

Embodimentorientierte Sexualtherapie*

Michael Sztenc

Man kann nicht nicht kommunizieren mit dem Körper arbeiten.

In Anlehnung an Paul Watzlawick.

Embodimentorientierte Sextherapie

Einleitung

Abstract

The following text consists of several slightly abbreviated excerpts from my book *Embodimentorientierte Sexualtherapie. Grundlagen und Anwendung des Sexocorporel* (2020). The text first gives a brief description of the theoretical approach of embodiment, the quintessence of which with regard to sex therapy is: "Sexuality is embodied." This mode of embodiment is unfolded in the context of an expanded biopsychosocial model in the perspective of sexual health as defined by the WHO. The conclusion and focus of the text is a first look at how the theoretical assumptions of embodiment in sexocorporel are implemented in sex therapy.

Keywords: Embodiment, Sexocorporel, Biopsychosocial model, Sex therapy

Zusammenfassung

Bei dem nachfolgenden Text handelt es sich um mehrere leicht gekürzte Auszüge aus dem von mir verfassten Buch *Embodimentorientierte Sexualtherapie. Grundlagen und Anwendung des Sexocorporel* (2020). Der Text gibt zunächst eine kurze Darstellung des theoretischen Ansatzes des Embodiments wieder, dessen Quintessenz hinsichtlich der Sexualtherapie lautet: „Sexualität ist verkörpert.“ Dieser Modus des Verkörpertseins wird im Kontext eines erweiterten biopsychosozialen Modells in der Perspektive von sexueller Gesundheit wie sie seitens der WHO bestimmt wird, entfaltet. Den Abschluss und den Schwerpunkt des Textes bildet ein erster Ausblick darauf, wie die theoretischen Annahmen des Embodiments im Sexocorporel sexualtherapeutisch umgesetzt werden können.

Schlüsselwörter: Embodiment, Sexocorporel, biopsychosoziales Modell, Sexualtherapie

Der nachfolgende Text aus meinem Buch *Embodimentorientierte Sexualtherapie. Grundlagen und Anwendung des Sexocorporel* (2020) diskutiert die Möglichkeit, die Theorie des Embodiment auf die Sexualtherapie zu übertragen und anhand des Sexocorporel-Ansatzes eine embodimentorientierte Sexualtherapie zu entwickeln. Er verbindet damit eine umfassende Theorie des Verhältnisses zwischen Körper und Geist mit einem psycho-therapeutischen Spezialgebiet. Obwohl Embodiment und Sexualtherapie gut zusammenpassen und viel miteinander zu tun haben, wurden sie bisher noch nicht wirklich systematisch in Verbindung gebracht.

Beide Felder sind alles andere als neu. [...] Mit der Entwicklung von neueren Theorien über z. B. dynamische Systeme oder über künstliche Intelligenz, durch Erkenntnisse der (Epi-) Genetik oder auch der Neurobiologie wurde die alte Diskussion über das Verhältnis von Materie/Körper und Geist wieder neu aufgelegt, und lange geltende Sichtweisen wurden in Frage gestellt. Es gibt erstzunehmende Hinweise, dass der Körper-Geist-Dualismus, die „gute alte cartesianische Spaltung“, ersetzt werden sollte durch eine Sichtweise, die Körper und Geist nicht mehr grundsätzlich trennt, sondern als Einheit betrachtet.

In der Psychotherapie ist ein ähnliches Umdenken am Werk. Die Psychoanalyse, wie Freud sie formulierte, war stets körperorientiert. Es ging Freud immer um eine Verankerung des psychischen Erlebens in körperimmanenten Trieben und Kräften. Auch seine Phasenlehre entwickelte sich entlang der körperlichen Entwicklung von oral über anal zu genital.

Der Behaviorismus als Gegenbewegung dazu orientierte sich am Pragmatismus: klare Reiz-Reaktions-Ketten, durch Lerngesetze determiniert und beschreibbar. Das subjektive Erleben wurde der Blackbox zugeordnet, von deren Komplexität man besser die therapeutischen Finger lässt. Die zweite Welle der Verhaltenstherapie hat die Blackbox geöffnet und zumindest die Kognitionen herausgeholt. Die neue, damals revolutionäre Idee war, dass Gedanken durchaus in der Lage sind, die Reiz-Reaktions-Kette zu modifizieren. Die dritte Welle der Verhaltenstherapie öffnet die Blackbox noch weiter und berücksichtigt auch die Emotionen. Womit sie zwangsläufig beim Körper landet. Das Neue daran war bzw. ist die Vorstellung, dass sich Verhalten gestalten lässt, indem die innere Aufmerksamkeit, die sogenannte Achtsamkeit, auf die körperlichen Prozesse gerichtet wird, die mit Emotionen und Kognitionen einhergehen.

* Wir danken dem Schattauer-Verlag für die freundliche Genehmigung zum Wiederabdruck. Textstellen, an denen Passagen ausgelassen wurden, sind mit eckigen Klammern [...] markiert. Einige wenige Textübergänge wurden für den besseren Lesefluss ohne Markierung sprachlich angepasst.

Damit hat die moderne Verhaltenstherapie eine Wirkweise entdeckt, derer sich die humanistischen Therapien schon lange bedient haben. Den humanistischen Vertretern war es allerdings bisher nicht überzeugend gelungen, ihrem Handeln ein theoretisches Gerüst zu unterlegen, das den jeweils zeitgenössischen Ansprüchen an Wissenschaftlichkeit genüge. Gerade im Bereich der körperorientierten Psychotherapien, die überwiegend den humanistischen Ansätzen zuzuordnen sind, wurde oft auf ein ursprünglich von Wilhelm Reich entwickeltes Konzept einer allgemeinen Lebensenergie zurückgegriffen. Das passte zwar sehr schön zu Ideen der östlichen Philosophien, konnte aber in der westlichen Wissenschaft nie Fuß fassen.

Innerhalb der Psychotherapie hat die Sexualtherapie eine Sonderstellung. Lange galt sie nur als Nebendisziplin, denn die grundlegende Idee war, dass sich Sexualität wie selbstverständlich durch eine erfolgreiche Psychotherapie mitentwickelt.

In den 1970er-Jahren wurde die Sexualtherapie eine eigenständige Therapieform, die inzwischen zahlreiche Veränderungen und Entwicklungen durchlaufen hat. Allerdings findet sich in keinem der aktuell renommierten Systeme eine Berücksichtigung des Körpers in der Art, wie es das Modell des Embodiment beinhaltet. Eine Ausnahme ist zu nennen: der Ansatz des Sexocorporel.

