

Sexuologie

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

Inhalt

Editorial

- 2 **Schwerpunktthema sexualmedizinische Weiterbildung**
Hermann J. Berberich

5 Originalarbeiten

Flexibilität und Stabilität der sexuellen Orientierung und deren Bedeutung für die Paraphilie-Therapie
Olaf G. Apel

Fortbildung

- 16 **Struktur der sexualmedizinischen Weiterbildung**
Klaus M. Beier, Hartmut A.G. Bosinski, Kurt Loewit

Diskussion

- 58 **Beziehung und Sexualität im Kontext der Technokultur**
Vibhuti B. Uzler, Robert Ananda Coordes

Humboldt-Dialog

- 66 **Podiumsdiskussion der Wilhelm von Humboldt Stiftung am 22.6.2007**
Cornelie Kunkat, Eva Maria Engelen, Tilman Borsche, Klaus M. Beier, Lutz Trahms

Aktuelles

- 77 **Ausstellungsbericht, Buchrezension**

Anschrift der Redaktion

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier (V.i.S.P.), Rainer Alisch MA, 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: Elsevier GmbH, Niederlassung Jena, Postfach 100537, 07705 Jena, Deutschland.
Tel: +49(0)3641/62 63, Fax: +49(0)3641/62 65 00, e-mail: journals@elsevier.com

Anzeigenverkauf und -verwaltung: Media Service Marschall, Frau Ursula Marschall, Teltowkanalstraße 1, D-12247 Berlin, Tel. 030-7719959, Fax 030-7713432,
E-mail: marschmed@aol.com, www.mediamarschall.de

Anzeigenleitung: Elsevier GmbH, Niederlassung Jena, Deutschland, Ansprechpartner: Cora Grotzke, Löbdergraben 14a, 07743 Jena. Tel: +49(0)3641/62 64 45, Fax: +49(0)3641/62 64 21; E-mail: c.grotzke@elsevier.com

Anzeigenpreise: Gültig ist die Preisliste vom 1. Januar 2008.

Lieferkonditionen (2008): Volume 15 (1 Band mit 4 Heften)

Abopreise* (2008): Deutschland, Österreich, Schweiz: Vollarbeitspreis 156,00 €;

Persönliche Abonnenten 75,00 €; Einzelheftpreis 47,00 €;

* Die Preisangaben sind unverbindliche Preisempfehlungen. Preisänderungen müssen wir uns vorbehalten. Alle Preise verstehen sich inklusive Versandkosten und exklusive Umsatzsteuer. Bei der Rechnungsstellung wird Umsatzsteuer gemäß der zum Rechnungszeitraum geltenden Richtlinien erhoben. Versand per Luftpost ist möglich, Preise auf Anfrage. Kunden in den EU-Ländern werden gebeten ihre Umsatzsteuernummer anzugeben.

Persönliche Abonnements zum Vorzugspreis sind mit Namen und Adresse des Empfängers direkt an den Verlag zu richten. Sie sind mit „Persönliche Abonnements“ zu kennzeichnen. Besteller, Rechnungsempfänger und Rechnungszahler müssen Privatpersonen sein. Die Zahlung kann per Kreditkarte (Eurocard/Mastercard, VISA oder American Express; bitte Kartennummer und Ablaufdatum angeben) oder Vorauskasse erfolgen. Die Angabe einer Instituts- oder Geschäftsadresse ist nur zulässig, wenn das Institut oder Unternehmen ebenfalls ein Abonnement hat.

Der Verlag behält sich das Recht vor, Zusatzbände im Abonnementzeitraum zu publizieren. Erscheinende Supplement-Bände zu einzelnen Zeitschriften sind in den genannten Preisen enthalten.

Kündigung von Abonnements: Abonnements laufen jeweils für ein Kalenderjahr und werden unbefristet bis auf Widerruf verlängert, falls nicht bis zum 31. Oktober des Jahres gekündigt wird.

Abstracted/Indexed in BIOSIS --CAB Abstracts --Chemical Abstracts Service (CAS) --Chemical Abstracts (SEXUEX) --EMBASE/Excerpta --Medica --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>

Abonnements: Bitte richten Sie ihre Bestellung an Elsevier GmbH, Niederlassung Jena, AboService/ Vertrieb, Postfach 100537, 07705 Jena, Deutschland.

Tel: +49(0)3641/62 64 47, Fax: +49(0)3641/62 64 43, E-mail: kernst@elsevier.com

Bankverbindung:

Deutsche Bank AG Reutlingen, Account No. 159 9950 (BLZ 64070085);

IBAN: DE54 6407 0085 0159 9950 00; BIC/SWIFT: DEUTDESS640

Postbank Stuttgart, Account No. 6930-706 (BLZ 600 100 70);

IBAN: DE80 6001 0070 0006 9307 06; BIC/SWIFT: PBNKDEFF

Bitte geben Sie bei der Zahlung ihre vollständigen Daten an.

