

Funktionelle Sexualstörung

Dirk Zimmer, Tübingen

Einführung

Funktionelle Sexualstörungen sind Störungen des Erlebens und Verhaltens ohne organmedizinische Ursache. So gehört zu einer Psychotherapie funktioneller Sexualstörungen immer auch eine organmedizinische Abklärung der Symptomatik. Ausführliche Hinweise zur Klassifikation, Epidemiologie, Ätiologie, Diagnostik und Behandlung funktioneller Sexualstörungen findet der Leser bei Zimmer (1985, 1997) sowie bei Arentewicz und Schmidt (1980, 1986).

Sexualstörungen beeindrucken durch die Komplexität der verschiedenen möglichen ätiologischen und aufrechterhaltenden Faktoren somatischer, individuell-biographischer und paardynamischer Art. Dies hat ebenso wie die gesellschaftlichen Tabus die Erforschung und Behandlung dieser Störungsbilder erheblich erschwert. Ähnlich wie in der Forschung sollte der Praktiker immer die Möglichkeit multipler Verursachung in Erwägung ziehen und auch dann, wenn er eine Hypothese bestätigen konnte, dennoch weitere alternative Erklärungskonzepte in Betracht ziehen. Er sollte aufgrund der Komplexität der Determiniertheit dieser Störungsbilder darauf gefaßt sein, während des therapeutischen Prozesses wiederholt seine bisherigen Hypothesen zur Problemanalyse zu hinterfragen und den aktuellen Informationen anzupassen.

Es ist damit zu rechnen, daß ein vollständiges Bild von Ursache und Aufrechterhaltung erst im Laufe des Therapieprozesses entsteht. Dies liegt nicht nur daran, daß es Patienten schwer fällt, über ihre Symptomatik und ihr Erleben zu sprechen, sondern auch daran, daß das unmittelbare körperliche und emotionale Erleben aufgrund von Ängsten, Leistungsdruck, Normen, Erwartungen und Fehlannahmen oftmals kaum mehr zugänglich ist.

Für den folgenden Fall wurde das Pseudonym Müller gewählt. Alle Angaben sind hinreichend verfremdet, um eine Identifizierung unmöglich zu machen.

Der erste Eindruck

Das Ehepaar Müller meldete sich gemeinsam zu einer Paartherapie an und erschien auch zum ersten Treffen zusammen. Beide waren einfach, aber ordentlich gekleidet. Sie wirkten etwas unsicher, da sie offensichtlich nicht wußten, was in einer Therapiestunde auf sie zukommen würde, jedoch offen und bereit, über alle Fragen zu sprechen. Während der ersten Therapiestunde war Herr Müller sprachlich deutlich aktiver, ließ sich aber von seiner Frau unterbrechen und korrigieren. Als Hauptbeschwerde formulierte er, daß in letzter Zeit zunehmende eheliche Spannungen aufgetreten seien, die er darauf zurückführte, daß seine Frau das Interesse an der gemeinsamen Sexualität verloren habe. Frau Müller bestätigte diesen Eindruck, ergänzte aber, daß sie grundsätzlich zur Ehe stehen und diese nicht in Frage stellen würde. Sie verstehe selbst nicht, weshalb ihr Interesse an der gemeinsamen Sexualität nahezu auf den Nullpunkt gesunken sei.

Erste sozio-demographische Daten

Herr Müller war als selbständiger Handwerksmeister im Elektrohandwerk tätig, übernahm Aufträge und betrieb darüberhinaus mit der Familie einen kleinen Elektrofachhandel. Frau Müller war in den letzten Jahren hauptsächlich Hausfrau gewesen, da sie aufgrund der Geburt von zwei Kindern, die jetzt anderthalb und drei Jahre alt waren, ihre frühere Tätigkeit als Verkäuferin aufgegeben hatte. Seit einem knappen halben Jahr arbeitete sie stundenweise im Verkauf im gemeinsamen Laden mit. Beide lebten in dem Haus, in dem auch Werkstatt und Laden des Mannes untergebracht waren. Im Obergeschoß wohnte die Mutter von Herrn Müller zusammen mit seiner ledigen, älteren Schwester.