Dieser Ansatz wird seit 2004 in Deutschland in Ausbildungen gelehrt und konnte sich inzwischen innerhalb der Sexualtherapien etablieren. Er ist nicht unumstritten, was nicht zuletzt darauf zurückzuführen ist, dass viele Behauptungen aufgestellt werden, ohne sie wissenschaftlich kausal zu begründen. Das Konzept des Embodiment als Metatheorie füllt genau diese Lücke und macht den Sexocorporel anschlussfähig an bestehende wissenschaftliche Theorien. Das Buch, dem dieser Text zugrunde liegt, verfolgt drei Ziele:

- Embodiment wird als Metatheorie vorgestellt mit der Absicht, stärker auf die Rolle des Körpers in der Psychotherapie zu fokussieren. Es geht dabei nicht darum, einzelne Elemente zu berücksichtigen, wie z. B. erlebnisaktivierende Methoden oder den körperlichen Ausdruck von Emotionen vermehrt einzubeziehen. Es geht vielmehr darum, den Körper als Basis des menschlichen Welterlebens zu betrachten und davon ausgehend ein sexualtherapeutisches System zu entwickeln.
- Die hier vorgestellte Sexualtherapie basiert auf dem Ansatz des Sexocorporel. Der Sexocorporel ist ein ausgefeiltes Behandlungssystem, ihm fehlt allerdings eine wissenschaftliche Basis. Die vorliegenden Modelle, mit denen die therapeutische Vorgehensweise begründet wird, sind kaum ausformuliert und genügen modernen wissenschaftlichen Ansprüchen nicht. Ein mögliches Modell wird hier mit dem Embodiment entwickelt und dem Sexocorporel zur Verfügung gestellt.
- Ein embodimentorientierter Ansatz versteht sich nicht in Konkurrenz zu den (in Deutschland) bestehenden Sexual-

therapien. Es wird hier eine Perspektive entwickelt, die in anderen Systemen fehlt, als nebensächlich betrachtet wird oder nur in Teilaspekten berücksichtigt ist. Wenn Wechselwirkungen und gegenseitige Beeinflussungen als entscheidend betrachtet werden, dann macht das auch vor therapeutischen Systemen nicht halt. Ein drittes Ziel ist somit eine Einladung zum konstruktiven Austausch mit anderen sexualtherapeutischen Ansätzen. Konkret bestehen besonders zur *Systemischen Sexualtherapie* und zum *Hamburger Modell* zahlreiche Anschlussmöglichkeiten.

Die Quintessenz des Buches lässt sich auf einen Satz reduzieren: *Sexualität ist verkörpert*. Das klingt so banal und simpel, dass die meisten Sexualtherapeut*innen erst einmal zustimmen könnten. Natürlich hat Sex mit dem Körper zu tun, aber: Wieso muss man über eine Selbstverständlichkeit ein Buch schreiben?

Gegenfrage: Wenn das so selbstverständlich wäre, wieso wird der Körper dann in Sexualtherapien so wenig berücksichtigt? In der Sexualtherapie wird viel von Begehren gesprochen, dabei wird die Intentionalität der Beteiligten fokussiert: Was wollen die? Was sind ihre wahren Bedürfnisse, Motivationen und Absichten, die sie in sexuelle Handlungen bringen – oder sie vermeiden lassen? Der Körper hat dabei die Rolle der Trägersubstanz, die den Kopf trägt, in welchem sich das Hirn befindet, in dem sich das Wichtige abspielt.

Es ist nicht so, dass der Körper gar nicht in die Sexualtherapie einbezogen wird – schließlich sitzen ja Körper im Therapieraum und tun etwas miteinander.

Aber auch wenn auf das körperliche Tun fokussiert wird, wie z. B. in den Übungen des „Sensate Focus“, wird das Geschehen auf seine Bedeutung untersucht, die es für die gemeinsame Beziehung hat. Die direkte Interaktion „Wer tut was wie? Welche Handlung entsteht, welches Erleben?“ bildet nur den Hintergrund, von dem auf Bedeutung geschlossen wird. Diese Bedeutung ist, wie im Folgenden dargestellt wird, eine verkörperte.

Wer die Hoffnung hat, innerhalb der körperorientierten Psychotherapie das Thema Sexualität ernsthaft behandelt zu finden, wird ebenfalls enttäuscht. Im *Handbuch der Körperpsychotherapie* (Marlock & Weiss, 2006) gibt es eine umfassende Darstellung bestehender körperpsychotherapeutischer Systeme. Es gibt darin ein einziges Kapitel¹ mit 11 Seiten, das sich explizit mit Sexualität beschäftigt. Das Buch hat 999 Seiten. [...]

Lässt man den Satz „Sexualität ist verkörpert“ etwas wirken, taucht die Frage auf: „Verkörpert? Was soll das sein?“ Verkörperung bedeutet – ganz allgemein gesagt –, dass die Art und Weise, mit der die vorhandene körperliche Ausstattung genutzt wird, das Erleben und Verhalten dieses Organismus in seiner Umwelt bestimmt. Auf den Kontext menschlicher Sexualität in einer industrialisierten Leistungsgesellschaft übertragen: Die Art und Weise, wie ein Mensch etwas macht, also wie er mit

¹ Es handelt sich um das Kapitel von William F. Cornell mit dem Titel „Das Feld der Erotik – Sexualität in der körperorientierten Psychotherapie“.

seinem Körper seine Sexualität in Szene setzt (inszeniert/engagiert), geht damit einher, was er dabei körperlich wahrnimmt, fühlt und denkt. Gleichzeitig wirkt sich das, was ein Mensch während einer sexuellen Interaktion fühlt und denkt, auf seine körperlichen Prozesse aus. Das heißt, die Ebenen der Handlung, der körperlichen Wahrnehmung, des emotionalen und kognitiven Geschehens werden stets in ihren Wechselwirkungen berücksichtigt. Und das vor dem Hintergrund der Einbettung in einen soziokulturellen Kontext. [...]

Ist Embodiment die neue Psychosomatik? Ein Modell sexueller Gesundheit

Das erweiterte biopsychosoziale Modell

Als Grundlage für ein Modell sexueller Gesundheit dient die erweiterte Form des biopsychosozialen Modells. Dessen Grundgedanke einer Einheit von Körper und Geist entspricht den Ideen des Embodiment, und der Unterschied des erweiterten Modells zur ursprünglichen Form verdeutlicht die Herangehensweise in der klinischen Praxis.

Das biopsychosoziale Modell ist als Grundlage für die psychosomatische Medizin in den 1970er Jahren entstanden. Seine Wurzeln hat es in der allgemeinen Theorie dynamischer Systeme (vgl. Gerok, zit. in Kriz, 1997; Schiepek & Spörkel, 1993). Das biopsychosoziale Modell beschreibt die Natur als ein Kontinuum hierarchisch geordneter Einheiten. Jedes Niveau ist für sich ein organisiertes und dynamisches System. Durch das Zusammenwirken verschiedener Subsysteme entstehen auf höheren Ebenen emergente Phänomene (Egger, 2008).

