

# Sexuologie

Herausgegeben von der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Praktische Sexualmedizin

## Inhalt

### Originalarbeiten

114 Syndyastische Sexualtherapie als fächerübergreifendes Konzept der Sexualmedizin

*Klaus M. Beier, Kurt Loewit*

128 Weibliches Orgasmuserleben: vaginal – klitoral?

*Anja Lehmann, Hans Peter Rosemeier, Sabine M. Grüsser-Sinopoli*

### Fortbildung

134 „Die Pillen brauche ich jetzt nicht mehr!“

Bericht über eine atypische Sexualtherapie eines jungen Paares

*Andreas Dabelstein*

138 „Wir haben ein Kommunikations- kein Sexualproblem miteinander“

*Dirk Rösing*

143 Tadalafil (Cialis®) in der Therapie der erektilen Dysfunktion

*Tim Schneider, Herbert Sperling, Herbert Rübber*

### Aktuelles

148 Buchbesprechungen, Jahresinhaltsverzeichnis

### Anschrift der Redaktion

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier (V.i.S.P.), MA Rainer Alisch, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité, Luisenstrasse 57, D-10117 Berlin, Tel.: 030/ 450 529 301 (Fax: -529 992), e-mail: klaus.beier@charite.de

**Verlag:** Urban & Fischer Verlag GmbH & Co. KG, Niederlassung Jena, PF 100 537  
D-07705 Jena, Telefon (03641) 626-3; Fax (03641) 62 65 00;  
E-mail: journals@elsevier.com

**Anzeigennahme und -verwaltung:** Urban & Fischer Verlag & Co. KG, Niederlassung Jena, Anzeigenleitung: Sabine Schröter, PF 100 537, D-07705 Jena, Telefon (03641) 62 64 45, Fax (03641) 62 64 21, Zur Zeit gilt die Anzeigenliste vom 01.01.2002

**Abonnementsverwaltung und Vertrieb:** Urban & Fischer GmbH & Co. KG, Niederlassung Jena, Abo-Service und Vertrieb: Barbara Dressler, Löbdergraben 14a, 07743 Jena, Telefon (03641) 62 64 44, Fax (03641) 62 64 43

**Bezugshinweise:** Das Abonnement gilt bis auf Widerruf oder wird auf Wunsch befristet. Die Lieferung der Zeitschrift läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 31.10. abbestellt wird.

**Erscheinungsweise:** Zwanglos, 1 Band mit 4 Heften.

**Abo-Preis 2003 [Deutschland, Österreich, Schweiz]:** 135,- €\*; Einzelheftpreis 41,- €\*, Alle Preise zzgl. Versandkosten. Vorzugspreis für persönliche Abonnenten 66 €\*.

\* Alle Preise sind unverbindliche Preiseempfehlungen.

Folgende Kreditkarten werden zur Zahlung akzeptiert: Visa/Eurocard/Mastercard/American Express (bitte Kartennummer und Gültigkeitsdauer angeben).

**Bankverbindung:** Deutsche Bank Jena, Konto-Nr. 390 76 56, BLZ 820 700 00 und Postbank Leipzig, Konto-Nr. 149 249 903, BLZ 860 100 90

**Copyright:** Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, insbesondere die Einspielung, Verbreitung oder Wiedergabe in elektronischer Form (online/offline), bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlages.

**Satz:** Rainer Alisch, Hanseatenweg 6, 10557 Berlin

**Druck, Bindung:** Gutenberg Druckerei GmbH Weimar, Marienstraße 14, D-99423 Weimar.

Diese Zeitschrift wird ab Band III, Heft 1 (1996) auf elementar chlorfreiem, pH-Wert neutralem, alterungsbeständigem Papier gedruckt.

© 2004 Elsevier-Urban & Fischer

**Coverfoto:** © gettyimages

Printed in Germany



### Sexuologie – Zeitschrift für sexualmedizinische Fortbildung und Forschung

**Sexuologie** ist eine wissenschaftliche Fachzeitschrift für die sexualmedizinische Fortbildung und Forschung. Thematisiert werden die psychischen, somatischen, soziokulturellen sowie ethisch-rechtlichen Aspekte von Sexualität, Geschlechtlichkeit und/oder Reproduktion, welche – gerade in ihren Wechselwirkungen – für die Medizin von Bedeutung sind.

**Sexuologie** ist konzipiert für Ärztinnen und Ärzte der verschiedensten medizinischen Bereiche (vor allem Allgemeinmedizin, Andrologie, Dermatovenerologie, Endokrinologie, Gynäkologie, Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Urologie) sowie für Fachleute aus anderen Humanwissenschaften (z.B. Anthropologie, Psychologie, Soziologie) und aus der Arbeit mit Sexualstraftätern.

**Sexuologie** bietet interdisziplinäre Orientierung auf dem Gebiet der Sexualmedizin; d.h. zu Diagnostik und Therapie bei sexuellen Funktionsstörungen, Geschlechtsidentitätsstörungen, sexuellen Verhaltensabweichungen (Paraphilien, Sexualdelinquenz) sowie bei Sexualstörungen aufgrund von Erkrankungen und deren Behandlung. Die Sichtweisen verschiedener Fächer gelangen dabei zur Darstellung.

### Wissenschaftlicher Beirat

Dorothee Alfermann, Leipzig  
Ralf Dittmann, Bad Homburg  
Walter Dmoch, Düsseldorf  
Günter Dörner, Berlin  
Wolf Eicher, Mannheim  
Erwin Günther, Jena  
Heidi Keller, Osnabrück  
Heribert Kenterich, Berlin  
Rainer Knussmann, Hamburg  
Götz Kockott, München  
Heino F.L. Meyer-Bahlburg, New York  
John Money, Baltimore

Elisabeth Müller-Luckmann,  
Braunschweig  
Piet Nijs, Leuven  
Ilse Rechenberger, Düsseldorf  
Hans Peter Rosemeier, Berlin  
Wulf Schiefenhövel, Andechs  
Wolfgang Sippell, Kiel  
Michael Sohn, Frankfurt/M.  
Hans Martin Trautner, Wuppertal  
Henner Völkel, Kiel  
Hermann-J. Vogt, München  
Reinhard Wille, Kiel

Abstracted/Indexiert in BIOSIS · CAB Abstracts · Chemical Abstracts Service (CAS) · Chemical Abstracts (SEXUEX) PSYINDEX · PsycINFO

Mehr Informationen zur „Sexuologie“ und anderen Zeitschriften finden Sie im Internet: <http://www.elsevier.de/journals>. Das jeweils neueste **Inhaltsverzeichnis** können Sie jetzt auch kostenlos per e-mail (**ToC Alert Service**) erhalten. Melden Sie sich an: <http://www.elsevier.de/sexuologie>

# Syndyastische Sexualtherapie als fächerübergreifendes Konzept der Sexualmedizin\*

Klaus M. Beier, Kurt Loewit

## Syndyastic Sexual Therapy as an Interdisciplinary Concept of Sexual Medicine

### Abstract:

All human beings are programmed for the fulfilling of basic needs such as acceptance, closeness, warmth and security. The insufficient meeting of these basic needs in a pair relationship may result in the diminishing of well-being, including sexual dysfunction. Syndyastic sexual therapy goes to the root of the problem by focusing attention not on the sexual dysfunction but on the frustrated partner relationship which is its cause.

Syndyastic sexual therapy is applicable to all sexual disorders and disturbances in male-female behavior, provided that both partners want not only to treat the symptoms but also to enhance their sexual partner relationship.

*Keywords:* Sexual medicine, Sex therapy, Basic needs, pair relationship

### Zusammenfassung:

Alle Menschen sind programmiert auf die Erfüllung elementarer Grundbedürfnisse, wie Akzeptanz, Nähe, Wärme und Geborgenheit. Kommt in einer Partnerschaft die Erfüllung dieser Grundbedürfnisse zu kurz, entstehen daraus häufig die verschiedensten Beeinträchtigungen der Lebensqualität bis hin zu sexuellen Funktionsstörungen. Die Syndyastische Sexualtherapie setzt daher an den Wurzeln an, indem sie nicht die gestörte Sexualfunktion in den Mittelpunkt stellt, sondern die zu Grunde liegende frustrierte partnerschaftliche Beziehung.

Anwendbar ist die Syndyastische Sexualtherapie bei allen Störungen des sexuellen Erlebens und Verhaltens des Mannes und der Frau. Voraussetzung ist, dass beide Partner nicht nur den Wunsch nach Symptombehandlung,

sondern auch nach Erhöhung ihrer sexuell-partnerschaftlichen Beziehungszufriedenheit teilen.

*Schlüsselwörter:* Sexualmedizin, Sexualtherapie, Grundbedürfnisse, Partnerschaft

## Was meint „syndyastisch“?

Die Bedeutung von guten zwischenmenschlichen Beziehungen als Grundlage von Lebenszufriedenheit und -qualität stellt niemand ernstlich in Frage. Dabei erwächst diese Zufriedenheit zweifelsohne aus der Akzeptanz, d.h. dem Gefühl des Angenommenseins durch die Bezugsperson und damit dem emotional stabilisierenden Empfinden, richtig, sicher und geborgen zu sein. Besonders intensiv ist dieses Empfinden dann, wenn die Bezugsperson diese Annahme auch körperlich vermittelt, d.h. durch körperliche Nähe und Wärme „vollzieht“. Das ist der Grund, warum Intimbeziehungen am meisten geeignet sind, um Glück und Zufriedenheit bei den Beteiligten auszulösen – hier geschieht die Annahme auf allen Ebenen, einschließlich der konkreten körperlichen Sichtbarmachung gegenseitiger Zuneigung, die im gemeinsamen – auch sexuellen – Lusterleben (im doppelten Sinne) ihren Höhepunkt findet.

Diese – lange vor der naturwissenschaftlich fundierten Medizin – bekannte Tatsache der existentiellen Bedeutung von Beziehungen führte bei Aristoteles zu einer neuen Begriffsbildung, die hier zur Ableitung der Bezeichnung „syndyastisch“ gedient hat. In seiner „Nikomachischen Ethik“ erläutert Aristoteles den Sachverhalt des „Einander-vertraut-Werdens“ („synoikeiouthai“) im Sinne von „Zugehörigkeit“ und grenzt hiervon auch sprachlich die Beziehung zu einem bedeutsamen Anderen im Sinne der Partnerschaft (syndyastikós) ab, in der sich besonders intensiv Vertrautheit und Zugehörigkeit herausbilden können (Buch VIII, Kap. 14). Auf diesen Zusammenhang kommt er auch in seiner „Politik“ (Buch I,

\* Überarbeitet aus: Klaus M. Beier, Kurt Loewit: *Lust in Beziehung. Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie als fächerübergreifendes Therapiekonzept der Sexualmedizin*. Springer 2004. Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlags.

Kap. 2) zu sprechen, wo er das entsprechende Verb („syndyazesthai“) verwendet und die Beziehung zwischen zwei Partnern als Basis der Lebenserhaltung (und damit der Politik bzw. staatlicher Entwicklung) darstellt.

Für Aristoteles trägt es den „Charakter der Notwendigkeit“, dass Menschen ihr Erleben und Verhalten danach ausrichten, über Bindungen und die sich darin entfaltende Zugehörigkeit eine identitätsstiftende Fundierung zu erfahren; er sieht aber im Menschen ein „Wesen, das eher auf die Gemeinsamkeit zu zweien (i.e. „syndyastikós“) als auf die umfassende der Polis eingestellt ist...“ (vgl. Nikomachische Ethik, Buch VIII, Kap. 14).

Diese Auffassung des Menschen als eines auf die „Gemeinsamkeit zu zweien“ eingestelltes Wesen bei Aristoteles wird durch viele Befunde der Verhaltens- und Entwicklungsbiologie bestätigt, die nämlich zeigen, dass der Mensch – wie alle sozial organisierten Säugetiere – auf Bindung „programmiert“ ist.

**Diese – stammesgeschichtlich angelegte – innere Programmierung auf Bindung zur Erfüllung der Grundbedürfnisse nach Nähe, Wärme, Geborgenheit, Sicherheit und Akzeptanz** wird in Anlehnung an Aristoteles im Folgenden substantivisch als Syndyastik und adjektivisch als syndyastisch<sup>1</sup> bezeichnet.

Im Säuglings- und Kleinkindalter wird die Bindung an die Eltern bzw. entsprechende Bezugspersonen biologisch vorprogrammiert z. B. via Greifreflex, Lächelreaktion und soll dem Kind Schutz, Nähe und Zuwendung sichern, d.h. die Erfüllung basaler psychischer Qualitäten wie des Gefühls des Angenommenseins und der Geborgenheit durch einen anderen Menschen – also in einem sozialen Gefüge. Darum ist im folgenden von biopsychosozialen Grundbedürfnissen und ihrer Erfüllung in Bindungen die Rede. Auch bei ungestörter psychischer Entwicklung bleibt der Wunsch nach Bindungen bestehen – eben weil die genannten Grundbedürfnisse erfüllt werden wollen. Diese werden nach der Kindheit bzw. spätestens mit Abschluss des Jugendalters schließlich mit nicht verwandten Erwachsenen und in der Regel mit Intimpartnern verwirklicht.

Alle Menschen (und sozial organisierten Säugetiere) verbindet diese Bedürftigkeit nach biopsychosozialer Absicherung und nach Vertrautheit vermittelnder Zugehörigkeit – und der Wunsch, dass diese

Bedürftigkeit gestillt wird. Die Syndyastische Sexualtherapie ist ein therapeutisches Verfahren, welches sich genau auf diese Bedürftigkeit konzentriert und dazu beizutragen versucht, dass sich für die Betroffenen die Voraussetzungen zur Erfüllung der Grundbedürfnisse verbessern.

## Was verbindet Syndyastische Sexualtherapie und klassische Sexualtherapie?

In den letzten 30 Jahren sind eine Reihe von sehr fundierten und kenntnisreichen Büchern über die Therapie sexueller Störungen veröffentlicht worden. Zum Teil wurden neue Ansätze propagiert – mitunter wurde diese Neuheit im Namen auch kenntlich gemacht (z. B. „The new sex therapy“ von Kaplan 1974, 1979, 1987, 1990), aber dennoch war den meisten gemeinsam, dass sie die Behandlung sexueller Störungen als eine besondere Form der Psychotherapie auffassten, die meist – wegen der stark erfahrungsorientierten Komponente – der verhaltenstherapeutischen Schule zuzurechnen sei. Gleichwohl erfolgten zur Bearbeitung innerpsychischer Konflikte der Patienten immer wieder Hinweise auch auf tiefenpsychologisch fundierte Verfahren. Damit wird „Sexualtherapie“ – wie sie auch im Einzelnen genau ausgestaltet sein mag – von den meisten als eine Sonderform der Psychotherapie angesehen. Dies gilt auch für neuere Versuche einer Verknüpfung von Paar- und Sexualtherapie (vgl. insbesondere Schnarch 1997). Dementsprechend ging es bisher auch weniger um die Erarbeitung eines **umfassenden Konzepts menschlicher Sexualität und Bindung**, sondern um die Anwendung etablierter psychotherapeutischer Techniken auf sexuelle Störungen. Bei der „klassischen Sexualtherapie“ kommt es zur Anwendung von „Übungen“, die am Ende der Therapie zuvor beeinträchtigte Sexualfunktionen wieder verfügbar machen sollen.

Ganz anders das Therapiekonzept der Syndyastischen Sexualtherapie: Hier liegt der Fokus auf der existenziell entscheidenden Ebene der unverzichtbaren psychosozialen Grundbedürfnisse und stellt somit die Sexualität in einen erweiterten Sinnzusammenhang. Damit geht es hinsichtlich der Zielsetzung in erster Linie um die gegenseitige Erfüllung der Grundbedürfnisse (syndyastische Dimension) für beide Partner in ihrer ganzen Beziehung, d.h. einschließlich ihrer gemeinsamen Intimität und gegebenenfalls trotz beeinträchtigter Sexualfunktionen. Zu diesem Zweck

<sup>1</sup> Die hier neu eingeführten Begriffe ‚Syndyastik‘ und ‚syndyastisch‘ sind von dem griechischen Wort syndyastikós (‚disponiert zur Gemeinsamkeit zu zweit bzw. zur Zweierbeziehung bzw. zur Paarbeziehung‘) abgeleitet, das Aristoteles in entsprechendem Zusammenhang verwendet (Nikomachische Ethik, Buch VIII, Kap. 14, 1162a: 17). Wir verdanken den Hinweis auf diese Stelle Dr. Thomas Poiss vom Institut für Klassische Philologie der Humboldt-Universität Berlin.

kommt es im Rahmen der Therapie auch zu neuen – selbst verabredeten – Intimerfahrungen, die eine neue Bedeutungszuweisung für Sexualität und damit jenen erweiterten Sinnzusammenhang möglich machen.

Die Schwierigkeit besteht lediglich darin, tatsächlich **auf die syndyastische Ebene zu fokussieren**, sich also in erster Linie darauf zu konzentrieren, inwieweit bei den Patienten deren – sowieso ja immer vorhandene – Grundbedürfnisse nach Nähe, Geborgenheit, Sicherheit und Akzeptanz erfüllt oder frustriert sind und inwieweit dies mit ihren aktuellen Intimbeziehungen (ggf. auch deren Fehlen) zusammenhängt. Das Bemühen richtet sich dann darauf, bei bestehenden Beziehungskonstellationen die Bedingungen so zu verbessern, dass sich die Grundbedürfnisse (wieder) erfüllen lassen. Dies macht unmittelbar evident, dass bei bestehenden Partnerschaften die syndyastische Fokussierung am effektivsten über die reale Einbeziehung des Partners gestaltet wird und die Beziehung selbst bzw. das Paar in den Mittelpunkt rückt: auch hier unter dem Leitgesichtspunkt, wie beide Partner innerhalb ihrer Beziehung die Voraussetzungen verbessern können, dass gegenseitig die Erfüllung der Grundbedürfnisse gelingt. Dabei wird der Tatsache Rechnung getragen, dass über die körperliche Annahme und die intime Zuwendung diese Grundbedürfnisse besonders intensiv erfüllbar sind. Allerdings ist zu beachten, dass es sich hierbei um eine Aktivierung von grundsätzlich bereits vorhandenen Erlebnispotentialen handelt. Es wird lediglich etwas (wieder) hervorgeholt und nichts „hineingegeben“, was zugleich die Grenzen des Behandlungsverfahrens aufzeigt.

## Was ist Syndyastische Sexualtherapie nicht?

### Syndyastische Sexualtherapie ist keine Variante der Verhaltenstherapie

Auch wenn es keine allgemein gültige Definition von Verhaltenstherapie gibt, konzentriert sich die verhaltenstherapeutische Behandlung programmatisch überwiegend auf das beobachtbare (Problem-)Verhalten, und krankheitswertige Symptome werden als gelerntes Verhalten oder unangepasste Gewohnheiten aufgefasst, die sich aufgrund bestimmter Umweltbedingungen entwickelt haben. Zur Anwendung kommen verschiedene Verfahren, welche die Löschung unangepasster Reaktionen oder den Aufbau neuer erwünschter Verhaltensweisen fördern.

### Beispiel

Wenn ein Patient mit einer Erektionsstörung im Rahmen der Syndyastischen Sexualtherapie – als Paarbehandlung, also unter Einbeziehung der Partnerin – wieder angstfrei den Intimkontakt aufnehmen kann, dann letztlich deshalb, weil er mit der Partnerin konkret erlebt hat, dass er sich in der Beziehung zu ihr angenommen, sicher und geborgen fühlen kann, d. h. syndyastische Erfüllung findet – nicht bloß weil er mehrfach hintereinander die selbstbestätigende Erfahrung gemacht hat, wieder eine Erektion aufzuweisen. Dies genau ist auch der Grund, warum Männer, die in gestörten Beziehungen erektionsfördernde Medikamente einnehmen, unter Umständen auch mit der pharmakologisch erzeugten Erektion keine syndyastische Erfüllung finden – weil sie sich nämlich auch mit Erektion durch ihre Partnerin weiterhin nicht angenommen fühlen. Der Grund für die Ablehnung war dann offensichtlich nicht die mangelnde Erektionsfähigkeit, denn die Erektion kann nicht automatisch die Annahme durch die Partnerin bewirken, auch wenn viele Männer dies zu hoffen scheinen.

Gleichwohl besteht eine Nähe zu verhaltenstherapeutischen Techniken, weil bei der Syndyastischen Sexualtherapie über das konkrete Sexualverhalten, also über das körpersprachliche Vermitteln gegenseitiger Zuneigung für die beiden Partner die syndyastische Erfüllung leiblich erfahrbar gemacht werden soll. Genau diese Erfüllung ist der eigentliche kurative Faktor, weshalb in der Syndyastischen Sexualtherapie hierauf fokussiert wird (d. h. syndyastische Fokussierung).

### Syndyastische Sexualtherapie ist auch keine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Es geht gerade nicht um die Aufarbeitung von tieferliegenden Konflikten oder die biographisch-rekonstruktive Erfassung der Gesamtpersönlichkeit. Syndyastische Fokussierung zielt auf die Erfüllung der Grundbedürfnisse in Gegenwart und Zukunft. Dies bedeutet nicht mangelndes Interesse für die Biographie der Patienten, sondern Berücksichtigung biographischer Entwicklungsprozesse insoweit, wie diese für das Verständnis der Frustration von Grundbedürfnissen erforderlich sind. Die Patienten müssen diese biografischen Zusammenhänge – wenn es für sie erforderlich ist – selbst einbringen; es bedarf folglich keiner grundsätzlichen Bewusstmachung unbewusster Konflikte, sondern vielmehr einer Bewusstmachung

des Unterschieds zwischen Gegenwart/Zukunft und Vergangenheit.

### Beispiel

Eine Patientin, die aufgrund einer sexuellen Traumatisierung im frühen Erwachsenenalter eine Störung des sexuellen Verlangens ausbildet und in der Intimbeziehung mit ihrem Partner ängstlich und verunsichert reagiert, kann im Rahmen der syndyastischen Fokussierung gemeinsam mit ihrem Partner leiblich erfahren, dass in der aktuellen Beziehung, Geborgenheit, Nähe, Wärme angstfrei erlebbar sind (selbstverständlich nur, wenn ihr Partner ihr authentisch diese Geborgenheit und Nähe auch vermitteln möchte); dadurch kann sie den Unterschied zu der früheren Täter-Opfer-Beziehung leiblich spüren. Durch die Bewusstmachung der Möglichkeiten syndyastischer Erfüllung durch Intimität mit ihrem jetzigen Partner besteht daher die Möglichkeit, die früheren negativen Beziehungserfahrungen durch neue positive zu „überschreiben“. Ähnliches gilt für Missbrauchserlebnisse in der Kindheit, die hinsichtlich ihres Konfliktpotenzials und ihrer unbewussten Auswirkungen nicht analysiert werden, sondern eben auch durch die syndyastische Fokussierung mit positiven (Körper) Erlebnissen „überschrieben“ werden können. Die zugrunde liegende Annahme, dass negative oder gar traumatisierende Erlebnisse durch wiederholte, neue und positive Erfahrungen in einem gleichen oder ähnlichen Erlebnisbereich kompensiert bzw. mit neuem Bedeutungserleben „überschrieben“ werden können, entstammt hier wiederum verhaltenstherapeutischen Paradigmata.

Hieraus wird deutlich, dass die Syndyastische Sexualtherapie verschiedene Techniken einsetzt, um ein basales menschliches Urbedürfnis – nämlich das nach syndyastischer Erfüllung psychoemotionaler Grundbedürfnisse – erfahrbar zu machen. Zu diesem Zweck sind im positiven Sinne „alle Mittel recht“. Insofern wäre es zulässig, von einem eklektizistischen Verfahren zu sprechen, welches – unter der entscheidenden Zugrundelegung des syndyastischen Fokus – sowohl psychologische als auch soziale und biomedizinische Interventionen einschließt, mithin also auch die mögliche **Nutzung von Medikamenten**, die eine sinnvolle Ergänzung zur Erreichung des Therapieziels sein können.

Der allgemeinen Verschreibungspraxis von Medikamenten etwa zur Angstminderung (z. B. Benzodiazepine) oder in der Behandlung depressiver Symptome (z. B. Serotoninwiederaufnahmehemmer)

sowie auch zur Behebung sexueller Funktionsstörungen (z. B. Phosphodiesterasehemmer) muss zum Vorwurf gemacht werden, dass die entlastenden Auswirkungen auf das Erleben in der Regel nicht durch zusätzliche Gesprächsinterventionen bzw. psychotherapeutisch genutzt werden, um beispielsweise eine Erfüllung von Grundbedürfnissen hierdurch wieder zugänglich zu machen.

Wenn man sich im Rahmen der Syndyastischen Sexualtherapie beispielsweise entscheidet, eine erektionsfördernde Medikation einzusetzen, so ergibt sich hieraus nur dann ein zusätzlicher Effekt, wenn für beide Partner eine mögliche wechselseitige syndyastische Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse zuvor verstehbar und erlebbar geworden ist (hierfür bedarf es nämlich keiner Erektion) bzw. ihnen das syndyastische Prinzip dadurch bewusst geworden ist.

Mit anderen Worten: **Vorrangig geht es um Bewusstseinsbildung und nicht Erektionsbildung**

Das bedeutet darüberhinaus, dass bei der Behandlung von Beziehungs- und Sexualstörungen dasselbe gilt wie auch für eine suffiziente und verantwortliche Behandlung sämtlicher psychischen und Verhaltensstörungen, nämlich dass – sofern medikamentöse Therapie indiziert ist – immer eine integrierte bzw. kombinierte Vorgehensweise aus psycho- und pharmakotherapeutischen Hilfsangeboten zur Verfügung gestellt werden muss. Alleinige Pharmakotherapien unterdrücken lediglich kurz- bis mittelfristig die Symptomatik, führen aber in der Regel nicht zu einer langfristigen Besserung und Stabilisierung der Grundproblematik.

Erst durch die Nutzung dieser verschiedenen möglichen Wirkebenen, einschließlich der medikamentösen, wird Ernst gemacht mit der Auffassung, dass die Sexualität den Menschen in seiner Ganzheit betrifft, dh. in seiner (biologischen) Körperlichkeit, seiner (psychischen) Persönlichkeit und in seiner (sozialen) Partnerschaftlichkeit.