1 Beschreibung der Störung: Zur aktuellen Symptomatik

Aufgrund ihrer Offenheit wurden beide gemeinsam exploriert. In der Regel folgen nach einem ersten gemeinsamen Gespräch Explorationen beider

Partner in getrennten Einzelgesprächen. Es empfiehlt sich, dies als übliches Vorgehen darzustellen, um negativen Vermutungen („Wir sind ein besonders dramatischer Fall“) entgegenzuwirken. Der Vorteil einer gemeinsamen Exploration ist, daß die Interaktion der beiden Partner auf der sprachlichen und nichtsprachlichen Ebene unmittelbar beobachtet werden kann. Der Nachteil ist, daß die Anwesenheit des Partners und die von ihm befürchteten negativen Reaktionen die Äußerung angstbesetzter oder belastender Gedanken und Gefühle sehr erschweren kann. Der Vorteil von Einzelgesprächen ist, daß manche heiße Themen nur hier offen besprochen werden können: Akute Trennungsgedanken, die Existenz einer außerehelichen Beziehung, aber auch andere emotional sehr intensiv besetzte Themen (etwa frühere Kränkungen) kommen oft nur im Einzelgespräch zutage. Der Nachteil von Einzelgesprächen ist: Therapeuten finden sich in der sogenannten Diskretionsfalle (Zimmer, 1985): Sie können von dem anwesenden Partner aufgefordert werden, das berichtete Material dem anderen Partner auf keinen Fall mitzuteilen. Die meisten Therapeuten lehnen von vornherein ab, auf derartige Wünsche einzugehen und verweisen darauf, daß alles Material, das sie erfahren, für sämtliche Beteiligten öffentlich ist. Dies kann aber dazu führen, daß diese Therapeuten entscheidende Informationen nicht erhalten. Gehen Therapeuten jedoch auf den Wunsch der Klienten ein, kann es sein, daß sie sich in eine zunehmend komplizierte Situation verstricken, bei der sie irgendwann nicht mehr wissen, wer ihnen welche Informationen gegeben hat, und was sie wem gegebenenfalls verschweigen müssen. Wir versuchen als Mittelweg eine zeitlich begrenzte Diskretion zuzusichern, die sobald als möglich aufgehoben werden soll.

Neben der Exploration existieren eine ganze Reihe weiterer diagnostischer Verfahren (zur Übersicht Zimmer, 1985, 1997). Bei diesem Paar wurden zusätzlich die Tübinger Skalen zur Sexualtherapie (TSST, Zimmer, 1989) sowie der Anamnesefragebogen zur Sexualität und Partnerschaft (ASP) gegeben, der auf der Basis früherer Lebensfragebögen (Lazarus) für den Bereich Sexualität und Partnerschaft adaptiert worden war (Zimmer, 1989). Beide Partner gaben an, früher mit ihrer Sexualität zufrieden gewesen zu sein. Es handelte sich offensichtlich nicht um eine primäre, sondern um eine sekundäre Problematik. In der empirischen Literatur (Zimmer, 1997) erscheint die Prognose für sekundäre Sexualprobleme bei der Frau ungünstiger als für primäre Störungen.

Frau Müller hatte in den letzten eineinhalb Jahren Sexualität stärker als etwas empfunden, das sie ihrem Mann zuliebe tat, als daß es ihren eigenen Bedürfnissen entsprochen hätte. Sie erlebte sich als fremdbestimmt, unter dem Einfluß ihres Mannes. Sie gab seinen sexuellen Wünschen aber weniger auf dem Hintergrund von sozialen Ängsten und Selbstunsicherheit nach, als vielmehr, um ihren eigenen Rollenerwartungen zu genügen, und,

wie sie sagte, auch aus Zuneigung zu ihrem Mann. Aus den (seit ca. 2 Jahren) bestehenden anfänglichen Unterschieden in der Häufigkeit des Wunsches nach sexueller Interaktion entwickelte sich zunehmend eine Abneigung der Frau gegen gemeinsame Sexualität. Herr Müller hatte ein ausgesprochen starkes Interesse an Sexualität. Damit ist nicht primär der Häufigkeitwunsch gemeint, sondern die hohe emotionale Bedeutung, die der Ehemann in den Gesprächen der gemeinsamen Sexualität beimaß.