Copyright: Alle Artikel, die in dieser Zeitschrift veröffentlicht werden, sind urheberrechtlich geschützt, alle Rechte vorbehalten. Ohne schriftliche Erlaubnis des Verlages ist es verboten, Teile der Zeitschrift in irgendeiner Form zu reproduzieren. Dies beinhaltet ebenso die Digitalisierung, als auch jede andere Form der elektronischen Weiterverarbeitung, wie Speichern, Kopieren, Drucken oder elektronische Weiterleitung des digitalisierten Materials aus dieser Zeitschrift (online oder offline).

Für den allgemeinen Vertrieb von Kopien für Anzeigen- und Werbezwecke, für die Neuzusammenstellung von Sammelbänden, für den Wiederverkauf und andere Recherchen muss eine schriftliche Erlaubnis vom Verlag eingeholt werden.

Satz: Rainer Alisch, Taunusstraße 8, 12161 Berlin

Druckerei, Bindung: Stürtz GmbH, Alfred-Nobel-Straße 33, 97080 Würzburg

(∞) Seit Band III, Heft 1 (1996) erfüllt das Papier, das für diese Zeitschrift genutzt wurde, die Anforderungen von ANSI/NISO Z39.48-1992 (Beständigkeit von Papier).

Hergestellt in Deutschland

Alle Rechte vorbehalten.

Covergestaltung: Lothar Jänichen, Dornburg/Saale

unter Verwendung eines Motives von Getty Images

((Deutsche Fachpresse))

© Elsevier GmbH



Das **Schwerpunktthema** dieser Ausgabe der *Sexuologie* ist die sexualmedizinische Weiterbildung. Anlass hierfür ist die im November 2007 erfolgte Aufnahme der Zusatzweiterbildung „Sexualmedizin“ in die Weiterbildungsordnung der *Ärzttekammer Berlin* (vgl. nachfolgend den Auszug aus dem *Berliner Amtsblatt*), für uns ein Zeichen, dass unser Bemühen, in Deutschland die sexualmedizinische Versorgung zu verbessern stärker als bisher wahrgenommen wird. Es bleibt zu hoffen, dass andere Ärztekammern, vor allem aber die Bundesärztekammer diesem Beispiel folgen und damit dem Fach Sexualmedizin endlich den ihm gebührenden Stellenwert in der ärztlichen Ausbildung einräumen.

Bereits 1995 legte die *Akademie für Sexualmedizin* der *Bundesärztekammer* ein ausgearbeitetes Curriculum vor¹, das es Ärzten/Ärztinnen verschiedener Fachrichtungen ermöglichte, sich für die eigenständige Erkennung und Behandlung sexueller Störungen zu qualifizieren. Es bildete die Grundlage für den Antrag auf Einführung der Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ in die ärztliche Weiterbildungsordnung.

Der Antrag der *Akademie* basierte auf klinischen Praxiserfahrungen, nach der mindestens 30% der Erwachsenen im Laufe ihres Lebens längere Zeit an einer behandlungsbedürftigen sexuellen Störung mit nachhaltiger Beeinträchtigung der Lebensqualität leiden. Hierbei kann es sich um **sexuelle Funktionsstörungen** des Mannes oder der Frau handeln, die zu allermeist nicht nur den Patienten selbst, sondern auch seine Partnerschaft und seine Familie betreffen. Derartige Störungen treten häufig auch im **Gefolge anderer Grunderkrankungen sowie im Gefolge sexueller Traumatisierungen** auf. Weiterhin gehören zu den sexualmedizinischen Störungen abweichende sexuelle Neigungen (sog. Paraphilien), deren Häufigkeit insgesamt unbekannt ist und deren Diagnostik spezielle Kenntnisse verlangt. Paraphilien sind oft für den Betroffenen selbst, bei bestimmten, potentiell fremdgefährdenden Neigungen (wie z.B. Pädophilie oder Sadismus) aber auch für die Gesellschaft hochproblematisch. In die Kompetenz der Sexualmedizin fallen ferner auch **Probleme bei der Findung der sexuellen Identität** (sog. Coming-out-Problematik) oder Störungen der Geschlechtsidentität (Stichwort Transsexualität).

Vom November 1997 bis Oktober 1999 fand der erste zweijährige Weiterbildungskurs in Berlin an der *Charité* statt. Er wurde von der *Berliner Ärztekammer*, der *Akademie für Sexualmedizin* und dem *Institut für*

Sexualwissenschaft und Sexualwissenschaft veranstaltet. Mittlerweile steht der fünfte Kurs in Folge vor seinem Abschluss. Diese Kontinuität und der ausgezeichnete Ruf, den das *Institut für Sexualwissenschaft und Sexualwissenschaft der Charité* über den nationalen Rahmen hinaus mittlerweile genießt, dürfte die *Berliner Ärztekammer* schließlich dazu bewogen haben, die „Sexualmedizin“ als Zusatzweiterbildung in ihre Weiterbildungsordnung aufzunehmen