Das Modell entstand in Abgrenzung zur vorherrschenden Schulmeinung gemäß dem cartesianischen Weltbild, nach dem das Materielle und das Geistige zwei völlig voneinander getrennte Einheiten darstellen. Damit kann auch – vereinfacht gesagt – das Geistige keine Wirkung auf das Körperliche haben, und jede Krankheit, auch die des Geistes, muss eine körperliche Grundlage bzw. Ursache haben. Erst Mitte des letzten Jahrhunderts wurde mit der Entwicklung der Psychosomatik die umgekehrte Wirkrichtung wieder wissenschaftlich akzeptiert.

Auch wenn es Vertreter gab, die die rigide Spaltung in Körper und Geist überwinden wollten, folgte die klassische Psychosomatik allerdings noch einem additiven Modell. Zur Wirkungsrichtung Körper – Geist kam auch die umgekehrte Form hinzu: der Geist als Ursache für körperliche Wirkungen. Die Unterscheidung in zwei voneinander prinzipiell unabhängige Gegenstandsbereiche blieb aber erhalten (Egger, 2008).

Mit dem biopsychosozialen Modell wurde eine Überwindung der Leib-Seele-Spaltung angestrebt. Das Modell unter-

scheidet die drei Bereiche soziale Lebenswelt, psychische und biologische Beschaffenheit. Nach der Grundannahme, dass jeder Krankheit eine Kombination dieser drei Ebenen zugrunde liegt, wird die Idee der Unterscheidung in psychogene oder somatogene Ursachen obsolet.

Somit wird auch eine Unterscheidung in psychosomatische und nichtpsychosomatische Störungen hinfällig. Der ursprünglichen Form des biopsychosozialen Modells begegnen zwei kritische Einwände (Egger, 2008):

- Es hält immer noch an der Dichotomie „Materie – Geist“ fest und kann somit nicht erklären, wie ein nichtmaterieller Vorgang Einfluss auf die Welt der Materie nehmen kann.
- Es liefert kein Beschreibungssystem, keine begriffliche Sprache, die die Sprachsysteme des Psychologischen mit dem des Biologischen vereint.

Diese Einwände führten zur Erweiterung des biopsychosozialen Modells und zur Theorie der Körper-Geist-Einheit (organic unity theory, body mind unity theory). Nach dieser Theorie existieren nur psychophysische Ereignisse, die prinzipiell als solche nicht erfahrbar sind. Diese Ereignisse werden über zwei Perspektiven doch beobachtbar:

- über die „Dritte-Person-Perspektive“, also als Beobachter, der Daten erhebt und ein außer sich lokalisiertes Phänomen beschreibt, und
- über die „Erste-Person-Perspektive“, also als erlebendes Subjekt, das ein in sich selbst befindliches Phänomen bewusst wahrnimmt.

Die Grundannahme einer Materie-Geist-Identität beinhaltet immer das Dilemma, dass wir uns selbst gleichzeitig als Subjekt und Objekt betrachten können. Um Erfahrungen und Erkenntnisse mit anderen auszutauschen, bedarf es einer Sprache, die beide Ebenen berücksichtigt und somit das Paradoxon, etwas getrennt zu betrachten, was nicht getrennt ist, so gut wie möglich löst. Dabei bleibt es immer eine Annäherung, weil diese Sprache (noch) nicht zur Verfügung steht.

An dieser Stelle wird das Konzept des Embodiment interessant. Als Rahmenkonzept für zukünftige Forschung stellt es empirisch überprüfbare Thesen auf, wie Geist und Materie sich gegenseitig konstituieren und miteinander wechselwirken und wie über verschiedene Disziplinen hinweg Zusammenhänge wissenschaftlich untersucht werden können. Egger (2008) leitet aus dem biopsychosozialen Modell folgendes Gesundheitsmodell ab:

„Im biopsychosozialen Modell bedeutet Gesundheit die ausreichende Kompetenz des Systems ‚Mensch‘, beliebige Störungen auf beliebigen Systemebenen autoregulativ zu bewältigen. Nicht das Fehlen von pathogenen Keimen (Viren, Bakterien etc.) oder das Nichtvorhandensein von Störungen auf der psycho-sozialen Ebene bedeuten demnach

Gesundheit, sondern die Fähigkeit, diese pathogenen Faktoren ausreichend wirksam kontrollieren zu können. [...] Krankheit stellt sich dann ein, wenn der Organismus die autoregulative Kompetenz zur Bewältigung von auftretenden Störungen nicht ausreichend zur Verfügung stellen kann und relevante Regelkreise für die Funktionstüchtigkeit des Individuums überfordert sind bzw. ausfallen. [...] Krankheit und Gesundheit erscheinen folgerichtig nicht als ein Zustand, sondern als ein dynamisches Geschehen. So gesehen muss Gesundheit in jeder Sekunde des Lebens ›geschaffen‹ werden.“ (Egger, 2008, 18)

Diese Idee einer simultanen Diagnostik als Alternative zur Ursachensuche auf der somatischen oder psychischen Ebene hat sich noch lange nicht durchgesetzt. So schreibt z.B. der Urologe Klotz im 3. deutschen Männergesundheitsbericht zur sexuellen Gesundheit von Männern: „Erektionsstörungen sind somit in der Regel Symptom einer endothelialen Dysfunktion und keine eigenständige Erkrankung. [...] Eine reine ‚psychogene‘ Erektionsstörung stellt die Ausnahme dar.“ (Klotz, 2017, 315)

Das Modell sexueller Gesundheit

Für die klinische Anwendung ergibt sich daraus ein Konzept der simultanen Diagnostik bzw. simultanen Therapie, die alle drei Ebenen gleichberechtigt und parallel berücksichtigt (Tab. 1).

Die WHO definiert Gesundheit als „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO,

Tab. 1: Simultandiagnostik und Simultantherapie im diagnostisch-therapeutischen Team (in Anlehnung an P. Hahn) – Skizze für die notwendige parallele Erfassung und Verarbeitung von relevanten Daten von Patient*innen (Egger, 2008)

PATIENT*IN				
mit der individuellen Patient*innenwelt				
muss in seiner*ihre psychischen Dimension, seiner*ihre organbiologischen Dimension, und seiner*ihre ökosozialen Dimension erkannt werden				
biopsychosoziale Diagnostik („Simultandiagnostik“, „ganzheitliche“ bzw. Mehrebenen-Diagnostik)	organisch-biologische Daten	Erlebens- und Verhaltensdaten (Denken, Fühlen, Handeln)	öko-soziale Daten (physikochemische und soziale Umwelt)	multimodale Datenerfassung: Datenebenen, Datenquellen, funktionelle Bereiche
Integration der Mehrebenen-Diagnostik				
Datenintegration durch Nutzung von störungsspezifischen Modellen für die Verbindungen zwischen den Systemebenen (wissenschaftlich bekannte und vermutete Kommunikationswege zwischen den relevanten Systemen)				
multimodale Therapie				
über biopsychosoziale Diagnostik begründeter Einsatz und Koordination der Interventionen auf den unterschiedlichen Einflussebenen, Behandlungskonzept mit mehrdimensionalen Eingriffsmöglichkeiten				
biopsychosoziale Therapie („Simultantherapie“, „ganzheitliche bzw. Mehrebenen-Therapie“)	Eingriffe auf organbiologischer Ebene: pharmakotherapeutisch, chirurgisch-technisch, physiotherapeutisch	Eingriffe auf psycholog. Ebene: kognitiv-emotional und handlungsorientierte psychologische Interventionen	Eingriffe auf ökosozialer Ebene: familiäres/berufliches Netzwerk, soziokulturelle Ressourcen	abgestimmte Interventionen, seriell oder paralleles Procedere
Wirkung auf psychische, organbiologische und ökosoziale Dimension der PATIENT*IN				
in seiner*ihre individuellen Patient*innenwelt				