2 Differentialdiagnostik: Erste Hypothesengenerierung

Die bis hierher erhobenen Befunde legen die Diagnose „sekundäre sexuelle Appetenzprobleme“, also Verlust sexuellen Interesses („Libidoverlust“ in der psychoanalytischen Terminologie) nahe. Wenn man als Praktiker mit einer derartigen Symptomatik konfrontiert ist, ist es hilfreich, sich die empirisch untersuchten Modelle zur Ätiologie sexueller Appetenzstörungen zu vergegenwärtigen. Dies kann die Hypothesenbildung erleichtern und gezielte diagnostische Fragen anregen, um alternative Erklärungsmöglichkeiten auszutesten.

So finden sich Probleme sexueller Appetenz u. a. bei niedrigem Blutdruck und verschiedenen anderen körperlichen Erkrankungen, als Nebenwirkung bestimmter Psychopharmaka, insgesamt bei depressiven Reaktionen oder Episoden, bei sozialer Angst und selbstunsicheren Persönlichkeiten, geringer Selbstachtung, natürlich bei vorherrschenden negativen Emotionen in der Partnerschaft, insbesondere unausgestandenen Ärgerkonflikten (zur Übersicht: Zimmer, 1997).

Bei Frauen ist häufig eine fortschreitende aversive Konditionierung beteiligt, die darauf zurückgeht, daß eine Frau ihrem Mann zuliebe ohne emotionale Beteiligung sexuell aktiv sein kann, während dies Männern, die emotional nicht bereit sind, in der Regel mangels Erektion nicht gelingt. Negative emotionale Konditionierungen der Sexualität neigen zu einer fortschreitenden Generalisierung. Unangenehme Erlebnisse führen zu Erinnerungen und entsprechend negativen Antizipationen, die zunehmend auch die Vorläufer direkter Sexualität, nämlich Zärtlichkeitsverhalten, zu unangenehmen Erlebnissen werden lassen.

Ergebnisse der weiteren Exploration

Organmedizinische Gründe wurden bei einer gynäkologischen Abklärung nicht gefunden, es gab auch keinen Mißbrauch von Alkohol oder Medikamenten. Beide Partner gaben an, daß sie sich die Symptomatik nicht erklären könnten, eben weil sie sich sehr lieben, nie streiten würden und eigentlich gerade alles erreicht hätten, was ihre Lebensziele gewesen seien: Kinder, ein gesichertes Einkommen, Erfolg im Beruf. Sicherlich gebe es gelegentlich kleine Spannungen, aber deswegen würden sie ihre Situation nicht als unzufriedenstellend bezeichnen.

Insbesondere in der Paartherapie sollte der erfahrene Praktiker damit rechnen, daß Konflikte bei Paaren, v. a. bei solchen, die eher sozial angepaßt erscheinen, nicht ohne weiteres benannt werden können. Wenn Paare keine Streitkultur lernen konnten, kann ein Arrangement mit dem Unglück stattgefunden haben, ohne daß die Konflikte klar benannt werden können. Diese Beobachtung zwingt nicht zur Annahme unbewußter Prozesse. Lernpsychologisch kann man vermuten, daß die Fähigkeit, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und Grenzen zu setzen, nicht adäquat gelernt wird (fehlende Wahrnehmungsdifferenzierung und interaktionelle Kompetenz) oder durch Ängste frühzeitig blockiert wird. Hier führt eine verbale Exploration zu Aussagen, die eher Rollenerwartungen widerspiegeln als emotionales Erleben. So wundem sich die Paare oft und sind überrascht, daß bestimmte emotionale und körperliche Reaktionen wie Sexualität sich nicht in ihre übrigen Erwartungen einfügen lassen. Bei einer englischen Untersuchung (Frank u. a., 1978) gaben 60 % von Frauen trotz geäußerter Zufriedenheit mit Ehe und Sexualität klinisch relevante sexuelle Symptome an.

