

3 Wie wird behandelt?

3.1 Das Hamburger Modell der Paartherapie bei sexuellen Störungen im Überblick

M. Hauch

Das Hamburger Modell der Paartherapie [6], [7], [8] wurde auf der Basis der Ansätze von Masters und Johnson [120], Lobitz und LoPiccolo [116] sowie Kaplan [89] und anderen von einem TherapeutInnen-team an der Hamburger Abteilung für Sexualforschung entwickelt und schon in den 70er-Jahren aufwändig empirisch überprüft [6], [7]. Zu diesem Zeitpunkt dominierten bei den heterosexuellen Paaren, die professionelle Hilfe suchten, noch die klassischen sexuellen Funktionsstörungen, d. h. bei Männern Erektions- und Ejakulationsprobleme, bei den Frauen Erregungs- und Orgasmusprobleme und Vaginismus (Scheidenkrampf). Für deren Behandlung wurde dieses Paartherapie-Konzept ursprünglich auch entwickelt. Das Konzept hat sich in den vergangenen vierzig Jahren bewährt und damit die Hoffnungen, die sich auf die hohen klinisch-empirisch erhobenen Erfolgsraten gründeten, weitgehend erfüllt. Es bot aber auch genügend Raum für die Flexibilität, die notwendig war, um sich den gewandelten gesellschaftlichen und klinischen Bedingungen zu stellen [74].

3.1.1 Entwicklung

Das Hamburger TherapeutInnenteam sah sich gleich zu Beginn der Arbeit mit den vielversprechenden Ansätzen aus den USA vor die Herausforderung gestellt, diese Konzepte für die eigenen Arbeitsbedingungen zu adaptieren. Masters und Johnson hatten ihr Konzept im ländlich strukturierten mittleren Westen der USA in den als sexualrestriktiv bekannten 50er- und 60er-Jahren entwickelt. Hamburg war Anfang der 70er-Jahre eine westdeutsche Großstadt, in der die sog. „sexuelle Liberalisierung“ nicht nur die öffentliche Meinung durchdrungen, sondern auch schon weite Teile der Bevölkerung und damit das eigene Klientel erreicht hatte.

Darüber hinaus war die Abteilung für Sexualforschung²⁶ an der damaligen „Psychiatrischen und Nervenambulanz des Universitätsklinikums Hamburg“ angesiedelt. Daher wäre es von Anfang an illusorisch gewesen, sich auf die Behandlung von Paaren zu beschränken, die nur unter sexuellen Funktionsstörungen litten – wie die Indikationskriterien der US-amerikanischen KollegInnen nahelegten – und entsprechend solche mit schweren Partnerkonflikten und/oder neurotischer Problematik auszuschließen. Vielmehr waren wir sogar immer wieder auch mit Paaren konfrontiert, bei denen gravierende psychiatrische Erkrankungen eine Rolle spielten. Von daher war klar, dass in unserer Konzeptualisierung psychoedukative Elemente und Informationsvermittlung im Sinne von Sexualaufklärung im Stellenwert hinter den zentralen Gesichtspunkten der psychotherapeutischen Bearbeitung und einem entsprechend psychodynamischen Verständnis im Hinblick auf Funktion und Bedeutungsgehalt der jeweils vorliegenden Problematik zurücktraten. Diese Aspekte sind ausführlich und in zunehmender Ausdifferenzierung über die drei Auflagen von „Sexuell gestörte Beziehungen“ [6], [7], [8] gewürdigt, bilden sich aber bestenfalls in Ansätzen in der Formulierung des Manuals [76], [77], [78] ab. Dabei spielt sicher eine Rolle, dass es damals – anders als heute – ein einigermaßen umstrittenes Vorgehen war, ein psychotherapeutisches Konzept in manualisierter Form zu publizieren.

So entschieden wir uns erst nach langem Abwägen, das Manual, das zunächst nur für den „Hausgebrauch“ gedacht war, in die Publikation über unser Konzept der Paartherapie einzubeziehen. Die Ausdifferenzierung des konkreten therapeutischen Vorgehens erfolgte vor allem vor dem Hintergrund zunehmender Erfahrung durch die Reflexion der Arbeit mit den Verhaltensvorgaben unter psychoanalytischer Supervision. Die Mehrzahl der sich entwickelnden schrittweisen Modifikationen der therapeutischen Techniken war zunächst aber so subtil und schwer fassbar, die Struktur des Manuals dagegen so klar auf Zielorientierung angelegt,

²⁶ Seit 2002 Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie, seit 2018 Institut für Sexualforschung, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

dass wir uns bei den Bearbeitungen bis einschließlich der Ausgabe 1993 weitgehend auf die Aufnahme bzw. Ausweitung ganzer Abschnitte beschränkten, z. B. die Integration der körperlichen Selbsterfahrung auch für Männer zu berücksichtigen, die nicht Symptomträger waren. Die umfassende Integration der vielfältigen Modifikationen erfolgte erst mit dem in der ersten Auflage dieses Buches vorgestellten, völlig neu erarbeiteten Manual. Für diese Auflage haben wir das Manual neu gliedert und eine Reihe von Präzisierungen und Ausdifferenzierungen aufgenommen. Sie betreffen vor allem eine stärkere Akzentverschiebung Richtung noch größere Ergebnisoffenheit und stärkere Würdigung der Vielfalt unterschiedlicher Prozesse. Darüber hinaus ist das *Prinzip Selbstverantwortung* mit den Grundregeln „Egoismusregel“ und „Vetoregel“ noch weiter ins Zentrum der Arbeit nach diesem Konzept gerückt.