Außer in Berlin wurden von der *Akademie für Sexualmedizin* in den vergangenen Jahren in Düsseldorf drei und in München vier Kurse abgehalten, die sich alle an dem oben aufgeführten Curriculum orientieren. Alle Kurse umfassen die Vermittlung von theoretischen Kenntnissen (100 Stunde) sowie von Haltungen und Fertigkeiten (120 Stunden). Nachstehend die Weiterbildungsinhalte im Überblick:

Sexualmedizinische Weiterbildungsinhalte, Theorie: 100h

Allgemein

- ◆ Stammesgeschichtliche Entwicklung der Sexualität
- ◆ Verlauf der körperlichen Sexualentwicklung
- ◆ Verlauf der geschlechtstypischen psychosexuellen Entwicklung
- ◆ Entwicklung der Geschlechtsidentität und der sexuellen Orientierung
- ◆ Physiologie der sexuellen Reaktionen
- ◆ Soziosexualität und kulturelle Implikationen von Geschlechtsrollen

Speziell

Krankheitslehre und Diagnostik bei

- ◆ Sexuelle Funktionsstörungen
- ◆ Sexualstörungen aufgrund von Erkrankungen und/oder deren Behandlung
- ◆ Geschlechtsidentitätsstörungen
- ◆ Störungen des soziosexuellen Verhaltens (einschl. Sexualdelinquenz)

Haltungen und Fertigkeiten, Einstellungen und Erfahrungen: 120h

40h Themenzentrierte Balintgruppe

60h Selbsterfahrung

20h Supervision

- ◆ Sexualanamnese (Einzel/Paar)
- ◆ Sexualmedizinische Beratung und Behandlung (Einzel/Paar)

¹ Vogt et al. 1995. Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“. Bedarfsanalyse und Vorschläge für einen Gegenstandskatalog. In: *Sexuologie* 1995, 2(2) 65ff.

Aufgrund der Anhörungen und Beratungen im Vorfeld der 2004 verabschiedeten Musterweiterbildungsordnung der *Bundesärztekammer* wurde das Curriculum inzwischen durch 60 Stunden klinische Fallseminare ergänzt. Die Fallseminare werden regelmäßig vom *Institut für Sexualwissenschaft und Sexualwissenschaft* der *Charité* angeboten. Sie stehen nicht nur den aktuellen sondern auch den ehemaligen Kursteilnehmern offen. Insgesamt haben seit den ersten Kursen fast 300 Kolleginnen und Kollegen eine zweijährige sexualmedizinische Weiterbildung bei der *Akademie für Sexualmedizin* absolviert.

Anteil der Fachgebiete an der sexualmedizinischen Weiterbildung

Die bisherigen Kursteilnehmer kommen aus unterschiedlichen Facharztgebieten, z. Tl. verfügen sie bereits über die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ (vgl. Abb.1).

Sie besitzen in der Regel eine langjährige Berufserfahrung (4–38 J.) und mussten dabei feststellen, dass in der ärztlichen Ausbildung keine ausreichenden sexualmedizinischen Kenntnisse vermittelt werden, um in der Praxis Patienten mit sexuellen Störungen kompetent behandeln zu können. Bei einer 2007 und 2008 durchgeführten Befragung ehemaliger Kursteilnehmer wurden folgende Gründe für die sexualmedizinische Weiterbildung von den teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen angegeben:

- ◆ Sexualmedizinische Probleme in der Praxis
- ◆ Eigene Kompetenzerweiterung
- ◆ Fehlender Inhalt in der Ausbildung
- ◆ Persönliches Interesse
- ◆ Ergänzung zur bisherigen Ausbildung
- ◆ Empfehlung durch andere

Im Rahmen der Evaluation wurde die Qualität unserer Kurse von den Teilnehmern mit im Mittel mit der Note 1,8 beurteilt, der persönliche Profit wurde ebenfalls mit 1,8 angegeben.²

Die meisten Teilnehmer behandeln in ihrer Praxis in erster Linie Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen. Allerdings fühlten sich viele von ihnen auch nach der Absolvierung der zweijährigen Weiterbildung bei der Behandlung von Paaren noch unsicher (2,8) und waren an einer zusätzlichen Ausbildung in *Syndyastischer Sexualtherapie* interessiert. Im Februar 2008 wurde des-

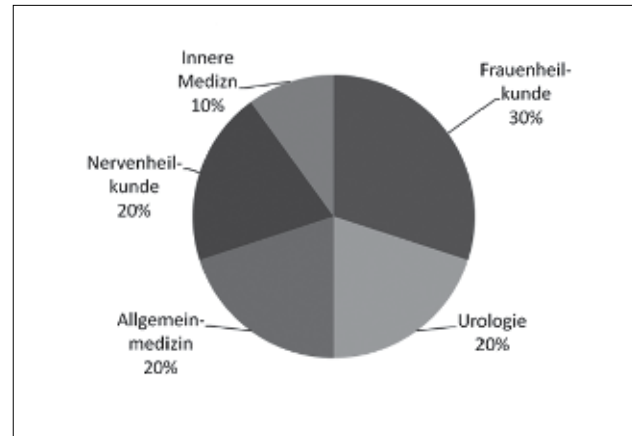


Abb. 1 Anteil der Facharztgebiete, z. Teil mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“

halb das erste Kompaktseminar in *Syndyastischer Sexualtherapie* in einem Seminarhotel in der Rhön durchgeführt, welches von den teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen überaus positiv (1,4) bewertet wurde. Ferner hinaus begann die Akademie mit einer eigenen Supervisorenausbildung in *Syndyastischer Sexualtherapie*.