Sexualität ist nur als biopsychosoziales Phänomen erfassbar, weshalb auch bei beeinträchtigtem sexuellem Erleben und Verhalten jeder eindimensionale therapeutische Zugang (z. B. alleinige Pharmakotherapie oder alleinige Einzelgespräche ohne konkrete Einbeziehung des Partners/der Partnerin oder aber auch alleinige Paartherapie ohne konkrete Einbeziehung der körpersprachlichen Kommunikation beider Partner) nicht die kurative Potenz entfalten kann wie die Kombination der biologischen, psychologischen und sozialen Ebene. Genau diese Kombination mit dem Ziel der psychosozialen Erfüllung beider Partner ist Kennzeichen der Syndyastischen Sexualtherapie.

In der Behandlung sexueller Störungen wird im Regelfall mit Paaren gearbeitet, d.h. die soziale Dimension wird systematisch berücksichtigt. Darüber hinaus gilt als entscheidender Wirkfaktor für eine effektive Behandlung sexueller Störungen bei Paaren das verbesserte Zusammenspiel zwischen beiden Partnern, und zwar sowohl im körperlichen als auch im psychoemotionalen Bereich. Diese Verbesserung tritt genau genommen dann ein, wenn die in allen Beziehungen gesuchten, weil unverzichtbaren Grundbedürfnisse nach Vertrauen, Nähe, Geborgenheit, Angenommenfühlen und Sicherheit erfüllt sind. In diesem Zusammenhang spielt die Sexualität eine zentrale Rolle, sofern sie als körpersprachliche Kommunikation verstanden wird. Gerade dies ist bei vielen Paaren nicht der Fall und stand auch nicht im Zentrum bisheriger Sexualtherapien. Vielmehr wird bei der Befassung mit Störungen der Sexualfunktion deutlich, dass weithin eine Art Dualismus (analog dem Dualismus zwischen Psyche und Soma bzw. Psycho- und Somatotherapie) vorherrscht, der zwischen „Liebe“ und „Sex“ unterscheidet, die als getrennt, als verschiedenen Sphären zugehörig erlebt werden. Zudem stellt die menschliche Sexualität aufgrund ihrer Multifunktionalität ein sehr komplexes Phänomen dar. Sie beinhaltet mehrere, sich überschneidende Dimensionen, nämlich neben der Kommunikations- und Beziehungsdimension auch die Fortpflanzungs- und Lustdimension, die ihrerseits wiederum einen körperlichen, einen psychischen und einen sozialen Aspekt haben. Darum empfiehlt es sich von vornherein, die Erfüllung der erwähnten Grundbedürfnisse ins Zentrum der therapeutischen Bemühungen zu rücken.

## Wer profitiert von Syndyastischer Sexualtherapie?

Auch wenn es überraschend klingen mag: Grundsätzlich alle Menschen; denn tatsächlich geht es allen Menschen um syndyastische Erfüllung, die sie in Beziehungen suchen – möglicherweise aber unter den gesellschaftlichen Bedingungen unseres Kulturraumes immer weniger finden oder zu finden meinen.

Von Deneke (1999) wurde in einer empirischen Untersuchung ein Motivinventar erstellt, um die Strebungen der Menschen verschiedenen Grunddimensionen zuordnen zu können. In seiner Analyse hat er die Probanden auch gebeten, für die verschiedenen Bedürfnisse anzugeben, wie wichtig es ihnen ist, dass dieser Wunsch in Erfüllung geht, und ob dieser Wunsch in der Vergangenheit tatsächlich in Erfüllung gegangen ist. Seine Untersuchungsergebnisse machen

deutlich, dass das Streben nach erotisch-sexueller Befriedigung mit Rang 12 von 21 nur einen Mittelplatz einnimmt und dieses Bedürfnis eher übererfüllt ist, dh. im subjektiven Erleben der Menschen eher kein Defizit besteht. Ganz anders sieht es dagegen bei den drei wichtigsten Motiven aus, die bei den befragten Probanden unerfüllt geblieben sind: Der Wunsch nach einer vertrauensvollen und verlässlichen Beziehung, in der man sich geborgen und aufgehoben fühlt, die Wünsche nach einem Leben in Sicherheit und ohne Angst sowie der Wunsch, einmal klar und eindeutig sagen zu können, wann einem etwas gegen den Strich geht (also Akzeptanz zu finden). Dies sind die drei großen Enttäuschungserfahrungen der Menschen, nicht die sexuelle Befriedigung.

Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass sehr viele Menschen nicht gelernt haben, in Beziehungen syndyastische Erfüllung zu erschließen und solche folglich auch nicht finden. Das, was sich beim Säugling in der Mutter-Kind-Beziehung automatisch abspielt, scheint im späteren Lebensalter keineswegs mehr mit der gleichen Selbstverständlichkeit zu erfolgen. Möglicherweise ist es ähnlich wie mit dem Schwimmen. Während Säuglinge nach der Geburt bzw. im ersten Lebensjahr automatisch schwimmen, brauchen Kinder im Grundschulalter Schwimmunterricht, so als ob die alten Programmierungen verloren gegangen seien. Tatsächlich müssen sie aber nur reaktiviert und in ein neues Verhältnis zu den veränderten körperlichen und psychischen Bedingungen (mehr Gewicht, andere physikalische Verhältnisse beim Schwimmen und vor allem das Auftreten von Ängsten etc.) gebracht werden. Es ist demnach davon auszugehen, dass sehr viele Paare von einer syndyastischen Fokussierung profitieren könnten, gleichwohl aber andere „Strategien“ zu dominieren scheinen: „Seitensprünge“, Parallel- bzw. Außenbeziehungen, Beziehungsabbrüche und Suche nach neuen Beziehungen (in denen sich die Hoffnungen wieder nicht erfüllen) oder – vorzugsweise bei Männern – die Fehlvorstellung, durch käufliche Sexualkontakte (Prostitution) syndyastische Erfüllung zu finden.

In der sexualmedizinischen Sprechstunde berichten (häufiger) Männer wie (gelegentlich) Frauen, die über längere Zeiträume oft oder ausschließlich aufeinanderfolgende, beziehungslose Sexualkontakte („One-night-stands“) aufgenommen hatten, dass sie nach einer Weile im Anschluss an sexuelle Begegnungen häufig eine Art „innere Leere“ bis hin zu Enttäuschung oder sogar „Frustration“ empfunden hätten, auch wenn bzw. obwohl es im Rahmen der sexuellen Interaktion nicht zu sexuellen Funktionsstörungen gekommen war und auch wenn sie sexuelle Erregungshöhepunkte erlebt hatten.

Die Betroffenen berichten in diesen Fällen weiter, dass sie häufig zunächst versucht hätten, dieses „innere Vakuum“ durch weitere, neue Sexualkontakte zu kompensieren, weil sie sich die Diskrepanz zwischen dem Gefühl der Selbstbestätigung durch das „Erobern“ eines neuen Sexualpartners und der angenehmen erotischen Spannung und Erregung auf der einen Seite und den anschließenden Missempfindungen („zwar sexuell befriedigt, aber emotional frustriert“) auf der anderen Seite nicht erklären konnten.

Im Sinne des hier vorgestellten Paradigmas könnte man annehmen, dass es durch das Zuwendungsverhalten über Hautkontakt und dessen Verstärkung durch sexuelle Stimulation (Aktivierung des Lustsystems) neurophysiologisch gleichzeitig zu einer „technischen Simulation“ von Nähe, Vertrauen und Geborgenheit (Aktivierung des Syndyastischen Systems) kommt, die jedoch aufgrund der Beziehungslosigkeit im Rahmen derer der Körperkontakt stattfindet, kein partnerschaftliches Echo in der emotionalen Rückkopplung findet; dies könnte vom betroffenen Menschen postorgasmisch als „innere Leere“ oder „Unzufriedenheit“ und (Ent-)Täuschung erlebt werden.

Folgt man dieser Interpretation, so könnte man mit anderen Worten annehmen, dass die betroffenen Personen unter einer Art „One-night-stand-burn-out“ leiden; sie suggerieren sich (auch neurophysiologisch) über längere Zeiträume wiederholt mit wechselnden Kontaktpartnern – katalysiert durch sexuelle Erregungsgefühle – Intimität und damit Beziehung, die sich ex post jedoch lediglich als körperliche Interaktion erweist, was Frustration nach sich zieht.

So betrachtet könnte ein „One-night-stand-burn-out“-Syndrom unter Umständen nichts anderes sein, als eine chronische Stimulation des Lustsystems und gleichzeitige Frustration des Syndyastischen Systems, mit anderen Worten syndyastische Deprivation.

Übertragen lässt sich diese Betrachtungsweise sehr leicht auch auf das Phänomen der Prostitution. Vielen Männern, die für Sexualkontakte bezahlen, geht es auch oder sogar vor allem um Bindungserleben und weniger oder nur nebenbei um sexuelle Erregungshöhepunkte. Und genau hierin können sie unter Umständen enttäuscht werden; denn der Mann ist für die Prostituierte nur als zahlender Kunde von Interesse und es geht überhaupt nicht um eine wirkliche Annahme und Akzeptanz des Anderen; mancher „Freier“ sehnt sich aber unter Umständen – ob bewusst oder unbewusst – danach.

Das bedeutet: Auch hier kommt es durch intimen Hautkontakt bzw. sexuellen Körperkontakt neben sexueller Erregung (immer?) zur Simulation oder Suggestion von Nähe, Akzeptanz und Zuwendung durch Berührung, aber eben ohne Rührung bzw. inner-

liche Beteiligung auf Seiten der Prostituierten. Der Grund dafür, dass Prostituierte zärtliche Intimberührungen und Küsse kategorisch verweigern bzw. gar nicht erst im Dienstleistungsangebot vorsehen, besteht nicht allein in der Infektionsprävention, sondern vor allem darin, dass „nichts durcheinander gebracht“ werden soll: Das eine ist die klar definierte sexuelle Dienstleistung in Form verschiedener sexueller Praktiken oder Koituspositionen, das andere ist Intimkommunikation, die mit sexuellen Dienstleistungen anscheinend unvereinbar kollidiert (und mit dem jeweilig eigenen Partner gelebt wird). Seitens der Anbieter/innen sollten sexuelle Dienstleistungen möglichst exklusiv das Lustsystem aktivieren und eine Verknüpfung zum Syndyastischen System im gewerblichen Kontext unterbleiben.

Weil jedoch das sexuelle Erleben und Verhalten ganz stark von irrationalen Anteilen determiniert wird, erscheint plausibel, dass (trotz des theoretischen Bewusstseins, dass es sich bei der Inanspruchnahme von Prostitution um kommerzielle, sexuelle Dienstleistungen handelt) sich mancher Kunde durch die sexuelle Interaktion emotional in ein Beziehungsgefühl mit der Prostituierten hineinmoduliert, das weit über eine Geschäftsbeziehung hinausreicht.

Wenn die Prostituierte dem Kunden nach Beendigung der sexuellen Interaktion eindeutig zu verstehen gibt, dass es keine über die Dienstleistungen hinausgehende Beziehung zwischen ihnen gibt, ist gut vorstellbar, dass es auch mit erlebtem Orgasmus bei dem betroffenen Kunden zu Enttäuschungsgefühlen und zu Frustration kommt, von der aus der Schritt zur Aggression nicht weit ist. Somit könnte syndyastische Frustration (neben vielen anderen opferschaftsbegünstigenden) Faktoren ein weiterer Aspekt sein, der dazu beiträgt, dass Prostituierte überdurchschnittlich häufig und intensiv Opfer von Gewalthandlungen werden.

Wichtig erscheint die Differenzierung zwischen der Lustdimension und der Syndyastischen Dimension der Sexualität, auch für die Frage bezüglich „professioneller Ersatzpartner“ bei alten, kranken und/oder behinderten Menschen. Auch hier erklärt sich vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen von selbst, dass ein „professioneller Ersatzpartner“ mit dem betroffenen Menschen immer nur auf der Lustebene interagieren kann, wobei gerade alte, kranke und/oder behinderte Menschen nachvollziehbar vor allem ein ausgeprägtes Bedürfnis nach emotionaler Beziehung und Bindung haben und das Erleben sexueller Lust hier – wie bei den meisten Menschen – lediglich den am besten gelernten Weg darstellt, diese Bindungs- und Beziehungsgefühle erleben zu können.

Das syndyastische Prinzip der Sexualität, nämlich über sexuellen Körperkontakt und sexuelle Kommunikation psychosoziale Grundbedürfnisse erfüllen zu können, kann als die wissenschaftliche Operationalisierung dessen aufgefasst werden, was man schöngeistig als Liebe bezeichnet.

Liebe empfinden wir, wenn wir uns angenommen, geborgen, vertraut, sicher und dadurch wohl fühlen. Die intensivste Form der Erlebnismöglichkeit dieser Gefühle ist der intime Körper- und Hautkontakt. Normalerweise wollen wir solchen Körperkontakt nur mit Menschen haben, die wir körperlich attraktiv und reizend finden, wodurch diese körperlichen Berührungen in der Regel auch immer sexuell-erotisch erregend erlebt werden.

Darin liegt unter anderem der Grund, warum Menschen sexuelle Bedürfnisse bekunden und das Fehlen sexueller Kontakte als leidvoll und entbehrungsreich erleben und eigentlich – zumindest auch – damit ihr Bedürfnis nach Nähe, Wärme, Akzeptanz und Geborgenheit meinen.

Sexueller Körperkontakt ist der elementarste, am besten gelernte und dadurch gebahnte, potenteste und darum optimale Weg, diese Wohlgefühle zu erleben, ohne die dem Menschen „etwas fehlt“. Darum sprechen viele Menschen von Sex, wenn sie Liebe meinen und genau das gilt es zu berücksichtigen, wenn bezüglich alter, kranker und/oder behinderter Menschen von „professionellen Ersatzpartnern“ die Rede ist. Wahrscheinlich sehnen sich sie nach Liebe, mit Sicherheit leiden sie unter der Frustration ihrer psychosozialen Grundbedürfnisse, unter Umständen benennen sie aber nur ein Bedürfnis nach Sex.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass – vorzugsweise bei Frauen – eine (Über-)Betonung der Fortpflanzungsdimension menschlicher Sexualität ebenso als dysfunktional imponieren kann – für die moderne Medizin schon seit langem sichtbar durch die ständig zunehmende Inanspruchnahme medizinischer Reproduktionstechniken bis hin zur Befruchtung im Reagenzglas durch Paare mit einer nur geringen sexuellen und/oder partnerschaftlichen Beziehungszufriedenheit. Auch hier besteht der Verdacht, dass die betroffenen Frauen unbewusst mit dem Kind eine eigene syndyastische Erfüllung verbinden und eine solche daher gar nicht in der partnerschaftlichen Beziehung suchen und folglich dort nicht finden.

All dies lässt sich unter **Störungen des psychosozialen Erlebens und Verhaltens** oder auch unter „Bindungsstörungen“ zusammenfassen, wobei diese sowohl Ursache als auch Folge von sexuellen Funktionsstörungen sein können. Insbesondere Letztere sind von großer klinischer Bedeutung. Selbst bei lange etablierter Partnerschaft können durch sexuelle

Dysfunktionen sehr schnell Auswirkungen auf das Zusammenspiel der beiden Partner resultieren – mit zunehmendem Rückzugs- und Ausweichverhalten gerade hinsichtlich intimer Begegnungen. Dabei ist zu bedenken, dass durch Intimkontakte die Erfüllung der biopsychosozialen Grundbedürfnisse besonders intensiv möglich ist (vgl. die intensive Intimität zwischen Säugling und Betreuungspersonen), nun aber – eben wegen der Meidung gemeinsamer Intimität – diesbezüglich Frustrationen resultieren, die das Bindungserleben und -verhalten zunehmend beeinträchtigen.

Bindungsstörungen können darüber hinaus zu Beeinträchtigungen des emotionalen Erlebens, zu psychosomatischen Symptombildungen und Erkrankungen sowie zu erheblichen Auffälligkeiten des psychosozialen Verhaltens (z. B. selbst- und fremdaggressivem Beziehungs- und Kontaktverhalten) führen.

Durch ein Fehlen sexueller Erregungshöhepunkte wird niemand krank; außerdem lassen sich solche meist auch über Selbstbefriedigung herbeiführen. Bindungs- und Beziehungserleben lässt sich hingegen auterotisch nicht herbeiführen, wenn man von imaginativen Substitutionen absieht. Das chronische Fehlen von körperkommunikativ entstehenden Geborgenheitsgefühlen (Frustration psychosozialer Grundbedürfnisse) erhöht hingegen nach bisherigem Stand des Wissens die Wahrscheinlichkeit, psychische und physische Störungen zu entwickeln, bzw. erschwert das Überwinden bereits bestehender Erkrankungen.

Die von den Patient(inn)en vorgetragenen Symptome werden meist als „psychovegetative Störungen oder Beschwerden“, „depressive Verstimmungszustände“, „Angst und/oder nervöse Unruhe“ bzw. „nervöse Angst-, Spannungs- und Unruhezustände“ oder auch „emotional bedingte Unruhezustände“ bezeichnet und mit Diagnosen für psychosomatische Erkrankungen (z. B. Insomnie, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Neurodermitis etc.) oder – teilweise sogar forensisch relevante – Verhaltensauffälligkeiten („Aggressivität“, „Dissozialität“, „Delinquenz“) versehen.

Es kann daher davon ausgegangen werden, dass in sehr vielen Gebieten der Medizin Patient(inn)en mit unterschiedlichen Störungsbildern vorstellig werden, bei denen – wiederum aus verschiedenen Gründen – funktionierende und damit emotional stabilisierende soziale/intime Bindungen nicht oder nicht mehr ausreichend zur Verfügung stehen.

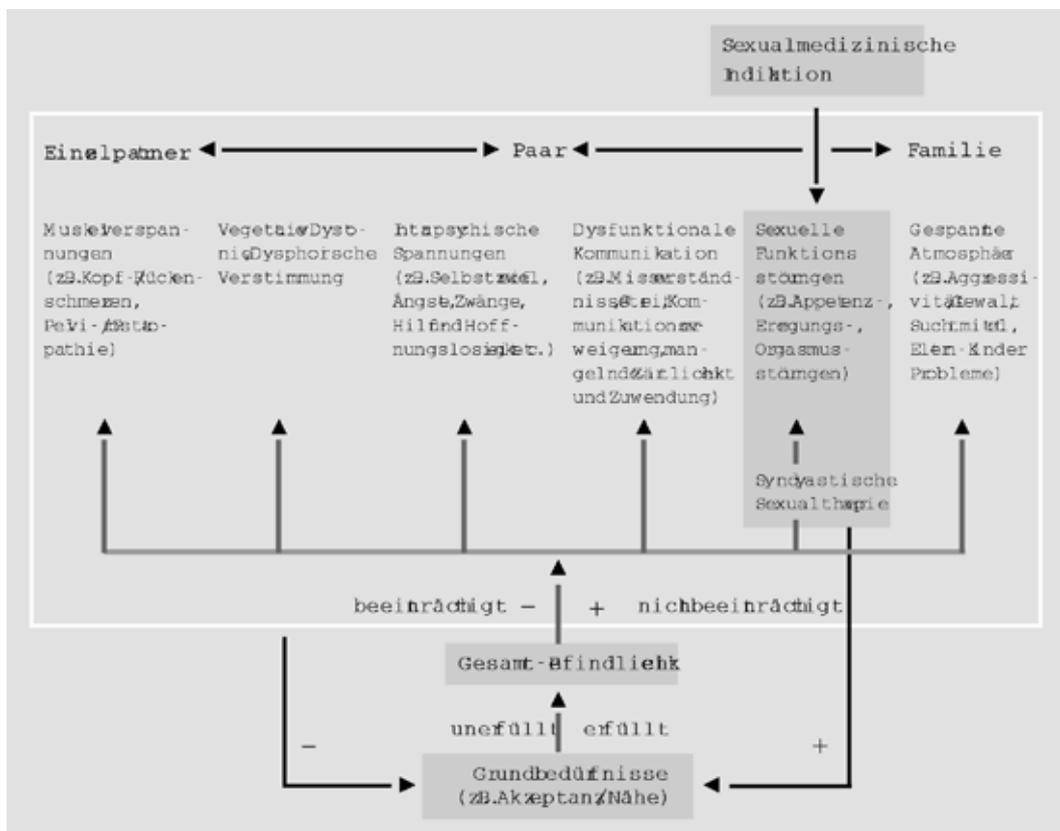
Hierzu zählen auch chronisch erkrankte oder ältere Menschen, bei denen es zu psychosozialen Destabilisierungen aufgrund der reduzierten Kontaktmöglichkeiten zu Bezugspersonen kommen kann.

Darüber hinaus sind diejenigen Patient(inn)en zu berücksichtigen, die aufgrund unabänderlicher Beson-

derheiten mit hoher Wahrscheinlichkeit lebenslang keine psychosozial stabilisierenden (Intim-)Bindungen eingehen können (z. B. bei geistiger Behinderung oder Abweichungen der Sexualstruktur wie der Pädophilie).

Abbildung 1. gibt einen Überblick über verschiedene Beeinträchtigungsmöglichkeiten aufgrund unerfüllter Grundbedürfnisse nach Nähe, Annahme, Geborgenheit – somit einer fehlenden syndyastischen Erfüllung. Hieraus wird deutlich, dass ganz unterschiedliche Symptome das klinische Bild dominieren können, so dass unterschiedliche Disziplinen der Medizin mit den betroffenen Patient(inn)en in Kontakt kommen: Der Orthopäde bei Muskelverspannungen, der Allgemeinmediziner bei vegetativen Symptomen, der Psychiater bei intrapsychischen Spannungen etc. Auch sexuelle Funktionsstörungen sind unter Umständen nur ein Symptom unter vielen möglichen (abgesehen von krankheitsbedingten Sexualstörungen, z. B. Zustand nach Querschnittläsionen). Das Besondere der Syndyastischen Sexualtherapie ist, dass nur diese an den Wurzeln – nämlich den frustrierten Grundbedürfnissen – ansetzt und dies mit einer auf andere Weise kaum erreichbaren Intensität geschieht, indem die syndyastische Erfüllung durch die körperliche Annahme in der Intimität mit dem Partner realisiert wird und sich dies auch auf andere Lebensbereiche bzw. Symptome heilsam auswirkt.

**Abb. 1:** Zusammenhänge zwischen psychosozialen Grundbedürfnissen, Gesamtbefindlichkeit und verschiedenen Symptomen. Es wird dargestellt, dass die Syndyastische Sexualtherapie zwar nur an einer aus der Vielzahl möglicher Störungsebenen ansetzt, die durch sie erreichte Wiedererfüllung der Grundbedürfnisse sich jedoch auch auf alle anderen Symptome – d.h. über die sexualmedizinische Indikation hinaus – heilsam auswirken kann



Der Orthopäde bei Muskelverspannungen, der Allgemeinmediziner bei vegetativen Symptomen, der Psychiater bei intrapsychischen Spannungen etc. Auch sexuelle Funktionsstörungen sind unter Umständen nur ein Symptom unter vielen möglichen (abgesehen von krankheitsbedingten Sexualstörungen, z. B. Zustand nach Querschnittläsionen). Das Besondere der Syndyastischen Sexualtherapie ist, dass nur diese an den Wurzeln – nämlich den frustrierten Grundbedürfnissen – ansetzt und dies mit einer auf andere Weise kaum erreichbaren Intensität geschieht, indem die syndyastische Erfüllung durch die körperliche Annahme in der Intimität mit dem Partner realisiert wird und sich dies auch auf andere Lebensbereiche bzw. Symptome heilsam auswirkt.

## Was soll erreicht werden?

Das hier vorgestellte therapeutische Konzept der syndyastischen Fokussierung will zwei Ziele erreichen:

- Zum einen den Patienten/Paaren die syndyastische Dimension von Sexualität bewusst machen –

also dass sich über intime Begegnung die genannten Grundbedürfnisse erfüllen lassen – und zum anderen ihnen dadurch ein verändertes Bedeutungserleben für sexuelle Erregung und Lust ermöglichen, also „Liebe“ und „Sex“ integrieren.

Gerade der vordergründig dominierende Aspekt von Lust und Leidenschaft wird in vielen Fällen wie abgetrennt von der Beziehung und als etwas Unverbundenes bzw. Unverbindliches erlebt. Dies verdeutlicht auch die Unterschiede zur klassischen Sexualtherapie, wie sie hauptsächlich auf Masters u. Johnson (1970) zurückgeht. Während dort die Wiederherstellung von Sexualfunktionen im Vordergrund stand, steht bei dem hier vorgestellten Konzept die Wiederherstellung der Beziehung und die Integration von „Lust in Beziehung“ im Zentrum. Entsprechend bezog sich das sogenannte Sensualitätstraining bei Masters u. Johnson in erster Linie auf die Wiederherstellung funktionaler Beeinträchtigungen, während bei diesem Ansatz eines bewussten Verbindens von Beziehung und Lust das Sensualitätstraining vor allem der Erfahrung einer umfassenderen und lustvolleren Beziehungszufriedenheit dient. Dies wird durch das Erleben

von Angenommensein und Nähe in **selbstverschriebenen Erfahrungen des Paares** (früher als sog. „Übungen“ oder „Hausaufgaben“ bezeichnet) für die Partner konkret erlebbar; deshalb kommt dieser „Einübung“ eine andere Bedeutung zu als in der klassischen Sexualtherapie. Dies drückt sich nachfolgend auch in einer anderen Terminologie aus.

### Fallbeispiel

#### **Sexuelle Aversion mit akuter Gefahr für den Fortbestand einer Partnerschaft**

Dieses Fallbeispiel illustriert, welche entscheidenden und weitreichenden Folgen für Partnerschaft und Lebensqualität auch eine kurzzeitige, gänzlich unspektakuläre sexualmedizinische Intervention mit syndyastischem Focus haben kann, wenn es gelingt, die wirksamen (wirklichen) Hintergründe auf der Beziehungsebene aufzudecken, und gleichzeitig ein genügend tragfähiger „Beziehungsrest“ vorhanden ist.