Merke

Bei der Paartherapie nach dem Hamburger Modell handelt es sich um ein **Konzept**, bei dem die konfliktorientierte Arbeit mit Verhaltensvorgaben im Hinblick auf die sexuelle Interaktion der PartnerInnen im Zentrum steht. Dabei ist das Prinzip Selbstverantwortung (S. 71) von grundlegender Bedeutung

3.1.2 Zentrale Elemente der Paartherapie

„Für uns ist Sexualität nicht so sehr das Symptomzielgebiet, sondern der rote Faden, an dem entlang sich Therapie vollzieht, oder anders ausgedrückt: das Feld für therapeutische Arbeit. Konkrete sinnliche Erfahrungen ermöglichen den Patienten, ihre Ängste, ihre Konflikte und dahinter ihre Gelüste, ihre Feindseligkeit, ihre Unterdrückungsmechanismen und auch ihre Probleme miteinander schrittweise zu erkennen, zu erleben und zu bearbeiten.“ (Arentewicz u. Schmidt 1993, S. 64)

Vor diesem Hintergrund wollen wir **drei grundlegende Elemente unseres Konzeptes der Paartherapie** in den Blick nehmen:

1. **Das Paar wird behandelt.**²⁷ Dieses Prinzip wurde von Masters und Johnson übernommen und findet sich in vielen Ansätzen zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen wieder [161], [198]. Masters und Johnson setzten den/die PartnerIn ohne manifeste Symptombildung eher als eine Art HilfstherapeutIn²⁸ ein (vgl. z. B. auch [105]). Wir jedoch verstehen die sexuelle Problematik als eine Störung, die sich in der Beziehung des jeweiligen Paares manifestiert, auch wenn nur bei einem/einer der beiden eine manifeste Symptombildung vorliegt. Ihr kann eine wichtige Stabilisierungsfunktion für die jeweilige Partnerschaft bzw. die psychische Balance der Beteiligten zukommen. Dabei gehen wir davon aus, dass die individuell biografischen Erfahrungen, gerade auch die frühen Beziehungserfahrungen beider PartnerInnen, bei der Partnerwahl zum Tragen kommen und zumindest bei länger dauernden Partnerschaften eine bedeutsame Rolle spielen, sowohl im Hinblick auf konstruktive wie auch auf destruktive Strukturen. Das bedeutet, dass *beide* sich darauf einlassen müssen, an ihrer jeweils persönlichen Veränderung zu arbeiten, wenn sie vom therapeutischen Prozess profitieren wollen. Dieses Verständnis beinhaltet auch systemische Elemente. Wir verstehen die Partnerschaft als einen bedeutsamen Ort sexueller Inszenierungen, sexuellen Verhaltens und Erlebens, und nicht Sexualität als Ausdruck der Paarbeziehung, was Clement [40], [41] zu Recht problematisiert hat.
2. **Der psychotherapeutische Prozess entwickelt sich entlang der körperlichen Erfahrungen und der Interaktion des Paares.** Die Frau und

²⁷ Im Rahmen der Ausdifferenzierung der Arbeit auf der Individualebene (S. 163) hat sich gezeigt, dass auch die Arbeit mit Einzelnen unter bestimmten Bedingungen erfolgversprechend sein kann. Aber auch da spielen paardynamische Aspekte und Überlegungen im Hinblick auf eine/n vorhandene/n oder auch phantasierte/n PartnerIn eine bedeutsame Rolle. Dennoch bleibt -wann immer möglich- die Therapie mit beiden PartnerInnen die erste Wahl, da sie mehr Raum bietet für die Arbeit mit der Paardynamik und die entsprechenden komplexen Prozesse.