Zehn in der Behandlung von Paaren bereits erfahrene Kolleginnen und Kollegen nahmen von Mai 2007 bis Mai 2008 an einer insgesamt 48-stündigen Supervisorenausbildung teil. Sie stehen künftig den Kursteilnehmern für die Supervision ihrer Beandlungsfälle zur Verfügung. Weitere vertiefende Schwerpunktseminare sind geplant.

Neue Weiterbildungskurse

Neben Berlin, Düsseldorf und München soll künftig auch in Freiburg ein Weiterbildungskurs angeboten werden, um eine möglichst flächendeckende sexualmedizinische Weiterbildung zu gewährleisten.

Frankfurt/Main im August 2008

H. J. Berberich

Dr. med. Hermann J. Berberich
Sekretär für Fort- und Weiterbildung
der *Akademie für Sexualmedizin*

² Die Bewertung erfolgte nach dem Schulnotensystem: 1 = sehr gut bis 6 = schlecht

Anhang

Die nachfolgende Wiedergabe der Weiterbildungsordnung entspricht der im Amtsblatt für Berlin

Herausgeber: Senatsverwaltung für Inneres und Sport
ISSN 0943–9064

57. Jahrgang Nr. 48 Ausgegeben
zu Berlin am 2. November 2007 A 1262 A

„Sexualmedizin

Definition:

Die Zusatz-Weiterbildung Sexualmedizin umfasst die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation von Störungen und Erkrankungen, welche die sexuellen Funktionen, das sexuelle und/oder partnerschaftliche Erleben und Verhalten (inkl. Paraphilien und sexuell delinquentem Verhalten), die geschlechtliche Identität sowie Folgen von sexueller Traumatisierung betreffen. Die Paardimension spielt in Diagnostik und Therapie dieser Störungen eine wesentliche Rolle. Die Störungen und Erkrankungen können auch Folge von anderen Erkrankungen und/oder deren Behandlung sein.

Weiterbildungsziel

Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz in der Sexualmedizin nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte.

Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung

Facharztanerkennung für die Gebiete Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Urologie

Weiterbildungszeit

- 6-monatige klinische Weiterbildung bei einem Weiterbildungsbefugten gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2
oder berufsbegleitende Teilnahme an 30 doppelstündigen Fallseminaren mit 60 Fallbesprechungen
- 120 Stunden Kursweiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Sexualmedizin
- Teilnahme an mindestens 100 Stunden themenzentrierter Selbsterfahrung

Weiterbildungsinhalte

Erwerb von Kenntnissen in

- den evolutionsbiologischen und soziokulturellen Grundlagen der menschlichen Sexualität
- den anatomischen, physiologischen und psychologischen (biopsychosozialen) Grundlagen der Sexualität
- den Grundlagen der psychosexuellen und somatosexuellen Entwicklung und deren Verlauf über die Lebensspanne
- der Entwicklung der Geschlechtsidentität und der sexuellen Orientierung
- den sexualmedizinisch relevanten rechtlichen Grundlagen (Sexualstrafrecht, Personenstandsrecht, Transsexuellengesetz, Arztrecht etc.)

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der Indikationsstellung und prognostischen Einschätzung psychotherapeutischer, organmedizinischer und medikamentöser Behandlungsansätze,
- der Erkennung psycho- und paardynamischer Prozesse von Sexualität und Geschlechtlichkeit einschließlich Konflikten im sexuellen Erleben und Verhalten sowie damit verbundene Kognitionen und Emotionen,
- Ätiologie, Verlauf und Dynamik, Diagnostik, Klassifikation, Prävention, Beratungskompetenz und Therapie mit differentieller Indikationsstellung bei Störungen der sexuellen Funktion, der sexuellen Entwicklung, der sexuellen Präferenz, des sexuellen Verhaltens, der sexuellen Reproduktion und der Geschlechtsidentität auch im Gefolge von anderen Erkrankungen und/oder deren Behandlung oder von sexueller Traumatisierung.

Übergangsbestimmung:

Die Antragsteller sollen bei Inkrafttreten des 5. Nachtrages der Weiterbildungsordnung Kammermitglieder sein.

Anträge sind binnen 2 Jahren nach Inkrafttreten des 5. Nachtrages zu stellen.