1946). 1975 wurde erstmals sexuelle Gesundheit definiert als „Integration somatischer, emotionaler, intellektueller und sozialer Aspekte sexuellen Seins auf eine Weise, die positiv bereichert und Persönlichkeit, Kommunikation und Liebe stärkt. Grundlegend für dieses Konzept sind das Recht auf sexuelle Information und das Recht auf Lust“ (WHO, 1975, zit. nach Voß & Bardehle, 2017). Es ging auch bei dieser Definition um deutlich mehr als die Abwesenheit von Krankheit und Störung. [...] Die aktuell gültige Definition sexueller Gesundheit der WHO stammt von 2015: „Sexuelle Gesundheit ist untrennbar mit Gesundheit insgesamt, mit Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden. Sie ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen. Sexuelle Gesundheit setzt eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, und zwar frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt.“

Relevant ist hier der Aspekt, dass auch bei der aktuellen Definition explizit die Bereiche körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens berücksichtigt werden. Die Unterscheidung dieser drei Bereiche ist für das angewandte Embodiment ebenso von grundlegender Bedeutung wie für ein biopsychosoziales Modell und eine Definition sexueller Gesundheit.

Von Kritiker*innen sexueller Gesundheitsmodelle wird immer wieder bemerkt, dass mit einer Definition sexueller Gesundheit auch automatisch sexuelle Krankheit definiert sei. Angesichts der Tatsache, dass Sexualtherapie im Gesundheitssystem geleistet und von Krankenkassen bezahlt wird (bzw. eben nicht bezahlt wird), [...] ist es gesundheitspolitisch wichtig, Gesundheit zu definieren. Für die klinische Praxis geht es um

- die Finanzierung sexualtherapeutischer Leistungen;
- eine Grundhaltung, die das Leiden der Hilfesuchenden in den Vordergrund stellt und weniger die Etikettierung als gestört/krank oder normal/gesund;
- multimodale Diagnostik und Therapie sexueller – als Störung definierter – Phänomene.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Theorien des Embodiment bzw. des Enaktivismus in bester Weise in ein biopsychosoziales System und ein sexuelles Gesundheitsmodell passen. Mehr noch, dass sie als wissenschaftliche Metatheorie die Basis für weitere Entwicklungen darstellen können.

Transfer zum sexuellen Kontext

Für die Entwicklung einer embodimentorientierten Sexualtherapie sind die folgenden Aspekte wichtig:

- Ein biopsychosoziales Modell betrachtet den Menschen in seiner psychologischen, organ-biologischen und ökosozialen Dimension.
- Diagnostik und Therapie müssen alle drei Bereiche berücksichtigen. Es geht um Wechselwirkungen und nicht um unidirektionale Ursachenzuschreibungen.
- Die verschiedenen Bereiche sind nicht voneinander zu trennen. Das Modell ist ein Versuch, die Komplexität des biopsychosozialen Zusammenspiels zu vereinfachen und zu beschreiben.

Erlebbar ist die Komplexität in ihrer Ganzheit in der Erste-Person-Perspektive. Deswegen ist die phänomenologische Ebene in der Forschung wie in der Praxis zu berücksichtigen.

Embodimentorientierte Sexualtherapie

Die hier vorgestellte embodimentorientierte Sexualtherapie ruht auf drei Säulen: ein biopsychosoziales Modell sexueller Gesundheit, die Einheit von Körper und Geist, die zentrale Rolle des Körpers und des Körperlichen (das sexuelle Selbst).

Ein biopsychosoziales Modell sexueller Gesundheit. Das Modell sexueller Gesundheit berücksichtigt biologische, psychologische und soziale Faktoren. Seine Aufgabe besteht nicht in der Grenzziehung zwischen gesund und krank, sondern dient als Grundlage für eine gesundheitspolitische Diskussion bezüglich der sexualtherapeutischen Versorgung der Bevölkerung und als Basis für einen interdisziplinären Austausch.

Die Einheit von Körper und Geist. Körper und Geist werden grundsätzlich verstanden als eine organismische Einheit, die sich zur Welt verhält. Ein embodimentorientierter sexualtherapeutischer Ansatz berücksichtigt immer die beiden folgenden Aspekte, die untrennbar miteinander verbunden sind:

- Ein Mensch „ist“ sein Körper (lived body). Es ist dies die Erste-Person-Perspektive, die Perspektive des unmittelbar Erlebten (z. B. empfindet eine Person unmittelbar Kopfschmerzen, sie denkt nicht „Ich habe Kopfschmerzen“). Das ist das präreflexive Selbst.
- Der Mensch „hat“ seinen Körper (felt body). Das ist die Dritte-Person-Perspektive. Der Mensch kann seinen Körper als Objekt erleben, er kann ihn zum Objekt machen und über sich bzw. den eigenen Körper reflektieren (z. B. denkt die Person: „Ich habe Kopfschmerzen“).

Die zentrale Rolle des Körpers. Im Folgenden wird der Begriff des sexuellen Selbst verwendet für die Einheit der drei Ebenen