²⁸ Diese Form der Konzeptualisierung kann auch verstanden werden als Grundlage der Versuche, bei PatientInnen ohne PartnerInnen Paartherapien unter Einbeziehung von sog. SurrogatpartnerInnen (S. 210) durchzuführen, was z. B. auch Masters und Johnson zunächst praktizierten, dann aber ab Anfang der 80er-Jahre aus verschiedenen Gründen einstellten.

der Mann werden angeleitet, zu Hause den körperlich-sexuellen Umgang mit dem/der PartnerIn, aber auch mit sich selbst nach bestimmten Regeln zu gestalten. Das bietet die Chance zur unmittelbaren Realitätskontrolle bei Ängsten und bedrohlichen Fantasien, sowohl im Hinblick auf die Selbstwahrnehmung als auch auf die Wahrnehmung der Partnerin/des Partners. „Die Erfahrungen mit den ‚Übungen‘ dämpfen die überdimensionale Auslegung der Ängste ein, machen ihre Realitätsprüfung möglich und so ihre Irrationalität erlebbar“ ([8], S. 66). Diese unmittelbaren körperlich-sinnlichen Erfahrungen sind augenscheinlich schon per se ein wichtiges Agens der möglichen Veränderungen im therapeutischen Prozess, u. a. da sie Mechanismen wie Rationalisierung und Intellektualisierung in vielfältiger Weise unterlaufen und auch kulturelle Normvorgaben wie z. B. das Leistungsprinzip konterkarieren und in gewisser Weise aushebeln können. Schmidt [163] sagt in diesem Zusammenhang: „Die übermächtige Paartherapie [...] ist körperlich und macht etwas möglich, das wir theoretisch noch besser verstehen müssen: enkorporierte Erfahrung, enkorporiertes Wissen“ (vgl. auch [87], S.177). Die Erfahrungen, die gemacht werden, die Affekte, Konflikte, Widerstände, die in der Interaktion des Paares auftauchen, werden dann in der therapeutischen Sitzung besprochen. Dabei können beispielsweise Übertragungsanteile aus der Konstellation der Ursprungsfamilie direkt in der aktuellen Partnerschaft, da wo sie eine sehr destruktive Dynamik entwickeln können, thematisiert und bearbeitet werden. Übertragungs- und Gegenübertragungs-Beziehungen zwischen PatientInnen und TherapeutInnen stellen dann ein weiteres, aber nicht mehr das zentrale Feld der therapeutischen Beziehungsarbeit dar.

3. **Sexualität ist explizit Thema, Vehikel und Fokus der psychotherapeutischen Arbeit.** Das konkrete Verhalten und die jeweiligen Erfahrungen der PartnerInnen in der sexuellen Begegnung kommen in der therapeutischen Sitzung zur Sprache, d. h., sie werden benenn- und verhandelbar, auch für das Paar untereinander. Das ist von besonderer Bedeutung angesichts der Tatsache, dass in vielen psychotherapeutischen Ansätzen das Thema Sexualität und damit das ganze Konfliktfeld anscheinend strukturell und systematisch ausgeblendet wird und sogar in der Psychoanalyse schon seit Längerem von

der Verflüchtigung der Sexualität die Rede ist (vgl. z. B. [138]). Das Regelset, auf das wir noch genauer eingehen werden, bietet einen klar strukturierten Rahmen für die Mikroanalyse der sexuellen Interaktion zwischen den PartnerInnen, innerhalb dessen die individuell und partnerdynamisch akzentuierte sexuelle Funktion und die Bedeutung der jeweiligen Ängste, Konflikte und Abwehrstrukturen wahrnehmbar, thematisiert und (neu) verstanden werden können. „Die therapeutische Arbeit mit den sexuellen Erfahrungen ermöglicht *auch* einen besonders unmittelbaren Zugang zum Unbewussten, sie arbeitet ja im Zentrum von Affekt und Abwehr“ ([8], S. 64; vgl. auch [4], S.187). Das heißt, dass die konkreten sexuellen Erfahrungen mit sich selbst und im Umgang mit dem/der PartnerIn als Vehikel dienen, um sich aus alten Konfliktstrukturen zu lösen und die bisher notwendige Schutzfunktion der sexuellen Symptomatik überflüssig werden zu lassen.

3.1.3 Überblick über das therapeutische Vorgehen

Indikationsgespräche

Die Indikationsgespräche dauern unserer Erfahrung nach 1–3 Sitzungen von 50–60 Minuten, aber meist länger, wenn es um das Problem sog. „sexueller Lustlosigkeit“ geht. Hier gilt es besonders sorgfältig abzuklären, ob nicht ein ängstlich abgewehrter Trennungswunsch oder besondere Belastungen im Alltag, etwa nach der Geburt von Kindern, der fehlenden sexuellen Lust zugrunde liegen und ob die-/derjenige (häufig die Frau, aber zunehmend auch der Mann), die/der das Problem präsentiert, eigene Veränderungswünsche im Hinblick auf die Sexualität hat. Diese Klärungsphase entspricht etwa dem, was in den USA als vorgeschaltete „Marital Therapy“ bezeichnet wird. Auf jeden Fall kann eine Indikation zur Paartherapie erst gestellt werden, wenn mit beiden PartnerInnen gesprochen worden ist (S. 108).

Einzelexplorationen und Round Table

Die Therapie beginnt mit ausführlichen Einzelexplorationen. Sie umfassen thematisch die aktuelle Lebenssituation einschließlich der sexuellen Problematik, die individuelle Biografie mit

Schwerpunkt auf der psychosexuellen Entwicklung und der Entwicklung der Partnerschaft.