Das seit 15 Jahren verheiratete Paar, Eltern von drei Kindern (einer 13-jährigen und einer 12-jährigen Tochter sowie eines 10 Jahre alten Sohnes) wurde von einer Eheberatungsstelle, an die sich die Frau gewandt hatte, an die sexualmedizinische Ambulanz der Klinik überwiesen. Das Paar scheint sich zu mögen, geht zugewandt und liebevoll miteinander um. Das Problem der recht attraktiven, zierlichen und gepflegten, eher scheuen und introvertierten 35-jährigen Frau besteht in einer unüberwindbaren Abneigung gegen jede sexuelle Annäherung ihres Mannes.

Deswegen sei Geschlechtsverkehr immer seltener geworden und habe in den letzten Monaten überhaupt nicht mehr stattgefunden; ihr Mann dürfe sie nicht einmal mehr anfassen, es gebe auch keine nichtsexuellen Zärtlichkeiten mehr, man gehe sich aus dem Weg, rede kaum noch miteinander und sie wisse schon, dass es nur an ihr liege. Sie habe ihrem Mann schon nahe gelegt, sich eine Freundin zu nehmen, damit er „auf seine Kosten“ käme, fürchte aber gleichzeitig, dass die Ehe zugrunde gehen werde, obwohl sie und ihr Mann sich mögen: „Lange wird es so nicht mehr gehen.“

Sie ist sehr verzweifelt und weint heftig. Ihr Mann, ein großgewachsener, kräftiger, geselliger 40-jähriger Landwirt mit eigenem Zucht- und Gewerbebetrieb, fühlt sich in dieser Situation hilflos und frustriert, stürzt sich in die Arbeit und zieht sich zurück, ist insgesamt unzufrieden, eher aggressiv und hat Angst, seine Frau ganz zu verlieren, was für ihn die Schreckensvorstellung schlechthin ist.

Die Frau ist ein Einzelkind und war sehr viel allein, weil ihre Eltern ein Lebensmittelgeschäft und wenig Zeit für sie hatten. Der Vater war zudem Musikant und viel unterwegs. Später wurde noch ein eigenes Haus gebaut, sodass sie sehr viel sich selbst bzw. dem Fernseher überlassen blieb und „wenig gestreichelt“ worden sei. Sie hat sich immer einen Hund gewünscht, ihn aber nicht bekommen. Gerne erinnert sie sich an die Zeit bei den Großeltern, aber auch dort gab es wenig Zärtlichkeit. Sexualität war ein Tabuthema. Sie hat diesbezüglich aber auch keine schlechten Erfahrungen gemacht. Ihr Selbstbewusstsein ist klein, sie ist ständig bereit „alle Schuld auf sich zu nehmen“. Ihr Mann war ihr erster Sexualpartner und anfänglich hat auch alles normal geklappt.

Der Ehemann kommt von einem Bauernhof, hat noch drei Geschwister, ist gern und viel unter Leuten, tatkräftig und optimistisch, gewohnt Probleme zu bewältigen. Neben der Bewirtschaftung des Hofes mit eigener Produktvermarktung und seines Betriebes ist er „mit Leib und Seele“ Feuerwehrmann (als er acht Jahre alt war, brannte der elterliche Hof ab) und daher viel von daheim fort. Im Laufe der Anamnese berichtete die Ehefrau, dass sie in letzter Zeit ein einziges Mal – „aus heiterem Himmel“ – Lust auf Sex bekam und, nachdem sie ihrem Mann ihr Interesse signalisiert hatte, mit ihm einen – für sie sehr schönen – Geschlechtsverkehr erlebt habe.

Auf die Frage, wie denn der Himmel sonst beschaffen sei (hiermit ihre Redewendung aufgreifend), antwortete sie ohne nachzudenken: „sehr bewölkt“. Zusammengefasst klagte sie, dass sie sich von ihrem Mann, der im Schlafzimmer ein ganz anderer sei als außerhalb, vernachlässigt fühle, dass sie das Gefühl haben möchte, „dass wir (die Kinder und sie) auch wichtig sind“, dass sie tagsüber kleine Zeichen und Zärtlichkeiten vermisse, eifersüchtig auf eine ehemalige Schulfreundin des Mannes sei und so fort. Ihr Grundbedürfnis nach Akzeptanz im Sinne von Wahrgenommen werden und Wichtig sein, Zuwendung und Nähe erfahren (auch außerhalb des Schlafzimmers) war tief frustriert.

Zu diesem Empfinden trugen die vielen Parallelen zwischen ihrer jetzigen und ihrer Kindheitssituation wesentlich bei. Beiden wurde deutlich, wie viel das jeweilige Erleben in der Kindheit in die jetzige Situation hineinspielt, sie gewannen mehr Verständnis für die Gefühle und Verhaltensweisen des anderen. Nach der Bedeutung von Zärtlichkeiten gefragt nannte sie: seine Nähe und Wärme spüren, Geborgenheit erleben, „dass er da ist“.

Im weiteren Gespräch wurde deutlich gemacht, dass dieselben Inhalte auch beim „Miteinander-schlafen“ auf sexuellem Weg mitgeteilt und erfahren werden können, was beiden sehr konkret die kommunikative Funktion der Sexualität bewusst werden ließ.

Als „**Hausaufgaben**“ im Sinne von gemeinsam mit dem Paar entwickelten Einübungsschritten wurde besprochen, wie er versuchen könne, auch außerhalb des Schlafzimmers derselbe zu sein wie innerhalb und wie sie vom Gedanken loskommen könne, dass alles ihre Schuld und nur sie allein verantwortlich sei. Außerdem wurde besprochen, dass sie ihre Gefühle bzw. Befindlichkeit nicht verbergen solle und beide sich über Sexualität als körper-sprachliche Kommunikation Gedanken machen sollten. Nach eineinhalbstündigem Gespräch wurde gemeinsam ein weiterer Termin in drei Wochen vereinbart. Beide Partner berichteten im nächsten Gespräch freudig, dass die Spannung weg sei, wieder gesprochen werde, es auch während des Arbeitstages wieder ein liebes Wort und eine Umarmung gebe, dass sie während der vergangenen Wochen häufig Geschlechtsverkehr und Spaß miteinander gehabt hätten. „Es ist gewaltig schön sie wieder in den Arm nehmen zu dürfen“, formulierte der Mann; und sie sagte: „Wenn ich mich hingeebe, dann tu ich es mit Haut und Haaren, da muss das ganze Drumherum stimmen, sonst komm ich mir ausgenutzt und entwertet vor.“

Es sei ihnen in dieser Zeit sehr gut gegangen, aber bei ihr tauche die Angst auf, es könne wieder so werden wie früher. Es wurde über ihre ständigen Ängste („wenn die Sonne scheint, habe ich Angst vor dem Regen“), über wirtschaftliche Sorgen und über Probleme mit den Schwiegereltern gesprochen und vor allem über die Notwendigkeit, die neu belebte Intimität zu pflegen. Beide sahen sich jetzt in der Lage, allein weiterzukommen. Weitere Übungsschritte im Sinne selbstverschriebener neuer Intimerfahrungen kamen nicht mehr zum Einsatz. Bei Bedarf wollten sie sich wieder melden – das ist bisher in über zwei Jahren nicht geschehen.

Eine scheinbar banale Geschichte – und doch sind alle Kriterien von DSM IV: 302.79 erfüllt: „Eine anhaltende extreme Aversion vom erworbenen und generalisierten Typ, aufgrund psychosozialer Faktoren, welche zu deutlichem Leiden und zwischenmenschlichen Problemen geführt hat und nicht besser durch eine andere organische oder psychopathologische Störung erklärbar ist“. Es handelt sich also eindeutig um eine Störung von Krankheitswert, welche die Medizin

nicht einfach als „privates Problem“ abtun und ignorieren kann. Die in diesem Fall besonders rasch erfolgreiche Syndyastische Sexualtherapie hat nicht nur auf das unmittelbar betroffene Paar und die ganze Familie heilend und vorbeugend gewirkt, sondern sie hat auch kaum Kosten verursacht und vor allem Folgekosten vermieden; insofern ist dieser Fall „typisch“, auch wenn sich der Erfolg keineswegs immer so prompt einstellt.

## Welche theoretische Basis hat die Syndyastische Sexualtherapie?

In einer weiterführenden Publikation (Beier & Loewit 2004) werden die der Fortpflanzung, der sozialen Bindung und dem Lustgewinn dienenden Dimensionen der Sexualität sowie ihre z.T. bereits bekannten, z.T. postulierten neurobiologischen Korrelate im Gehirn besprochen. Teilweise bekannt sind die Steuerungen der Fortpflanzung und der Lusterfahrung. Noch weitgehend unerforscht ist ein phylo- und ontogenetisch offenbar sehr altes, bei allen Säugetieren anzutreffendes, Angst und Stress reduzierendes, Geborgenheit und Wohlbefinden bzw. Glücksgefühle auslösendes System, das durch Zugehörigkeit vermittelnde Körpersignale wie vertraute Gerüche, Laute, Anblicke, Körperkontakte aktiviert und als **syndyastisches System** bezeichnet wird. Damit ist also das neuronale Netzwerk gemeint, das die universalen psychosozialen Grundbedürfnisse verschaltet. Faszinierend sind in diesem Zusammenhang auch Resultate bildgebender Verfahren, die belegen, dass innerhalb einer Mutter-Kind-Beziehung und einer Erwachsenenbeziehung dieselben Hirnregionen angesprochen werden (vgl. Bartels & Zeki 2004). Durch die Syndyastische Sexualtherapie wird dieses System (re)aktiviert, d.h. es werden die Potentiale genutzt, die für die betreffenden Menschen real verfügbar wären, gleichwohl aber aus verschiedenen Gründen blockiert sind.

## Wie funktioniert die Syndyastische Sexualtherapie?

Die praktische Bedeutung und Anwendung der dargelegten Sichtweise in der therapeutischen Arbeit wird im dritten Teil der oben erwähnten Publikation dargestellt. Grundlegendes Prinzip dabei ist die Verknüpfung des Syndyastischen (d.h. auf Beziehung und Zugehörigkeit ausgerichteten) Systems und des Lustsystems. Hierin liegt zugleich der neue Ansatz für die

Behandlung von sexuellen Störungen. Es wird zu zeigen versucht, dass die soziale Bindungsfunktion der Sexualität beim Menschen in spezifischer Weise zur körpersprachlich-kommunikativen Funktion werden kann. Körpersprache macht die biopsychosoziale Ganzheitlichkeit des Menschen deutlich, indem sie abstrakte Begriffe, auch Werte körperlich-sinnenhaft durch Verhalten verwirklicht, also verleiblicht.

Auf diese Weise kann Sexualverhalten im Falle liebevoller Beziehungen die zentralen und unverzichtbaren psychosozialen Grundbedürfnisse nach Annahme, Nähe, Zugehörigkeit und der daraus resultierenden Geborgenheit und Sicherheit, also dem Syndyastischen System zuzuschreibende Bedürfnisse, buchstäblich verkörpern, wodurch wiederum die Lust neue Qualitäten erhält. Sexualverhalten von Umarmung und Kuss bis zum Koitus vermag diese Grundbedürfnisse oder Sehnsüchte zugleich zum Ausdruck zu bringen und zu verwirklichen, also zu kommunizieren und zu erfüllen.

Sexualität kann daher als verleiblichte Beziehung oder Verkörperung dieser Grundbedürfnisse verstanden werden. In dieser Bedeutung vermag sie ihr salutogenes, d.h. gesunderhaltendes oder wieder gesundmachendes Potenzial voll zu entfalten.

Sie stellt als Körpersprache eine Art Mimik und Gestik der Paarbeziehung dar und wirkt als nonverbale Kommunikation, gleichgültig, ob dies bewusst oder unbewusst abläuft, ob es angestrebt wird oder vermieden werden möchte, ob die „Paarbeziehung“ sich nur auf den Augenblick beschränkt oder auf längerfristige Perspektiven angelegt ist. – „Es ist unmöglich nicht zu kommunizieren“ (Watzlawick 1969).

Das trifft auch auf liebloses, zerstörerisches und gewalttätiges Sexualverhalten zu. Anstatt die unverzichtbaren Grundbedürfnisse zu erfüllen, werden sie verweigert oder ins Gegenteil verkehrt mit allen bekannten negativen Folgen.

In der Entfaltung und/oder der Wiederherstellung dieser salutogenen Wirkung von Sexualität liegt das eigentliche Ziel der Therapie, welche sich dementsprechend in der Regel als Paartherapie versteht. Das schließt z. B. bei den häufig auftretenden sexuellen Funktionsstörungen die Wiederherstellung gestörter Funktionen ein, beschränkt sich aber nicht darauf, sondern verschiebt den Brennpunkt der Aufmerksamkeit von der gestörten Funktion auf die Beziehung und deren Inhalte, somit auf den/die Partner/in. Gerade dadurch wird die Funktion von Leistungsdruck und Versagensangst entlastet, was ihre Restitution wesentlich erleichtert. Dieser Zugang gilt prinzipiell auch für andere Indikationen von Sexualtherapie, z. B. Störungen der Geschlechtsidentität und Paraphilien. Auf eine einfache Formel gebracht geht es um die

Integration der Trias: Grundbedürfnisse – Kommunikation – Sexualität bzw. in Diagnostik und Prognose um die Einschätzung der beziehungsmaßigen (syndyastischen), der kommunikativen und der sexuellen Potenz des Paares.

Dieses Grundverständnis erweitert bisherige Formen der Sexualberatung und Sexualtherapie, die vor allem verhaltenstherapeutisch geprägt waren, um eine wesentliche Dimension und unterscheidet sich von ihnen durch den expliziten Bezug auf die Grundbedürfnisse und die konkrete Ausformulierung oder Übersetzung des kommunikativen Potenzials der Sexualität. Durch die Universalität der Grundbedürfnisse löst dieser Ansatz bei den Ratsuchenden sehr rasch Evidenzerlebnisse aus. So formulierte eine Patientin, die beide Formen von Sexualtherapie kennen gelernt hatte: **„Mir gefällt der Zugang über die Beziehung sehr gut, das andere war mir zu technisch.“**

Dennoch kann dieses beziehungs- und kommunikationsorientierte Grundverständnis immer wieder in einem Spannungsverhältnis zur Lustdimension der Sexualität stehen, vor allem zu deren „triebhaft-animalischen“ Aspekten.

Einerseits zeigt die Erfahrung, dass sexuelle Lust losgelöst von Fortpflanzung und scheinbar losgelöst von Beziehung relativ isoliert und anonym erlebt werden kann. Dies trifft prinzipiell für beide Geschlechter zu, wenn auch der Wunsch nach anonymem Gelegenheitssex ein typisch männliches Merkmal darstellt. Andererseits bestätigt die Erfahrung ebenso eindeutig, dass die Qualität sexuellen Erlebens sich grundlegend verändert, sobald Beziehung und gegenseitige Liebe das Geschehen bestimmen. Zur genitalen Lust kommt die Freude über die Beziehung, über das persönliche Verstanden- und Angenommensein hinzu. Beides zusammen ermöglicht viel intensivere Lusterfahrung. „Animalische Lust“ für sich allein bliebe im selbstbezogenen Unverbindlich-Unpersönlichen, Erfüllung der Grundsehnsucht nach Akzeptanz, Nähe und Geborgenheit für sich allein genommen könnte beim „prägenitalen Kuseln“ stehen bleiben, also Genitalität, Leidenschaft und Ekstase außen vor lassen. Entscheidend ist wiederum die biopsychosoziale Ganzheit, d.h. die Integration sowohl der verschiedenen Dimensionen von Sexualität als auch deren biologischer, psychosozialer und soziokultureller Anteile, die sich nicht voneinander trennen lassen, will man der Lebensrealität gerecht werden.

Das Gelingen dieser Integration erfordert und fördert zugleich eine „reife“ Persönlichkeit, die – in der Terminologie analytischer Entwicklungspsychologie – nicht im Prägenitalen stehen geblieben ist. Gerade bei der Behandlung der weit verbreiteten direkten und indirekten sexuellen Funktionsstörungen (derzeit an

erster Stelle die Luststörungen) ist dieser integrative Ansatz unverzichtbar.

Einen zusammenfassenden Überblick über die therapeutische Vorgehensweise gibt Abbildung 2. Während Syndyastisches System und Lustsystem zu Therapiebeginn bei den Patienten/Paaren unverbunden und isoliert nebeneinander stehen, gelingt deren Integration durch die Syndyastische Sexualtherapie. Dabei bedarf es zum einen der Bewusstmachung und des konkreten Erlebens eines Zusammenhangs zwischen Grundbedürfnissen und der beziehungsorientierten Dimension von Sexualität sowie andererseits der veränderten Bedeutungszuweisung für sexuelle Erregung und Lustbedarf.

Als Ergebnis kommt es zur Behebung/Relativierung der sexuellen Funktionsstörung und einer gegenseitigen Verstärkung von Lustsystem und Syndyastischem System.

## Welche persönlichen Voraussetzungen des Therapeuten sind erforderlich ?

In diesem Spannungsfeld muss jede/r Beraterisch oder therapeutisch Tätige ihre/seine eigene Position finden bzw. kennen. Es geht um die Beantwortung der Frage:

*Wie stehe ich zum Verhältnis von Lust und Beziehung? Kenne ich meinen Standpunkt gut genug, um möglichst vorurteilsfrei und ohne zu werten auch andere als meine eigenen Ansichten akzeptieren zu können? Bin ich mir der Grenzen meiner eigenen sexuellen Erfahrungen ausreichend bewusst? Kenne ich ganzheitliche Lust aus eigenem Erleben?*

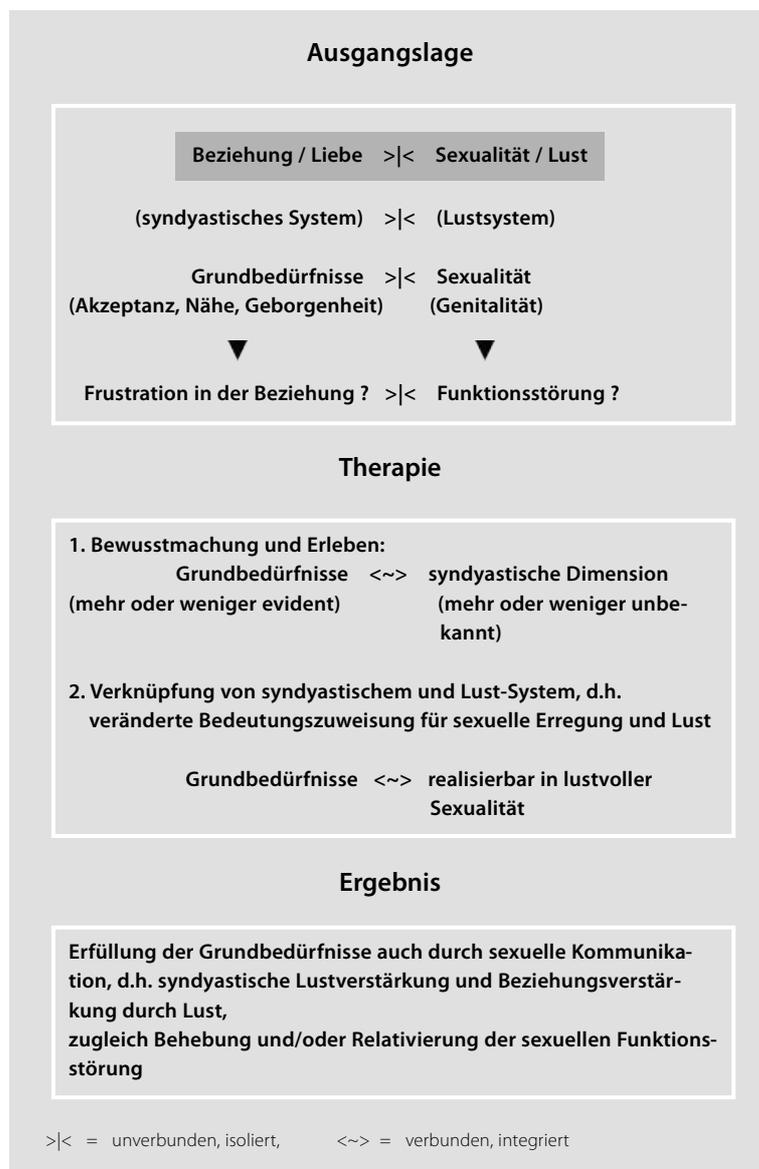
In diesem Zusammenhang kann sich die grundsätzliche Frage stellen:

*Will ich überhaupt Sexualität als Sprache der Beziehung verstehen und mich dementsprechend mit einer kommunikationszentrierten, integrativen Sexualtherapie wie der Syndyastischen Sexualtherapie identifizieren?*

Wer das klar verneinen muss, weil er davon nicht oder sogar vom Gegenteil überzeugt ist, wird mit diesem beziehungsorientierten Ansatz nicht arbeiten können und sollte es auch nicht versuchen.

Solche Fragen haben sich in dieser Schärfe nicht gestellt, solange die therapeutischen Ansätze mehr auf die Sexualfunktion und auf „Techniken“ einschließlich Pharmaka zu ihrer Wiederherstellung abzielten.

**Abb. 2:** Integration von syndyastischem System und Lustsystem durch Syndyastische Sexualtherapie



Dabei kann – wie eben ausgeführt – die Frage nicht Technik oder Beziehung, Triebhaftigkeit oder Erfüllung der Grundbedürfnisse lauten, es geht vielmehr um den ganzheitlichen Zugang und damit nicht um „oder“, sondern um „und“. Gerade im Rahmen von Beziehung und Kommunikation können „Techniken“ im Sinne therapeutischer Interventionen sehr sinnvoll und hilfreich sein, kann sich das so genannte Triebhaft-Animalische erst bei stimmiger, kongruenter Kommunikation „un-verschämt und schamlos“ frei entfalten. Umgekehrt wird aber keine Technik und kein luststeigernder Trick, auch kein Medikament fehlenden Sinn und stimmige Kommunikation ersetzen können, wo die Funktionsstörung mit Kränkung in der Beziehung und fehlender Kommunikation zusam-

menhängt. Bleibt die Frage, wieso dann auch mit den bisherigen Methoden durchaus spektakuläre Erfolge erzielt werden konnten? Die Antwort liegt in der „Unmöglichkeit nicht zu kommunizieren“. Auch wenn einem Paar im Rahmen der Behandlung die sogenannten „Streichelübungen“ zur Steigerung der Sinnlichkeit „verordnet“ werden, wird dadurch faktisch körpersprachliche Zuwendung, Nähe, Wärme, Kontakt etc. hergestellt, also Grundbedürfnisse und zentrale Beziehungsinhalte zumindest angesprochen, wenn nicht erfüllt, dh. im wichtigsten „Geschlechtsorgan“, dem Gehirn wird nicht nur das lustvermittelnde, sondern auch das Syndyastische System aktiviert. Die körpersprachlichen Botschaften werden vernommen und wirken, auch wenn dies nicht bewusst geschieht. Es ist kein Zufall, dass gerade diese „Übungen“ heftigen Widerstand auslösen können, wenn die De-facto-Kommunikation als nicht stimmig, als zu sehr im Widerspruch mit der partnerschaftlichen Wirklichkeit empfunden wird – man kann eben nicht übungshalber körpersprachlich kommunizieren, dh. in Beziehung treten.

#### Wichtig

- ▶ Syndyastische Sexualtherapie funktioniert nur, wenn der Therapeut inhaltlich und methodisch von dem Verfahren überzeugt ist. Ist er inhaltlich nicht überzeugt, vermag er den Weg für das Paar nicht authentisch zu beschreiben, ist er methodisch nicht überzeugt, besteht die Gefahr, dass ihn andere Methoden von der syndyastischen Fokussierung wegführen.
- ▶ Das bedeutet: Wenn ein Therapeut bereits andere Methoden beherrscht, mit denen er üblicherweise arbeitet (Psychotherapie, Pharmakotherapie), muss er diese dem syndyastischen Fokus unterordnen, um letzteren erfolgreich – d.h. mit dem angestrebten Effekt für das Paar – einsetzen zu können.

## Wo liegen die Grenzen der Syndyastischen Sexualtherapie?

Generelle Grundvoraussetzungen der Behandlung sexueller Störungen sind Beziehungsfähigkeit sowie Bereitschaft und Wille zur Beziehung auf Seiten der Patienten/Paare (zu ihrer Wiederbelebung und Verbesserung oder auch reifen Beendigung). Damit steht oder fällt die Indikation.

Die Grenzen syndyastischen Fokussierens sind entsprechend dann erreicht, wenn ratsuchende Patient(inn)en eine **bewusste Aufspaltung der Dimen-**

**sionen von Sexualität** vornehmen, wie dies etwa bei Männern unter Betonung der Lustdimension der Fall ist: Ein 60-jähriger verheirateter Mann, findet seine Ehefrau nicht mehr attraktiv und unterhält eine außereheliche Beziehung zu einer jüngeren Frau.

Analog dazu gehen allerdings auch Frauen – aus unterschiedlichen Motiven – ebenso häufig „fremd“ (vgl. Weichelt 2003) – z. B. unter Betonung der Fortpflanzungsdimension von Sexualität. Doch auch den Fall gibt es: Eine 30-jährige Ehefrau, die schon 2 Kinder hat, aber noch weitere Kinder haben möchte, legt – erkennbar für den Mann – Sexualkontakte möglichst in Phasen, wo sie hohe Konzeptionsmöglichkeiten erwartet, anderweitig ist sie aber für Intimität nicht aufgeschlossen.

Die medizintechnische Unterstützung einer übermäßigen Betonung der Fortpflanzungsdimension (Reproduktionsmedizin) bzw. die neuen medikamentösen Optionen zur Verbesserung sexueller Funktionsfähigkeit (Phosphodiesterasehemmer) im Zusammenhang mit einer Überbetonung der Lustdimension können mit dazu beitragen, dass sich Haltungen verfestigen, wie: „Mein Mann ist nur als Samenspender akzeptiert“ oder „Meine Frau ist für die Beziehung da und meine Freundin für den Sex – hierfür brauche ich dann evtl. Medikamente“.