Aufgrund der beobachteten geringen Kommunikationsbereitschaft im Ausdruck positiver und negativer Gefühle, Enttäuschungen und Wünsche wurde der therapeutische Schwerpunkt für mehrere Sitzungen auf die Erleichterung offener Kommunikation gelegt. Hierzu wurden Rollenspiele, Modellvorgaben und kognitive Hilfen eingesetzt (Zimmer, 1985). Trotz einer gewissen Vorsicht konnten sich beide Partner auf diese Arbeit einlassen und es sogar genießen, daß sie in der Therapie einen Ort gefunden hatten, wo sie sich wieder miteinander beschäftigten, sich neu kennenlernen, ohne durch Kinder und Beruf daran gehindert zu werden. Auf dem Hintergrund der vielfältigen Enttäuschungen fiel die Äußerung positiver Emotionen schwer, machte aber die Sehnsucht nach Zuwendung und Anerkennung spürbar. Die Rollenspiele zum Ausdruck von Ärger und Enttäuschungen brachten die Bitterkeit beider Partner zu Tage, die sich jeweils vom anderen Partner elementar im Stich gelassen fühlten.

Auf der Basis dieser verbesserten Selbstwahrnehmung und Bereitschaft, auch belastende Emotionen und Gedanken zu äußern, ergab die Exploration folgendes Bild:

Die Unzufriedenheit von Frau Müller, daß „er nicht zu ihr halte“, war groß. Typische Situationen waren: Die Schwiegermutter schenkte den Kindern Süßigkeiten und Schokolade, obwohl dies den pädagogischen Prinzipien der Frau widersprach. Sie war unzufrieden mit der Aufgaben- und Zeitverteilung der Arbeiten im Verkauf in dem eigenen Geschäft, wie dies von der Schwiegermutter entgegen den Vorschlägen des Mannes durchgesetzt wurde. Frau Müller fühlte sich von der Schwiegermutter dominiert und gegängelt. Sie konnte dieser ihre Kritik nicht direkt sagen, überfiel ihren Mann aber am Abend mit ihrer Unzufriedenheit und dem Auftrag, mit seiner Mutter darüber zu sprechen.

Der Konflikt von Herrn Müller: Er erlebte sich im Mittelpunkt von drei vorwurfsvollen Frauen, die er alle zufriedenstellen wollte, ohne daß ihm dies gelingen konnte, weil die Frauen ihre Konflikte untereinander nicht direkt austrugen, sondern an ihn delegierten. In diesem inneren Zwiespalt wünschte er sich sehr stark Verständnis und Unterstützung seiner Frau, um mit ihr als Rückendeckung stärker gegenüber seiner Mutter auftreten zu können. Statt dessen beklagte sich seine Frau ebenfalls bei ihm. Innerlich war er auf der Flucht.

3 Erklärungsansätze/Theoretische Aspekte

Im folgenden sollen einige Ergänzungen aus der biographischen Anamnese zusammengefaßt werden. Darüber hinaus sollen die individuell-biographische Erklärungsperspektive, die paardynamische und familiendynamische Perspektive nebeneinander gestellt werden. Diese unterschiedlichen Perspektiven implizieren nicht automatisch unterschiedliche theoretische Modelle oder therapeutische Orientierungen. Zumindest in der Verhaltenstherapie ist jede der Ebenen bei einer Problemanalyse von Interesse.