Es ist der Nachweis zu erbringen, dass die Voraussetzungen des § 21 Abs. 8 erfüllt sind. Auf das Anerkennungsverfahren finden die §§ 12 bis 17 Anwendung.

Bei Vorliegen der Anerkennung Sexualmedizin der Akademie für Sexualmedizin entfällt der Nachweis nach § 21 Abs. 8, eine Prüfung findet in der Regel nicht statt.“

Artikel II

Dieser Nachtrag tritt am Tage nach der Veröffentlichung im Amtsblatt für Berlin in Kraft.

Nach § 9 Abs. 1 des Gesetzes über die Weiterbildung von Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten und Apothekern vom 20. Juli 1978 (GVBl. S. 1493), zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. November 2004 (GVBl. S. 452), in Verbindung mit § 10 Abs. 2 und § 14 Abs. 1 des Berliner Kammergesetzes in der Fassung vom 4. September 1978 (GVBl. S. 1937, 1980), zuletzt geändert durch Gesetz vom 10. Mai 2007 (GVBl. S. 194), genehmigt.

Berlin, den 19. Oktober 2007

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und
Verbraucherschutz

Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz hat mit Datum vom 19. Oktober 2007 die Genehmigung erteilt. Der vorstehende 5. Nachtrag zur Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin vom 19. September 2007 wird hiermit ausgefertigt und im Amtsblatt für Berlin veröffentlicht.

Berlin, den 22. Oktober 2007

Dr. med. E. Wille
Vizepräsident

L. S.

Dr. med. D. Bodenstern
Vorstandsmitglied

Flexibilität und Stabilität der sexuellen Orientierung und deren Bedeutung für die Paraphilie-Therapie

Olaf G. Apel

Sexual orientation flexibility and stability and their meaning for paraphilia therapy

Abstract

Sexual orientation is commonly seen as a stable personality trait. However, some empirical data account for sexual orientation being more flexible under certain circumstances. These data refer on the one hand to re-orientation interventions in conservative and evangelical anti-gay contexts, on the other hand to spontaneous changes, especially in women. It is argued that the common ground of these disparate realm of sexual change is the respective influence of the affectional function of sexuality and its capability to soften the rigidity of sexual preferences. Especially regarding the therapy of antisocial paraphilias, like pedophilia, these findings are eminently valuable and practically adjuvant.

Keywords: Sexual orientation, paraphilia, sexual therapy, personality trait

Zusammenfassung

Sexuelle Orientierung wird allgemein als stabiles Persönlichkeitsmerkmal angesehen. Dennoch liegen Daten vor, die belegen, dass eine gewisse Flexibilität sexueller Orientierung unter bestimmten Umständen möglich ist. Einerseits betreffen diese Daten fragwürdige Reorientierungsinterventionen im antihomosexuell eingestellten konservativ-religiösem Umfeld, andererseits Untersuchungen zu spontanem Wandel sexueller Orientierung, speziell bei Frauen. Als Gemeinsamkeit dieser sehr unterschiedlichen Bereiche sexuellen Wandels wird der jeweilige Einfluss der Beziehungsfunktion der Sexualität diskutiert, namentlich inwiefern starke affektive Bindungen die Rigidität sexueller Präferenzen in den Hintergrund drängen können. Speziell im Bereich der Therapie sozialproblematischer Paraphilien, etwa hinsichtlich der Pädophilie, sind diese Erkenntnisse von besonderem Wert und praktischem Nutzen.

Schlüsselwörter: Sexuelle Orientierung, Paraphilien, Sexualtherapie, Persönlichkeitseigenschaften

Einleitung

In der deutschsprachigen und internationalen wissenschaftlichen Literatur wird eine ganze Reihe von Begriffen verwendet, wenn der Frage nachgegangen wird, inwiefern die sexuelle Orientierung veränderlich oder unveränderlich sein kann: *change, choice, Flexibilität, Fluidität, liquidity, malleability, mutability, shift, Plastizität, Stabilität, tenaciousness*. Bereits vor dem Hintergrund dieser begrifflichen Vielfalt ist verständlich, dass schon die Bestimmung dessen, was unter Veränderung der sexuellen Orientierung zu verstehen ist, Probleme mit sich bringen kann. Darüber hinaus trägt die Definition sexueller Orientierung an sich zu einer weiteren Problematik bei, denn sie kann als eine Form des sexuellen Verhaltens, des sexuellen Begehrens oder der romantischer Attraktion begriffen werden (Sell 1997).

Besondere Virulenz kommt dieser Problematik angesichts der Frage zu, wie Interventionen, die zur Änderung der sexuellen Orientierung konzipiert sind, bewertet werden müssen. Während diese – mittlerweile – von der offiziellen Wissenschaft abgelehnt werden, beharrt eine kleine Gruppe von Psychiatern und Psychologen, insbesondere aus konservativ-religiösen Kreisen in den USA, darauf, dass Homosexuelle sich „ändern“ und „geheilt“ werden können.