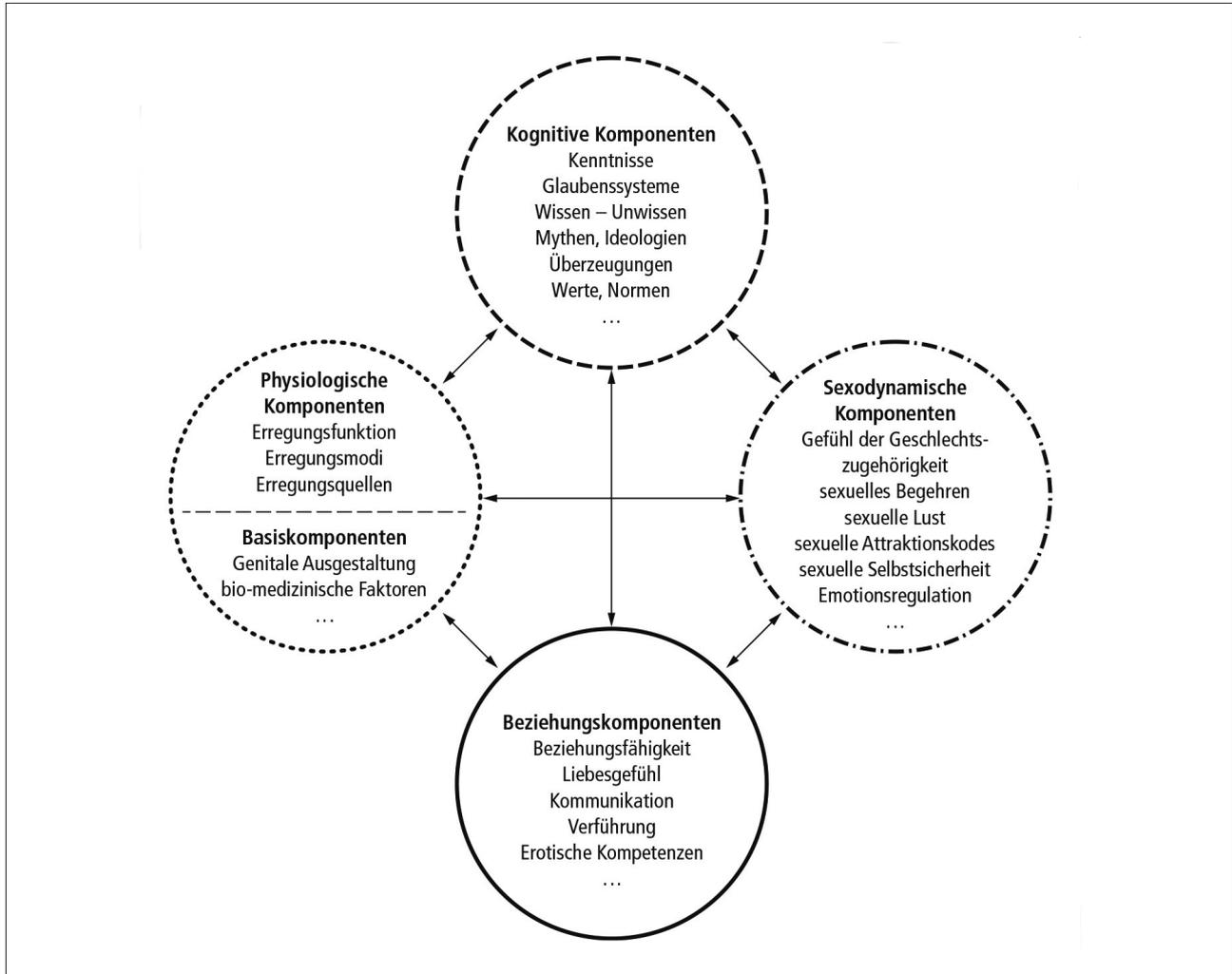


Abb. 1: Modell sexueller Gesundheit des Sexocorporel

des Körperlichen (synonym auch drei Aspekte des Körpers). Der Begriff „das Körperliche“ soll zum Ausdruck bringen, dass es sich nicht um drei verschiedene Körper handelt, sondern um drei verschiedene Aspekte, die dem Körper im Embodiment zukommen. Die drei Ebenen des Körperlichen sind:²

- Selbstorganisation,
- strukturelle Kopplung mit der Umwelt und
- Intersubjektivität/Participatory-Sense-Making.

Mit dem personalen Doppelaspekt und den drei Aspekten der Körperlichkeit ist das Grundgerüst einer embodimentorientierten Sexualtherapie benannt. Auf dieser Basis wird im Folgenden ein sexualtherapeutisches Konzept entwickelt, das im Wesentlichen auf dem Ansatz des Sexocorporel beruht. Dieser Ansatz erfüllt die meisten der hier geforderten Voraussetzungen, allerdings ohne sich explizit auf die Theorie des Embodiment zu beziehen.

Ein biopsychosoziales Modell sexueller Gesundheit: Sexocorporel

Das Modell

Vorlage für das Modell sexueller Gesundheit des Sexocorporel³ war das Gesundheitsmodell der WHO, wie es 1975 formuliert wurde: „Sexuelle Gesundheit ist die Integration der somatischen, emotionalen, intellektuellen und sozialen Aspekte sexuellen Seins auf eine Weise, die positiv bereichert und Persönlichkeit, Kommunikation und Liebe stärkt. Grundlegend für dieses Konzept sind das Recht auf sexuelle Information und das Recht auf Lust.“ Der Sexocorporel entwickelte daraus ein Modell sexueller Gesundheit, wie es in Abbildung 1 dargestellt ist.

² Vgl. auch Kap. 5.5 des Buches.

³ Der Sexocorporel wurde von Professor Jean-Yves Desjardins (1931–2011) entwickelt. [...] Seit 2016 ist es möglich, an der Hochschule Merseburg einen Masterstudiengang „Sexologie“ zu absolvieren, der sich schwerpunktmäßig am Modell sexueller Gesundheit des Sexocorporel orientiert.

Die vier Komponenten der Sexualität, die der Sexocorporel formuliert, entsprechen dem biopsychosozialen Modell:

Physiologische und organismische Basiskomponenten. Diese Komponente beschreibt die organismische Beschaffenheit unter der somatischen Perspektive:

- die homöostatische Balancierung der lebenserhaltenden Kreisläufe,
- die Ausgestaltung des Genitals von eindeutig männlich über intersexuell bis zu eindeutig weiblich bzw. eben auch künstliche Vagina (Neovagina) oder künstlicher Penis (Penoid),
- die Reaktionszyklen des Erregungsreflexes, dazu gehören die sexuelle Erregungskurve und die Erregungsmodi.⁴

Der psychologische Teil des Modells unterteilt sich in die kognitiven und emotionalen Komponenten.

Kognitive Komponenten. Diesem Bereich werden alle Überzeugungen, Glaubensmuster, Ideologien zugeordnet, wie auch explizites Wissen über Sexualität im weitesten Sinne. Hierzu gehören u. a. Geschlechterstereotype, Beziehungsmodelle, Leistungsansprüche.

Sexodynamische Komponenten. Zu den sexodynamischen Komponenten gehören im Sexocorporel u. a. das Konzept des Gefühls der Geschlechtszugehörigkeit.⁵

Beziehungskomponenten. Zu dieser Komponente gehören alle Fähigkeiten zu Interaktionen in sozialen Beziehungen in einem (sehr weit verstandenen) sexuellen Kontext.⁶

Die Komponenten wie Beziehungsfähigkeiten im Kontinuum zwischen Bindung und Autonomie, Verführungsfähigkeiten, erotischen Kompetenzen und (sexuellen) Kommunikationsfähigkeiten lassen sich allerdings nicht nur innerhalb eines romantischen Liebesideals verstehen, sondern bilden typische Themen ab, wie sie in paar- und sexualtherapeutischen Praxen Alltag sind.