Die individuelle Perspektive

Frau Müller: Frau Müller war in einem schwäbischen Handwerksbetrieb groß geworden. Beide Eltern hatten viel zu tun und relativ wenig Zeit für die einzige Tochter, die sie sehr liebten, gehabt. Am Modell ihrer Mutter hatte Frau Müller gelernt, daß Frauen tatkräftig mit zupacken können und

müssen. Sie hatte als zentrale Botschaft mitgebracht: „Wenn ich mich einfüge, tüchtig mitarbeite und meine persönlichen Bedürfnisse nicht an erste Stelle setze, werde ich anerkannt und geliebt.“ Auf dem Hintergrund der Deprivation, die mit der mangelnden Zeit und Zuwendung ihrer Eltern zusammenhängt, war Tüchtigkeit und Mitarbeit ein wichtiges Problemlöseverhalten. Dies schien in der Gegenwart nur unbefriedigend zu funktionieren. Trotz Tüchtigkeit und Mitarbeit erlebte sie nicht die gewünschte Unterstützung ihres Mannes. Sie schwankte zwischen Einbrüchen bezüglich ihrer Selbstachtung, Frustration und aggressiven Gefühlen.

Herr Müller: Herr Müller war als zweites Kind mit einer älteren Schwester aufgewachsen. Seine Mutter erlebte er als streng, dominant und wenig gefühlvoll, ganz im Gegensatz zu seinem weichen, emotionalen Vater. Sein Vater hatte sich Respekt als tüchtiger Handwerker erworben, in der Familie selbst aber war er seiner Frau unterlegen. Der Schwester war es nicht gelungen, das Modell der Mutter zu übernehmen und gleichzeitig eigene familiäre Bindungen einzugehen. Herr Müller hatte in seinem Vater kein Vorbild für selbstsicheres, selbstbewußtes Auftreten als Mann, was dazu führte, daß er auch während der Zeit der Pubertät nur sehr zurückhaltend eigene Wege beschritt. Der Tod seines Vaters, als Herr M. 17 Jahre alt war, erschwerte die kritische Auseinandersetzung mit diesem. Wohl fühlte er sich in der Lehre und in der Ausbildung, die er außerhalb des eigenen familiären Betriebes in Anspruch nahm, auch wenn er weiterhin zu Hause lebte. Seine Selbstachtung bezog er aus seiner beruflichen Tüchtigkeit. In zwischenmenschlichen Kontakten war er eher konfliktscheu, anhänglich und unterstützungsbedürftig. Die Heirat stärkte sein Selbstbewußtsein als Mann. Der Neid von Schwester und Mutter, die ihn im Hause gehalten hatten, machte ihm zu schaffen.

Die paardynamische Perspektive: Beide Partner waren relativ konfliktscheu, konnten entsprechend mit positiven und vor allem negativen Emotionen nicht offen umgehen. Dies führte zu einer reduzierten Verstärkerrate und einem Berg ungelöster, aversiver Konflikte. Beide erlebten sich als bedürftig und wünschten sich Unterstützung, Stärkung und Rücken- deckung durch den jeweils anderen, ohne dies selbst geben zu können. Sexualität erschien im Erleben von Herrn Müller als Zeichen, daß seine Frau zu ihm hielt und ihm Wärme und Zuneigung gab. In den Augen von Frau Müller erschien Sexualität als weitere Unterwerfung unter die Bedürfnisse anderer Menschen.

Familiendynamische Perspektive: Zwischen der jungen Familie und der Ursprungsfamilie des Mannes gab es keine hinreichend klaren Grenzen. Die Ablösung des Mannes von der Ursprungsfamilie war nicht adäquat vollzogen. Entsprechend schwer fiel es ihm, mit aggressiven Emotionen

und Konflikten umzugehen. Selbstunsicherheit und erniedrigtes Selbstbild waren ebenso die Folge wie Konfliktvermeidung und der Wunsch, wenigstens in der Sexualität einen positiven Ausgleich zu erleben.

Die *funktionale Analyse* der sexuellen Appetenzprobleme der Frau verweist auf dem dargestellten Hintergrund die Notwendigkeit, daß beide Partner auf eine aktive und kooperative Art lernen, sich gegenseitig zu unterstützen, eine gemeinsame positive Lebensperspektive aufzubauen, und klare Familienstrukturen zu schaffen. Aufgrund der aktuellen Lebenssituation waren die Defizite an sozialer Kompetenz des Mannes hierfür von zentraler Bedeutung.

