gut vorstellen, dass die Situation für Sie mit zunehmender Zeit belastender wird. Ein Erstgespräch würde sich daher meiner Erfahrung nach durchaus lohnen.*

*Sollten Sie einen Termin ausmachen wollen, melden Sie sich einfach nochmals per Email oder Telefon.*

*Mit lieben Grüßen*

*Claudia Bernt*

Herr K. ruft mich daraufhin umgehend an, und wir vereinbaren einen Termin für ein Erstgespräch in den Tagen darauf. Auf Nachfrage stellt sich heraus, dass Herr K. noch keine medizinische Abklärung vorgenommen hat. Das ist ungewöhnlich, denn bei Erektionsstörungen sind 70 % der Klienten, wenn sie zum Erstgespräch kommen, schon mehrfach vorbehandelt. Herr K. denkt jedoch, dass es am „Kopf“ liegt und nicht an seinem „Körper“. Er hat bereits Psychotherapieerfahrung zu „anderen familiär bedingten Themen“.

Ich beginne das Erstgespräch einer Sexualtherapie ganz gleich wie bei einer systemischen Einzeltherapie mit anderer „klassischer“ Problembeschreibung, in-

dem ich zunächst versuche, einen klaren Rahmen für den Ablauf des Gesprächs zu skizzieren. Ich erkläre meine Verschwiegenheitspflicht, dass ich einige Daten mitschreiben werde (Dokumentationspflicht und Gedächtnisstütze für mich), dass systemische Therapie einen relevanten Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und Belastung mit dem sozialen Umfeld sieht. Aus diesem Grund beginne ich auch bei Sexualtherapien mit einem Genogramm, da mir die Beschreibungen zum Familiensystem bei der Hypothesenbildung helfen. Dies möchte ich kurz anhand eines Auszugs aus dem Erstgespräch mit Herrn K. skizzieren.

**CB:** Ich werde heute viele Fragen stellen, damit ich mir einen guten Überblick über das, was Sie als belastend erleben, ma-

## Es findet ein Reframing statt – die Botschaften des Partners sind nicht als Angriff zu bewerten, die verletzen wollen, sondern gegenseitige hilflose Schutzreaktionen, die eigentlich Sehnsüchte oder Wünsche an den\*die Andere\*n transportieren wollen.

chen kann. Da wir einander nicht kennen könnte es passieren, dass ich vielleicht Fragen stelle, die Ihnen unangenehm sind und über die Sie heute noch nicht sprechen wollen. Das ist in Ordnung. Dann sagen Sie mir einfach, dass Sie das nicht beantworten wollen. (Herr K. nickt.)

Diese Standardformulierung halte ich bei sexualtherapeutischen Erstgesprächen für besonders wichtig, denn viele Menschen werden zum ersten Mal aufgefordert, detailliert über ihre sexuellen Handlungen, Gefühle und Gedanken zu reflektieren und diese zu beschreiben. Dies sollte uns Therapeut\*innen besonders bewusst sein.

Denken Sie an Ihr letztes sexuelles Erleben – gleich ob es mit einer PartnerIn war oder ob Sie sich selbstbefriedigt haben. Versuchen Sie, die sexuellen Handlungen, Gedanken und Gefühle Schritt für Schritt zu beschreiben und niederzuschreiben. Wie hat es begonnen? Wo haben Sie sich selber oder die Partnerin berührt, etc. Was hat dies für Gefühle und Gedanken hervorgerufen? (Diese kurze Selbsterfahrungsübung kann hier Professionist\*innen weiterhelfen, die Herausforderung zu erkennen, sexuelles Erleben in Worte zu fassen.) Und denken Sie nun noch einen Schritt weiter: Wie würde es Ihnen gehen, diese Beschreibung jemand Fremden vorzulesen?

**CB:** Sie haben mir ja schon in Ihrer Email über Ihre Probleme geschrieben. Bevor wir darauf zurückkommen und ich Sie noch nach bisherigen Lösungsversuchen frage würde ich mir gerne einen kurzen Überblick über Ihre momentane Lebenssituation machen, ihre Familie. Ist das in Ordnung, wenn wir so starten?