Um die Fähigkeit zum sexuellen Wandel, allerdings ohne den Hintergrund eines psychopathologischen Modells, geht es einer weiteren Gruppe von Wissenschaftlern, die das Konzept der Unwandelbarkeit der sexuellen Orientierung mehr als ein kulturelles Dogma denn als intrapsychische „Disposition“ betrachten.

Drei Modelle: Stabilität, Fluidität, Interventionsbedürftigkeit

Auf einer allgemeinen Ebene können im Hinblick auf psychologische Veränderungen und bezogen auf das Verhältnis von Intention und Wirkung drei alternative Modelle unterschieden werden (vgl. Krapp et al., 2006, 22–23). Man erhält im Hinblick auf die sexuelle Orientierung, also das Verhältnis von beabsichtigtem gegenüber tatsächlichem Wandel der sexuellen Orientierung, folgende Szenarien:

- ▶ spontane Veränderungen der sexuellen Orientierung, die sich nicht vor dem Hintergrund einer ausdrücklichen Veränderungsabsicht ergeben (*Flexibilitätsszenario*),
- ▶ Veränderungen, die sich durch eigens dazu durchgeführte Interventionen ergeben (*Interventions-szenario*),
- ▶ Interventionen, die zwar die Veränderung der sexuellen Orientierung intendieren, aber ihr Ziel verfehlen (*Stabilitätsszenario*).

Diese verschiedenen Szenarien spielen jeweils eine paradigmatische Rolle in den unterschiedlichen Strömungen innerhalb wie auch außerhalb der Wissenschaft.

Der Mainstream der Psychologie und Medizin geht von einer weitestgehenden Unveränderlichkeit der sexuellen Orientierung über die Lebensspanne hinweg aus und hat sich insbesondere in den Vereinigten Staaten und auf internationaler Ebene öffentlich entsprechend positioniert, namentlich um Versuche, Homosexualität „wegzuthrapieren“, ausdrücklich als unwissenschaftlich und unethisch zu deklarieren (z.B. American Psychological Association, 1998; American Psychiatric Association, 2000; weitere s. Spitzer, 2003a, 404; vgl. a. Weltgesundheitsorganisation 1999).

Zum Teil wurden explizit prohomosexuelle Modelle entwickelt, die im englischen Sprachraum unter dem Ausdruck *gay affirmative psychology* oder *psychotherapy* firmieren.

Diese affirmativen Therapien haben zum Ziel, die Integration der homosexuellen oder bisexuellen Orientierung in das Selbstbild zu fördern und zu begleiten (z.B. Emmelkamp, 1986, 425; Fiedler 2004, Kap. 4.4; Ritter & Terndrup, 2002). Auch im deutschen Sprachraum wurden in jüngerer Zeit entsprechende Ansätze entwickelt (Rauchfleisch et al., 2002), wobei bereits Anfang des 20. Jahrhunderts Magnus Hirschfeld mit seiner „Adaptationsbehandlung (Anpas-

sungstherapie) der Homosexualität“ (1914, Kap. 23) die gleichen Absichten hatte.

Im Gegensatz dazu sind es vor allem zwei sich kontrovers gegenüberstehende Lager, die sexuelle Orientierung als prinzipiell veränderlich begreifen: Zum einen die politisch konservativen und meist christlich orientierten Verfechter der sog. *reparativen* oder *Konversionstherapien*, zum anderen zumeist linksliberale Forschende aus dem Spektrum des Feminismus und der neuen sozialen Bewegungen. Der kanadische Psychologe Kenneth Zucker (2003) benennt diese Gruppierungen als *Reparativisten* (*reparativists*) und *Konstruktionisten* (*constructionists*).

Die Reparativisten halten trotz der in den letzten Jahrzehnten erfolgten Entpathologisierung der Homosexualität an einem Störungs- oder Defizitmodell der Homosexualität fest und erkennen in ihr ein Verfehlen der Geschlechtsrolle oder die Folge einer Entwicklungsstörung (z.B. Aardweg, 1985; Socarides, 1995; Cohen, 2001; Nicolosi, 2003). Unter der Bezeichnung *ex-gays* organisieren sich die „ehemaligen“ Schwulen und Lesben, die nach ihren Angaben die Homosexualität erfolgreich hinter sich gelassen haben („left homosexuality behind“). Wenngleich diese Bewegung in den Vereinigten Staaten beheimatet ist, finden sich mittlerweile auch Gruppierungen im deutschen Sprachraum (Hauser & Friedrich, 2003).

Die Konstruktionisten sehen im Konzept der sexuellen Orientierung ein normatives Modell, das durch kommunikative, kulturelle und „diskursive“ Prozesse hervorgebracht wird. Die Individuen richten sich in diesen Strukturen ein und formen, interpretieren und formulieren ihr Begehren nach diesen Vorgaben. Trotz der konstitutiven Wirkung, die diese Vorgaben auf den Einzelnen und seine Subjektivität haben, bleibt stets ein Rest Nonkonformität, so dass auch in einer Kultur, die sexuelle Orientierung als stabil konzipiert, andere Formen der Subjektivität möglich sind (z.B. Kitzinger & Wilkinson, 1995; Jagose, 2001; Schmidt, 2001).