Es ist belegt, dass solche Instrumentalisierungen des jeweiligen Partners oder von Teilbeziehungen für alle Beteiligten in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle neue Probleme bringen und nicht zur erhofften, vor allem nicht zu einer dauerhaften Erhöhung der Lebensqualität führen („Bei ganzen vier Prozent funktioniert der Wandel vom Liebhaber zum Lebenspartner“; vgl. Weichelt 2003). Gleichwohl besteht hier nur die Möglichkeit, diesen Männern (die meist wegen der Verschreibung von Medikamenten vorstellig werden) und Frauen die Aufspaltung der Dimensionen zu beschreiben und deren mögliche Ursachen und Folgen zu diskutieren.

Eine unkritische Verschreibung von Medikamenten hätte in diesem Fall die weitere Trennung zwischen Beziehungs- und Lustdimension zur Folge – die Entscheidung liegt jedoch beim Patienten, der somit letztlich auch die Grenzen der syndyastischen Fokussierung festlegt.

Die Syndyastische Sexualtherapie ist schließlich nicht geeignet, sexuelle Störungen zu behandeln, die Teil einer so tiefgreifenden Symptomatik sind, dass von den Betroffenen Sexualität als soziale Kommunikationsform nicht positiv bewertet werden kann. Dies kommt insbesondere bei tieferliegenden psychischen Störungen, etwa **neurotischen Konfliktkonstellationen** oder **fundamentalen Persönlichkeitsstörungen** (etwa im Sinne eines Borderline-Syndroms) vor. Hier

können störungsimmanent im psychischen Erleben Bedingungen vorliegen, die es den Patienten zunächst nicht möglich machen, so viel Zutrauen und Hoffnung in einen anderen Menschen zu legen, dass er in der Beziehung eine Chance auf die Erfüllung seiner psychosozialen Grundbedürfnisse nach Nähe, Geborgenheit und Sicherheit sieht. Das Misstrauen und damit verbundene Befürchtungen sind zu groß.

In gewissem Sinne gilt dies auch für **paraphile Erlebnismuster** wie etwa bei ausgeprägten fetischistischen Symptombildern, wenn symbolisch auch die psychosozialer Grundbedürfnisse über das im Fetisch verkörperte Liebesobjekt abgedeckt werden und ein realer Mensch nicht mit so viel Vertrauen wie der Fetisch ausgestattet werden kann. Auch **Geschlechtsidentitätsstörungen** können eine so fundamentale Irritation der Einschätzung anderer Menschen nach sich ziehen, dass eine vertrauensvolle Zuwendung nicht mehr möglich scheint: Zunächst bedarf es ja auch der Selbstannahme, um einen anderen Menschen annehmen zu können, und es gibt Menschen mit einer Geschlechtsidentitätsstörung, die diese Problematik lösen, indem sie sich wünschen, zwei Geschlechter in einer Person zu sein (sog. Autogynäphilie).

Andererseits sind auch bei Paraphilien und Geschlechtsidentitätsstörungen durch die syndyastische Fokussierung Chancen für die Patienten zu nutzen – insbesondere wenn eine Partnerschaft besteht; gleichwohl sind hier Besonderheiten zu beachten wie beispielsweise die therapeutische Unbeeinflussbarkeit der paraphilen Sexualstruktur selbst, was jedoch kein Hinderungsgrund sein muss, in einer bestehenden Paarbeziehung syndyastische Erfüllung zu finden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der ressourcenorientierte syndyastische Fokus auch bei schweren Störungen insofern sinnvoll sein kann, dass er nicht an den Defiziten der Persönlichkeit ansetzt, sondern an dem, was dem Betroffenen an Beziehungsaufnahme und sexueller Ausgestaltung geglückt ist (und sei es noch so wenig).

Dies heißt nicht, die Patienten mit Aufgaben zu überfrachten, sondern ihnen an dem, was vorhanden ist, Entwicklungsmöglichkeiten aufzuzeigen, die eine Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse erreichbar werden lassen. So ist gerade dann, wenn das sexuelle Symptom bei dem Patienten/der Patientin den größten Leidensdruck verursacht – möglicherweise weil es die greifbarste Verkörperung der eigentlichen Problematik darstellt –, ein sexualmedizinisches Behandlungsangebot sinnvoll. Insbesondere die syndyastische Dimension der Sexualität vermag ungeahnte Ressourcen freizusetzen und einen psychisch stabilisierenden Effekt auszuüben. Weitere Begrenzungen können sich aus dem partnerschaftlichen Status der Patienten (echte Singles) oder auch anderweitig fehlenden Möglichkeiten einer Einbeziehung des Partners ergeben.

Das bedeutet, dass es zwar Patienten/Paare gibt, die mit dem sexualmedizinischen Behandlungskonzept der syndyastischen Fokussierung kaum erreicht werden können, dass aber andererseits keine Gefahr besteht, mittels der genannten Behandlungsprinzipien gegen das oberste Prinzip des **nil nocere** (niemals schaden) zu verstoßen. Im Gegenteil – in den allermeisten Fällen wird für den Patienten/das Paar ein Evidenzerlebnis ermöglicht und – mit relativ wenig Aufwand – eine wesentliche Hilfestellung gegeben.

## Literatur

- Aristoteles (2001): Nikomachische Ethik. Reclam: Stuttgart.
- Bartels, A.; Zeki, S. (2004): The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage* 21: 1155-1166.
- Beier, K.M.; Loewit K. (2004): Lust in Beziehung. Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie als fächerübergreifendes Therapiekonzept der Sexualmedizin. Springer: Heidelberg u.a.
- Kaplan, H.S. (1974): The new sex therapy. Brunner & Mazel: New York.
- Kaplan, H.S. (1979) Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy. Brunner & Mazel: New York (zit. nach dtsh. Ausg. 1981: Hemmungen der Lust: Neue Konzepte der Psychosexualtherapie. Enke: Stuttgart).
- Kaplan, H.S. (1987): The illustrated manual of sex therapy. Brunner & Mazel: New York (zit. nach dtsh. Ausg. 1995: Sexualtherapie. Ein bewährter Weg für die Praxis, 4. Aufl. Enke: Stuttgart).
- Deneke, F.W. (1999): Psychische Struktur und Gehirn. Die Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten. Schattauer: Stuttgart.
- APA (American Psychiatric Association) (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn (DSM-IV). APA-Press, Washington, DC (dtsh: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV. Dtsch. Bearbeitung und Einführung von Saß, H.; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M. 1966, Hogrefe: Göttingen).
- Watzlawick, P.; Beavin, J.H.; Jackson, D.D. (1969): Menschliche Kommunikation. Huber: Bern.
- Weichelt, I. (2003): Liebe – Lüge – Liaison. Magistarb., Uni. Tübingen (teilweise referiert in *Woman*, Heft 14, 17.06.03).

### Adresse der Autoren

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité, Freie- und Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstr. 57, 10117 Berlin, mail: klaus.beier@charite.de

Prof. Dr. med. Kurt Loewit, Univ. Prof. i.R., ehem. Leiter der Sexualmedizinischen Ambulanz an der Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie Leopold-Franzens-Universität, Sonnenburgstr. 9, 6020 Innsbruck, Österreich: kurt.loewit@uibk.ac.at

# Weibliches Orgasmuserleben: vaginal – klitoral?

Anja Lehmann, Hans-Peter Rosemeier, Sabine Grüsser-Sinopoli

## Female Orgasm: Clitoral or Vaginal?

### Abstract

An orgasm is a sensual experience. It can differ each time and varies from individual to individual. Although every orgasm follows the same physiological pattern, physiology alone cannot sufficiently account for the total subjective experience. In the present study several variables of sexual experience have been assessed in 575 women using an extensive questionnaire.

The Variables included aspects like frequency and quality of orgasms, the differentiation between clitoral and vaginal orgasm, sexual satisfaction, sexual self-esteem as well as sexual satisfaction in the relationship. Furthermore, 100 women gave detailed descriptions of clitoral and vaginal orgasm experiences.

Two thirds distinguished between clitoral and vaginal orgasm. The distinction of the majority between the two different kinds of orgasm based on the stimulation applied and not on qualitative sensual aspects.

Women who distinguish between clitoral and vaginal orgasm are significantly older and reported a better ability to express their sexual needs than women who do not distinguish between clitoral and vaginal orgasm. The clitoral orgasm compared to vaginal orgasm was experienced as significantly superior and more intensive.

Women who experience a vaginal orgasm in addition to a clitoral orgasm are significantly more satisfied with their sexual relationship and experience orgasms more frequently during intercourse.

The results underline the importance of the situational context and the quality of the relationship for female orgasm and sexual satisfaction. The findings are discussed with respect to the mutual anatomical and physiological basis for clitoral and vaginal orgasm.

**Keywords:** Clitoral and vaginal orgasm, Female sexual satisfaction, Female sexual experience

### Zusammenfassung

Ein Orgasmus ist eine sinnliche Erfahrung, deren Erleben von Gelegenheit zu Gelegenheit und von Individuum zu Individuum variieren kann. Jeder weibliche Orgasmus verläuft nach den gleichen physiologischen Mustern. Die physiologischen Vorgänge jedoch sagen wenig über das psychisch-subjektive Erleben eines Orgasmus aus. In der vorliegenden Studie wurden mittels des „Fragebogens zum weiblichen Sexualerleben“ verschiedene Variablen bei 575 Frauen untersucht: das Orgasmuserleben, die Unterscheidung von klitoralem und vaginalem Orgasmus, die sexuelle und partnerschaftliche Zufriedenheit sowie Variablen zum sexuellen Selbstwert. Des Weiteren wurden Beschreibungen zum klitoralen bzw. vaginalen Orgasmus mittels offener Fragen bei 100 Frauen erfasst.

Zwei Drittel der Frauen gaben an, zwischen klitoralem und vaginalem Orgasmus zu unterscheiden. Die Mehrheit der Frauen unterscheidet zwischen den Orgasmusformen aufgrund der vorangegangenen Art der Stimulation und nicht aufgrund des qualitativen Erlebens.

Frauen, die zwischen vaginalem und klitoralem Orgasmus unterscheiden, sind signifikant älter sowie signifikant besser in der Lage ihre sexuellen Wünsche zu äußern, als Frauen die nicht zwischen den Orgasmusarten unterscheiden. Im Vergleich zum vaginalen Orgasmus wird der klitorale Orgasmus als signifikant intensiver und überlegener empfunden. Frauen die außer einem klitoralen auch einen vaginalen Orgasmus erleben sind signifikant zufriedener mit ihrer partnerschaftlichen Sexualität und kommen signifikant häufiger beim Geschlechtsverkehr mit Penetration zum Orgasmus. Unsere Ergebnisse zeigen die Bedeutung von situativem Kontext und partnerschaftlicher Beziehungsqualität für das weibliche Orgasmuserleben und die sexuelle Zufriedenheit von Frauen. Die Befunde werden vor dem Hintergrund gemeinsamer anatomischer Grundlagen für den klitoralen und vaginalen Orgasmus diskutiert.

**Schlüsselwörter:** klitoraler und vaginaler Orgasmus, sexuelle Zufriedenheit, weibliches Sexualerleben

## Einleitung

Es gibt viele Mythen in der Sexualität bzw. bei der Beschreibung des Orgasmuserlebens. Ein aus der Psychoanalyse stammender Mythos rangt sich um die verschiedenen Arten des weiblichen Orgasmus: den „reifen“ vaginalen und den „unreifen“ klitoralen Orgasmus. Diese Unterscheidung hat ihren Ursprung in den Werken Freuds (1905). Doch sind es eher seine Nachfolger, wie z.B. Bergler (1951), die Vertreter der „Transmissionshypothese“, die die Hypothese von zwei unterscheidbaren und verschieden zu bewertenden Formen des Orgasmus einführen. Sie bauen auf Freuds Annahme, in der Pubertät würde die erogene Reizbarkeit von der Klitoris auf die Vagina übertragen, auf. Da Freud davon ausging, dass sich Penis und Klitoris homolog entsprächen, wäre dieser Leitzonechsel zur vollen Entfaltung einer reifen weiblichen Sexualität notwendig, damit die Frau sich von den männlichen Anteilen löse. D.h., dass sie sich in ihrer Sexualität auf das Urweibliche konzentrieren könnte, das sie nicht in verkümmelter Form mit dem Mann teilt – ihre Vagina. Freuds Nachfolger schlussfolgerten daraus, dass eine Frau, die nur durch die Klitoris erregbar sei, einen wichtigen Entwicklungsschritt nicht adäquat bewältigt hätte und betrachteten daher den vaginalen Orgasmus als Ausdruck reifer Weiblichkeit (Hitschmann & Bergler 1936, Lundberg & Farnham, 1947, Bychowski 1949, Bergler 1951, Robinson 1959). Bergler (1951) ging sogar soweit, das Nichterreichen des vaginalen Orgasmus, also nach seiner Auffassung die sogenannte Frigidität, als neurotisches Symptom anzusehen. Er etikettierte damit einen Großteil der Frauen als psychisch defizitär und behandlungsbedürftig. Freuds Überlegungen liegt die Beobachtung zugrunde, dass sich die Masturbation in der Kindheit und auch im Erwachsenenalter auf die Klitoris konzentriert. Er verweist darauf, dass die Vagina erst später „entdeckt“ würde. Diese Beobachtung konnten später empirisch gestützt werden (Bakwin 1974, Kaplan 1974, Martinson 1980). Physiologisch-anatomische Studien der Embryonalentwicklung zeigen, dass sich Penis und Klitoris in der Embryonalphase aus einer bipotenten Anlage entwickeln. Aus dem Geschlechtshöcker entwickelt sich beim weiblichen Fötus die Klitoris, beim männlichen Fötus die Corpora Caverosa des Penis. Die Geschlechtswulst wird zu den Labia Majora beim weiblichen und zum Skrotum beim männlichen Fötus (Schumacher 1986; vgl. zu Nieden 1994; Birbaumer & Schmidt 2003; Beier, Bosinski, Hartmann & Loewit 2001). Verschiedene Studien zeigen, dass nur eine begrenzte Anzahl

von Frauen einen Orgasmus durch Penetration erreicht (Kinsey, Pomeroy, Martin & Gebhardt 1953; Masters & Johnson 1979; zu Nieden 1994; Nicholson & Burr 2003). Der Vaginaleingang der Frau ist eine hochempfindliche, erogene Zone, was nicht zuletzt die Untersuchungen von O'Connell, Hutson, Anderson und Plentner (1998) zeigen.

Masters und Johnson (1970) kamen in ihren Untersuchungen zu dem Schluss, dass alle Orgasmen, unabhängig von der Art des Auslösers, einem gleichen physiologischen Muster folgen. Vor dem Orgasmus schwellen die Schwellkörper der Frau und das sie umgebende Gewebe deutlich an. Es kommt, durch die Blutstauung im unteren Vaginalteil, zu einer Verengung des unteren vaginalen Drittels, während sich die oberen zwei Drittel der Vagina erweitern und die Klitoris und die Labia minora anschwellen. Während des Orgasmus kommt es zu rhythmischen Kontraktionen im unteren Vaginalteil, während der obere Vaginalteil unbeweglich bleibt. Die Klitoris, durch ihre dichte und feine Innervation der empfindsamste Bereich der Frau, und der untere Vaginalteil reagieren durch die große Ausdehnung des hochempfindsamen Schwellkörpersystems gleichsinnig: Sie bilden eine funktionale Einheit (zu Nieden 1994). Die anatomischen Studien von O'Connell und Kollegen (1998) machen weiterhin deutlich, dass die mit der glans clitoridis verbundenen anatomischen Strukturen größer sind als bisher angenommen und somit das nervöse klitorale Versorgungsgebiet weit in die Vagina hineinzieht, so dass eine vaginale Stimulation ohne Klitorisstimulation nicht möglich ist. Somit ist es anatomisch wenig sinnvoll, zwischen zwei verschiedenen Arten der sexuellen Stimulation oder Orgasmen zu unterscheiden. Schon 1953 fanden Kinsey und Kollegen in ihren Untersuchungen, dass Frauen die Art der Befriedung beim Koitus von der alleinigen Stimulation der Labien oder der Klitoris unterscheiden. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen auch Nicholson und Kollegen (2003) in ihrer Befragung. Die Gleichheit des physiologischen Ablaufes führt also nicht zu einer Vergleichbarkeit der subjektiven Empfindungsqualität (Sigusch 1970). Freuds Überlegungen und die ihnen zugrundeliegenden Beobachtungen sind also durchaus wissenschaftlich belegt, nur sind die Schlüsse und Bewertungen, die er und seine Schüler daraus ableiten, umstritten und heute so nicht mehr aufrechtzuerhalten. Zusammengefasst handelt es sich um zwei Schlussfolgerungen: Erstens die postulierte Existenz zweier unterschiedlicher Modi des weiblichen Orgasmus, den vaginalen und den klitoralen bzw. klitoridalen, und zweitens die anschließende Bewertung dieser als reif bzw. als unreif.

In der vorliegenden Studie wird der Frage nachgegangen, ob das oben beschriebene Konzept dem sexuellen Erleben von Frauen heute noch gerecht wird. Es wird überprüft, ob Frauen in ihrem Erleben und ihrem Wissen über ihren Orgasmus von dem alltagspsychologisch weitverbreitetem Konzept der Unterscheidung zweier Orgasmusarten beeinflusst sind. Es wird untersucht, ob und wie Frauen in ihrem Orgasmus erleben differenzieren und wie dieses Erleben mit anderen psychosexuellen Variablen zusammenhängt.

## Stichprobe

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden 575 Frauen mittels eines umfangreichen Fragebogens zu verschiedenen Variablen des weiblichen Sexual- bzw. Orgasmuserlebens befragt. Die Frauen wurden durch Zeitungsannoncen, Empfehlungen sowie verschiedene Institutionen (z.B. Frauenarzt, Friseursalon usw.) rekrutiert. Die Teilnahme beruhte auf Freiwilligkeit und unter der Gewährleistung absoluter Anonymität, die mittels einheitlich beschrifteter und frankierter Rückumschlägen ermöglicht wurde. Das Alter der befragten Frauen lag im Mittel bei 30,08 Jahren ( $SD = 9,05$ ; Wertebereich 18–71). Zum Zeitpunkt der Untersuchung lebten 74% der Frauen in einer festen Partnerschaft, 8% in einer „offenen“ Partnerschaft (mehr als eine feste PartnerIn) und 18% hatten zum Zeitpunkt der Befragung keinen Partner. 57% der Stichprobe waren Schülerinnen, Auszubildene oder Studentinnen, 46% berufstätig und 4% arbeitslos. Das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr lag im Mittel bei 17,23 Jahren ( $SD = 2,19$ ; Wertebereich: 9–28) und die befragten Frauen gaben im Durchschnitt 8 Sexualpartner ( $M = 7,91$ ,  $SD=8,53$ ; Wertebereich: 0–80) an. 55% der Stichprobe gaben an, über den weiblichen Orgasmus aufgeklärt worden zu sein.

## Erhebung

In die Datenanalyse gingen die Daten aus verschiedenen Teilen des „Fragebogens zum weiblichen Sexualerleben“ ein: soziodemographische Informationen, sexuelle Aufklärung, der erste Geschlechtsverkehr, Körper selbstbild, Orgasmuserleben und Partnerschaft. Für das Item „Ich unterscheide zwischen klitoralem und vaginalem Orgasmus“ wurden fünf Antwortmöglichkeiten vorgegeben: „aufgrund meiner Aufklärung“, „aufgrund meiner sexuellen Erfahrung“, „aufgrund von Aufklärung und sexueller Erfahrung“, „diesen Unterschied gibt es für mich nicht“, „diese Begriffe

sagen mir nichts“. Die Items „Intensität des Orgasmus erleben“ (gar nicht intensiv – sehr intensiv), „Lokalisation des Orgasmus erleben“ (punktuell – diffus/weniger punktuell), „Orgasmus erleben beim Geschlechtsverkehr“ (nie – immer), „sexuelle Wünsche äußern“ (fällt mir sehr schwer – sehr leicht), „eingeschätzte sexuelle Attraktivität“ (unattraktiv – attraktiv) und die „Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Sexualität“ (unbefriedigend – befriedigend) wurden mittels zweigepolter visueller Analogskalen (Wertebereich: 0–100 mm) erhoben. Weiterhin gingen die Angaben zur Häufigkeit des sexuellen Verlangens (Tage im Monat) in die Datenanalyse ein. Zusätzlich wurden von 100 Frauen Antworten auf offene Fragen nach ihrer Auffassung von klitoralem und vaginalem Orgasmus ausgewertet.

## Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgte mittels dem „Statistical Package of the Social Science“ (SPSS, Bühl & Zöfel 2001). In den statischen Analysen wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% zugrunde gelegt und ein zweiseitiges Signifikanzniveau geprüft. Die Analyse der Gruppenunterschiede erfolgte mittels T-Test für unabhängige und gepaarte Stichproben.

## Ergebnisse

Insgesamt gaben 75% der Frauen an, zwischen klitoralem und vaginalem Orgasmus erleben zu unterscheiden. Davon unterschieden 47,9% die verschiedenen Formen des Orgasmus aufgrund ihrer sexuellen Erfahrung, 29,5% aufgrund von Aufklärung und Erfahrung und 6,8% nur aufgrund ihrer Aufklärung. 12,3% gaben an, dass es für sie diese Unterscheidung nicht gibt, 2,3% sagten diese Begriffe nichts und 1,2% machte keine Angaben. Bei der Bewertung bzgl. der Überlegenheit der einen Form des Orgasmus erleben gegenüber der anderen Form gaben 34,6% der Frauen an, sie hielten den klitoralen dem vaginalem Orgasmus für überlegen, 31,1% hielten beide Orgasmusformen für gleichwertig, 11,8% hielten den vaginalen Orgasmus dem klitoralen für überlegen, 17,7% gaben an, dass es für sie diese Unterscheidung nicht gibt, 2,6% sagten diese Begriffe nichts und 2,3% machte keine Angaben.

Die Frauen der vorliegenden Stichprobe konnten den klitoralen Orgasmus ( $M = 36,10$ ,  $SD = 28,40$ ) signifikant besser (punktueller) lokalisieren als den vaginalen Orgasmus ( $M = 68,31$ ,  $SD = 23,72$ ) ( $T[338] = -14,61$ ,  $p < .001$ ). Der klitorale Orgasmus ( $M = 75,68$ ,

SD = 21,82) wurde als signifikant intensiver ( $T[285] = -6,68, p < .001$ ) bewertet als der vaginale Orgasmus ( $M = 61,47, SD = 28,34$ ), vgl. Abb.1 & Abb. 2.

Bezogen auf die Variable „Unterscheidung klitoraler, vaginaler Orgasmus“ sind Frauen, die zwischen klitoralem und vaginalem Orgasmus aufgrund von Erfahrung und Aufklärung unterscheiden, signifikant älter, es fällt ihnen signifikant leichter ihre sexuellen Bedürfnisse zu äußern und sie schätzen sich als signifikant sexuell attraktiver ein als Frauen, die nicht zwischen klitoralem und vaginalem Orgasmus unterscheiden (siehe Tab.1). Beide Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant bezüglich ihrer sexuellen Zufriedenheit, der Häufigkeit ihres Lustempfindens und ihrer Orgasmusfähigkeit.

Bezogen auf das Orgasmuserleben gaben 296 Frauen an ihren Orgasmus als klitoral und vaginal bzw. als „gemischten“ Orgasmus zu erleben, 170 Frauen erleben ihren Orgasmus rein klitoral, 22 Frauen erleben ihren Orgasmus rein vaginal. Des Weiteren beantworteten 82 Frauen die Frage nach ihrem Orgasmuserleben mit „ich weiß nicht“. Frauen, die zusätzlich zum klitoralen ihren Orgasmus auch vaginal erleben können ( $N=269$ ), sind signifikant zufriedener mit ihrer partnerschaftlichen Sexualität, kommen beim Geschlechtsverkehr häufiger zum Orgasmus und äußern leichter ihre sexuellen Wünsche als Frauen, die ihren Orgasmus rein klitoral erleben (siehe Tab. 2). (Die 22 Frauen mit ausschließlich vaginalem Orgasmuserleben wurden aufgrund der geringen Stichprobengröße bei den Berechnungen nicht berücksichtigt).