**K:** Ja, natürlich.

Im Genogramm zeigt sich, dass Herr K. einen fünf Jahre älteren Bruder hat, der mittlerweile stabil und trocken ist, aber von seinem 20 Lebensjahr an massiv getrunken hat. Ein Entzug in einer stationären Klinik vor acht Jahren war erfolgreich. Davor erlebte er es jedoch als sehr belastend, den Bruder immer wieder orientierungslos und unansprechbar im Alkohorausgang aufzufinden. Seine Mutter, eine Buchhalterin, beschreibt er als Kontrollfreak. Sie habe viel Leistungsdruck auf die Kinder ausgeübt, sie cholerisch angeschrien und auch an den Ohren gezogen als sie klein waren. Daran sei auch sein Bruder fast zugrunde gegangen, meint er traurig. Der Vater sei ein ruhiger Mann, der sich bei Konflikten schnell zurückziehe. Er habe der Mutter niemals Einhalt geboten, wenn sie mit den Buben schimpfte oder sie bestrafte. Herr K. hatte mehrere partnerschaftliche Beziehungen, die meisten gingen jedoch über ein paar Monate nicht hinaus. Wegen seiner vorletzten Freundin, mit der er fünf Jahre zusammen war,

war er lange in Psychotherapie. Sie hatte eine Borderline-Störung, erzählt er, was immer wieder zu Spannungen und Krisen in der Partnerschaft führte. Er habe damals in den therapeutischen Gesprächen erkannt, dass er immer allen helfen und sie beschützen will. Dabei übernimmt er ganz klar die Führung. Ihn hat das mit der Zeit aber massiv überfordert. Er meint, er habe einen anderen Umgang damit entwickeln können.

**CB:** Vielen Dank für Ihr Vertrauen, mir da einen ersten kleinen Einblick zu gewähren. Nun sind wir bei der Frage, was Sie konkret als belastend erleben.

**K:** Sexualität ist schon immer sehr wichtig für mich gewesen. Und ich habe, seitdem ich 17 bin, immer ein reges Sexuelleben gehabt. In Beziehungen bin ich treu, wenn das so vereinbart ist, aber ich hatte auch schon offene Beziehungen. Das ist dann auch okay.

**CB:** Was verstehen sie denn unter einem regen Sexuelleben?

**K:** Dass ich mehrmals die Woche Sex habe.

**CB:** Mit anderen, mit sich selber?

**K:** Da gehört für mich beides dazu. Ich mache es mir schon relativ oft selbst, aber ich brauche Sex mit einer Partnerin. Das gehört für mich zu einem guten Leben schon dazu. Tja, und dann hat dieses Problem vor zwei Monaten angefangen. Da habe ich eine Frau kennengelernt, für die ich mich wirklich interessiert habe. Wir wollten es beziehungsstechnisch lang-



sam angehen. Sie hatte sich gerade erst scheiden lassen. Als ich das erste Mal mit ihr im Bett war, hatte ich meine erste Erektionsstörung. Das hat mich total irritiert. So was hatte ich davor noch nie. Seither habe ich das Gefühl, ich bin gestört, ich bin verroht und abgestumpft und ...

(ich unterbreche ihn)

**CB:** Darf ich da kurz nachfragen? Ich kenne mich noch nicht aus. Können Sie mir das genauer erzählen? Schritt für Schritt ... also ... wie war denn der erste sexuelle Kontakt mit ihr? Wie hat es begonnen? Wann haben sie gemerkt, dass Sie keine Erektion bekommen?

**K:** Wir waren bei ihr zuhause und haben uns geküsst. Es war irgendwie klar, dass es jetzt passiert. Ich war total scharf auf sie und sie auch auf mich. Wir sind ins Schlafzimmer, und dort hat sie mich aufs Bett gestoßen und sich auf mich draufgesetzt, meine Arme über meinem Kopf niedergedrückt. Sie wollte mich

ellen Kontakten, wo es nur um Sex geht, nicht so wichtig. Da mache ich einfach mein Ding – und meistens passt das dann auch.