Merke

Neben der Erfassung negativer Erfahrungen, die der Hypothesenbildung über die individuelle und partnerdynamische Funktion der sexuellen Symptomatik dienen, geht es auch darum, Stärken und konstruktive Bewältigungsmuster herauszuarbeiten, auf die sich in der weiteren Arbeit aufbauen lässt, d. h., es geht darum, die vorhandenen Ressourcen zu nutzen.

Die TherapeutInnen entwickeln aus den so gewonnenen Informationen – dazu gehört auch die Analyse erster Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen [94] – ein Erklärungskonzept, das sie in der folgenden gemeinsamen Sitzung (dem sog. Round Table (S.117)) mit dem Paar vor und zur Diskussion stellen. Ziel ist es, mit dem Paar gemeinsam ein Verständnis bezüglich Entstehung und Funktion der aktuellen Problematik zu erarbeiten, um beide erst einmal zu entlasten und eine gemeinsame Arbeitsgrundlage zu entwickeln, auf die im Verlauf der Therapie immer wieder Bezug genommen werden kann.

Erste Vereinbarungen

Im zweiten Teil dieser ersten gemeinsamen Sitzung nach den Explorationsgesprächen wird mit dem Paar vereinbart, dass sie bis auf Weiteres auf Geschlechtsverkehr, Geschlechtsverkehrsversuche und genitales Petting „verzichten“. Das hieß früher bei uns ungebrochen „Koitusverbot“ in der Tradition des Erlaubens und Verbotens, die bei dem therapeutischen Konzept von Masters und Johnson eine große Rolle spielte und möglicherweise auch Anflüge von therapeutischen Größenfantasien enthielt. Die Kehrseite war und ist noch immer, dass besonders unerfahrene TherapeutInnen sich schwertun, dies dem/der PartnerIn, die/der in der Beziehung stärker auf mehr Sexualität gedrängt hat, zuzumuten. Das ändert sich erst, wenn sie die Erfahrung gemacht haben, wie entlastend eine solche Vereinbarung auch für die/den „drängende/n“ PartnerIn sein kann. Jetzt, da im Rahmen der andauernden Umbrüche im Geschlechterverhältnis auch immer mehr Männer eingestehen können, dass die gängigen Sexualnormen auch sie unter

Druck setzen, ist es leichter geworden, sich schon an dieser Stelle gleichsam mit dem Erwachsenen-Ich der PartnerInnen zu verbünden. Dazu wird Ihnen erläutert und kognitiv nachvollziehbar gemacht, dass unsere langjährigen Erfahrungen gezeigt haben, dass so der Raum geschaffen wird für neue emotionale und sexuelle Erfahrungen im Zusammensein. Die Widerstände dagegen sind bei den Paaren erfahrungsgemäß meist deutlich geringer als bei unerfahrenen TherapeutInnen.

Erste Verhaltensvorgaben

Am Ende dieser ersten gemeinsamen Sitzung werden dem Paar die ersten Verhaltensvorgaben mitgegeben. Beide werden aufgefordert, sich bis zur nächsten Sitzung zweimal Zeit zu nehmen, um miteinander neue körperliche Erfahrungen zu machen.

Merke

Die PatientInnen brauchen keineswegs zu warten, bis sie in „der richtigen Stimmung“ sind oder „Lust“ auf die Übungen bekommen. Das ist in keiner Weise Voraussetzung für die Erfahrungen, die sie mit den Verhaltensvorgaben machen können.²⁹

Sie sollen sich an einen bequemen Ort – das kann, muss aber nicht das Schlafzimmer sein – zurückziehen und dafür sorgen, dass sie möglichst nicht gestört werden. Die Lichtverhältnisse sollen so sein, dass sie sich gegenseitig gut sehen können. Beide sollen sich ganz entkleiden. Dann beginnt das Streicheln: der Mann oder die Frau, in der Regel die-/derjenige, welche/r sonst aktiver ist, wird aufgefordert, sich in möglichst bequemer Haltung auf den Bauch zu legen. Die/der andere soll dann anfangen, die/den Liegende/n zu streicheln. Dabei soll die ganze Körperrückseite einbezogen werden, von den Haaren bis zu den Zehen. Es kann sanft und fest, schnell und langsam usw. gestreichelt werden. Nach ca. 5 Minuten – dabei sollte ruhig

²⁹ Das ist ein ganz zentrales Element der Verhaltensvorgabe, und zwar nicht nur bei Paaren, die wegen des Problems sexueller Lustlosigkeit in Behandlung kommen. Eine ähnliche Akzentuierung findet sich bei Retzer [149], der lustlosen Paaren den Geschlechtsverkehr als lustfreie eheliche Pflicht verordnet (vgl. auch [163]).

eine Uhr zu Hilfe genommen werden – gibt die/der „Aktive“ das Zeichen zu wechseln, und die Rollen werden getauscht. Nach weiteren 5 Minuten geschieht dies wieder; dann legt sich die/der „Passive“ auf den Rücken und lässt sich auf der Vorderseite streicheln. Brüste und Genitalbereich, deren Berührung gerade Frauen und Männer in sexuell gestörten Beziehungen massiv unter Erfolgsdruck setzen und damit Angst auslösen kann, sollen von Berührungen zunächst ausgespart werden. Zum Abschluss liegt dann jede/-r nochmals auf dem Bauch und lässt sich am Rücken streicheln.