4 Therapeutische Ansatzpunkte

Wie es häufig in solchen Behandlungen vorkommt, hatten das gemeinsame Gespräch, die diagnostische Abklärung, verbunden mit Informationen zum Thema Sexualität und die gemeinsame Erarbeitung der funktionellen Zusammenhänge bereits therapeutische Wirkungen. Die Verschiebung der Perspektive von einer internalen negativen Kausalattribution von Frau Müller („Ich bin eine Versagerin“) hin zu einem teilweise externalen Ursachenverständnis, verbunden mit der hoffnungsvollen Perspektive, durch aktive Lernschritte die notwendigen Voraussetzungen für eine gelingende Sexualität schaffen zu können, führte zu einer emotionalen Aufhellung.

Kognitiv-emotionale Aspekte der Therapie

In diesem speziellen Fall war entscheidend, daß Herr Müller lernte, die Zurückweisung seiner sexuellen Wünsche durch seine Frau weniger als Kränkung zu erleben, sondern aus der Situation seiner Frau heraus besser verstehen zu können. Ihm wurde ihre schwierige Situation in der Konkurrenz mit den anderen Frauen deutlich, ohne daß er unter Handlungsdruck geriet, stellvertretend für seine Frau Konflikte mit seiner Mutter auszutragen. Andersherum wurde Frau Müller deutlich, in welcher inneren Not sich ihr Mann befand, der keiner der drei Frauen (Ehefrau, Mutter, Schwester) gewachsen schien.

Der Wunsch nach Verständnis durch den jeweils anderen gehört zu den elementaren Sehnsüchten und den wichtigsten Verstärkern wohl aller Ehepartner. Ein Teil der Verzweiflung konnte aufgefangen werden, nicht jedoch die ganze Bitterkeit und Unzufriedenheit. Herrn Müller wurde aber deutlich, daß er weniger durch Forderungen nach Sexualität, als vielmehr

durch einen eigenen mutigen Beitrag in der Überwindung der eigenen Angst seiner Frau helfen konnte, Selbstachtung und Achtung vor dem Partner wiederzugewinnen und damit die Basis für sexuelle Wünsche zu schaffen. Das heißt, er entdeckte, daß seine Wünsche nach Sexualität Teil einer Problemlösestrategie war, bei der falsche Methoden eingesetzt und eine falsche Ebene gewählt wurden. Sein Wunsch nach Rückendeckung und Unterstützung war einerseits berechtigt, andererseits Teil einer Vermeidung, sich mit aggressiven Gefühlen und Konflikten innerhalb der Familie auseinanderzusetzen. Indem er bereit war, zu lernen, Grenzen zu setzen und eigene Bedürfnisse offensiver zu vertreten, würde es auch seiner Frau leichter fallen, eben dies zu tun. Die respektvolle Wahrnehmung eigener Bedürfnisse ist ebenso wie die Fähigkeit, Grenzen zu setzen und nein zu sagen, eine wesentliche Voraussetzung, daß Sexualität genossen werden kann. Kurz gesagt: Wer nicht nein sagen kann, kann auch nicht ja sagen.

Übende Teile der Therapie

Vorübergehend wurde das Paar zu Einzelgesprächen aufgeteilt. Insbesondere mit Herrn Müller wurden in Rollenspielen der direkte Ärgerausdruck, die Zurückweisung von Kritik und die adäquate klare Äußerung von Wünschen geübt. Notwendige Einstellungsänderungen (Akzeptanz eigener Bedürfnisse, Reduktion von Schuldgefühlen) wurden parallel erarbeitet. Herr Müller tat sich zunächst sehr schwer, war dann aber hochmotiviert für eine Veränderung. Eine Weile befürchtete der Therapeut, daß Herr Müller zu stark reagierte, und im Rückgriff auf die unerledigten Konflikte zu heftig und ausfallend wurde.