Welche Hypothesen können wir aufgrund der Informationen, die wir bisher erhalten haben bilden? Mir sind folgende eingefallen:

1. Herr K. erlebt einen Unterschied in seinem sexuellen Erleben, wenn er mit einer Frau Sex hat, die „ihm etwas bedeutet“. Hier kommt es dann zu Verunsicherung, die sich in körperlichen Symptomen äußert, wenn die Partnerin die dominante Position besetzt und ihn in eine submissive Lage führt. Herr K. sichert sein Kontrollbedürfnis durch dominantes Verhalten. Wird er in eine submissive Position geführt, fühlt er sich womöglich ausgeliefert, und dies erzeugt Angst, die wiederum sein Lustgefühl blockiert (folgt man der Theorie von Masters & Johnson).

2. Herr K. erlebt Irritation durch sanfte Berührungen, da ihn diese nicht weiter sexuell erregen. Er beschreibt im Laufe des Gesprächs, dass seine Hauptsorge ist, er könne „abgestumpft“ sein. Befragt man ihn zu seinen bisherigen Beziehungen zu Frauen, beschreibt er eine Mutter-Sohn-Beziehung, die durch Kontrolle, körperliche Bestrafung und Aggression geprägt ist, wenn es um womöglich unerwünschtes Verhalten seinerseits geht. Er erinnert sich nicht an liebevolle Berührungen oder Geborgenheit. Zuwendung habe er über Leistung und Funktionieren erhalten.

3. Erinnern wir uns auch an Schnarchs Theorie zur „Selbstoffenbarung“: So könnte Herr K. Schwierigkeiten haben, ehrlich und offen zu sein, seine Wünsche und Sehnsüchte in der frischen Beziehung zu thematisieren. Wie wird diese Frau darauf reagieren? Ist sich Herr K. selbst überhaupt schon bewusst, wie er als Mann in einer intimen Beziehung sein will?

**CB:** Stellen Sie sich vor, Sie kommen weiter zu Gesprächen zu mir, und diese sind hilfreich und es geht in die richtige Richtung. Was wäre dann anders?

**K:** Ich würde mir wünschen, ich könnte mich unbefangen auf Frauen einlassen, die mir wirklich etwas bedeuten. Ich hätte keine Blockaden mehr, könnte mich vielleicht auch mal hingeben und verführen lassen. Eigentlich interessieren mich diese schnellen Kontakte, wo es nur um Sex geht und ich den starken Macker spiele, gar nicht so.

## Systemische Sexualtherapie nach Clement stellt die interpersonelle Dynamik, nämlich konkret das Begehren der Partner\*innen, in den Mittelpunkt der therapeutischen Gespräche. Funktionelle Störungen werden ernst genommen, aber als Spitze eines Eisberges verstanden.

dominieren. Das hat mich sehr irritiert, weil normalerweise ich den dominanten Part einnehme. Die meisten Frauen mögen das auch. Aber bei ihr war das anders. Sie hat mich ganz zärtlich berührt am ganzen Körper als ich da am Bett lag ... aber das hat mich null erregt. Ich konnte keinen Steifen bekommen.

**CB:** Was war der Hauptgrund für die Irritation? Dass die Frau die dominante Position bezogen hat oder dass Sie die zärtlichen Berührungen nicht als erregend erlebt haben?

**K:** Mhm, das ist schwierig zu sagen ... (er denkt nach). Ich glaube, es war mehr, dass sie die Führung übernommen hat. Das hat mich total aus dem Gleichgewicht gebracht. Die meisten Frauen mögen es, wenn ich eher bestimme, wo es langgeht. Oder aber ich nehme mir die Position – natürlich nicht gewaltsam, aber mit sanfter Bestimmtheit. Aber mir fällt auch auf, dass ich mich – wenn ich mich selbst befriedige – eher fester angreife. Es ist schon beides ein Thema für mich. Es war wirklich schrecklich, dass ich keine Erektion mehr hatte an dem Abend.

**CB:** Was war denn bei dieser Frau anders? Weshalb waren Sie so irritiert? Es klingt so als wären Sie gar nicht auf die Idee gekommen, die Führung zurück zu übernehmen?