Prinzip Selbstverantwortung

Den PatientInnen wird als wichtiges Prinzip³⁰ mitgegeben, für sich selbst Verantwortung zu übernehmen und nichts nur der/dem anderen zuliebe zu tun oder auszuhalten. Die/der Streichelnde soll ihre/seine Aktivitäten danach ausrichten, was ihr/ihm gefällt, worauf sie/er gerade Lust hat oder neugierig ist und nicht versuchen, es der/dem anderen besonders schön zu machen. In der Rolle als „Passive“ sollen sie das Streicheln auf sich wirken lassen, hinspüren, was ihnen mehr oder weniger gefällt und ob bzw. bei welchen Berührungen sie z. B. eher entspannen oder verkrampfen. Wenn etwas unangenehm wird, z. B. zu hart, kalt, kitzelig usw., sollen sie sofort Einspruch erheben, ein sogenanntes „Veto“ einlegen. Dieser Einspruch muss nicht begründet, aber auf jeden Fall respektiert werden, d. h., die/der Streichelnde muss die als unangenehm erlebte Berührungsform verändern. Falls sich das Unbehagen bei der/dem „Passiven“ sich nicht auflösen sollte, beispielsweise wenn jemand friert, soll sie/er die „Übung“ beenden und zu einem anderen Zeitpunkt, möglichst unter günstigeren Temperaturbedingungen, wiederaufnehmen.

³⁰ Zur spezifischen doppeldeutigen Valenz dieser therapeutischen Intervention vgl. Konzept und Funktion des Prinzips Selbstverantwortung (S. 82); zum therapeutischen Vorgehen Streicheln I (S. 122).

Merke

Alle Erfahrungen sind wichtig für den Veränderungsprozess: Gerade die Situationen, in denen unangenehmes Erleben mit einem Veto beendet wird, führen oft weiter. PatientInnen machen die Erfahrung, dass sie nicht ohnmächtig „ausgehalten“ müssen, sondern sich schützen und mitgestalten können. Auch die/der Aktive macht die Erfahrung, dass sie/er sich nicht ängstlich zurückhalten muss aus Sorge um die/den andern, sondern seinen Impulsen nachgehen kann, wenn sie/er darauf vertraut, dass die/der „Passive“ seine Grenzen markiert und die Verantwortung dafür übernimmt. Gefühle von Sicherheit, Freiheit und Selbstbestimmung stehen dabei im Zentrum. Hier liegt eine zentrale Bedeutung des *Prinzips Selbstverantwortung*.

Kein neues Idealbild

Bei diesen sehr durchstrukturierten, klaren Vorgaben geht es nicht um ein neues Idealbild, wie „richtige“ sexuelle Interaktion stattfinden sollte. Das so zu interpretieren, hieße unser Konzept gründlich misszuverstehen. Die Vorgaben unterscheiden sich so deutlich von den gängigen Sexualpraktiken, dass bisher alle Paare sich hier neuen Erfahrungen aussetzen, so unterschiedlich ihre bisherigen sexuellen Erfahrungen und ihre individuelle und Partnerproblematik auch sein mag. Die alten, eingefahrenen Rituale der Vermeidung bzw. die Reinszenierung von Ängsten und Konflikten werden aufgebrochen, können sich in diesem Raster neu konstellieren, werden leichter identifizierbar, besser verstehbar und einer Bearbeitung eher zugänglich.

Im Laufe der Therapie wird eine Fülle therapeutisch relevanten Materials produziert, das im Rahmen eines zeitlich so begrenzten Konzepts kaum bearbeitbar ist. Dazu zählen etwa Streitpunkte, die sich scheinbar auf Äußerlichkeiten beziehen – wie etwa auf die Raumtemperatur –, die in Wirklichkeit jedoch oft das Feld für einen virulenten Machtkampf des Paares darstellen. Es zählt aber auch die Inszenierung von Verschmelzung im Dienste der Konfliktverleugnung dazu, wie sie bei Paaren, die die sog. „sexuelle Lustlosigkeit“ der Frau in die Therapie geführt hat, besonders häufig anzutreffen ist. Darüber hinaus sind auch das tentative Ausleben aggressiver Impulse in diesem ge-

schützten Rahmen und die Angst, die diese Erfahrung zunächst auslösen kann, dazu zu rechnen. Hier ist es dann notwendig, aus den Hypothesen über die individuelle und partnerdynamische Funktion des sexuellen Symptoms einen Fokus abzuleiten, der die therapeutische Arbeit strukturiert und die für die therapeutische Technik vorgegebenen Orientierungslinien akzentuiert. Sie beinhalten vor allem, positive Erfahrungen der PartnerInnen verstärkend aufzugreifen, bei der Mikroanalyse der sexuellen Interaktion darauf zu achten, welche Ängste und Konflikte erkennbar werden und auftauchende Widerstände erst zu thematisieren, wenn sie persistieren.