Es lässt sich nicht oft genug wiederholen: Die Aufteilung des Körper-Geist-Umwelt-Geschehens ist eine künstliche und dient der Komplexitätsreduktion. Dieses Modell, wie jedes Modell, wird das hochkomplexe Geschehen immer nur unzureichend

abbilden können. Es sollte stetig weiterentwickelt und nie als abschließende Wahrheit verstanden werden.

Für die praktische Arbeit mit Klient*innen ist der Rückgriff auf die vier Komponenten psychoedukativ sehr hilfreich. Alle für die therapeutische Arbeit wichtigen Faktoren sind durch die verschiedenen Komponenten im Modell sexueller Gesundheit beschrieben. Sexuelle Gesundheit ist in diesem Modell definiert als Entstehung, Entwicklung, Interaktion und vor allem Balancierung der vier Komponenten.

Die Einheit von Körper und Geist

Der Grundgedanke des Embodiment ist der, dass Körper und Geist als zwei Aspekte einer Einheit verstanden werden. Eine embodimentorientierte Sexualtherapie setzt diesen Doppelaspekt in allererster Linie durch eine Grundhaltung um, mit denen die Therapierenden den Hilfesuchenden begegnen und mit ihnen – im Sinne eines Participatory-Sense-Making – eine sinnvolle Situation kreieren, die für die Hilfesuchenden hilfreich ist. Diese Grundhaltung berücksichtigt mehrere Elemente.

Der Doppelaspekt der personalen Ebenen

Körper und Geist als Einheit zu sehen, auch wenn man sie gewzungenmaßen immer wieder getrennt betrachtet, ist ein hoher Anspruch. Ein Sprach- und damit auch Denksystem ohne diese Dichotomie steckt noch in den Anfängen. Entscheidend ist dabei, dass man sich des Paradoxons bewusst ist, die schlimmsten Kategorienfehler vermeidet und das eigene Handeln immer wieder überprüft. In der praktischen Anwendung führt das zu einem technischen Grundprinzip: Jede Reflexion auf einer beschreibenden Ebene hat eine Resonanz auf der körperlichen Ebene. Und in umgekehrter Richtung: Jede organismische Veränderung geht mit einer Resonanz auf kognitiver und/oder emotionaler Ebene einher. Diese Resonanzen sind nicht immer bewusst bzw. bewusstseinsfähig. Die therapeutische Arbeit besteht darin, diese Resonanzen zu erkennen und sinnvoll zu nutzen.

Dazu ist es notwendig, dass die Therapierenden ihr eigenes Potenzial an Wahrnehmungsfähigkeiten optimieren und in den therapeutischen Prozess einbringen. Der therapeutische Prozess befindet sich im ständigen Wechsel zwischen allen personalen Ebenen:

- Die Erste-Person-Perspektive (Ich), das leibliche Erleben der Therapierenden und der Hilfesuchenden.
- Die Zweite-Person-Perspektive (Du) der Beteiligten – was zu einem Wir führt.
- Die Dritte-Person-Perspektive der Reflexion und Bewertung.

⁴ Vgl. Kap. 5.5.1.

⁵ Vgl. Kap. 5.5.2: „Das Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit“ und die Bereiche des Begehrens und der sexuellen Lust.

⁶ Im originären Modell des Sexocorporel ging es bei den Beziehungskomponenten um Konzepte für romantische Zweierbeziehungen, was die Lebenswelt moderner Beziehungen und die Vielfalt an bestehenden Sexualitäten (Sigusch, 2013) bei weitem nicht abdeckte und dem Sexocorporel den Ruf eines heteronormativen, penetrationsdogmatischen Ansatzes einbrachte (vgl. Kap. 9 des Buches).

Fokus auf dem Körperlichen und der sexuellen (Inter-)Aktion

Der Anspruch und die Forderung, den Körper und das Körperliche in die Betrachtung von Sexualität einzubeziehen, erscheint auf den ersten Blick als so banal, dass man sich fragen kann, wie es denn überhaupt ohne Körper gehen soll. Tatsächlich geschieht genau das in den meisten sexualtherapeutischen Systemen:

Der bzw. die Körper und das körperliche Geschehen spielen nur eine Nebenrolle. Schaut man sich die (in Deutschland) gängigen Sexualtherapien an, so geht es darin vielmehr um Beziehungsdynamik, Bindungssicherheit, Differenzierung oder tiefenpsychologisch verstandene Bedürfnisbefriedigungen als um das konkret-körperliche Verhalten. Allein im *Sensate-Focus* (Methode mit sog. Streichelübungen) wird dem, was Menschen ganz konkret beim Sex tun, Bedeutung beigemessen.

Je nach Ausrichtung liegt aber auch hierbei der Schwerpunkt auf einer bedeutungsgebenden Analyse des Verhaltens. Die sexuelle Interaktion gilt als projektiver Test für das, was zwischen den Beteiligten geschieht, und die konkrete körperliche Interaktion bleibt untergeordnet.

Eine embodimentorientierte Therapie führt konkretes Verhalten und Erleben auf das Körperliche, also auf Wahrnehmung und Handlung in Interaktion zurück.

Wahrnehmung ist Handlung ist Wahrnehmung ist Handlung

Die Forschungen zum sensomotorischen Enaktivismus sprechen dafür, dass die Art und Weise der Handlung-Wahrnehmung wesentlichen Einfluss auf die bewertenden Emotionen und Kognitionen hat. Daraus leitet sich die Forderung nach phänomenologischen Beschreibungen von Qualitäten sexuellen Handelns ab.

Diese Beschreibungen dienen zur Verdeutlichung und Kommunikation der Art und Weise, wie ein Mensch seine sexuelle Interaktion gestaltet, wie er sexuelle Erregung in seinem Körper „inszeniert“ und wie er diese Erregung reguliert und moduliert. Es geht dabei nicht um Stellungen und Praktiken. Auch wenn diese natürlich berücksichtigt werden, liegt der Fokus darauf, wie ein Mensch seine sensomotorischen Kontingenzen/Fähigkeiten nutzt, um sexuelle Erregung zu steuern, und welche Lust er dabei erlebt. Bevorzugte Stellungen und Praktiken folgen in der Regel der Logik der sensomotorischen Kontingenzen. Zur Beschreibung dieses Geschehens dienen im Modell des *Sexocorporel* die sogenannten Erregungsmodi.⁷

Selbstregulation und Selbstermächtigung

Sinn und Zweck der Analyse der sexuellen Interaktion ist in erster Linie, die Klient*innen zu befähigen, wahrzunehmen, was sie tun und vor allem, wie sie es tun. Es geht darum, sie in ihrer Kompetenz zu stärken, sich selbst und die Prozesse in ihren Körpern zu erspüren und ernst zu nehmen, ihnen Bedeutung zuzuschreiben (= *Sense-Making*). Im Laufe dieses Prozesses lernen die Klient*innen, dass sie diese Prozesse gestalten und – wichtiger – wie sie das tun. Sie bekommen nicht nur ein Gespür für sich selbst, sondern sie entwickeln auch Möglichkeiten der Regulation.