Interessanterweise war Frau Müller die erste, an der er seine neu erworbenen Fähigkeiten in der Abgrenzung und Zurückweisung von Wünschen erprobte. Sie war überrascht und enttäuscht, entdeckte aber, daß dies ihren Respekt ihm gegenüber erhöhte, was es für ihn wiederum leichter machte, zentrale Fragen der Arbeitszeit- und Arbeitsplatzgestaltung im eigenen Geschäft mit seiner Frau zu besprechen. Er entdeckte sie als klare, kompetente Ratgeberin.

Die Konfliktgespräche mit Mutter und Schwester wurden lange und intensiv geübt. Die realen Gespräche verliefen nicht so erfolgreich, wie Herr M. es erhofft hatte. Entscheidend aber war weniger, daß die alte Mutter sich schwer von Gewohnheitsrechten lösen konnte und wenig einsichtig war, sondern vielmehr, daß er sich auf eine Art verhalten konnte, die er als angemessen wahrnahm und die es ihm ermöglichte, zu sich selbst stehen zu können (Erhöhung von Selbstakzeptanz, Kompetenzvertrauen und Selbstverstärkung).

Spontane Symptomänderung

In einer der Sitzungen während dieser Therapiephase berichtete die Frau, daß sie zu ihrer eigenen Überraschung nach einem von beiden als schwierig erlebten Streitgespräch, in dem sie beide nicht nachgeben konnten, am Abend plötzlich das Bedürfnis hatte, mit ihrem Mann zu schlafen. Beide freuten sich sehr darüber. Therapeutisch war wichtig zu klären, warum gerade die Fähigkeit, Konflikte auszuhalten, die Basis für positive Emotionen darstellen kann. Gelingt es, auf eine Art zu streiten, bei der es weder Gewinner noch Verlierer gibt, und bei der entwürdigende Äußerungen und Entwertungen vermieden werden können, kann der Streit zu größerem Respekt voreinander und zu höherer Achtung der Interessen des jeweils anderen führen. In solchen Fällen können erfolgreich durchgestandene Konflikte sehr gut mit erotischen Gefühlen zusammenpassen (zur empirischen Literatur siehe Zimmer, 1994).

Weiterhin war es sehr wichtig, Hoffnungen zu dämpfen, daß nach diesem Durchbruch eine unkomplizierte Sexualität möglich wäre. Die Aufforderung an Patienten, erste positive Erlebnisse mit Sexualität nicht zu sehr zu beachten, kann zum einen als paradoxe Verschreibung und Umdeutung verstanden werden. Sie hat aber auch einen sehr realen Kern, wie jede gute und wirkungsvolle Umdeutung. Erfahrene Therapeuten wissen, daß erste positive sexuelle Erlebnisse die alten überhöhten Leistungsanforderungen wieder zum Leben erwecken können. Der spielerische Umgang mit Erotik und Sexualität wird zugunsten von intensiv verfolgten Leistungszielen aufgegeben. Von jetzt an soll alles den überhöhten Idealanforderungen genügen, nachdem man längere Zeit sexuelle Entbehrungen erdulden mußte. Eine langfristige Stabilität von Fortschritten im Rahmen der Behandlung sexueller Funktionsstörungen hängt jedoch weniger von den erzielten positiven Änderungen und Erlebnissen ab als vielmehr vom Umgang mit Mißerfolgen. Dies ist der Hintergrund, weshalb in vielen Sexualtherapien Mißerfolge auch künstlich hergestellt werden (Zimmer, 1985). Nur wer vorübergehende Mißerfolge ohne Dramatisierung bewältigen kann, kann die Basis für entspannte und zufriedenstellende sexuelle Interaktion legen.