Weitere Schritte

Wir wollen an dieser Stelle noch einen kurzen Überblick über die Abfolge der weiteren Schritte für die Verhaltensanleitungen geben³¹. Die Anfangs- und Endphase, das Streicheln auf der Körperperrückseite, bleibt bei allen weiteren Schritten erhalten. Nach den ersten Sitzungen wird das *Prinzip Selbstverantwortung* insofern erweitert, als die PartnerInnen in der „passiven“ Rolle, wenn sie konkrete Verhaltenswünsche an die/den Streichelnden haben, diese ansprechen sollen. Der/dem Angesprochenen ist freigestellt, auf diese Wünsche einzugehen oder aber ihre Erfüllung im Sinne der Grundregeln abzulehnen, wenn sie/er sich dadurch gestört oder überfordert fühlt o. Ä. Darüber hinaus werden die PatientInnen auch aufgefordert, im Rahmen des aktiven, explorativen Streichelns „Grenzen auszuloten“³², d. h., sie sollen beispielsweise ausprobieren, wie weit sie den Druck beim Streicheln verringern können, bis die/der andere ein Veto gibt, weil es anfängt zu kitzeln oder aber sie/er selbst keinen Hautkontakt mehr spürt. In der anderen Richtung können sie z. B. den Druck so weit steigern, bis die/der andere sein Unbehagen ausdrückt, oder aber der/dem Streichelnden selbst z. B. „der Arm lahm wird“. Dieses Element wird auch in den weiteren Abschnitten immer wieder aufgegriffen, beispielsweise auch beim „Erkunden im Genitalbereich“. Dabei wird immer

wieder deutlich, wie oft eigene Ängste, z. B. im Hinblick auf lustvoll aggressive Impulse, auf den/die PartnerIn projiziert und die eigenen Ängste als deren/dessen Grenzen fantasiert werden.

Im nächsten Schritt wird die Ausparung der Genitalien und Brüste zurückgenommen. Sie sollen in das Streicheln einbezogen werden, aber zunächst nur oberflächlich, quasi im „Vorbeistreicheln“. Anschließend wird das Paar angeleitet, sich gegenseitig explorierend intensiver mit den Genitalien zu beschäftigen. Dieser Abschnitt geht über in entsprechend explorativen Umgang mit intensiver Stimulation und Erregung, zunächst ohne, später mit Orgasmus, sofern sich die PatientInnen dafür entscheiden, sich auf ein offenes Ende einzulassen. In den letzten Abschnitten kann dann auch die Einführung bzw. Aufnahme des Gliedes in die Scheide in den spielerisch-experimentierenden Umgang einbezogen werden. Im Verlauf dieses Prozesses werden die klaren Reglementierungen im Hinblick auf Zeitvorgaben, Aktivität/Passivität usw., die zunächst sowohl Schutz als auch Konfrontation beinhalten, allmählich abgebaut. In der Schlussphase werden dann alle Vorgaben zurückgenommen und dem Paar die Entscheidung über die Gestaltung ihrer körperlich-sexuellen Begegnung ganz überlassen.

Merke

Eine Ausnahme bildet allerdings das *Prinzip Selbstverantwortung*, das beiden als wichtige Grundvoraussetzung befriedigender sexueller Beziehungen – in welcher Form auch immer – mit auf den Weg gegeben wird.

Individuelle körperliche Selbsterfahrung

Nach den ersten gemeinsamen Erfahrungen werden sowohl die Frau als auch der Mann angeleitet, auch allein Erfahrungen mit dem eigenen Körper (S. 163) zu machen. Diese Anleitungen folgen ähnlichen Prinzipien wie die Anleitungen für die gemeinsamen Übungen. Auf die Einzelerfahrungen kann dann in den gemeinsamen Übungen aufgebaut werden³³.

³³ Zur Nutzung der Anleitungen zur individuellen körperlichen Selbsterfahrung in der Einzeltherapie s. „Einzeltherapie bei sexuellen Störungen“ (S. 205).

³¹ Für eine ausführliche Darstellung s. Arbeit mit den Verhaltensvorgaben: Die Paarebene (S. 122).

³² Diese Vorgabe zielt darauf, eingefahrenes Vermeidungsverhalten aufzulösen, unterscheidet sich aber von der therapeutischen Haltung her deutlich von Interventionen wie beispielsweise dem „größtmöglichen, gerade noch geduldeten Übergriff“ ([41], S. 183).