In diesem Prozess lernen die Klient*innen auch, zwischen den Phänomenen und ihren Bedeutungen zu unterscheiden. Im systemisch verstandenen Bewusstsein, dass es keine objektiven Beschreibungen geben kann, ist es wichtig, die Beobachtungen (was geschieht) von den Bewertungen (der Therapierenden, der Therapierten, der Umwelt) und den Erklärungen und Interpretationen (durch die Theorien der Therapierenden, der Therapierten, der Umwelt) zu unterscheiden.

Dadurch wird es möglich, Ereignisse anders als bisher einzuschätzen, mit einer anderen organismischen Selbstregulierung zu reagieren und sich dementsprechend anders zu verhalten – und anders zu erleben.

Die Bedeutung der Aufmerksamkeitssteuerung auf die individuelle Befindlichkeit ist der in achtsamkeitsbasierten Ansätzen sehr ähnlich. Die Aufmerksamkeit gilt dem Hier und Jetzt und die Grundhaltung ist eine der Neugier, Offenheit und Akzeptanz dessen, was gerade ist. Es besteht allerdings der Unterschied, dass der Fokus – zumindest solange es um Sexualtherapie geht – beim sexuell relevanten Geschehen liegt, und nicht bei einer gleichmütigen, absichtslosen Betrachtung des inneren Erlebens.

Phänomenologischer Zugang

Die Leitfrage der Suchrichtung mit den Klient*innen ist also das *Wie*. Es geht nicht um eine Ursachensuche durch *Warum* und auch nicht um eine Wirkungsanalyse mit *Wozu*, sondern um die ganz pragmatische Frage: „Wie machen Sie das?“

Das *Wie* richtet den Fokus der Aufmerksamkeit auf das, was jetzt gerade geschieht. Die Aufmerksamkeit richtet sich nach innen, es wird nicht mehr gedacht oder gefühlt, sondern gespürt. Damit ist nicht nur das Fühlen emotionaler Erlebnisinhalte gemeint, sondern das Gewahrwerden dessen, was im Körper geschieht. Diese Haltung ist für viele Klient*innen überraschend. Bezüglich einer erektilen Dysfunktion beispielsweise heißt es implizit nicht mehr: „Ich habe eine erektile Dysfunktion, sie geschieht mir“, sondern „Ich mache eine erektile Dysfunktion“. Diese Sichtweise ist herausfordernd, weil es natürlich Reaktanz hervorruft im Sinne von: „Ja, aber ich will das doch gar nicht machen.“ Bei näherer Betrachtung der kör-

⁷ Vgl. Kap. 5.5.1 im Buch.

perlichen Vorgänge in Verbindung mit dem emotionalen und kognitiven Geschehen wird der Teil des aktiv (wenn auch unabsichtlich!) hergestellten Verhaltens ins Bewusstsein gebracht und modifizierbar. Diese Grundhaltungen werden durch Beschreibungsweisen und Techniken umgesetzt, die den Körper in ihrem Fokus haben.

Die Rolle des Körperlichen

Das Körperliche wird in drei Ebenen unterschieden: die Ebene der Selbstregulation, die Ebene der strukturellen Kopplung mit der Umwelt und die Ebene der sexuellen Interaktion mit anderen.

Der Körper auf der Ebene der Selbstregulation

Die Ebene der Selbstregulation bezieht sich auf die strukturelle Beschaffenheit des Organismus und dessen sensomotorische Fähigkeiten. Natürlich beinhaltet diese Ebene immer auch die somatische Aufrechterhaltung aller lebenswichtigen Funktionskreise. Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf der Entwicklung eines sexualtherapeutischen Ansatzes, weshalb hier von den sexualmedizinischen Themen im engeren Sinne abgesehen wird – was deren Bedeutung nicht schmälern soll. Gemäß dem biopsychosozialen Modell geht es um Integration und Verbindung verschiedener Disziplinen im Dienste der Klient*innen. Die selbstregulatorische Ebene beinhaltet

- das Gefühl der Verbindung mit dem sogenannten sexuellen Körper,
- die für sexuelle Kontexte relevanten sensomotorischen Kontingenzen und
- die Fähigkeiten, den organismischen Zustand zu steuern und zu regulieren.

Das Gefühl der Verbindung mit dem sexuellen Körper

Auf der objektivierbaren Ebene ist mit dem sexuellen Körper die Beschaffenheit der Sexualorgane gemeint. Der Begriff schließt Intergenitale, Penioide und Neovaginen mit ein. Auf phänomenologischer Ebene geht es darum, wie diese körperliche Form erlebt wird. Fühlt sich der Mensch wohl mit seinem Genital, kann er es, körperpsychotherapeutisch gesagt, „bewohnen“? Oder erlebt er es als Fremdkörper, als Ding, das zu funktionieren hat, wie ein Werkzeug? Erlebt er es als angenehm und lustvoll oder als eklig und schmutzig? In der alten Sprachregelung des Sexocorporel wurde die körperliche Basis

als „sexueller Archetyp“ bezeichnet und dessen subjektives Erleben als „Erotisierung des Archetyps“. Im Folgenden wird der Begriff des „Gefühls der Verbindung mit dem sexuellen Körper“ genutzt. Gemeint ist mit beiden Begrifflichkeiten, ob und wie ein Mensch seine genitale Ausstattung im sexuellen Kontext nutzen kann.

Beispiel 1: Es ist prinzipiell genauso möglich, mit einem Island-Pony an einem Spring-Turnier teilzunehmen wie an einem Tölt-Turnier. Aufgrund der körperlichen Beschaffenheit eines Island-Pferdes ist die Teilnahme am Springturnier relativ unwahrscheinlich, weil es aufgrund seiner körperlichen Eigenarten nicht wirklich gut springen kann. Dafür kann es wunderbar tölten oder passen (verschiedene Gangarten).

Beispiel 2: Ein Flügel ist ein Instrument, dem man auf verschiedenste Arten Töne entlocken kann. Wahrscheinlich ist, dass dazu die schwarzen und weißen Tasten benutzt werden, möglich ist aber vieles (Saiten zupfen, Deckel zuschlagen, auf dem Korpus trommeln).

Die formale Beschaffenheit legt bestimmte Nutzungsweisen nahe. In der Sprache des Embodiment heißt das: Die Beschaffenheit und Nutzung der Sinnesorgane bestimmen das Erleben. So ist es mit einem Penis als einer Körperausstülpung wahrscheinlicher, dass er stimuliert wird durch Druck und Reibung oder dass er in etwas eingeführt wird, als dass umgekehrt etwas in ihn reingesteckt wird. Obwohl das durchaus mit Erregung möglich ist und vorkommt (sog. Tunnel-Spiele). Ein vaginaler Innenraum bietet sensorisch hohes Potenzial, um ihn für sexuelle Erregung zu nutzen. Dieses Potenzial muss erst im Laufe der Ontogenese entdeckt bzw. erlernt werden, und da diese Körper-Einstülpung nicht so simpel zu ergreifen ist wie eine Ausstülpung, ist die sexuelle Nutzung von Penissen eine komplett andere als die von Vaginen. Wahrscheinlicher ist, dass auch die weiblichen Körper-Ausstülpungen, also die äußeren Genitalien, die Vulva mit Klitoris und inneren und äußeren Lippen, entdeckt und zur sexuellen Erregung genutzt werden – weil sie leichter zu ergreifen sind.