Die 100 Beschreibungen aus der offenen Fragestellung nach klitoralem bzw. vaginalem Orgasmuserleben wurden nach den von den Frauen gewählten inhaltlichen Schwerpunkten der Beschreibungen ausgewertet. Dabei zeigte sich, dass die Mehrheit der Frauen ( $N= 93$ ), die Art der Stimulation als Beschreibungsgrundlage nutzten (z.B. „Orgasmus durch Stimulation der Klitoris mit Finger oder Zunge“ für den klitoralen Orgasmus und „Orgasmus im vaginalen Bereich durch Penisstimulation“ für den vaginalen Orgasmus). Nur 7 Frauen unterschieden die Orgasmen aufgrund von qualitativer Erlebensunterschiede, wie z.B. „Explo-

Abb. 1: Unterscheidung vaginales vs. klitorales Orgasmuserleben

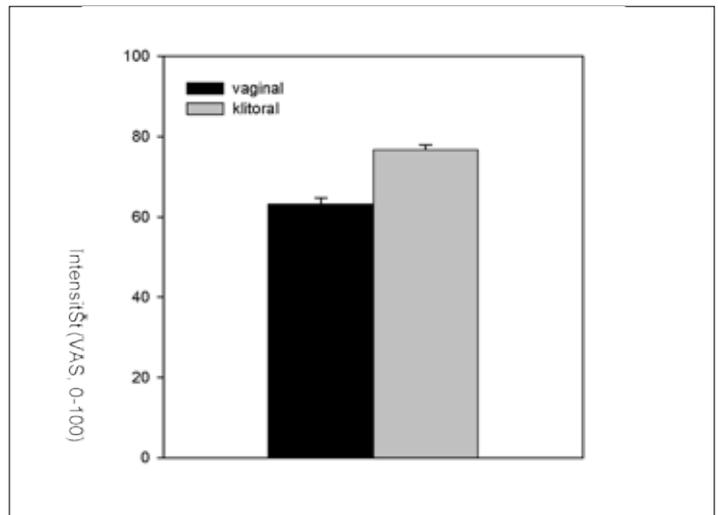
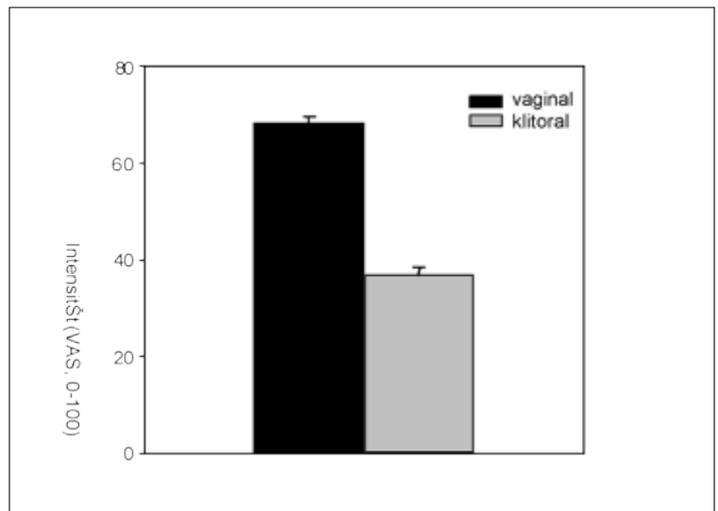


Abb. 2: Lokalisation vaginaler vs. klitoraler Orgasmus



Tab. 1: Mittelwertvergleiche zwischen Frauen, die zwischen klitoralem und vaginalem Orgasmus unterscheiden/nicht unterscheiden

	T	df	p	Unterscheider	N	M	SD
Alter in Jahren	2,26	555	.024	Ja	476	30,40	9,16
				Nein	81	27,99	7,07
Sexuelle Wünsche äußern	2,22	557	.027	Ja	476	49,77	28,29
				Nein	83	42,27	29,37
Sexuelle Attraktivität	3,13	535	.002	Ja	459	71,63	17,08
				Nein	78	64,99	18,81
Orgasmus bei GV	.86	538	.389	Ja	461	55,80	26,73
				Nein	79	52,99	27,36
Lust/Tage im Monat	1,38	548	.168	Ja	470	13,64	7,64
				Nein	80	12,43	7,29
Gesamtbefriedigung	.753	547	.452	Ja	469	72,69	23,93
				Nein	80	70,48	23,77

**Tab. 2:** Mittelwertvergleich zwischen Frauen, die einen vaginalen Orgasmus erleben und Frauen, die keinen klitoralen Orgasmus erleben

	T	df	p	Vaginaler Orgasmus	N	M	SD
Orgasmus bei GV	5,37	412	<.001	Ja	295	60,47	23,00
				Nein	232	47,69	30,43
Sexuelle Wünsche äußern	2,00	569	.046	Ja	294	50,61	28,75
				Nein	245	45,80	28,29
Gesamtbefriedigung	3,01	480	.003	Ja	291	74,85	22,55
				Nein	247	68,44	26,73
Sexuelle Attraktivität	.963	493	.336	Ja	282	71,27	16,78
				Nein	243	69,79	18,56
Alter in Jahren	.382	567	.706	Ja	295	30,21	9,21
				Nein	252	29,92	8,85
Lust/Tage im Monat	1,68	559	.094	Ja	293	13,92	7,59
				Nein	246	12,84	7,51

sionsgefühl“ für den klitoralen Orgasmus bzw. „länger andauerndes, tiefer gehendes Erleben des Höhepunktes“ für den vaginalen Orgasmus.

## Diskussion

Die Mehrheit der befragten Frauen ist mit der Unterscheidung von klitoralem und vaginalem Orgasmus vertraut. Sie differenzieren in ihrem Erleben zwischen Orgasmen, die sie über vaginale Stimulation, z.B. durch Penetration, erreichen und Orgasmen, die über direkte Stimulation der Klitoris ausgelöst werden. Dabei wird der klitoridal ausgelöste Orgasmus als punktueller und intensiver erlebt und dem vaginalem Orgasmus als überlegen bewertet. Das gleiche physiologische Ereignis – Orgasmus – kann zu den unterschiedlichsten subjektiven Empfindungen führen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass Frauen, die einen vaginalen Orgasmus erleben, signifikant älter sind, sich als sexuell attraktiver bewerten und besser in der Lage sind ihre sexuellen Wünsche zu äußern, als Frauen die keinen vaginalen Orgasmus erleben.

Diese Befunde deuten darauf hin, dass Frauen mit einem höheren sexuellen Selbstwert ein breiteres sexuelles Erlebensspektrum aufweisen und das die Fähigkeit zu einem differenziertem Erleben mit dem Alter zunimmt. Die Ergebnisse stehen in Übereinstimmung mit anderen Befunden zum sexuellen Selbstwert von Frauen, die zeigen, dass die Reagibilität, die sexuelle Erlebnisfähigkeit und die sexuelle Erfahrung von Frauen wichtige Einflussfaktoren auf das sexuelle Selbstwertgefühl von Frauen sind (Ackard, Kearney-Cooke & Peterson 2000; Grüsser et al. 2003).

Die Frauen in der vorliegenden Untersuchung unterscheiden die unterschiedlichen Formen des Orgasmus primär aufgrund der vorrangegangenen Stimulation. So wird der in der heterosexuellen partnerschaftlichen Sexualität erlebte Orgasmus, der auf die Penetration attribuiert wird, als vaginaler Orgasmus erlebt. Der Orgasmus durch Masturbation mittels direkter Stimulation der Klitoris wird als klitoral erlebt. Das zusätzliche Erleben des vaginalen Orgasmus steht so-

mit auch in der vorliegenden Studie in positivem Zusammenhang mit der Häufigkeit des Orgasmus erleben beim Geschlechtsverkehr mit Penetration und der Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Sexualität. Kahn-Ladas, Whipple und Patry (1982) postulieren, dass tiefere, innerer vaginale Orgasmus einem von der Prostata ausgelösten Orgasmus beim Mann entspräche. Sie fanden bei einer Befragung von homosexuellen Männern, dass diese den Orgasmus ohne direkte Penisstimulation, als „anal“ erlebten. Der Hauptunterschied lag für diese Männer in einer anderen Art psychophysischen „Hingabe“, wobei der Orgasmus an sich derselbe sei (Kahn-Ladas et al. 1982). Es handelt sich also eher um unterschiedliche Empfindungsqualitäten in Abhängigkeit von der vorausgegangenen Stimulation als um physiologisch unterschiedliche Orgasmen. Aufgrund der anatomischen Voraussetzungen ist davon auszugehen, dass der vaginal erlebte Orgasmus durch indirekte Stimulation der Klitoris vermittelt wird (zur Nieden 1994, O'Connell et al. 1998). Es zeigt sich, dass der situative Kontext einen Einfluss auf das Orgasmuserleben und die sexuelle Zufriedenheit hat. So erleben die Frauen in der vorliegenden Stichprobe den klitoralen im Vergleich zum vaginalen Orgasmus zwar als intensiver und überlegener, sind aber sexuell zufriedener, wenn sie den Orgasmus beim Geschlechtsverkehr durch Penetration, also zusätzlich vaginal, erleben.

## Ausblick

Bislang ist noch ungeklärt, wie sich kulturspezifische Sexualvorstellungen auf das sexuelle Erleben des Individuums auswirken und inwieweit sexuelle Verhaltens- und Empfindungsmuster gesellschaftlich mit-

geprägt werden. So gilt das Freudsche Konzept von der Unterscheidung von vaginalen und klitoralen Orgasmus heute als obsolet. Walter (1999) spricht sogar von „musealer Kauzigkeit“ und einem „epistemischen Gespenst“ (Walter 1999: 35). Und doch scheint es durch die starke literarische Anziehungskraft der Psychoanalyse in der in der Laientheorie zum Orgasmuserleben von Frauen einen festen Platz gefunden zu haben. Bislang haben die neuen anatomischen Befunde, die für den weiblichen Orgasmus grundlegend sind (z.B. O'Connell et al. 1998), keinen Eingang in die gängigen Lehrbücher gefunden.

Es stellt sich die Frage nach den Einflüssen auf die sexuelle Zufriedenheit sowie der Bedeutung des Orgasmus für die sexuelle Zufriedenheit, und nicht nur der Tatsache des Orgasmus, sondern auch der Qualität des Orgasmus und damit der Qualität des sexuellen Kontaktes und der partnerschaftlichen Beziehung. So hat der Orgasmus der Frau beim Geschlechtsverkehr sowohl für die Frau als auch für ihren Partner eine Bedeutung. Viele Frauen haben das Gefühl, ihrem

Partner über ihr Orgasmuserleben beim Geschlechtsverkehr sexuelle Bestätigung zu geben (Grüsser et al. 2003). Sigusch (1970) schlug vor den Orgasmus, je nach stimulierter Körperregion und deren Kombinationen (z.B. „oral“, „mammär“, „anal“), unter Berücksichtigung von Empfindungskriterien wie „tief“ und „oberflächlich“ oder „ganzkörperlich“ und „punktuell“ zu unterscheiden. Denkbar wäre auch eine Unterteilung nach Intensität des Erlebens oder dem subjektiven Gefühl der Befriedigung.

Es steht noch aus, fundierte Aussagen darüber machen zu können, ob und nach welchen Kategorien eine Unterteilung bzw. Klassifizierung sinnvoll ist, sowohl für die Wissenschaft als auch für die persönliche individuelle Erlebenswelt der Frau. Sexualität, insbesondere der weibliche Orgasmus, ist kein rein physiologisches Phänomen, sondern ein paralleles Wirken von physischen, psychischen und sozialen Faktoren, die losgelöst voneinander betrachtet kein befriedigendes Bild der menschlichen/ weiblichen Sexualität wiedergeben.

## Literatur

- Ackard, D. M.; Kearney-Cooke, A. & Peterson, C. B. (2000): Effect of body image and self-image on women's sexual behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 1: 422-429.
- Bakwin, H., (1974): Erotic Feelings in Infants and Young Children; *Medical Aspects of Human Sexuality* 8; 10: 200-215.
- Beier, K. M.; Bosinski, H. A.G.; Hartmann, U. & Loewit, K. (2001): *Sexualmedizin*. München, Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Bergler, E. (1951): *Neurotic counterfeit-sex. Impotence, frigidity, „mechanical“ and pseudosexuality, homosexuality*. New York: Gruner & Stratton.
- Birbaumer, N.; Schmidt, R. F. (2003): *Biologische Psychologie*. (5. Auflage.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Bychowsky, G. (1949): Some aspects of psychosexuality in psychoanalytic experience. In: P.H. Hoch & J. Zubin (eds.) *Psychosexual development in Health and Disease*. New York: Gruner & Stratton.
- Freud, S. (1905): *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. Leipzig, Wien: Deuticke. Ges. Werke VIII, Frankfurt/M.: M.S. Fischer 1964.
- Grüsser, S. M.; Lehmann, A.; Oestreich, A.; Brinkpeter, A. & Rosemeier, H. P. (2003): Motive für das Vortäuschen eines Orgasmus bei Frauen. *Psychomed Zeitschrift für Psychologie und Medizin* 1: 48-52.
- Hitschmann, E. & Bergler, E. (1936): *Frigidity in women, its characteristics and treatment*. Washington and New York.
- Kaplan, H. S. (1974): *The New Sex Therapy*. Vol. 1 New York: Brunner/Mazel.
- Ladas, A. K.; Whipple, B. & Perry, J. D. (1982): *The G-spot and other recent discoveries about human sexuality*. New York: Dell.
- Kinsey, A. C.; Pomeroy, W. B. & Martin, C. E. (1953): *The Sexual Behavior in Human Female*. Philadelphia: Saunders.
- Lundberg, F. & Farnham, F. M. (1947): *Modern woman, the lost sex*. New York & London.
- Martinson, F.M. (1980): *Childhood Sexuality*. In: Wolman, B.B. & Money, J. (eds.): *Handbook of Human Sexuality*: 29-59. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1970): *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- Nicholson, P. & Burr, J. (2003): What is 'normal' about women's (hetero)sexual desire and orgasm?: a report of an in-depth interview study. *Social Science & Medicine*. 57: 1735-1745.
- Nieden, S. zur (1994): *Weibliche Ejakulation*. Stuttgart: Enke.
- O'Connell, H. E.; Hutson, J. M.; Anderson, C.R. & Plenter, R.J. (1998): Anatomical relationship between urethra and clitoris. *The Journal of Urology*. June, 159: 1892-1897.
- Robinson, M. N. (1959). *The Power of Sexual Surrender*. Garden City.
- Sigusch, V. (1970): *Exzitation und Orgasmus bei der Frau*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Walter, T. (1999): Plädoyer für die Abschaffung des Orgasmus. *Zeitschrift für Sexualforschung*. 12: 25-49.

### Adresse der Autoren

Dipl.-Psych. Anja Lehmann, Dr. rer. nat. S. M. Grüsser-Sinopoli, Interdisziplinäre Suchtforschungsgruppe Berlin (ISFB), Institut für Medizinische Psychologie, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Gemeinsame Einrichtung von Freier Universität Berlin und Humboldt-Universität Berlin, Tucholskystrasse 2, D-10117 Berlin, mail: sabine.gruesser@charite.de  
 Prof. Dr. Hans Peter Rosemeier, Institut für Medizinische Psychologie, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Gemeinsame Einrichtung von Freier Universität Berlin und Humboldt-Universität Berlin, Luisenstrasse 57, D-10117 Berlin

# „Die Pillen brauche ich jetzt nicht mehr!“

## Bericht über eine atypische Sexualtherapie eines jungen Paares

Andreas Dabelstein

### „I Don't Need These Pills Any Longer!“

#### A Case Report about an Atypical Sexual Therapy of a Young Couple

Im folgenden soll über eine Sexualtherapie eines jungen Paares berichtet werden, die aufgrund äußerer Gegebenheiten vom Aufbau her atypisch war. Sie erstreckte sich mit insgesamt 17 Kontakten über einen Zeitraum von 14 Monaten. Ein weiterer Kontakt erfolgte telefonisch 1 Jahr nach der letzten Therapiesitzung.

11 Sitzungen fanden im Paarsetting statt, 6 waren Einzelsitzungen mit dem Mann.

Der Bericht orientiert sich an der Chronologie der Therapiestunden und verzichtet auf eine übergeordnete Gliederung. Dieser Aufbau erschwert zwar eventuell die Eingängigkeit der Thematik, vermittelt aber einen lebendigeren Einblick in die therapeutische Entwicklungsdynamik.

### Erstgespräch

Zur Vorstellung kam ein 29-jähriger Student der BWL, der sich aufgrund einer erektilen Dysfunktion bei einem Urologen vorgestellt hatte. Dieser Kollege hatte keinen wegweisenden somatischen Befund erheben können. In einer SKIT-Testung mit 10 µg Alprostadil war es zu einer „vollen Erektion“ (E5) gekommen. Die Ursache für die geklagte Funktionsstörung müsse „etwas Psychisches“ sein. Daraufhin war die Überweisung in die Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle in Kiel erfolgt.

Herr O. berichtete, er habe seit 2 1/2 Jahren eine Partnerin – die erste Sexualpartnerin seines Lebens. Diese sei 6 Jahre jünger als er und komme aus einem südeuropäischen Land. Man wohne zusammen und verstehe sich sehr gut. Er fühle sich wohl mit seiner Freundin und sei jeden Morgen froh, neben ihr aufzuwachen. Verbindend seien Ähnlichkeiten im Denken und im Empfinden. Man könne miteinander tiefsinnig reden, aber auch lachen und Blödsinn machen. Außerdem koche und reise man gern zusammen.

Das einzige Problem sei die partnerschaftliche Sexualität insofern, als er noch nie mit seiner Partnerin habe schlafen können. Denn immer, wenn er sich anschicke, seinen Penis in ihre Scheide einzuführen, käme es zu einem fast vollständigen Verlust der Erektion, die zuvor beim Petting noch voll ausgebildet gewesen sei.

Man sei 2-3 mal pro Woche sexuell zusammen. Immer aber stünden die Begegnungen unter dem Motto: „Es muß doch nun endlich klappen!“ Die ständigen Mißerfolge würden bei ihm viel Frustration, Wut und Verzweiflung auslösen und „an seinem Selbstwertgefühl kratzen“.

Früher habe er geglaubt, er sei körperlich nicht in Ordnung, irgend etwas stimme nicht mit ihm. Im Alter von 15 Jahren habe er zwei Operationen im Genitalbereich über sich ergehen lassen müssen (Varikozele und Phimose). Aber der Urologe habe ihn davon überzeugt, dass er körperlich gesund sei, so dass er nun davon ausginge, dass die Ursache für sein „Versagen“ in der Psyche zu finden sein müsse.

Zur Masturbation gab Herr O. an, er betreibe diese 2-3 mal pro Woche. Dabei habe er unter Zuhilfenahme visueller Stimuli eine „ganz normale Erektion“. Auch die Morgenerektion sei ungestört.

Herr O. bestätigte auf Nachfragen, dass seine Aufmerksamkeit in der körperlichen partnerschaftlichen

Begegnung fast vollständig auf seine sexuellen Funktion gerichtet sei und er sich nur auf den Funktionszustand seines Penis konzentriere. Nach Skizzierung des „Teufelskreises“ aus Versagensangst, Selbstbeobachtung und Störung der Funktion konnte sich Herr O. sehr gut in dieser Beschreibung wiederfinden.

## Paargespräche

Zum nächsten Termin kam die Partnerin vereinbarungsgemäß mit zur Vorstellung. Zuerst berichtete Herr O., es sei für ihn „erlösend“ gewesen, dass er über seine Sexualität und seine Ängste sprechen können. Die Partnerin bestätigte, sie habe ihn „sehr, sehr geöffnet“ erlebt. Vorher habe er sich immer verschlossen, so dass man über sexuelle Dinge gar nicht miteinander reden können. Sie selber wolle nun „alles lesen, alles erfahren“, was bezüglich Sexualität wichtig sei.

Sie berichtete, dass sie große Angst davor habe, schwanger werden zu können. Das habe dazu geführt, dass man trotz der Antibabypille zusätzlich noch ein Kondom verwende!

Sexuelle Vorerfahrungen habe sie im Gegensatz zu ihrem Partner gehabt, allerdings keine positiven: so habe sie für ein halbes Jahr einen Sexualpartner gehabt. Aber sie sei (im wahrsten Sinne des Wortes!) „verschlossen“ gewesen, auch hier habe sie immer eine Schwangerschaft befürchtet. Sie habe regelmäßig nach solch einer sexuellen Begegnung geweint.

Sodann erzählte sie, dass sie nur noch für 6 Wochen in Deutschland sei; dann würde sie in ihr Heimatland zurückgehen, um dort zu arbeiten.

Daher wurde beschlossen, in Anbetracht des Zeitdrucks im Gegensatz zum üblichen Routine-Vorgehen von der Exploration der jeweiligen individuellen psychosexuellen Entwicklung im Einzelsetting abzusehen und gleich mit der Therapie zu beginnen; in dem Wissen und unter Inkaufnahme, die tieferen intra- und interpsychischen Interaktionen eventuell nicht vollständig zu verstehen. Es wurde ausführlich die Übung „Sensate Focus I“ in Zielsetzung, Vorbedingungen und Durchführung erläutert. Das Paar wurde auf das Koitusverbot hingewiesen, wobei auch hier Sinn und Zweck ausführlich dargelegt wurden. Sodann erfolgte die Absprache, dass das Paar „so intensiv wie möglich“ üben solle, um die verbleibende Zeit zu nutzen. Dabei war klar, dass es nicht möglich sein würde, das komplette therapeutische Programm nach Masters & Johnson vollständig zu absolvieren.

In der Exploration der gemachten Erfahrungen und der begleitenden Kognitionen und Affekte in der

darauffolgenden Stunde berichtete das Paar einerseits vom Genuß, den diese Übung bereitet hatte; andererseits aber auch von Schwierigkeiten wie ablenkenden Alltagsgedanken; der Konzentration auf die (vermeintlichen) Bedürfnisse des jeweiligen Partners; der Versuchung des Mannes, das Koitus- und Pettingverbot zu übertreten mit dem konsekutiven Gefühl von Druck bei seiner Partnerin. Diese Schwierigkeiten wurden bearbeitet.

Es zeigte sich im Verlauf dieser Stunde, dass die Partnerin (Frau C.) Probleme hatte, sich in ihren Bedürfnissen zu spüren und diese dann zu kommunizieren. Sie berichtete, noch nie im Leben masturbiert zu haben. Daher wurde vereinbart, dass sie zusätzlich zu den Partnerübungen neue Erfahrungen mit sich selbst im Sinne von Selbsterfahrung (nach Lo Piccolo und Lobitz) machen möge. Entsprechende Anweisungen wurden mitgegeben.

Die nächsten Lernerfahrungen in der Therapie waren die, dass sich Gefühle nicht herbeizwingen lassen. Als es aber möglich geworden war, sich gelassen auf die Situation einzulassen, traten „wie von selbst“ sexuelle Gefühle auf. Diese konnten im Schutz des Koitus- und Pettingverbots angstfrei wahrgenommen und genossen werden. Die Behandlung wurde nun auf Sensate Focus II (Ganzkörperstreicheln mit oberflächlicher Einbeziehung der Genitalien und Brüste) ausgeweitet.

Die inzwischen angefertigte Testpsychologie ergab im **FPI-R** für Herrn O.: „Wenig leistungsorientiert oder energisch, wenig ehrgeizig-konkurrierend“. „Ruhig, gelassen, selbstbeherrscht“. „Wenig aggressiv, kontrolliert, zurückhaltend“. Bei Frau C. fanden sich folgende Abweichungen von der Normverteilung: „Leistungsorientiert, aktiv, schnell handelnd, ehrgeizig konkurrierend“. „Angespannt, überfordert, sich oft „im Streß“ fühlend“.

Im **GT** beschrieb sich Herr O. in der Selbstbeurteilung als „gefügig“. Frau C. erlebte ihren Partner als „zwanghaft“.

Sich selbst beschrieb Frau C. als „durchlässig“. Herr O. bestätigte diese Sicht.

Der **BSRI** wies Herrn O. als „feminin“, Frau C. als „androgyn“ aus.

Nachdem die Lernziele der ersten beiden Stufen der Therapie immer besser verinnerlicht zu sein schienen, wurde die Stufe 3 („Erkundendes Streicheln im Genialbereich“) eingeführt.

In der Exploration der nächsten Stunde wurde allerdings deutlich, dass der Genitalbereich der Partnerin für Herrn O. unvertraut und ängstigend war. Er hatte erwartet, dass sie sexuell erregt sein müsse und fand sich in dieser Erwartung enttäuscht. Auch seine

eigenen Körpersekrete waren für ihn „unsauber“ und wurden von ihm abgelehnt. Immer habe er beim Petting sein eigenes Ejakulat auf dem Bauch gehabt; das solle nun „in sie hinein“.

Frau C. berichtete, sie sei bis zum 18. Lebensjahr in einer Mädchenschule gewesen und habe „überhaupt keine Ahnung von männlichen Wesen“ gehabt. Sie habe nun gelernt, sich mit seinen Genitalien wohl zu fühlen. Wenn aber ihm selber sein eigenes Ejakulat eklig sei, dann würde sie nicht einsehen, warum er es in ihr „unterbringen wolle“. Selbsterfahrung sei für sie „ein hoher Berg“.

Es wurde beschlossen, die Stufe 3 wieder zu verlassen und auf Stufe 2 zurückzugehen. Die Selbsterfahrung sollte von beiden Partnern intensiviert werden.

Frau C. lernte im weiteren Verlauf, die Situation durch Kommunikation mit ihrem Partner so zu beeinflussen, dass sie sich wohlfühlen konnte. Sie hatte nun erstmalig wirkliche Lust auf sexuelle Gefühle. Sie hatte u.a. Übungen zum Training ihrer Beckenbodenmuskulatur durchgeführt und dadurch ein größeres Maß an Körperbewußtheit erlangt.

Herr O. hatte u.a. geübt, sein eigenes Sperma auf seinem Bauch zu verteilen und fand das „eigentlich gar nicht so schlimm“.

In der letzten Stunde vor der Abreise von Frau C. in ihr Heimatland berichtete sie, dass Sexualität immer ein Tabuthema in ihrer Familie gewesen sei. Man sei streng gläubig gewesen (katholische Konfession). Für sie habe die Gleichung gelautet: Sex = Sünde.

Die nächsten Stunden fanden im Einzelsetting mit Herrn O. statt und dienten u.a. der Erhebung seiner biografischen Anamnese.

Er berichtete, dass auch in seiner Herkunftsfamilie, die ebenfalls einem konservativ verstandenen Katholizismus verhaftet war, Sexualität ein Tabuthema gewesen sei. Nacktheit sei nicht vorgekommen. Aus der „Bravo“ hätten die Eltern die Aufklärungsseiten herausgerissen, bevor die Kinder die Zeitschrift ausgehändigt bekamen. Interesse für Mädchen habe er schon früh gehabt; aber er sei zu schüchtern gewesen, um diese anzusprechen und einen Kontakt zu initiieren. Die wenigen „Knutschkontakte“, die er später gehabt habe (erstmalig mit 20 Jahren), wären immer von den Partnerinnen ausgegangen. Er hätte Angst davor gehabt, deren Erwartungen nicht genügen zu können und „sexuell zu versagen“.

Mit 15 Jahren erfolgte die Operation einer Varikocele und einer Phimose. Er habe sich immer als „nicht gesund“ bezüglich seiner Genitalität erlebt. Erst nach diesem Eingriff hatte er für sich die Masturbation entdeckt und betrieb diese mehrfach wöchentlich.

Die jetzige Partnerin hatte er im Studentenwohnheim kennengelernt. Anfängliche sprachliche Schwierigkeiten erwiesen sich in diesem Kontakt als hilfreich (!), denn sie enthoben Herrn O. von der vermeintlichen Notwendigkeit, ein „geschliffener, geistreich-sprudelnder Unterhalter“ sein zu müssen.