Alle Paare können profitieren

Die Zeit, die Paare für die einzelnen Abschnitte brauchen und sich nehmen wollen, variiert beträchtlich und ist abhängig von der jeweiligen Problematik – indes lässt sie sich nur begrenzt mit den unterschiedlichen Symptombildern in Beziehung setzen. Nach unseren Erfahrungen können alle Paare von allen Abschnitten profitieren, wenngleich in sehr unterschiedlicher Form. So kann vielleicht ein Paar, das infolge einer langjährigen Erektionsstörung des Mannes aufgrund der damit verbundenen Frustrationen und Kränkungen körperliche Kontakte seit Langem ganz eingestellt hat, die ersten Streichelübungen – geschützt vor sexuellem Leistungsdruck – als Wiederbelebung lang ersehnter körperlicher Nähe und Intimität genießen. Dann können eventuell beide sich in ihrem Selbstwertgefühl gestärkt fühlen, da es doch einen Bereich gibt, in dem sie lustvoll miteinander umgehen können. Eine Frau und ein Mann dagegen, die wegen sexueller Lustlosigkeit der Frau in Behandlung gekommen sind und berichten, dass sie jeden Abend mindestens eine Stunde miteinander kuscheln, können auf die Anleitung sehr irritiert reagieren nach dem Motto: „Das können wir doch, deshalb sind wir nicht hier!“. Bei den ersten Erfahrungen nach diesen Vorgaben stellen sie dann jedoch verunsichert fest, welchen Herausforderungen sie gegenüberstehen, wenn sie beispielsweise durch die klare Trennung von aktiver und passiver Rolle den Weg in die vertraute symbiotische Verklammerung verstellt sehen, mit der sie möglicherweise bisher alle aggressiven Impulse und damit weite Bereiche lebendiger, lustvoller Sexualität in ihrer Partnerschaft erstickt haben. Ähnliches gilt auch für die anderen Abschnitte der Verhaltensanleitungen, zumindest bis zum Abschnitt „Spiel mit Erregung“ (S. 147).

Merke

In unserer klinischen Praxis hat es sich jedenfalls bewährt, mit allen Paaren alle Abschnitte der Reihe nach durchzuarbeiten, akzentuiert durch die jeweiligen Problemlagen. Profitieren heißt ja nicht nur, sich den Schwierigkeiten, Ängsten und Konflikten stellen, sondern auch z. B. über angenehme und lustvolle Erfahrungen den Kontakt zu verschütteten Ressourcen wiederherzustellen.

Damit unterscheiden wir uns von US-amerikanischen Tendenzen, möglichst spezielle Angebote für die verschiedenen Symptomatiken zu entwickeln; seit den 90er-Jahren wurden sie auch im deutschsprachigen Raum zunehmend aufgegriffen (vgl. z. B. [64], [84], [104], [105]). Aber auch wenn dieser „Arbeitsrahmen“ für sehr unterschiedliche Paare mit sehr unterschiedlichen Problemen vorgehalten wird, ist er nicht zu verwechseln mit den sog. „One-size-fits-all“-Ansätzen, die vor allem in den USA zunehmend in die Kritik geraten sind (z. B. [99]), lässt er doch Raum für „micro, individualised ‚interventions‘, highly sensitive to what lies within a given individual“ ([99], S. 113), wie im Abschnitt zum „Begriff der Übung“ (S. 77) ausgeführt wird.

Entfaltung im geschützten Rahmen

Es geht jedoch nicht nur um das Individuum, die einzelne Frau, den einzelnen Mann, sondern auch um die spezifische partnerdynamische Konstellation, die sich beim jeweiligen Paar daraus ergibt. Es geht darum, mit den Verhaltensvorgaben, den „Übungen“³⁴, einen Raum zu öffnen, gleichsam eine Bühne zur Verfügung zu stellen, auf der sich die Potenzen und Dramen der beteiligten PartnerInnen in ihrer gegenseitigen Interdependenz inszenieren und entfalten können. So können zum einen die zentralen Konflikte und Ängste wahrnehmbar und bearbeitbar werden. Zum anderen – und das liegt unserer Einschätzung zugrunde, dass alle Paare von allen Abschnitten zu profitieren vermögen – können in den Abschnitten, die von beiden eher angenehm erlebt werden, in diesem geschützten Rahmen verschüttete Ressourcen (re-) mobilisiert werden (s. o.). Die angenehmen, schönen, lustvollen Erfahrungen können zur Stärkung des je individuellen Selbstwertgefühls beitragen und als Stabilisierung der Partnerbindung erlebt werden und so eine gute Grundlage für die oft kräftezehrende Auseinandersetzung mit den Ängsten und Konflikten bieten. Auch auf die therapeutische Beziehung wirkt sich dies erfahrungsgemäß eher stabilisierend aus.