Bezieht man diese Positionen auf die oben genannten drei Szenarien, so wird der Mainstream der Psychowissenschaften vom Stabilitätsszenario dominiert. Demgegenüber fokussieren die Konstruktionisten auf das Flexibilitätsszenario. Für die reparativistische Position hat das Interventionsszenario den größten Stellenwert. Die Frage nach der Veränderbarkeit der sexuellen Orientierung ist damit nicht nur eine neutrale wissenschaftliche Problemstellung, sondern auch ein Politikum. Je nach weltanschaulichem Hintergrund werden unterschiedliche theoretische wie empirische Modelle des Verhältnisses von Intention und Wirkung in den Fokus gerückt oder sogar verabsolutiert. Zucker (2003) klagte diesbezüglich, ideologisch moti-

erte Positionierungen träten an die Stelle solider empirischer Fundierung anhand konkreter Daten, welche nach wie vor zu wünschen übrig lassen. Die Klarheit bestimmter Stellungnahmen zu diesem Thema, sei letztlich illusorisch und „contaminated by rhetorical fervor“ (400).

Spontaner Wandel

Eine ganze Reihe von Untersuchungen vor allem aus dem Lager der Konstruktionisten zeigen, dass sexuelle Orientierung einer gewissen Wandelbarkeit unterliegt. Bemerkenswert ist allerdings, dass diese Studien nahezu ausschließlich Frauen thematisieren (z.B. Golden, 1978; Charboneau & Lander, 1991; Bart, 1993; Kitzinger & Wilkinson, 1995; Stein, 1996; Diamond, 2000; Diamond 2008). Eine der wenigen großangelegten Studien, die sich einen Geschlechtervergleich zum Ziel gesetzt hatte, führten Kinnish und Mitarbeiter (2004, 2005) durch mit 762 Männern und Frauen im Alter von 36 und 60 Jahren. Sie zeigten, dass die Flexibilität sexueller Orientierung mit Ausnahme selbstidentifizierter Bisexueller bei Frauen stärker als bei Männern ausgeprägt ist. Jedoch ergab sich insgesamt auch, dass im allgemeinen Durchschnitt sexuelle Orientierung eher stabil als flexibel ist, d.h. der Wandel eher geringes Ausmaß hatte. Zu beachten ist allerdings, dass bei den bisexuellen und homosexuellen Probanden die Flexibilität deutlich höher war.

Nach Baumeister (2000) ist die Differenz zwischen Männern und Frauen darauf zurückzuführen, dass der soziokulturelle Einfluss auf die sexuellen Vorlieben bei Frauen größer ist als bei Männern, bei welchen die Plastizität der Sexualorientierung geringer, d.h. die biologische Determination größer und dadurch der Einfluss des sozialen Umfelds limitiert ist.

Als Erklärung für die diesbezügliche Differenz sind verschiedene Hypothesen diskutiert worden: Eine biologische besagt etwa, dass der pränatale Testosteronspiegel bei männlichen Individuen die Spannweite sexueller Phantasien frühzeitiger und umfassender als für weibliche Individuen begrenzt. In einer entwicklungspsychologischen Sichtweise wurde angemerkt, dass Mädchen so sozialisiert werden, dass sie Sexualität im Kontext sozialer Beziehung zu leben lernen und so bei ihnen als Resultat Sexualität der Liebe untergeordnet wird, während bei Jungen das Gegenteil der Fall sei (Kinnish et al., 2005, 179). Demzufolge bewerten Frauen in ihrem subjektiven bedürfnisspezifischen Relevanzsystem die Beziehungsebene der Sexualität höher als die Lustebene der Sexualität, wohingegen

Männer im Vergleich zu Frauen im Allgemeinen die Lustdimension als wichtiger einschätzen. So findet sich auch bei Männern im Vergleich zu Frauen bei weitem häufiger die Bereitschaft zu spontanen, mehr anonymen sexuellen Erlebnissen (zusammenfassend etwa Beier & Loewit 2004, Kap. 12.3).

Flexibilität mag weiterhin auch unabhängig vom Geschlecht durchaus ein interindividuell unterschiedliches Merkmal der sexuellen Orientierung sein. Wie es für Persönlichkeitsmerkmale charakteristisch ist (vgl. Buse & Pawlik, 1996), kann ein konkretes Persönlichkeitsmerkmal in der einen Person stabil (möglicherweise lebenslang) flexibel sein, in einer anderen Person aber stabil inflexibel mit verhältnismäßig wenigen Spielräumen. Kinnish und Mitarbeiter (2004, 41) stellen daher fest:

„Die sexuelle Orientierung ist ein komplexes Phänomen menschlicher Existenz, das unterschiedlichste Ausdrucksformen hat und höchstwahrscheinlich mehrdimensional aufgebaut ist. Es erscheint demzufolge wenig überzeugend, von einer für alle Individuen gleichmäßigen Stabilität der sexuellen Orientierung auszugehen“.