Fortführung des Behandlungsplans

Nachdem die offenen Konfliktgespräche zwischen Herrn Müller und seiner Mutter bzw. seiner Schwester zwar inhaltlich gut, äußerlich aber noch erfolglos verliefen, überlegten beide Partner in der Therapie, wie weit sie sich von der Einsichtsfähigkeit der alten Mutter abhängig machen wollten. Verschiedene Entscheidungsalternativen wurden mit pro-contra-Listen be-

züglich Kosten und Nutzen für alle Beteiligten durchüberlegt. Schließlich entschloß sich das Paar, eine eigene Wohnung außerhalb des Hauses zu suchen und die bisherige Wohnung zu vermieten. Überraschend für beide war, daß auch Mutter und Schwester diese Entscheidung positiv aufnahmen. Die Entzerrung der Familie tat allen Beteiligten gut und stellte eine gute Basis für klärende Gespräche bezüglich der Rollen der einzelnen Familienmitglieder in dem gemeinsamen Geschäft dar. Versuche, am Arbeitsplatz klare Aufgabenverteilungen durchzusetzen, scheiterten an der mangelnden Flexibilität der Mutter. In mühsamen Gesprächen konnte jedoch erreicht werden, daß die zeitliche Überlappung geringer wurde und daß Frau Müller entscheidende Funktionen in der buchhalterischen Planung übernahm.

5 Evaluation der Behandlung/Resümee

Die Behandlung nahm insgesamt 25 Sitzungen in Anspruch, davon wurden 8 Sitzungen jeweils als 4 Einzelgespräche mit Herrn und Frau Müller durchgeführt. Am Anfang war die Sitzungsfrequenz zweimal die Woche (die ersten 4 Sitzungen), später wöchentlich, gegen Ende der Therapie wurde auf eine Sitzung pro Monat umgeschaltet. Dem Paar wurde angeboten, eine Nachgesprächssitzung nach jeweils weiteren drei und sechs Monaten durchzuführen, um zu sehen, in wieweit es in der Lage war, zwischendurch auftretende schwierige Erfahrungen selbst zu bewältigen.

Telefonische Rückmeldungen ergaben, daß das Paar bei den Katamnesen ähnlich wie am Ende der Therapie mehr stritt als zu Beginn der Behandlung. Beide berichteten aber, damit zufrieden zu sein, da die Streits aktuelle Themen betrafen (Kinder, Geschäft, Verteilung der Haushaltsbelastungen u. ä. m.). Beide berichteten, sehr viel zufriedener im Umgang miteinander zu sein und mit der Entscheidung, die gemeinsame Wohnsituation mit Mutter und Schwägerin aufzukündigen. Beide betrachten das einstige sexuelle Problem nicht mehr als Problem. Frau Müller gab an, gelegentlich selbst initiativ zu sein, auch weil sie deutlich spüre, daß das ihres Erachtens nach übersteigerte Interesse ihres Mannes an Sexualität deutlich nachgelassen habe.

Der Erfolg auf der Ebene der Sexualität war offensichtlich davon abhängig, daß Fähigkeiten entwickelt worden waren, familiären Ärger und aggressive Konflikte auszutragen, und auf diesem Weg wechselseitigen Respekt sicherzustellen. Das Interesse von Herrn Müller an Sexualität war nicht nur biologisch (triebhaft) determiniert, sondern Ausdruck seiner geringen Selbstachtung und seines Bedürfnisses nach sozialer Unterstützung

durch seine Frau. Nachdem diese Funktion überflüssig geworden war, konnte Frau Müller verstärkt Sexualität als etwas, das ihren eigenen Bedürfnissen entsprach, entdecken.

Literatur

- Arentewicz, G. & Schmidt, G. (1980; 3. Auflage: 1993). *Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie*. Berlin: Springer.
- Frank, E., Anderson, C. & Rubinstein, D. (1978). Frequency of sexual dysfunction in „normal“ couples. *New England Journal of Medicine*, 299, 111–115.
- Zimmer, D. (1985). *Sexualität und Partnerschaft – Grundlagen und Praxis psychologischer Behandlung*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Zimmer, D. (1988 2. überarbeitete Fassung 1989). *Fragebogen zur Sexualität und Partnerschaft (ASP, TSST, NSP)*. Materialie Nr. 19 der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), Tübingen.
- Zimmer, D. (1997) Funktionelle Sexualstörungen. In K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Psychische Störungen und ihre Behandlung*. Göttingen: Hogrefe.