Wenn darüber hinaus in Betracht gezogen wird, dass es auch für erfahrene Sexual- und Paarthera-

³⁴ Nach langen Diskussionen kamen wir zu dem Ergebnis, dass wir auf den missverständlichen Begriff „Übung“ nicht verzichten können und wollen. Wir benutzen ihn aber in dem Sinne wie im Abschnitt „Der Begriff der ‚Übung‘“ (S. 77) dargestellt und setzen ihn deshalb i. d. R. in Anführungszeichen.

peutInnen immer wieder überraschend ist, in welchen Phasen bei welchem Paar welche der Akzentuierungen zum Tragen kommen, erscheint es wenig sinnvoll, im Sinne einer falsch verstandenen Ökonomisierungs- und Individualisierungsvorgabe auf die „Potenz des Settings“ [157] zu verzichten. Wir haben immer wieder die Erfahrung gemacht, dass die auf Vorgaben von Masters und Johnson fußende Abfolge der einzelnen Schritte, die sich in mancher Hinsicht als genial erwiesen hat und die in gewisser Weise wichtige Stadien der ontogenetischen Entwicklung abbildet, den PatientInnen die Möglichkeit einer Art körperbiografischen Zeitreise geben kann, in der mehr oder weniger alle wichtigen und kritischen Entwicklungen in erstaunlich kurzer Zeit berührt und reaktualisiert werden. Und das Schöne ist, dass die PatientInnen die TherapeutInnen mit auf diese Reise nehmen. Das weitet *und* konzentriert den Blick und kann gleichzeitig vor dem omnipräsenten Sog schützen, dem PatientInnen wie TherapeutInnen ausgesetzt sind, doch „gefälligst“ so schnell, effektiv und kostengünstig wie möglich die „gestörte Funktion“ zu beheben.

Im Hinblick darauf dominiert ja zunehmend die medikamentöse Behandlung das Feld und, so paradox das klingt, so kann das für die therapeutische Arbeit auch eine Entlastung darstellen. Das kann aber nur gelingen, wenn sich die TherapeutInnen auf ihr ureigenstes Feld besinnen, in Symptomen auch Lösung(sversuche) – wie kreativ oder leidvoll auch immer – zu sehen, die auf die Probleme verweisen, die einem erfüllteren und glücklicheren Leben entgegenstehen, statt sich auf einen unheilvollen Konkurrenzkampf einzulassen, der nicht nur nicht zu gewinnen ist, sondern den zu gewinnen fatal wäre.

Kontinuierlich reflektierte Praxis

Wir wollen an dieser Stelle nochmals nachdrücklich darauf hinweisen, dass es sich um ein in reflektierter Praxis entwickeltes und empirisch auf seine Effektivität hin überprüfbares therapeutisches Konzept handelt, dessen Wirkfaktoren auf der Basis u. a. lerntheoretischer, psychodynamischer und systemischer Ansätze von uns und anderen bisher wohl nur ansatzweise theoretisch erfasst sind [96], [163]. Das gilt wohl besonders auch für die Effekte der körperorientierten Erfahrung. Das scheint aber in vieler Hinsicht nicht nur von Nachteil zu sein. So hat sich beispielsweise die Annahme von Mas-

ters und Johnson, dass sich durch Teamtherapien in der Viererkonstellation Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse weitgehend ausschließen lassen, nicht bewahrheitet, was aber für die therapeutische Arbeit keineswegs negativ war. Vielmehr werden gerade im TherapeutInnenteam Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse besonders gut abgebildet und lassen sich dadurch leichter verstehen und bearbeiten [94]. So war uns in der Arbeit und vor allem in der Supervision aufgefallen, dass bestimmte Phänomene eben nur mit dem Konzept der Gegenübertragung sinnvoll interpretiert werden konnten. Entsprechende Reflexionen spielten dann eine zunehmende Rolle in der Supervision.

Selbstverständlich haben sich im Lauf der inzwischen über 40 Jahre, während derer wir mit diesem Konzept gearbeitet haben, eine Reihe von Akzentverschiebungen, Neuerungen und Ausdifferenzierungen ergeben, für deren Ausgestaltung auch die Anregungen aus den Reihen der WeiterbildungsteilnehmerInnen eine wichtige Rolle spielten. Wir haben diese im Manual (Kap. 4–10) eingearbeitet und wollen im Folgenden einige der Weiterentwicklungen zusammenfassend vorstellen.

3.2 Funktionen der Verhaltensanleitungen im Wandel

3.2.1 Die Tücken des Sensate Focus

M. Hauch

Konzeptentwicklung

Mit der Einführung des Sensate Focus in die Behandlung von Paaren mit sexuellen Problemen, bei dem die Frau und der Mann angeleitet werden, sich abwechselnd unter Aussparung der Genitalien gegenseitig zu streicheln, ist Masters und Johnson [120] zweifellos ein genialer Coup gelungen³⁵, der auch in den späteren Weiterentwicklungen und Modifikationen der Paartherapie immer wieder

³⁵ Dabei ist zu bedenken, dass ihr zentrales Verdienst darin besteht, diverse verstreut vorhandene Behandlungstechniken und Elemente zusammengefasst und zu einem griffigen Konzept integriert zu haben [8].