Die gemeinsame Sexualität entwickelte sich über einen längeren Zeitraum, war aber eher Quelle von Frust denn von Lust. Petting erfolgte einseitig zugunsten von Herrn O und wurde als „krampfhaft“ und nur „als Mittel zum Zweck“ (nämlich zur Vorbereitung auf die „eigentliche Sexualität“, den Koitus) erlebt. Versuche, diesen zu erzwingen, scheiterten sowohl an seiner Erektionsstörung als auch an ihrer mangelnden Lubrikation infolge fehlender Erregung. Hieraus resultierten teils dramatische Wut- und Verzweiflungsausbrüche bei Herrn O.

Cunnilingus wurde einmal versucht; für Frau C. war diese Erfahrung äußerst anregend, der Partner hingegen „verzog sein Gesicht vor Ekel“.

In der Zwischenzeit hatte Herr O. einige Wochen bei seiner Partnerin in deren Heimatland verbracht, so dass die Sitzungen nun in größeren Abständen stattfanden. Beide hatten weiterhin Selbsterfahrung betrieben, durch Lesen erotischer Werke ihre „erotische Welt kultiviert“ und mit ganz unterschiedlichen Möglichkeiten der gegenseitigen Stimulation experimentiert, ohne die frühere Verbissenheit aufzuweisen. Ein größeres Maß an Gelassenheit war eingekehrt. Frau C. hatte nun erstmalig beim Petting einen Orgasmus erlebt. Durch dieses Erlebnis wurden beide Partner beflügelt. Herr O. berichtete, dass seine Partnerin nun „schnell feucht“ werde, wenn man sexuell zusammen sei.

In dieser Situation – beide hatten eine enorme Entwicklung hinter sich gebracht; es fehlte nur noch die Erfahrung, dass Koitus letztendlich „Streicheln von innen“ bedeutet; eine Paartherapie konnte nicht fortgeführt werden, da Frau C. in ihrem Heimatland bleiben würde – wurde anlässlich eines Paartermins während eines Besuchs von Frau C. in Kiel vereinbart, dass Herr O. versuchsweise Sildenafil einnehmen solle. Zwei Tage später berichtete das Paar hocheufreut, dass nun endlich der Koitus stattgefunden habe. Das Erlebnis sei (erwartbar!) zwar einerseits desillusionierend gewesen, andererseits aber habe es Herrn O. „unglaublich entlastet“ und Frau C. „Hunger auf mehr“ gemacht. Das Paar verabschiedete sich überglücklich, um von nun an gemeinsam in Südeuropa zu leben.

Fast auf den Tag genau ein Jahr nach diesem letzten Paarkontakt rief Herr O. aus dem neuen Heimatland an und erzählte, dass die gemeinsame

Sexualität nun eine große Freude für beide sei. Vom früheren Frust sei nichts mehr übrig. Man habe Koitus, wann immer man das wünsche; aber es sei auch in Ordnung, wenn man mal etwas anderes oder auch gar nichts wolle. Herr O. bedankte sich sehr für die therapeutische Arbeit und schloß mit den Worten: „Ich habe von den vier Pillen, die Sie mir damals aufgeschrieben haben, noch zwei übrig – aber die brauche ich nicht mehr!“

## Diskussion

Dieser Therapieverlauf war insofern untypisch, als die Erhebung der biografischen Anamnese erst stattfand, als die therapeutische Arbeit schon fortgeschritten war. Dieses Vorgehen war dem Zeitdruck geschuldet, der sich aus der baldigen Abreise der Partnerin ergab. Die Konsequenz aus diesem Vorgehen, die bewußt in Kauf genommen wurde, war die nicht vollständige Klärung der Psycho- und Paardynamik. Dass dieses potentielle Risiko bei entsprechender therapeutischer Erfahrung auch einmal eingegangen werden kann, zeigt der positive Verlauf dieser symptomorientierten Therapie.

Durch die konsequente Ausrichtung der Arbeit einerseits auf die jeweilige Entfaltung der individuellen Erlebnishorizonte beider Partner, die sich in der Selbsterfahrung ausdrückte und andererseits auf die Entwicklung eines breiteren Möglichkeitenspektrums in der partnerschaftlichen Begegnung gelang es, die

mit hoher Wahrscheinlichkeit vorliegende Kollusion aufzulösen (ihr unbewußtes Interesse, dass sich an seiner Erektionsstörung nichts ändert, weil sie sonst mit ihrem eigenen vermeintlichen sexuellen Unvermögen konfrontiert wäre).

Wie so häufig in der Sexualtherapie wurde nicht am Kern der vorliegenden Züge einer ängstlich vermeidenden Persönlichkeit des Herrn O. und auch nicht an seinen anankastischen, vermutlich ecclesiogen mitverursachten Verschmutzungs- und Versündigungsängsten gearbeitet. Aber offensichtlich war es ausreichend, auf dem Boden einer gut funktionierenden, liebevollen Partnerschaft Entwicklungen anzustoßen, die eigentlich schon längst überfällig gewesen waren.

Als praktische Erfahrung zeigt sich aus dem beschriebenen Verlauf, dass es möglich ist, in der Therapie auch einmal eine Stufe zurückzugehen, wenn sich herausstellt, dass das Fortschreiten zu schnell gewesen war und die Lernziele der vorliegenden Stufe noch nicht vollständig erarbeitet worden waren.

Zum Schluß sei noch darauf hingewiesen, dass es auch für vornehmlich psychotherapeutisch arbeitende Sexualtherapeuten durchaus legitim und hilfreich ist, sich der Optionen zu bedienen, die die somatische Medizin und insbesondere die Pharmakologie zur Verfügung stellt. In dem vorliegenden Fall war nur ein Anstoß vonnöten, um dem Patienten zu der Erfahrung zu verhelfen, dass der vermeintliche „Berg Koitus“ gar nicht schroff und unbezwingbar ist, sondern vielmehr als sanfter Hügel zu einer wunderschönen Aussicht einlädt.

### Adresse des Autors

Dr. med. Andreas Dabelstein, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Arnold-Heller-Straße 12, 24105 Kiel, mail: dabelstein@sexmed.uni-kiel.de

# „Wir haben ein Kommunikations- kein Sexualproblem miteinander“

Dirk Rösing

## „We Have a Communication, not a Sexual, Problem with Each Other“

Hinter der Symptomatik einer Erektionsstörung kann sich eine sexuelle Lustlosigkeit verbergen. Diese wiederum kann Ausdruck einer tieferliegenden Persönlichkeits- und/oder Partnerschaftsproblematik sein. Sexualität in ihrer kommunikativen Dimension zu erkennen, um somit körpersprachlich psychosoziale Grundbedürfnisse zu befriedigen, ist die Grundvoraussetzung dafür, dass diese auch umfassend, nicht nur punktuell lustvoll erlebbar ist. Die im folgenden in Ausschnitten dargestellte zwanzigstündige Sexualtherapie zeigt die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen auf, Sexualität als Körpersprache zu verstehen. Sich dieser Sprache bewusst zu werden, kann helfen Stärken, aber auch Defizite einer Partnerschaft zu erkennen und daraus Konsequenzen zu ziehen.

### Erstkontakt mit dem Patienten

Ein 42-jähriger gepflegt wirkender und gut gekleideter Mann stellt sich zur weiteren Diagnostik mit der Diagnose „Erektile Dysfunktion“ in der Sexualmedizinischen Sprechstunde der Poliklinik für Urologie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald vor. Die Symptomatik schildert er mit den Worten: „Ich bin mit meinem Sexualleben nicht zufrieden“. Er habe bereits Tabletten (Apomorphin) vom überweisenden Urologen erhalten, jedoch nicht eingenommen. Herr S. berichtet von seiner Ehefrau, die mehrfach fremdgegangen sei. „Ich habe kein Verlangen mehr. Ich finde keine Antenne zu ihr“. Der Naturwissenschaftler ist seit 20 Jahren verheiratet. Aus der Ehe sind drei Kinder hervorgegangen. Seine Ehefrau ist seine erste und einzige Sexualpartnerin. Das „erste Mal“ sei sehr „schön

und befreiend“ gewesen. Erektionsschwierigkeiten seien in der Ehe immer wieder aufgetreten. „Ganz zufrieden mit dem Sex war ich nie.“ Die Kontrolle der Ejakulation bereite ihm keine Schwierigkeiten. Nach sexuellen Vorlieben gefragt, benennt Herr S. Oralsex, den er aber mit seiner Frau noch nicht erlebt habe. Auf die Nachfrage nach erlebtem Oralsex schildert er eine Männerbekanntschaft, die 5 Jahre zurückliegt. Er habe beim Sex mit dem anderen Mann eine „Penisschwäche gespürt“. Zu dieser Zeit, berichtet Herr S., sei es ihm in seiner Beziehung schlecht gegangen. Streitigkeiten mit seiner Frau, Ärger beim Hausbau und Stress in der Firma seien Ursachen dafür gewesen, „dass alles um mich wegbrach.“ „Der Mann fing mich auf, streicheln, in den Arm nehmen, das wollte ich, das war Balsam. Ich war verliebt in ihn.“ Seine Ehefrau kennt die Affäre und habe „verständnisvoll“ reagiert. Am Ende des Erstkontaktes sagt Herr S.: „Ich will keine Lösung oder Vorgaben, es tut mir gut darüber zu reden.“

### Erstkontakt mit dem Paar

Frau S. ist eine attraktive 42-jährige Frau und schildert unter Tränen die Problematik. „Wir haben in letzter Zeit viel gesprochen und nehmen mehr Rücksicht aufeinander.“ Vor zwei Monaten sei es letztmalig zum Geschlechtsverkehr mit ihrem Mann gekommen. „Es war sehr schön.“ Herr S. bestätigt die Aussage, benennt aber negative Gedanken, die ihn nach dem erlebten Geschlechtsverkehr belasten. Geschlechtsverkehr sei für beide „das höchste Glücksgefühl, die Krönung der Zweisamkeit.“ Sie sagt: „Zärtlichkeiten sind wichtig um akzeptiert und wahrgenommen zu werden“, woraufhin er erwidert: „ich weiß, dass ich das so nicht kann“. Frau S. schildert ihre Wünsche mit den Worten: „mehr gemeinsame Unternehmungen, körperliche Zärtlichkeiten, mehr Nähe und Geborgen-

heit.“ Er ist der Meinung „ich brauche nicht soviel Anerkennung“ und wehrt den Vorschlag vom Therapeuten nach gemeinsamen Unternehmungen als „künstlich“ ab. Die Gespräche verlaufen mit großer Affektibilität, beide weinen mehrfach in den Gesprächen. Gegenseitige Vorwürfe zur Vergangenheit stehen im Vordergrund. Frau S. berichtet Tagebuch zu schreiben: „da steht die letzten Jahre nicht viel Positives über unsere Beziehung drin“. „Er überlegt viel und spricht nicht über seine Gefühle.“ Worauf er antwortet: „Ich hatte Angst über Gefühle zu sprechen, weil es dann Streitigkeiten gab, die ich nicht wollte.“

## Lebensgeschichtliche und soziosexuelle Entwicklung der Partner

Herr S. lebte mit seinem 6 Jahre jüngeren Bruder im elterlichen Zuhause. Er berichtet über seine „rosarote Kindheit“. Der Vater fuhr als Funkoffizier zur See und war nur in größeren Abständen zu Hause, die Mutter arbeitete als Krankenschwester. „Es hat an nichts gefehlt, es war ein sehr schönes Familienleben.“ Auf die Frage an wen er sich emotional anlehnen konnte, antwortet er: „ich hatte nicht das Bedürfnis“. „Ich habe viel geträumt.“ Körperliche Kontakte zu den Eltern werden kaum erinnert. Die Pubertät habe mit 13 Jahren begonnen. Den ersten Samenerguss erlebte er mit Verunsicherung. Im Vordergrund der sexuellen Aufklärung stand die „Mechanik“. „Die Pubertät war peinlich für mich.“ Mit Nacktheit sei „natürlich“ umgegangen worden. Zwei Freundinnen zur Oberschulzeit werden erinnert, mit denen er jedoch nicht sexuell verkehrt habe. Masturbationsphantasien sind eher anonym aber auf weibliche Merkmale w. z. B. Brust und Beine ausgerichtet. Seine Eltern habe er als „ideales Paar“ erlebt. Deshalb war die spätere Trennung der Eltern für ihn schockierend. Der Vater sei fremdgegangen, eine Versöhnung der Eltern habe nie stattgefunden. Sein Bruder verunglückte 1994 tödlich. Den Verlust erlebte er sehr schmerzlich. „Er hat nicht viel geredet, so wie mein Vater. Ich glaube er hat mich sehr gemocht.“ In der Zeit habe seine Frau ihn aufgefangen. „Sie war mein Halt.“ „Ich habe immer gedacht, ich komme mit allem selber klar.“

Frau S. hat einen zwei Jahre jüngeren Bruder. Bis zum Beginn ihres Studiums lebte sie in der gemeinsamen Familie. Den Vater beschreibt sie als „zurückhaltend, ruhig, sachlich, keine Gefühle zeigend“. „Er war ein sehr nüchterner Mensch.“ Ihre Mutter beschreibt sie als resolute Frau, die Schuld und Strafen

verteilt. Die Großmutter spielte als „Seelentröster“ eine wichtige Rolle. Bezüglich der sexuellen Aufklärung habe die Mutter, als sie 16 Jahre alt war, Gespräche gesucht. Sie habe diese mit den Worten „ich weiß doch alles“ abgewehrt. Die Menarche erlebte sie traumatisierend durch zwei stationärer Aufenthalte mit Bluttransfusionen. Nacktheit in der Familie war kein Tabu. Bezüglich sexueller Phantasien und Wünsche sind ihr keine erinnerlich. „Sexuelle Erregung war für mich zweitrangig. Ich hatte an Sex keine Erwartungen.“ „Nähe, Geborgenheit und akzeptiert zu werden sind für mich sehr wichtig.“ Masturbationserfahrungen bestehen nicht. „Auf dem Fahrrad waren die Gefühle manchmal angenehm.“ Mit 18 Jahren lernt sie ihren späteren Ehemann kennen, der zugleich ihr bis dahin erster Sexualpartner ist.

## Beziehungsentwicklung

Das Paar lernte sich während des gemeinsamen naturwissenschaftlichen Studiums kennen. Das erste Jahr sei besonders konfliktreich verlaufen. Sie war sehr verliebt, sich aber immer unsicher bezüglich seiner Gefühle ihr gegenüber. Zum ersten Geschlechtsverkehr befragt, antwortet Frau S.: „Es hat von seiner Seite aus nicht funktioniert. Es war für mich aber kein Problem.“ Er sagt stolz: „Sie hat mich zum Mann gemacht.“ Widersprüchlich betrachten beide die Vergangenheit. „Es gab nie bei uns eine rosarote Zeit.“ „Das sehe ich anders“ erwidert er. Die Konflikte in der Anfangsphase führten bei Frau S. zu einem Suizidversuch. „Ich wollte spüren, dass sich jemand um mich kümmert, man begehrt wird.“ Frau S. betont sie hätte sich „als Klotz am Bein“ ihres Partners gefühlt. „Ich hatte nie großes Selbstvertrauen. Ich habe ihn zu sehr unter Druck gesetzt.“ Selbstzweifel, ob sie die richtige Partnerin sei, werden wiederholt verbalisiert. „Ich habe das Gefühl, dass er mit mir nicht glücklich ist.“ „Ich habe die Kälte beklagt, es war wenig Nähe und Wärme zwischen uns. Ich hatte das Gefühl ihm nicht zu genügen.“ Nach 12 Jahren Ehe lernt sie einen 17 Jahre älteren Mann kennen. Nach 6 Monaten, in denen keine sexuellen Kontakte mit diesem Mann stattfanden, „beichtet“ sie ihrem Mann diese Beziehung. „Ich war erleichtert meine Gefühle zu offenbaren.“ Die Reaktion ihres Mannes erlebte sie als „schöne und hoffnungsvolle Zeit“. „Er hat sich um mich bemüht. Er war liebevoll und hat sich mir zu gewandt.“ Drei Jahre später erfährt sie von seiner homoerotischen Erfahrung. Sie nimmt die alte Beziehung wieder auf und „schläft“ mit dem Mann. „Sex war eigentlich

nicht das, was ich wollte.“ Ihre Sehnsucht nach Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse werden durch einen Traum besonders deutlich. „Ich habe von einem dicken, hässlichen Mann geträumt, nur um in den Arm genommen zu werden.“ Zwei Jahre später geht sie erneut „fremd“, diesmal mit dem „besten Freund“ ihres Mannes. „Ich hatte keine Liebe mehr für meinen Ehemann.“ Sie kehrt jedoch zu ihm zurück, als er erneut um sie wirbt. „Als er wiederkam und sagte, er will bei mir bleiben, habe ich sofort wieder Gefühle für ihn empfunden.“

## Weiterer Therapieverlauf

Auf die Frage, was das Paar beieinander hält, antwortet sie: „ich finde ihn außergewöhnlich, er kann sich einfühlen, er ist ein guter Vater.“ Er sagt: „Sie hat mich zum Mann gemacht. Sie ist die Einzige, zu der ich dieses Urvertrauen hatte.“ Frau S. interveniert: „Was ist es, was du heute noch an mir gut findest?“ Darauf erwidert er: „Du bist verständnisvoll, attraktiv, die Versorgung der Kinder war immer gut.“ Es kommt zu einem Streitgespräch, nachdem sie sagt: „die Geschäftsbeziehung hat immer gut funktioniert.“ Das Bild eines Netzes wird von ihm eingebracht. „Aber sie schneidet immer große Löcher ins Netz.“ „Vielleicht haben wir in ihnen (Therapeut) jemanden gesucht, der uns das Netz neu baut.“

Die 9. Stunde wird von ihr mit der Bitte nach einer „neuen Sitzordnung“ eröffnet. „Ich möchte meinem Mann gegenüber sitzen, um mit ihm direkt sprechen zu können.“

Über die Weihnachtsfeiertage habe es nur zweimal eine Streitsituation gegeben. Nachdenklich erläutert er seine Gedanken. „Ich habe mich in meine Frau hineingefühlt. Ich habe sie nicht wahrgenommen. Sie hat sich abgelehnt gefühlt. Ich glaube, sie hat nicht den Sex mit den anderen Männern gesucht. Erst jetzt habe ich es verstanden.“ „Wir haben ein Kommunikationskeine Sexualproblem miteinander.“ „Ich möchte auf sie zu gehen und kann es noch nicht so. Ich träume nachts von ihr und bin sexuell erregt. Im Traum schlafe ich mit meiner Frau.“ Frau S. ist sichtbar positiv berührt und überrascht. „Die Zärtlichkeiten, die er mir gibt, sind sehr schön. Ich genieße den Moment.“ Beide stellen fest, dass die Kommunikation über Gefühle und Bedürfnisse noch nicht ausreichend ist und daran gearbeitet werden muss. Beide entwickeln die Idee sich körperlich, durch den Austausch von Zärtlichkeiten, annähern zu wollen. Das Paar vereinbart, sich dafür eigens Zeit zu nehmen und vorerst auf den Koitus zu verzichten, um sich ganz auf die körpersprachliche

Kommunikation ihrer Gefühle zu konzentrieren.

Beide berichten nachfolgend über positive Erfahrungen. „Es war sehr angenehm. Warum sind wir nicht selber auf diese Idee gekommen.“ Herr S. berichtet allerdings auch über aufgetretene negative Gedanken. Beim Streicheln habe er seine Hände „als fremde Männerhände“ erlebt und sei in ein „schwarzes Loch gefallen“. „Ich fühle mich dann minderwertig. Ich vergleiche mich mit anderen.“ Sie widerspricht seiner Aussage und gibt ihm die Bestätigung, dass sie nur ihn will.

Die positiven Rückmeldungen des Paares werden auch in den folgenden Stunden verstärkt. Sie sagt: „Ich hatte innerlich den Wunsch nach mehr, konnte die Grenzen aber respektieren.“ „Wir haben uns viel mehr Zeit dafür genommen. Ich empfinde die vereinbarte Aufgabe als sehr angenehm.“ Er ergänzt, dass die negativen Gedanken deutlich weniger geworden sind und er sich gerne auf die neuen Erfahrungen einlässt und sie nicht mehr als künstlich empfindet. Frau S. wünscht sich mehr Rückmeldung von ihrem Partner während des Streichelns. „Ich bin unsicher, ob es überhaupt schön für ihn ist.“ Erneut zweifelt sie daran „die richtige Frau“ für ihn zu sein. Hier nimmt der Therapeut nochmals Bezug auf die Empfindungen beider, sich klein zu fühlen. „Ich fühle mich manchmal klein und hässlich. Ich würde mich ihr gern anvertrauen, aber ich kann es nicht.“ Sie erwidert: „Du fühlst dich manchmal erst gut, wenn ich mich schlecht fühle. Du sagst zwar, dass ich die Richtige für dich bin, aber ich weiß nicht, ob ich es dir glauben kann.“ Die Ängste dem Partner nicht zu genügen, ihn zu verlieren und vor erneutem Vertrauensbruch wird in den wiederholten verbalen Kämpfen zwischen beiden deutlich. Der „Kampf“ wird vom Therapeuten als „Kampf um die Beziehung“ dem Paar positiv gespiegelt. Beide stimmen dieser These zu, bestärkt durch das in den Streichelübungen positiv Erlebte. Zunehmend werden sexuelle Erregung beim Sensualitätstraining bekundet. „Ich hätte die Schranke (vereinbarter Verzicht auf Koitusverbot) durchbrochen, wenn ich eine kräftige Erektion bekommen hätte.“ Beide spüren die Erregung des Partners und verbalisieren diese.

Frau S. bemängelt abermals die zu geringen Rückmeldungen seinerseits. „Ich merke es nicht, dass er es schön findet. Mir fehlen die Rückmeldungen.“ Den nächsten Erfahrungsschritt des erkundenden Streichelns mit Einbeziehung der Genitalien bzw. der weiblichen Brust erfüllen beide nicht. Hier werden die bekannten Konflikte offensichtlich und die Abwehr vor allem seinerseits deutlich. „Ich habe immer gedacht, ich komme mit allem selber klar.“ „Es wird nicht darüber gesprochen.“ Hier stellt sich das Defizit

an Kommunikation erneut deutlich dar.

Auf Wunsch des Paares durch „berufliche Verpflichtungen“ begründet, wird die 15. Stunde erst nach weiteren 4 Wochen durchgeführt. Die Sitzung ist geprägt vom Gefühl der Hoffnungslosigkeit. Die Sensualitätsübungen wurden nur „selten“ durchgeführt (dreimal). „Es ist keine Verständigung möglich, es hat keinen Sinn mehr.“ Worauf sie erwidert: „Es ging uns beiden so schlecht, dass wir nicht mehr in der Lage waren, den anderen herauszuziehen.“ „Mein Hauptproblem ist mein Selbstwertgefühl. Ich definiere mich nur über meine Beziehung.“ Es wird der Gedanke einer Einzeltherapie von ihr aufgeworfen. „Ich glaube, das hilft uns nicht weiter“ sagt er. Zu den Übungen befragt, antwortet Frau S.: „Wir gehen den zweiten Schritt vor dem ersten. Zwischen uns war der Sex immer schön, das ist nicht das Problem.“ Nach zwei heftigen Streitgesprächen in der Häuslichkeit sei das Thema Trennung offen angesprochen worden. Die wenigen Male, die das Paar nutzt, um die „Übungen“ durchzuführen bringen Entspannung. Beide beschreiben das Erlebte als schön und erregend.

Beide Partner betonen immer wieder sich vertrauen zu wollen. Streitgespräche bezüglich der Vergangenheitsbewältigung führen bei beiden zu Zweifeln, dem anderen „glauben zu können“. Dies wird nochmals ganz deutlich bei der Darstellung der homoerotischen Erfahrungen, welche sie erneut ins Gespräch bringt. Ebenso zweifelt er an der Glaubwürdigkeit seiner Partnerin bezüglich ihrer Affären. Immer wieder wird in den Therapiesitzungen deutlich, dass er sich selber und seiner Partnerin nicht verzeihen kann. Sie betont wiederholt bereit zu sein, die Vergangenheit ruhen zu lassen. Das Paar wird offen mit dem Gefühl des Therapeuten konfrontiert, dass ohne Vertrauen der Fortbestand der Beziehung in Gefahr ist und diese Entscheidung dem Paar allein unterliegt. Nach Vorschlägen befragt, wodurch Veränderungen entstehen könnten, sagt Frau S.: „Ich könnte ohne Vorbehalte neu anfangen.“ „Muss ich denn erst am Boden liegen?“ fragt sie mit Blick zu ihrem Partner. Er antwortet resigniert: „Ich möchte nicht mehr leiden und bis spätestens zum Sommer Klarheit haben.“ Der Therapieverlauf wird vom Therapeuten als Abwehr des Paares bezüglich notwendiger Veränderungen gedeutet.

In der 16. Stunde berichten beide über einen erlebten Koitus. Am selben Abend sei die Situation jedoch erneut eskaliert. Er habe sich nicht verstanden gefühlt und käme mit ihr nicht zur Ruhe. Sie habe diese Äußerungen als Provokation aufgefasst und sei wütend geworden. Frau S. signalisiert ihrem Mann Gesprächsbereitschaft. Auf die Frage, ob er seiner Frau ein Angebot unterbreiten könne, folgt langes Schwei-

gen. Dies interpretiert er mit den Worten: „Ich fühle mich hilflos, verletzt, in die Ecke gedrängt. Ich würde am liebsten aufstehen und gehen.“ Enttäuscht antwortet Frau S.: „Ich habe gehofft, jetzt kommt was von ihm. Ich habe das Gefühl, er will nicht mehr, das Pauschale verletzt mich.“ Erstmals beschreibt sie selbstbewusst ihre Empfindungen: „Die Welt ist nicht zu Ende, wenn unsere Beziehung zu Ende ist. Mir geht es jetzt nicht so schlecht wie damals.“ „Vielleicht geht es ihm jetzt schlechter als mir.“ Der Therapeut benennt nochmals die Eigenverantwortung des Paares für die Entscheidung des weiteren Weges.