**K:** Hmmm ... ich mag sie wirklich. Ich war unsicher, was sie davon halten würde, wenn ich dominant aufträte oder ihr sage, dass ich das Sanfte nicht so mag. Das ist mir bei anderen sexu-

*Im Erstgespräch gebe ich Herrn K. meine erste Hypothese mit, dass Kontrolle für ihn etwas sehr Wichtiges zu sein scheint. Ich stelle einen Zusammenhang zu seinen ersten prägenden Beziehungen mit Frauen, vor allem mit seiner Mutter, her. Die Kontrolle zu verlieren oder sich unterzuordnen erlebt er womöglich als bedrohlich. Sein Bruder sei daran fast zerbrochen. Verständlich, dass er sich entschieden hat, in nahen Beziehungen der „führende, dominante“ Partner zu sein. Diese Entscheidung war für ihn zu einem früheren Zeitpunkt wahrscheinlich „überlebensnotwendig“ gewesen. Diese Idee ist für Herrn K. sehr anschlussfähig und entlastet ihn. In den folgenden Gesprächen gehen wir seinen inneren Blockaden nach, sich auf Frauen einzulassen, die er wirklich mag. Dabei reflektieren wir seine biografischen Konzepte über die Entwicklung von Männlichkeit und Weiblichkeit. Wir thematisieren die persönlichen Vor- und Nachteile von dominanter bzw. nachgebender Position im sexuellen Erleben. Herr K. entwickelt nach und nach die Idee, dass er auch in der passiven, empfangenden Rolle nicht „Opfer“ des Geschehens ist, sondern auch hier Kontrolle über sich behalten kann. Diese ganz abzugeben ist nach wie vor unvorstellbar. Zaghaft beginnt er mit seiner neuen Freundin über seine Bedürfnisse und Sehnsüchte zu reden. Ihre wohlwollende und neugierige Haltung erleichtert es ihm, sich mehr und mehr zu zeigen.*

## RESUMÉE

Systemische Sexualtherapie wurde maßgeblich durch die Konzepte von Ulrich Clement geprägt. Sie stellt die interpersonelle Dynamik, nämlich konkret das Begehren der Partner\*innen, in den Mittelpunkt der therapeutischen Gespräche. Funktionelle Störungen werden ernst genommen, aber als Spitze eines Eisberges verstanden. Sexualtherapie als Paartherapie des Begehrens sieht das erotische Potential im Zentrum der beiden Partner\*innen. Symptome, also die Spitze des Eisbergs, sind gut sichtbar und werden als störend von den Klient\*innen beschrieben. Dennoch interessieren sich Sexualtherapeut\*innen vermehrt für jenen Teil des Eisbergs, der unter Wasser liegt. Das bedeutet, dass Sexualtherapie den Zugang zu bewusstem oder noch unbewusstem sexuellen Begehren und zu den sexuellen Wünschen der beiden Partner\*innen eröffnet. Dieser erweiterte Zugang wird als Anstoß zur Persönlichkeitsentwicklung verstanden.

Im therapeutischen Fokus stehen Interventionen, die auf das Spannungsfeld von ungelebter Fantasie und gelebtem Verhalten zielen bzw. auf die möglicherweise entstehende Dynamik zwischen kommunizierten und nicht-kommunizierten Spektren und auf die Unterbrechung jener sexuellen Interaktionsmuster, die als störend erlebt werden.

---

## BIBLIOGRAPHIE:

- Clement Ulrich (2004): Systemische Sexualtherapie. Stuttgart, Klett-Cotta
- Clement Ulrich (2009): Wenn Liebe fremd geht. Berlin, Marion von Schröder Verlag
- Clement Ulrich (2016): Dynamik des Begehrens. Heidelberg, Carl-Auer Verlag GmbH
- Scheinkman Michele & Fishbane Mona (2004): The Vulnerability Circle. In: Family Process, Vol. 43, No.3/279–299, FPI Inc
- Schnarch David (1991): Constructing the Sexual Crucible Constructing the Sexual Crucible: An Integration of Sexual and Marital Therapy an Integration of Sexual and Marital Therapy. W. W. Norton & Company
- Schnarch David (1997): Passionate Marriage. W. W. Norton & Company
- Schnarch David (2012): Intimität und Verlangen. Stuttgart, dritte Auflage, Klett-Cotta
- Schnarch David (2016): Psychologie der sexuellen Leidenschaft. Stuttgart, erste Auflage, Klett-Cotta