Ob ein Gefühl der Verbundenheit mit der biologischen Ausstattung gegeben ist, hat viele Faktoren. Auf der Ebene der Selbstregulation wird beschrieben,

- ob ein Mensch seine Genitalien als Teil des eigenen Körpers erlebt,
- ob mit diesen Genitalien sinnliche Wahrnehmungen gemacht werden können,
- ob seine Genitalien zur sexuellen Erregung genutzt werden können und
- auf welche Art und Weise die Genitalien zur Erregungssteuerung benutzt werden.

Ein Mensch, der seine Geschlechtsorgane in diesem Sinne erotisiert hat, ist in der Lage,

- mit diesem Organ Empfindungen wahrzunehmen,

- diese als sexuell erregend zu empfinden und zu deuten,
- diese Erregung in sexuellen Kontexten (Autosexualität wie Partnersexualität) in Handlungen zu gestalten – in Worten des Embodiment: sie zu inszenieren, sowie
- sie zu symbolisieren und durch Sprache, Bilder, Symbole, Fantasien zum Ausdruck zu bringen.

Erotisierung ist so verstanden ein Kontinuum und kein An- oder Aus-Zustand. Für Männer ist die naheliegende Entwicklung eine, die mit Eindringen zu tun hat (Intrusivität) und mit Stimulation am Penis. Für Frauen ist die naheliegende Entwicklung eine, die mit Aufnehmen zu tun hat (aktiv verstandene Rezeptivität) und mit Stimulation an der Vulva und in der Vagina.

Für intersexuelle Menschen liegt erst einmal nichts nahe, es gibt keine gesellschaftlichen Vorbilder, wie Sexualität mit einem Intergenital aussehen könnte. Aufnehmen, Eindringen, Stimulation gestaltet sich je nach Form des Genitals und der Handlung-Wahrnehmung damit. Diese Entwicklungsaufgabe gilt es individuell zu bewältigen, denn jedes Intergenital ist höchst individuell.

Menschen mit Genitalien nach geschlechtsanpassenden Operationen stehen zunächst die geschlechtstypischen Skripte zur Verfügung, die allerdings nicht aus sich selbst heraus funktionieren. Auch hier gilt es, die körperlichen Gegebenheiten erotisch nutzen zu lernen. Auch wenn die Nutzung der Genitalien naheliegend ist, kann natürlich jede Körperregion zur erotischen Stimulation genutzt werden.

Bei dem Konzept des sexuellen Körpers geht es darum, wie Menschen ihr Geschlechtsorgan erleben, welches auch immer sie haben. Die praktische Arbeit fokussiert auf dieser Ebene darauf, das eigene Genitale als zu sich gehörig zu erleben und mit dem Geschlechtsorgan lustvolle Erfahrungen mit sexueller Erregung machen zu können.

Es geht nicht darum, Männern das Penetrieren nahezubringen und Frauen penetrierbar zu machen. Eindringen ist mit Fingern, Zunge und Gegenständen möglich, aber es fühlt sich anders an, als mit einem Penis einzudringen. Aufnehmen geht mit allen Körperöffnungen: Anus, Mund, Ohr oder Harnröhrenöffnung sind Möglichkeiten, die sich alle anders anfühlen, als etwas mit einer Vagina aufzunehmen. Und Aufnehmen ist in diesem Sinne hochgradig aktiv verstanden – was der Begriff der Rezeptivität nicht gerade nahelegt.

Zusammengefasst lässt sich das Gefühl der Verbindung mit dem sexuellen Körper auf einem Kontinuum von erotisiert/verankert, ich-synton bis hin zu ablehnend/aversiv, ich-dyston beschreiben.

Dazwischen liegen Bereiche der Ambivalenz und/oder Verunsicherung. Ein Mensch ist ambivalent bezüglich seiner Verbindung zum sexuellen Körper, wenn sich Phasen der guten Verankerung abwechseln mit Phasen der Ablehnung der eigenen sexuellen Körperlichkeit. Symptome von Verunsicherungen im Gefühl der Verbindung zum eigenen sexuellen Körper sind zum Beispiel Grübeleien über die Länge des eigenen Penis, der Eindruck, die eigene Vulva rieche irgendwie nicht gut oder das eigene Genitale sei nicht liebenswürdig.

Aber was braucht ein Mensch, um sexuelle Erregung hervorzurufen und sie als lustvoll zu erleben? [...]

Literatur

- Egger, J.W., 2008. Grundlagen der „Psychosomatik“ – Zur Anwendung des biopsychosozialen Krankheitsmodells in der Praxis. *Psychologische Medizin* 19 (2), 12–22.
- Klotz, T., 2017. Erektile Dysfunktion und Ejaculatio praecox. In: *Stiftung Männergesundheit (Hg.), Sexualität von Männern. Dritter deutscher Männergesundheitsbericht*. Psychosozial-Verlag, Gießen.
- Kriz, J., 1997. Systemtheorie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. *Fakultas, Wien*.
- Marlock, G., Weiss, H. (Hg.), 2006. *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Schattauer, Stuttgart.
- Schiepek, G., Spörkel, H., 1993. Verhaltensmedizin als angewandte Systemwissenschaft. In: *Schiepek, G., Spörkel, H. (Hg.), Verhaltensmedizin als angewandte Systemwissenschaft*. Mackinger, Bergheim, 7–20.
- Sigusch, V., 2013. *Sexualitäten: Eine kritische Theorie in 99 Fragmenten*. Campus, Frankfurt.
- Sztenc, M., 2020. *Embodimentorientierte Sexualtherapie. Grundlagen und Anwendung des Sexocorporel*. Mit einem Geleitwort von Ulrich Clement. Schattauer, Stuttgart.
- Voß, H.J., Bardehle, D., 2017. Zum Begriff „Sexuelle Gesundheit“. In: *Stiftung Männergesundheit (Hg.), Sexualität von Männern. Dritter deutscher Männergesundheitsbericht*. Psychosozial-Verlag, Gießen.
- WHO, 2015. *Sexuelle Gesundheit nach der Definition der WHO*. Zit.n. <https://institut-fuer-embodiment-und-sexologie.de/institut/>

Autor

Michael Sztenc, Dipl.-Psych, Paar- und Sexualtherapeut, Villa Martha, Bühler Straße 47, 66130 Saarbrücken, <https://www.paartherapie-sb.de>, e-mail: info@sztenc.de