In der folgenden Therapiestunde besteht ein Wandel der Wünsche. Nachdem das Paar eine Trennung für den besseren Weg hält, äußert er nun die Bereitschaft, die Vergangenheit ruhen zu lassen. Frau S. möchte diese jetzt aufarbeiten. „Ich habe sie in den Arm nehmen müssen.“ „Ich habe das Bedürfnis gehabt.“ „Ich fand es schön in den Arm genommen zu werden. Es zerreißt mich. Es ist eine Welt zusammengebrochen.“ Weil das Paar an der Entscheidung Trennung zweifelt, wird vom Therapeuten der Auftrag erteilt einmal so zu leben, als wären ihre Probleme nicht existent. Jeder sei für sich selber verantwortlich. Es bestünde nun ein „Denkverbot für negative Gefühle“ statt einem Koitusverbot. Frau S. reagiert erschrocken und mit fragendem Blick auf diesen Vorschlag. Herr S. signalisiert sofort Bereitschaft an der Aufgabe zu arbeiten. Nach weiteren 4 Wochen erscheinen beide in lockerer Stimmung. Die erteilte Aufgabe wurde umgesetzt. Beide berichten über positive Erfahrungen. „Mir ist klar geworden, man kann es nicht so laufen lassen. Ich habe sie geküsst und hatte keine negativen Bilder. Es ging mir gut dabei.“ „Es war schön, wenn er mich gedrückt hat. Ich würde mich freuen, wenn er mir noch mehr Zuneigung zeigt.“ Positives bewusster wahrnehmen und verstärken, positive Rückmeldungen an den Partner geben sind Gedanken, die das Paar verbalisiert. Die Therapiestunde wird geprägt von weiteren konstruktiven Ideen zur Umsetzung der Ziele. Er sagt: „die Probleme sind so klein geworden, dass man sie in eine Schachtel legen kann.“ Der nächste Termin findet 6 Wochen später, nach dem Urlaub des Paares statt. Beide erscheinen sichtlich entspannt und lächelnd. „Mir geht es deutlich besser.“ Sie begründet dies mit mehr gespürter Zuwendung, Gefühle für ihn würden wieder vorhanden sein, Zärtlichkeiten sind häufiger und Aufmerksamkeiten nehmen zu. Etwas verunsichert sagt Frau S.: „Ich kann mich noch nicht fallen lassen, weil ich damit rechne, dass noch etwas kommt. Wir hatten schon so viele Neuanfänge.“ Herr S. berichtet die letzten Wochen sehr entspannt erlebt zu

haben. „Ich fühle mich so gut wie lange nicht mehr.“ Beide berichten sexuell miteinander verkehrt zu haben. Dabei seien bei ihm keine negativen Gedanken gekommen. Sexuelle Erregung hätten beide verspürt. Eine Erektionsstörung sei nicht aufgetreten. Sie geben sich positive Rückmeldungen. Die in der vergangenen Stunde besprochenen Aufgaben wurde umgesetzt, gemeinsame Unternehmungen zusätzlich durchgeführt. Lösungsansätze zur Streitbewältigung werden mit dem Paar erarbeitet.

Nach einem vereinbarten Zeitraum von drei Monaten stellt sich das Paar erneut vor. Beide bedanken sich beim Therapeuten für die gewonnenen Einsichten für die eigene Person aber auch zum Partner. Überraschend bekundet Frau S., die für sie entgültige Entscheidung zur Trennung. Herr S. habe diese Entscheidung für sich noch nicht treffen können. Beide berichten, dass es ihnen nicht gelungen sei, die gewünschte Nähe zum Partner zu finden. Auch in dieser Therapiestunde ist das Gefühl von Unentschlossenheit beim Paar zu spüren.

## Abschließender Kommentar

Mangelndes Selbstwertgefühl bis hin zum Suizidversuch sprechen für deutliche Persönlichkeitsdefizite bei Frau S. Bei ihm ist ein erhebliches Kränkungs-potential zu verzeichnen. Bemühungen um seine Frau waren immer dann am größten, wenn sie eine Nebenbeziehung aufbaute oder Trennungsabsichten äußerte. Beide finden Bedürfnisbefriedigung nach Nähe, Geborgenheit und Akzeptanz in fremden Beziehungen und sind erst im Laufe der Therapie in der Lage, das zu erkennen und für ihre Beziehung teilweise umzusetzen. Dabei lernt das Paar durch Körpersprache sich diese Bedürfnisse zu erfüllen. Einen Koitus als eine Form des „sich in den Partner Einfühlens“ zu begreifen, stellt den Schlüssel dar, Sexualität wieder lustvoll erleben zu können. Im vorliegenden Fall wurde die syndyastische Sexualtherapie nach Beier und

Loewit angewendet. Diese fokussiert auf die psychosozialen Grundbedürfnisse nach Annahme, Nähe, Zugehörigkeit und der daraus resultierenden Geborgenheit und Sicherheit. „Sexualverhalten von Umarmung und Kuss bis zum Koitus vermag diese Grundbedürfnisse oder Sehnsüchte zugleich zum Ausdruck zu bringen und zu verwirklichen, also zu kommunizieren und zu erfüllen.“<sup>1</sup>

Der jahrelange Kampf des Paares, um die Vormachtsstellung „wem geht es schlechter“, führt zur Limitierung, positive Bewältigungsstrategien dauerhaft für den Fortbestand der Beziehung einzusetzen. Das Paar erkennt in der Therapie Kommunikationsdefizite, ist aber nur bedingt bereit gewohnte inadäquate Lösungsversuche zu verlassen. Die Persönlichkeitsstrukturen stellen keine Kontraindikation für diese Sexualtherapie dar. Sexualität konnte als Körpersprache, wenn auch im begrenzten Umfang, positiv wahrgenommen werden. Durch die Therapie wurde nicht die Schuldfrage in den Vordergrund gestellt, sondern die Frage nach der notwendigen Verantwortung des Einzelnen, um eine für beide befriedigende Beziehung leben zu können. Damit wurde das Paar selbst gefordert den Veränderungsprozess zu gestalten. Beiden wird bewusst, wo die eigenen Grenzen liegen, den jahrelang gelebten Zustand partnerschaftlichen „Leidens“ aufrechtzuerhalten oder zu verändern.

Das sexuelle Symptom war Spiegelbild der gestörten Kommunikation und es wird interessant bleiben, ob das Paar mit den erlernten Bewältigungsmöglichkeiten dauerhaft positive Veränderungen erzielen kann. Ein passives „miteinander leiden“ wird nach Ansicht des Therapeuten für dieses Paar nicht mehr notwendige Bedingung sein. Beide sind nun besser in der Lage, auch mit dem Thema Trennung verantwortungsvoll um zugehen. Das Gefühl von Hoffnungslosigkeit, das im Therapieverlauf mehrfach zu spüren war, ist am Ende der Behandlung beim Paar und beim Therapeuten nicht mehr existent.

<sup>1</sup> Beier, K.M.; Loewit, K.: Lust in Beziehung; Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg 2004:14. Weitere Literatur kann beim Verfasser angefordert werden.

### Anschrift des Autors

Dr. med. Dirk Rösing, Klinik und Poliklinik für Urologie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Fleischmannstr. 42-44, 17487 Greifswald,  
mail: roesing@urologie.uni-greifswald.de

# Tadalafil (Cialis®) in der Therapie der erektilen Dysfunktion

Tim Schneider, Herbert Sperling, Herbert Rübber

## Tadalafil (Cialis®) in the Therapy of Erectile Dysfunction

### Abstract

Tadalafil and vardenafil are new PDE-5-inhibitors for the treatment of male erectile dysfunction. Due to the fact, that sildenafil is available in the USA since 1998, clinical data exceed that of the other drugs, but data referring to tadalafil increase everyday. Inhibition of PDE-5 leads to an increased amount of the intracellular transmitter cGMP, resulting in a relaxation of smooth cavernous muscle in combination with parallel sexual stimulation by NO-release from the cavernous nerves. Tadalafil is available in 10 and 20mg dosage. As starting dosage 10mg are recommended, especially in case of renal or hepatic insufficiency or in patients older than 65 years. Meals, rich in fat and alcohol do not reduce the effect of tadalafil and therefore a 2 hour fasting period is not necessary.

A success rate of 50-80%, referring to all forms of erectile dysfunction can be expected, with better results in patients with moderate ED than in patients with severe organic ED. Patients, following radical prostatectomy, can also be treated sufficiently with tadalafil. Side effects resemble those of the other PDE-5-inhibitors with PDE-6 being less and PDE-11 being more affected. Absolute contraindications are parallel intake of nitrates or NO-donators, which may lead to a severe, life-threatening drop in blood pressure. In the end, tadalafil offers the patient a broad range of flexibility and spontaneity referring to his sexuality due to its effectiveness up to 36 hours.

**Keywords:** Erectile dysfunction, Tadalafil, PDE-5-inhibitors

### Zusammenfassung

Zur Therapie der erektilen Dysfunktion des Mannes stehen neben Sildenafil die PDE-5-Inhibitoren Vardenafil und Tadalafil zur Verfügung. Die Datenlage zu Tadalafil ist im Vergleich zu Sildenafil noch begrenzt, vergrößert sich aber

zunehmend. Durch die Hemmung der PDE-5, die cGMP abbaut, kommt es zu einer erhöhten Konzentration dieses intrazellulären Transmitters. Dies führt zu einer Relaxation der kavernenösen glatten Muskelzellen bei paralleler sexueller Stimulation über die Freisetzung von Stickoxid aus den Nervenendigungen der N. cavernosi. Verfügbare Dosierungen von Tadalafil sind 10 und 20mg. Als Anfangsdosis empfehlen sich 10mg, insbesondere im Falle einer renalen oder hepatischen Schädigung oder aber einem Alter >65 Jahre. Fettreiche Mahlzeiten und Alkoholgenuss vermindern die Wirkung nicht, so dass keine Nüchternepisode vor der Einnahme notwendig ist.

Die Erfolgsrate von Tadalafil beträgt 50-80% bei allen Formen der erektilen Dysfunktion und gleicht der von Sildenafil, wobei Patienten mit milder ED stärker profitieren, als solche mit schwerer organischer erektiler Funktionsstörung. Auch bei Patienten mit postoperativer ED (z.B. nach radikaler Prostatektomie) lassen sich gute Therapieerfolge erzielen. Das Nebenwirkungsspektrum gleicht dem der anderen PDE-5-Inhibitoren, wobei die PDE-6 weniger und die PDE-11 stärker beeinträchtigt werden. Als absolute Kontraindikation gilt die parallele Einnahme von nitrathaltigen Medikamenten oder NO-Donatoren, da diese in Kombination mit Tadalafil zu einem lebensbedrohlichen Blutdruckabfall führen können. Durch sein breites Wirkfenster von bis zu 36 Stunden bietet Tadalafil für den Patienten und seine Partnerin ein großes Maß an Flexibilität und Spontaneität in der Ausübung ihrer Sexualität.

**Schlüsselwörter:** Erektile Dysfunktion, Tadalafil, PDE-5-Inhibitoren

## Einleitung

Neben den oral applizierbaren, zentralen Pharmaka der erektilen Funktion Apomorphin und Yohimbin, die im Rahmen dieser Serie bereits vorgestellt wurden,

stehen für die Therapie der erektilen Dysfunktion des Mannes die Phosphodiesterase-Typ-5-Inhibitoren (PDE-5-Inhibitoren) Sildenafil und seit 2003 auch Vardenafil und Tadalafil zur Verfügung. Nachdem Sildenafil bereits vorgestellt wurde, soll im Rahmen dieses Artikel die Substanz Tadalafil in der Therapie der ED gesondert dargestellt werden. Im Gegensatz zu Vardenafil und Sildenafil besitzt Tadalafil ein anderes pharmakokinetisches Profil, welches in einer erektionsfördernden Wirkung bis zu 36 Stunden resultiert. Eine Einmaldosierung von Tadalafil eröffnet daher dem Patienten ein größeres Zeitintervall zur Ausübung der sexuellen Aktivität. Die Datenlage zu Tadalafil ist im Vergleich zu Sildenafil noch begrenzt, vergrößert sich aber zunehmend und erlaubt ebenfalls einen umfassenden Überblick über Indikationsstellung, Erfolgsraten, Nebenwirkungen und Kontraindikationen.

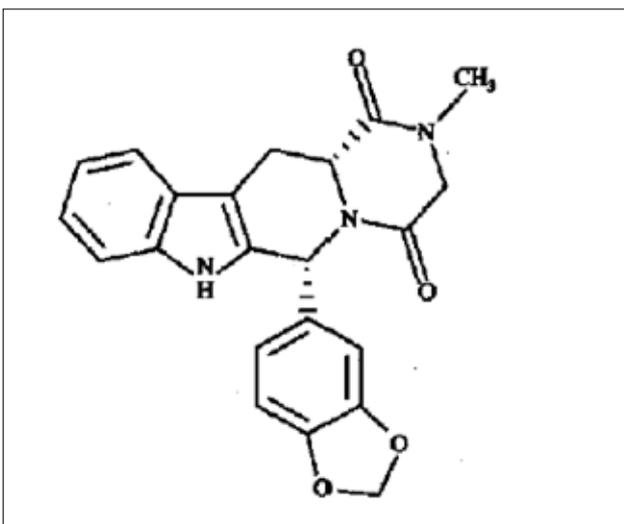
## Pharmakologie

Phosphodiesteraseinhibitoren verhindern den intrazellulären Abbau von Phosphodiestern, wie dem zyklischen Adenosinmonophosphat (cAMP) oder dem zyklischen Guanosinmonophosphat (cGMP). Diese beiden zyklischen Nukleotide sind sogenannte „second messenger“ und damit wesentlich an der intrazellulären Informationsübertragung von Hormonen und Neurotransmittern beteiligt. Durch Hemmung ihres Abbaus wird die intrazelluläre Wirksamkeit verstärkt. Es existieren mindestens 11 Phosphodiesteraseuntergruppen, die sich molekulargenetisch, biochemisch und aufgrund ihrer Gewebelokalisation unterscheiden. Tadalafil ist ein selektiver PDE-5-Inhibitor und über

10.000fach stärker auf PDE-5 wirksam als auf PDE-1, -2, -3, -7 und -10. Die Inhibition von PDE-6 (verantwortlich für die Phototransduktion in der Retina) ist bei Tadalafil zu vernachlässigen, so dass Farbsehen als Nebenwirkung nicht auftritt. Tadalafil ist aber auch ein potenter Inhibitor der PDE-11, die sowohl in der Skelettmuskulatur als auch in hoher Konzentration im Hodengewebe vorkommt. Veränderungen der Ejakulatparameter oder aber der Testosteron bzw. Gonadotropin-Konzentrationen waren aber nach Einnahme von 20mg über 6 Monate nicht nachzuweisen (Hellstrom et al. 2002). Die Strukturformel unterscheidet sich von Sildenafil (s. Abb. 1). Die PDE-5 findet sich im menschlichen Körper hauptsächlich in vaskulären, glatten Muskelzellen (auch den Koronararterien), im kavernenösen Schwellkörpergewebe, der Trachea, den Nieren und in Thrombozyten. Durch die Hemmung dieses Enzyms, welches cGMP abbaut, kommt es zu einer erhöhten Konzentration des intrazellulären Transmitters, was schlussendlich zu einer Relaxation der kavernenösen glatten Muskelzellen führt. Notwendig ist eine parallele sexuelle Stimulation um das Stickoxid (NO) aus den terminalen Nervenendigungen freizusetzen.

Tadalafil wird schnell resorbiert und erreicht maximale Plasmaspiegel innerhalb von ca. 120 Minuten bei einer mittleren Halbwertszeit von 17,5 Stunden. Die absolute Bioverfügbarkeit ist nicht bekannt, es besteht kein Einfluß auf die Absorptionsrate durch parallele Nahrungsaufnahme. Auch fettreiche Speisen führen nicht zu einer verminderten Absorptionsrate. Bei einer Plasmaeiweißbindung von 94% können andere Pharmaka mit hoher Plasmaeiweißbindung zu Arzneimittelinteraktionen durch gegenseitige Verdrängung führen. Der Abbau von Tadalafil erfolgt hauptsächlich hepatisch und die Metabolisierung erfolgt primär durch den Cytochrom-P450-Komplex bzw. dessen Unterform 3A4. Der dabei entstehende Metabolit Methylcatecholglukoronid ist 13.000 fach weniger wirksam auf PDE-5 und damit nicht klinisch wirksam. Die inaktiven Metaboliten werden zu 61% über den Stuhl und zu 36% über den Urin ausgeschieden. Gesteigerte Plasmaspiegel können sich in Kombination von Tadalafil mit Medikamenten oder Nahrungsmitteln, die den Cytochrom-P450-Komplex hemmen ergeben. Bei einem Alter > 65 Jahren können erhöhte Plasmaspiegel durch eine verminderte Clearance auftreten. Tadalafil kann auch bei einer eingeschränkten Nieren- (Clearance auf bis zu 31ml/min reduziert) oder Leberfunktion (Child-Pugh Klassifikation A und B) in der 10mg Dosierung eingenommen werden, über die 20mg Dosierung liegen keine Daten vor.

Abb. 1: Strukturformel von Tadalafil



## Klinische Erfahrungen

Verfügbare Dosierungen von Tadalafil sind 10 und 20mg, wenngleich in klinischen Studien Dosierungen bis zu 100mg getestet wurden. Als Anfangsdosis empfehlen sich 10mg, im Falle einer renalen oder hepatischen Schädigung oder aber bei einem Alter >65 Jahre sollte aufgrund der o.g. Problematik immer zunächst die 10mg Dosierung gewählt werden. Gleiches gilt für HIV-Patienten unter Einnahme von Proteaseinhibitoren. Fettreiche Mahlzeiten und Alkoholgenuss haben keinen Einfluß auf die Absorptionsrate und Wirksamkeit von Tadalafil, so dass eine Nüchternepisode von 2 Stunden, wie bei Sildenafil vor Einnahme angeraten, nicht notwendig ist.

Tadalafil führt bei bis zu 88% der Patienten mit erektiler Dysfunktion aller Grade und Ursachen zu einer verbesserten Erektionsfähigkeit mit bis zu 75% suffizient durchzuführendem vaginalen Geschlechtsverkehr (Porst 2000, Padma-Nathan et al. 2001, Brock et al. 2001). Aktuelle Daten von Shulman et al. zeigen eine Erfolgsrate von 79% bzgl. der vaginalen Penetration und 67% bzgl. des suffizienten vaginalen Geschlechtsverkehrs bei erstmaliger Einnahme von 20mg Tadalafil bei 308 Patienten. Nach mehrfacher Einnahme über 12 Wochen konnte die Erfolgsrate der vaginalen Penetration bis auf 91% und des suffizienten vaginalen Geschlechtsverkehrs bis auf 88% gesteigert werden (Shulman et al. 2003). Daten von über 1400 Patienten zeigten eine Erfolgsrate der Durchführung des vaginalen Geschlechtsverkehrs von bis zu 67% bei 10mg und bis zu 73% bei 20mg-Dosierung über alle Schweregrade der ED (Porst et al. 2003). Die Wirkung von Tadalafil beginnt häufig schon nach 30 Minuten und hält bis zu 36 Stunden an. Insgesamt ist die Effektivität bei Patienten mit milder ED größer als bei schwerer organischer ED (Hatzichristou et al. 2003).

## Wirksamkeit bei Patienten mit Diabetes mellitus und Rückenmarksverletzung

Die sekundäre ED ist eine häufige Begleiterkrankung des Diabetes mellitus mit einer Prävalenz von 38% bei Diabetikern im Alter zwischen 20 und 70 Jahren. Tadalafil führt bei Diabetikern mit ED in der 20mg-Dosierung in bis zu 64% zu verbesserten Erektionen (Saenz de Tejada et al. 2001, Saenz de Tejada et al. 2002). Die Nebenwirkungsrate beim Einsatz von Tadalafil bei Diabetikern entspricht der anderer Patientengruppen.

Bisher existieren wenig Daten über Patientenkollektive mit isolierter neurologischer bzw. spinaler Ursache der ED. Mondaini et al. beschreiben eine Überlegenheit von Tadalafil gegenüber Sildenafil bei 28 Patienten mit Rückenmarksverletzung bei einer Restitution der erektilen Funktion in 68% der Patienten unter 10mg Dosierung (Mondaini et al. 2003).

## Wirksamkeit bei Patienten nach radikaler Prostatektomie

Grundvoraussetzung für die Wirksamkeit von PDE-5-Inhibitoren ist die Freisetzung von NO aus den terminalen Nervendigungen der N. cavernosi. Da diese Nerven aufgrund der direkten Nähe der N. erigentes zur Prostata häufig bei der radikalen Prostatektomie geschädigt werden, ist ein Erfolg nur bei Patienten mit nervschonender Operationstechnik zu erwarten. Insbesondere eine postoperative Elongation oder Resttumeszenz des Penis lassen einen Therapieerfolg erhoffen. Erste Daten von Montorsi et al. zeigen eine Verbesserung der Erektionsfähigkeit bei 62% und die Möglichkeit des vaginalen Geschlechtsverkehrs bei 41% der 303 Patienten bei 20mg Dosierung von Tadalafil im Vergleich zu 23 und 19% unter Placebogabe (Montorsi et al. 2003).

## Nebenwirkungen

Typische Nebenwirkungen von Tadalafil sind Kopfschmerzen (16%) und Sodbrennen (13%) (Relaxation des glattmuskulären gastroösophagealen Sphinkters). Rückenschmerzen (7%), Rhinitis (5%), Myalgie (6%) und Rötung des Gesichts („Flushing“) (4%) treten deutlich seltener auf. Insgesamt brechen nur 2% der Patienten die Therapie mit Tadalafil aufgrund von Nebenwirkungen ab (Holmes 2003). Die wichtigsten Nebenwirkungen von Tadalafil ergeben sich wie zuvor dargestellt aus dem Wirkmechanismus als Phosphodiesterasehemmstoff. Insbesondere die vermehrt beobachteten Rückenschmerzen können möglicherweise eine Folge der Inhibition der PDE-11 sein, die vermehrt in der Skelettmuskulatur zu finden ist.

## Kardiovaskuläre Sicherheit und Kontraindikationen

Wie auch bei Sildenafil und allen PDE-5-Inhibitoren muss die Therapie mit Tadalafil bei jedem kardiovaskulär-vorerkrankten Patienten überlegt erfolgen,

da vermehrte körperliche Anstrengung bei sexueller Aktivität und vorgeschädigtem Herzen ein Gefährdungspotential birgt. Die Daten der bisherigen Studien mit Tadalafil zeigen keine erhöhte Inzidenz von Herzinfarkten oder kardialen Ereignissen unter Tadalafil-Therapie (Emmick et al. 2002). Die Zeit bis zum Auftreten von Ischämiezeichen unter Belastung wird durch die Einnahme von 10mg Tadalafil bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung nicht verkürzt (Patterson et al. 2002). Daten von über 4000 Probanden aus über 60 Studien zeigen keine erhöhte Inzidenz von Apoplex oder Herzinfarkt im Vergleich zu Placebo (Kloner et al. 2003a). Auch bei Patienten mit medikamentös behandeltem arteriellem Hypertonus zeigt sich keine erhöhte Inzidenz kardiovaskulärer Ereignisse unter Tadalafil-Einnahme (Kloner et al. 2003b).

Als absolute Kontraindikation gilt wie bei allen PDE-5-Inhibitoren die Einnahme von nitrathaltigen Medikamenten oder NO-Donatoren wie Molsidomin, da diese in Kombination mit Tadalafil zu einem lebensbedrohlichen Blutdruckabfall führen können. Da Nitrate und andere NO-Donatoren den zellulären cGMP-Gehalt erhöhen und Tadalafil dessen Abbau hemmt, kann es bei deren Kombination zu einem mehr als additiven Blutdruckabfall kommen.

## Tadalafil im Vergleich zu anderen PDE-5-Inhibitoren

Seit Einführung der neuen PDE-5-Inhibitoren wurden multiple Studien in Bezug auf deren Effektivität im Vergleich zu Sildenafil durchgeführt. Bei annähernd gleicher klinischer Wirksamkeit unterscheiden sich aber die Präferenzen der Patienten in Bezug auf die einzelnen Substanzen. Porst et al. ermöglichten 150

Patienten mit ED die konsekutive Einnahme aller 3 Substanzen, wobei sich die Mehrheit (45%) für die Fortführung der Therapie mit Tadalafil aufgrund der längeren Wirksamkeit entschied (Porst et al. 2003c). 13% entschieden sich für Sildenafil und 30% für Vardenafil.

Auch in einer großen randomisierten, doppel-blinden Multicenter-Studie mit 215 Patienten zogen 66% Tadalafil gegenüber Sildenafil vor (Govier et al 2003). Sommer et al. konnten in einer placebo-kontrollierten Cross-over-Studie allerdings zeigen, dass bei maximaler Dosierung aller drei Substanzen nur 39% Tadalafil bevorzugten, hingegen Vardenafil von 43% der Patienten und Sildenafil von 17% der Patienten bevorzugt wurde (Sommer et al. 2003).

## Schlussfolgerung

Mit den PDE-5-Inhibitoren steht heute eine oral applizierbare, wirkungsvolle therapeutische Option aller Formen der ED zur Verfügung, die die Therapie der ED revolutioniert hat. Tadalafil ist gut verträglich und die Sicherheit wurde in multiplen klinischen Studien nachgewiesen. Die Kenntnis absoluter Kontraindikationen wie die parallele Gabe von Nitraten und anderen Stickstoff-Donatoren mit Lebensgefahr für den Patienten ist unabdingbar. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Tadalafil ein hochwirksames Medikament mit hoher Akzeptanz durch die Patienten ist, welches ein gutes Sicherheitsprofil bei strenger Beachtung von Indikationen und Kontraindikationen aufweist. Durch sein breites Wirkfenster von bis zu 36 Stunden bietet es für den Patienten und seine Partnerin ein großes Maß an Flexibilität und Spontaneität in der Ausübung ihrer Sexualität.

## Literatur

- Brock, G.B.; McMahon, C.G.; Chen, K.K.; Costigan, T.; Shen, W.; Watkins, V.; Anglin, G.; Withaker, S. (2002): Efficacy and safety of tadalafil for the treatment of erectile dysfunction: results of integrated analysis. *J Urol* 168: 1332-1336.
- Emmick, J.; Stuewe, S.; Mitchell, M. (2002): Overview of the cardiovascular effects of tadalafil. *Eur Heart J* 4: 32-47.
- Govier, F.; Potempa, A.J.; Kaufmann, J.; Denne, J.; Kovalenko, P.; Ahuja, S. (2003): A multicenter, randomized, double-blind, crossover study of patient preference for tadalafil 20mg or sildenafil citrate 50mg during initiation of treatment for erectile dysfunction. *Clin Ther* 25: 2709-2703.
- Hatzichristou, D.; Ahuja, S.; Denne, J.; Eid, J.-D.; Withaker, S. (2003): Tadalafil is effective for 36 hours in men with erectile dysfunction – results from an 11 study integrated analysis. *J Impot Res* 15 (Suppl. 6): 49 (abstract MP-10-6).
- Hellstrom, W.J.; Overstreet, J.; Yu, A.; Shen, W.; Beasley, C.; Watkins, V. (2002): Tadalafil has no effect on semen characteristics. *Int J Impot Res* 14: 29-30.
- Holmes, S. (2003): Tadalafil: A new treatment for erectile dysfunction. *BJU Int* 91: 466-468.
- Kloner, R.A.; Mitchell, M.; Emick, J. (2003a): Cardiovascular effects of tadalafil. *Am J Cardiol* 6, 92 (9A): 37M-46.
- Kloner, R.A.; Mitchell, M.; Emick, J. (2003b): Cardiovascular effects of tadalafil in patients on common antihypertensive therapies. *Am J Cardiol* 6, 92 (9A): 47M-57M.
- Mondaini, N.; Del Popolo, G.; Lombardi, G.; Natali, A.; Rizzo, M. (2003): Time/duration effectiveness of sildenafil

- versus tadalafil in the treatment of erectile dysfunction in male spinal cord injured patients. *J Impot Res* 15 (Suppl. 6): 27 (abstract MP-5-10)
- Montorsi, F.; Ahuja, S.; Brock, G.; Broderick, A.; Hoover, A.; McCullough, A.; Murphy, A.; Novak, D.; Padma-Nathan, H.; Varanese, L.; Withaker, S. (2003): Tadalafil in the treatment of ED following bilateral nerve-sparing radical retropubic prostatectomy. *J Impot Res* 15 (Suppl. 6): 4 (abstract PS-2-3).
- Padam-Nathan, H.; McMurray, J.G.; Pullmann, W.E.; Withaker, J.S.; Saoud, J.B.; Ferguson, K.M.; Rosen, R.C. (2001): On demand IC351 (Cialis) enhances erectile function in patients with erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2001, 13: 2-9.
- Patterson, D.; McDonald, T.M.; Efron, M.B.; Emmick, J.T.; Mitchell, M.; Bedding, A.; Kloner, R.A. (2002): Tadalafil does not affect time to ischemia during stress testing in patients with coronary artery disease. *Int J Impot Res* 14 (suppl. 3): 102 (abstract CP5.48).
- Porst, H. (2000): Daily IC351 treatment of ED. *Int J Impot Res* 12 (Suppl.3): 76 (abstract B13).
- Porst, H.; Ahuja, S.; Carson, C.; Kaufmann, J.; Wang, C. (2003a): Tadalafil is effective in treating mild to severe erectile dysfunction. *J Impot Res* 15 (Suppl. 6): 49 (abstract MP-10-7).
- Porst, H.; Arnds, S., Kleingarn M. (2003b): A comparative trial between Sildenafil, Tadalafil and Vardenafil – Preliminary results in 150 patients. *J Impot Res* 15 (Suppl. 6): 5 (abstract PS-2-8).
- Porst H. Arnds, S., Kleingarn M. (2003c): What patients prefer and why – Sildenafil vs. Tadalafil in a real life at home setting. *Int J Imp Res* 15 (Suppl 6): S21.
- Saentz, de Tejada I.S.; Anglin, G.; Knight, J.R.; Emmick, J.T. (2002): Effects of tadalafil on erectile dysfunction in men with diabetes. *Diabetes Care* 25: 2159-2164.
- Saenz, de Tejada et al. (2001): The effect of on-demand IC351 treatment for erectile dysfunction in men with diabetes. *Eur Urol* 39 (Suppl 5): 16, abstract 56.
- Shulman, C.; Schmitt, H.; Shen, W. (2003): Tadalafil allows early and continued intercourse success in men with erectile dysfunction. *J Impot Res* 15 (Suppl. 6): 26 (abstract MP-5-6).
- Sommer, F.; Mathers, M.; Klotz, T.; van Ahlen, H.; Bondarenko, B.; Özgür, E.; Caspers, H.P.; Engelmann, U. and the German Men`s Health Study Group (2003): Which PDE-u-inhibitor do patients prefer? A comparative randomized multicenter study of sildenafil; tadalafil and vardenafil. Originaldaten beim Verfasser.

**Adresse der Autoren**

Dr. med. Tim Schneider, Dr. med. Herbert Sperling, Prof. Dr. med. Dr. h.c. Herbert Rübben, Urologische Universitätsklinik Essen, Hufelandstr. 55, 45122 Essen, mail: tim.schneider@uni-essen.de

## Buchbesprechungen

Dorothea Lübcke-Westermann: **Persönlichkeitsstörung, Sexualstraftat und Empathie. Theorie, Empirie und Biographie.** Frankfurt am Main [u.a.]: Peter Lang 2003, 295 S., Preis € 45,50

Für die meisten Menschen gehören Sexualstraftaten zu den am schwersten nachvollziehbaren Delikten überhaupt. Wie Menschen anderen Menschen in übergriffiger und grenzverletzender Weise Leiden zufügen können, lässt sich kaum zufriedenstellend erklären. Der Gedanke, dass eine eklatante Unfähigkeit, sich in die Gefühlswelt bzw. das Leiden des Opfers hineinzusetzen, eine wesentliche Rolle spielen muss, wenn nicht gar notwendige Bedingung für eine solche Handlungsweise ist, erscheint zumindest naheliegend. Solche Defizite, mag man vermuten, deuten auf eine massiv gestörte Persönlichkeit hin. Denkt man weiter darüber nach, mögen sich Überlegungen zur Therapierbarkeit und Legalprognose von Sexualstraftätern anschließen. Es könnten solche Überlegungen sein, die neugierig machen, ein Buch zur Hand zu nehmen, dessen Titel verspricht, einen Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstörung, Sexualstraftat und Empathie herzustellen.

Mit der Autorin hat sich eine Expertin dieser Aufgabe gewidmet, die als Psychologin über langjährige Erfahrung in der Psychiatrie, in einer Sozialtherapeutischen Anstalt, in der forensischen Psychiatrie sowie als Fachpsychologin für Rechtspsychologie verfügt.

In der vorliegenden Arbeit wurde der – auch in methodischer Hinsicht – interessante wie seltene Versuch unternommen, eine empirische Studie anhand einzelfallanalytischer Auswertungen von Biografien durchzuführen. Das dazu notwendige Raster wird zunächst sehr aufwendig und detailreich in den ersten drei Kapiteln des Buches theoretisch eingeführt.

Der Begriff der Persönlichkeitsstörung wird im Kontext psychiatrischer Klassifikationssysteme und psychologischer Persönlichkeitstheorien hergeleitet. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Zuordnung des Kriteriums mangelnder Empathiefähigkeit zu den Störungsentitäten bzw. -beschreibungen gelegt. Eine solche Zuordnung wird zwar gefunden, jedoch wird der Begriff kaum erläutert.

Sexualdelinquenz wird zunächst klinisch und forensisch eingeordnet. Zu dem Konzept selbst werden drei richtungsweisende Theorien ausführlich dargelegt. Es handelt sich um das psychodynamisch orientierte Modell von Schorsch und das von Groth, welches das Augenmerk eher auf situative und interaktionelle Aspekte sowie die Rolle der Aggression legt. Eine Abrundung des Kapitels schafft die Autorin durch die Dar-

stellung des Modells von Ellis, welches die sozialen und biologischen Faktoren von Sexualdelinquenz betont.

Schließlich wird das im Zentrum des Interesses stehende Konzept der Empathie behandelt. Auf benachbarte Konstrukte wie die Fähigkeit zur sozialen Perspektivübernahme und die Fähigkeit zur moralischen Urteilsbildung nach Kohlberg wird eingegangen. Weiterhin wird thematisiert, welche Faktoren als günstig für die Entwicklung von Empathiefähigkeit anzusehen sind, wobei u.a. auf Bowlbys Bindungstheorie eingegangen wird. Die Autorin legt auch die für eine empirische Untersuchung notwendigen Überlegungen zur Operationalisierung und Messung von Empathie dar.

Da, wie angedeutet, eine einzelfallbezogene Biografieanalyse mit einer Stichprobe von N=5 eine in der Psychologie ausgesprochen selten anzutreffende Methodik einer Promotionsarbeit ist, wird dieses Vorgehen ausführlich begründet. Nachfolgende Forscher und Forscherinnen können sich hiervon ermutigen und inspirieren lassen.

Wie in einer empirischen Untersuchung üblich, wird neben der Beschreibung der Untersuchungsdurchführung vor allem der Darstellung der Ergebnisse ausführlicher Raum gewidmet. Und eben hier zählt sich das gründliche Vorgehen bei der Erarbeitung der Theorie aus, da in prägnanter und komprimierter Weise die Darstellung der relevanten Punkte der Biografien der Täter erfolgen kann. Die Entwicklung der Empathiefähigkeit bzw. -defizite wird nachvollziehbar, der Ist-Zustand qualitativ fassbar.

Als wissenschaftliches Werk betrachtet, ist die vorliegende Arbeit sowohl hinsichtlich des theoretischen Hintergrunds als auch der gewählten Methodik ausgesprochen interessant und gelungen. Zu den dargestellten Konzepten lassen sich eine Fülle von Hinweisen, Überlegungen und Anregungen entnehmen. Das Kapitel über Empathie sticht dabei hervor, da hier ein Überblick über den Stand der Konzeptbildung und Forschung gegeben wird, der an anderer Stelle nicht ohne Weiteres zu finden sein wird.

Ist man jedoch nicht aus professionellen Gründen mit der Materie befasst, wird man wahrscheinlich relativ rasch von eben dieser Fülle an Einzelfakten und Untersuchungsergebnissen erschlagen. Wenn auch die gewählte Form akribischer Sammlung und Darbietung von Wissen für eine Doktorarbeit (und als solche ist das Buch ja gedacht) angemessen und gerechtfertigt ist, so macht sie das Lesen doch zu einem mühevollen und zähen Unterfangen. Einen raschen überblickartigen Einstieg in die Materie eröffnet das Buch daher nicht, wenn man vielleicht vom Kapitel über Empathie absieht, welches allein aber nicht die Anschaffung rechtfertigen dürfte.

Für diejenigen jedoch, die in ihrer täglichen Arbeit mit Sexualstraf Tätern zu tun haben, ist anzumerken, dass die Ausführungen der Autorin in erster Linie auf solche Sexualstraf Täter abzielen, die in der Tat gravierende Persönlichkeitsstörungen aufweisen, deren Empathie defizite ins Auge springen und die auf eine ausgedehnte Deliktanamnese zurückblicken können. Dies wird nicht zuletzt an der Auswahl der Stichprobe deutlich, die sich aus Insassen des Maßregelvollzuges rekrutiert. Betrachtet man jedoch das Gros der Sexualstraf Täter, die im Regelvollzug einsitzen oder – was selten genug der Fall ist – die ambulante Einrichtungen aufsuchen, so bildet die untersuchte Gruppe nur die Spitze eines Phänomens. Bei den allermeisten Sexualstraf Tätern wird man kaum das Vollbild, allenfalls Züge, einer Persönlichkeitsstörung finden. Empathie defizite dürften möglicherweise nur vorübergehend vorliegen, etwa aus motivationalen Mängeln, vielleicht situationsbedingt oder auch völlig fehlen. Hinzuweisen ist hier außerdem darauf, dass nicht wenige Pädophile sehr wohl an der (Gefühls-)Welt ihrer Opfer teilnehmen und eine enge emotionale Beziehung zu ihren Opfern aufzubauen in der Lage sind (die natürlich nicht frei von Wahrnehmungsverzerrungen und Selbsttäuschungen ist).

Insofern bleibt man nach der Lektüre vielleicht etwas ratlos zurück, wenn man mit der Einsicht konfrontiert ist, dass es sich bei den meisten Sexualstraf Tätern um „ganz normale“ Männer handelt, eben solche ohne augenscheinliche psychische Auffälligkeiten.

Die gewählte Stichprobe lässt schon aufgrund ihrer Diagnosekriterien nichts anderes als mehr oder weniger ausgeprägte Empathie defizite erwarten. Dieses „Mehr oder Weniger“ gilt es natürlich qualitativ und quantitativ auszuloten, wozu hier ein theoretisch sehr fundierter und möglicherweise richtungsweisender Ansatz geschaffen worden ist. Abzuwarten bleibt, in wie weit sich dieser auf einen größeren Täterkreis und vielleicht andere Gewaltdelinquenten ausweiten lässt.

Martin Budde (Kiel)

Sabine Erdmann, Wulf Schneider: **Seitensprung ohne Risiko – Wie man erfolgreich fremdgeht, ohne erwischt zu werden.** Frankfurt/Main: Eichborn Verlag, 1. Aufl. 2002, 144 Seiten, Preis: 14,95 € .

Es ist nicht ganz einfach, dies Buch einem bestimmten Genre zuzuordnen. Ist es ein Ratgeber? Oder eine Ratgeber-Parodie? Oder eine bibliophile Rarität? Für letzteres spricht die Ausstattung des Werkes mit einem wendbaren Tarnumschlag („Ludwig Zweifler: Flora

und Fauna der Bergwelt. Alpia-Verlag. Ein unentbehrliches Handbuch für Bergwanderer“). Trotz dieser heiteren Einstimmung geht es aber um ein durchaus ernst zu nehmendes soziales Phänomen, denn die Dunkelziffer der Fremdgänger(innen) in Deutschland wird auf 40 Millionen Menschen geschätzt. Selbst wenn diese Schätzung zu hoch sein sollte – Seitensprünge können zu Psychokrisen, Trennungen, Ehescheidungen mit ihren Konsequenzen für Kinder und Lebensqualität führen. Sie können aber unter Umständen auch Beziehungen stabilisieren.

Die Prämisse des Buches ist: nicht erwischt zu werden. Drastisch wird uns im ersten Kapitel – „Vorspiel“ genannt – zunächst die Scheidungskatastrophe in Euro vor Augen geführt. Mit Zugewinnausgleich, Kindesunterhalt, Unterhalt für den Partner, Prozessgebühren und Anwaltskosten können über 10 Jahre für einen (fiktiven) männlichen Durchschnittsverdiener etwa 370 000 € an Kosten entstehen. Dann wird vor verschiedenen Fallen gewarnt, die bei der Wahl der Zielperson vermieden werden sollen. Da gibt es die Liebesfalle: der Seitensprung-Partner ist ernsthaft verliebt und „ignoriert zunehmend forsch Ihre Lebenssituation – nämlich die Ehe bzw. feste Partnerschaft, die Sie nicht aufgeben wollen“(23). Zweitens die Gesundheitsfalle. Nicht nur AIDS ist eine Gefahr, sondern Candida-Pilze, Chlamydien, Epstein-Barr-Viren, Herpes, Syphilis u.v.a. können bereits durch Küssen und Oralsex übertragen werden. Weiter die „Babyfalle“: „Ist Ihre Geliebte um die 30 Jahre alt? Und sind Sie selbst in optischer, finanzieller und zerebraler Hinsicht der ideale Vater? Dann seien Sie vorsichtig“(29). Die Perversionsfalle: „Wenn Sie erst einmal in Handschellen gefesselt im Bett liegen“(33). Die Tratschfalle öffnet sich, wenn Männer mit ihren Geliebten angeben oder Frauen im Kollegenkreis oder bei Tupperware-Parties ihren Mund nicht halten können. Für jede einzelne Falle gibt es eine genaue Checkliste mit Einzelpunkten – z.B. bei der „Tratschfalle“: „Zielperson fährt typisches, hochmotorisiertes Angeberauto (Porsche, Ferrari, Maserati, Lamborghini, BMW M3 oder Mercedes AMG E 55, Audi S6 etc.), das zudem über eine Bank finanziert wurde“(36).

Das liest sich schon recht anstrengend, obwohl der eigentliche Seitensprung noch gar nicht begonnen hat. Für den gibt es dann 50 „todsichere“ Tipps für folgenloses Fremdgehen. In Sachen effektiver Spurenvermeidung an Hemd, Bluse, Anzug und Kostüm wird etwa die „vollständige Entkleidung vor dem ersten Körperkontakt“(44) empfohlen. 24 Seiten werden für „Handy und Internet“ verwendet. Ratschläge sind hier etwa, nie aus dem Festnetz oder vom Firmenhandy zu telefonieren und niemals schriftlich zu kommunizie-

ren. Ist die Leserin oder der Leser dann schon fast verzweifelt, bekommt sie oder er eine lange Liste von Handy-Anbietern mit Prepaid-Karten. Ähnliches gilt für das Einrichten anonymer Email-Adressen bei bestimmten Internet-Providern.

Auch bei Treffpunkten wird zunächst gewarnt. Wohnung und Haus als Treffpunkte sind tabu. Stattdessen finden wir eine Liste mit den Adressen ausgewählter Mittelklassehotels von Aachen bis Zwickau – alle zur gleichen Hotelkette gehörig. Spätestens hier scheint es nicht mehr um Schleichwerbung, sondern um gezieltes *product placement* zu gehen. Zur Affärenfinanzierung gibt es Hinweise auf scheinbare Gehaltsreduzierung, Fälschen der Gehaltsabrechnung und Schwarzkonten. Zur Alibibescafung wird von Sekretärin oder bestem Freund abgeraten und stattdessen auf kostenpflichtige Agenturen wie „Alibi-Dienst“, „Alibi-Urlaub“, „Bluemoon“ oder „Westworld“ verwiesen.

So verwandelt sich der flüchtige Seitensprung unter der Hand zum stressigen Full-Time-Job. Als potenzielle(r) Fremdgänger(in) fragen sich Leserin und Leser vermutlich, ob sich angesichts von Gesundheits- und Tratschfallen, hohen Kosten und schwierigen Vertuschungsstrategien der Aufwand überhaupt lohnt. Und konsequent endet das Buch damit, wie die Affäre ohne Nachwehen beendet werden kann. Auch hier finden sich zahlreiche Vorschläge von „reduzieren Sie die wöchentlichen Treffen“ über „vermeiden Sie romantische Orte“ bis „berichten Sie von Erektionsproblemen – seien Sie ständig müde“.

Spätestens mit diesem Schlußkapitel festigte sich beim Rezensenten der Eindruck, dass es Autorin und Autor letztlich nicht um das risikolose Vergnügen am Seitensprung geht, auch nicht um wirklich erprobte Täuschungstricks wie in den Untersuchungen von David Schmitt und Todd Shackelford, sondern um derart detaillierte Warnungen vor den Risiken des Fremdgehens, dass Leserin und Leser nach Lektüre gleich verzichten und sich mehr oder minder seufzend wieder ihrem Gatten mit Bierbauch und Halbglatze oder ihrer shoppingsüchtigen Ehefrau zuwenden.

Und damit zeigt sich die letztlich hochmoralische und grundkonservative Einstellung von „Sabine Erdmann, Sekretärin, 35“ („beträgt ihren Mann seit fünf Jahren“) und „Wulf Schreiber, Manager, 40 oder 41“ („beträgt seine Frau regelmäßig seit drei Jahren“). Wer weiß, wer sich hinter den Pseudonymen verbirgt?

Volker Gransow (Berlin)

# Wie Paare wieder Lust lernen



- Erste Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie.
- Ein biopsychosoziales und schulübergreifendes Therapiekonzept der Sexualmedizin.
- Wirksam ohne langwierige Therapiesitzungen mit „Übungen“ und „Hausaufgaben“
- Fokussierung auf die seelischen Grundbedürfnisse in einer Beziehung
- Anwendbar bei allen Sexualstörungen

2004. Etwa 160 S. 4 Abb. Brosch. € 26,95; sFr 43,50  
ISBN 3-540-20071-1

**Jetzt in Ihrer Buchhandlung.**

Die € Preise für Bücher sind gültig in Deutschland und enthalten 7% MwSt. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.


Springer

springer.de



**Originalarbeiten**

*Beier, K.M.; Loewit, K.:* Syndyastische Sexualtherapie als fächerübergreifendes Konzept der Sexualmedizin 114  
*Lehmann, A.; Rosemeier, H.P.; Grüsser-Sinopoli, S.M.:* Weibliches Orgasmuserleben: vaginal – klitoral? 128  
*Schäfer, G. A.; Englert, HS.; Ahlers, Ch.J.; Roll, St.; Willich, St.N.; Beier.:* Erektionsstörung und Lebensqualität – Erste Ergebnisse der Berliner Männer-Studie 50  
*Schiefenhövel, W.:* Geschlechterverhältnisse und Sexualität auf den Trobriand-Inseln 2  
*Schweizer-Böhmer, I.; Beelmann, A.; Hartmann, U.:* Gibt es einen Zusammenhang zwischen sexuellen Phantasie-Inhalten und Persönlichkeitsmerkmalen? 78  
*Seifert, D.; Möller-Mussavi, S.; Bolten, S.:* Aus dem Maßregelvollzug entlassene Sexualstraftäter 14  
*Wille, R.; Steckeler, U.; Wessel, J.:* Zur Kollusion zwischen Juristen und medizinischen Gutachtern in Strafprozessen wegen Tötung unter der Geburt 61

**Fortbildung**

*Dabelstein, A.:* „Die Pillen brauche ich jetzt nicht mehr!“ Bericht über eine atypische Sexualtherapie eines jungen Paares 134  
*Kumpan, G.:* Qualitätszirkel in der Sexualtherapie 21  
*Rösing, D.:* „Wir haben ein Kommunikations- kein Sexualproblem miteinander“ 138  
*Schneider, T.; Sperling, H.; Rübben, H.:* Apomorphin und Yohimbin als zentrale Substanzen zur Therapie der erektilen Dysfunktion 27  
*Schneider, T.; Sperling, H.; Rübben, H.:* Sildenafilzitat (Viagra®) in der Therapie der erektilen Dysfunktion 90  
*Schneider, T.; Sperling, H.; Rübben, H.:* Tadalafil (Cialis®) in der Therapie der erektilen Dysfunktion 143  
*Schultz-Zehden, B.:* Weibliche Sexualität in der zweiten Lebenshälfte – Ergebnisse einer empirischen Studie an Frauen zwischen 50 und 70 Jahren 85

**Historia**

*Künzel, A.:* Menstruation – Aspekte einer kulturellen Deutungsgeschichte 97  
*Moll, A.:* Analyse des Geschlechtstriebes 41

**Diskussion**

*Dennin, R.H.; Lafrenz, M.:* Die HIV-Epidemie in Deutschland. Die Ahnungslosen, die Uneinsichtigen, die Überträger therapieresistenter HIV-Infektionen 33

**Aktuelles**

*Gransow, V.:* Die Frau als Zukunft des Mannes? Zu Sexualität, Dandys und dem Begriff des Politischen 103

**Orginalia**

*Beier, K.M.; Loewit, K.:* Syndyastic Sexual Therapy as an Interdisciplinary Concept of Sexual Medicine 114  
*Lehmann, A.; Rosemeier, H.P.; Grüsser-Sinopoli, S.M.:* Female Orgasm: Clitoral or Vaginal? 128  
*Schäfer, G. A.; Englert, HS.; Ahlers, Ch.J.; Roll, St.; Willich, St.N.; Beier.:* Erectile Disorder and Quality of Life – First Results of the Berlin Male Study 50  
*Schiefenhövel, W.:* Relationships between the Gender and Sexuality among Trobriand Islands 2  
*Schweizer-Böhmer, I.; Beelmann, A.; Hartmann, U.:* Is there a Correlation between Contents of Sexual Fantasies and Personality Factors? 78  
*Seifert, D.; Möller-Mussavi, S.; Bolten, S.:* Released Sexual Offenders from Forensic Hospitals 14  
*Wille, R.; Steckeler, U.; Wessel, J.:* The Collusion between Justice and Medical Experts in Trials of Neonaticide 61

**Case Studies**

*Dabelstein, A.:* „I Don't Need These Pills Any Longer!“ A Case Report about an Atypical Sexual Therapy of a Young Couple 134  
*Kumpan, G.:* „Qualitätszirkel“ for Sexual Medicine 21  
*Rösing, D.:* „We Have a Communication, not a Sexual, Problem with Each Other“ 138  
*Schneider, T.; Sperling, H.; Rübben, H.:* Apomorphine and Yohimbine as central substances for the therapy of erectile dysfunction 27  
*Schneider, T.; Sperling, H.; Rübben, H.:* Sildenafil Citrate (Viagra®) in the Therapy of Erectile Dysfunction 90  
*Schneider, T.; Sperling, H.; Rübben, H.:* Tadalafil (Cialis®) in the Therapy of Erectile Dysfunction 143  
*Schultz-Zehden, B.:* Women’s Sexual Life in Midlife. Conclusion of an Empirically Study on Woman between 50 and 70 Years 85

**Historia**

*Künzel, A.:* Menstruation – Aspects of a Cultural History 97  
*Moll, A.:* Analysis of Sexual Drive 41

**Discussion**

*Dennin, R.H.; Lafrenz, M.:* The HIV-Epidemic in Germany. People Unaware of their Infection, People Lacking of Discernment, the Transmitters of Therapy-resistant HIV 33

**Current Topics**

*Gransow, V.:* The Woman as the Future of the Man? On Sexuality, Dandys and the Concept of the Political 103