Wandel als Interventionsfolge

Hinsichtlich der empirischen Untersuchung der sexuellen Orientierung als Folge von Interventionen sind zwei Bereiche zu unterscheiden:

- ▶ klassische Untersuchungen, die bis zur Entpathologisierung unter der offiziellen Ägide des Störungsmodells der Homosexualität durchgeführt wurden, und
- ▶ neuere Untersuchungen aus dem Umfeld der „reparativen Therapien“, die trotz weitestgehender methodischer Ähnlichkeiten mit früheren Methoden (Shidlo & Schroeder, 2002, 250) ein eher jüngeres Phänomen darstellen.

Klassische Studien

Als ehemaliges Mitglied der Gruppe um Alfred Kinsey berichtet C. A. Tripp (1987, 236–237), dass das Forschungsteam den Versuch unternommen habe, Personen zu finden, denen es gelungen sei durch therapeutische Intervention ihre sexuelle Orientierung umzuwandeln. Trotz der großen Zahl an Berichten über „geheilte“ Homosexuelle und der Bereitschaft von

Psychiatern, dem Kinsey-Team Kontakte zu ehemaligen Patienten zu vermitteln, hatte die Forschergruppe zu ihrem eigenen Erstaunen nie die Gelegenheit gehabt, eine solche Person zu befragen, da schlichtweg niemand persönlich vorstellig wurde. Allerdings konnten einige durch Eigeninitiative gefundene Fälle näher untersucht werden. Diese stellten sich jedoch als Personen heraus, die lediglich ihr homosexuelles Verhalten abgelegt hatten, während das homosexuelle Begehren keine Änderung erfahren hatte. Sie gaben an, dass sie homosexuelle Phantasien als Stimulans bei heterosexuellem Geschlechtsverkehr benutzten oder Anflüge homosexuellen Verlangens bewusst ignorierten und unterdrückten oder an das eigene Geschlecht „nur noch“ beim Masturbieren denken würden.

Rund ein Jahrzehnt nach der ersten Kinsey-Studie zeigten Curran und Parr (1957) in einer britischen Stichprobe, dass nur ein Bruchteil von einhundert ehemaligen männlichen homosexuellen Psychoanalyseklienten eine Änderung in Richtung Heterosexualität erlebt hätten. Von 59 Personen, über die ausreichende Daten vorlagen, berichteten lediglich neun von einer gewissen Abschwächung – also letztlich eher geringfügigen Änderung – homosexueller Empfindungen, die im Hinblick auf Masturbationsphantasien sogar noch geringer ausfiel. Von diesen neun waren im übrigen acht Personen zuvor nicht einmal als ausschließlich homosexuell eingestuft worden, sondern als „überwiegend homosexuell“ bzw. „bisexuell“.

Mit dem Aufkommen und dem Ausbau verhaltenstherapeutischer Therapieformen schien sich die Sache anders darzustellen. Bei diesen Therapien wurden zur Setzung aversiver Reize Emetika (etwa Apomorphin) oder elektrischen Schläge appliziert, die verknüpft wurden mit der Präsentation homosexueller Stimuli in Form von Bildern oder Filmen oder auch mit der Aufforderung zu homosexuellem Phantasieren (McConaghy, 1982). In der Therapieeffektivitätsforschung wurden die Resultate entsprechender Studien zunächst als „ermutigend“ und „ungewöhnlich erfolgreich“ deklariert (Eysenck & Beech, 1971, 589).

Jedoch stellte sich nach einigen Jahren auch hier weitgehende Ernüchterung ein: McConaghy (1982) konstatiert, dass in Aversionstherapien keine Konditionierung stattfindet, bei denen die Teilnehmer eine aversive Reaktion auf homosexuelle Stimuli entwickeln. Lediglich das Verhalten habe sich im Anschluss an derartige Behandlungen in Richtung auf Reduktion oder Ausbleiben homosexueller Handlungen verändert. Immerhin gelang es den behandelten Personen aus unbekanntem Gründen, ihr Verhalten besser zu kontrollieren.

Studien zu reparativistischen Reorientierungsmaßnahmen

Während bezüglich des spontanen Wandels in der Forschung überwiegend Frauen das Thema sind, sind es bei den zeitgenössischen Reorientierungsinterventionen eher Männer, die sich derartigen Behandlungen unterziehen. In drei wichtigen Studien, die nicht selbst von Reparativisten durchgeführt wurden, sind die meisten Befragten männlichen Geschlechts: So 72% bei Spitzer, (2001, 2003a) und sogar jeweils 90% in Studien von Shidlo und Schroeder (2002) bzw. Beckstead (2002).

Ein markantes Kriterium für die Teilnahme an Reorientierungsmaßnahmen scheint sowohl auf Behandler- wie auf Klientenseite in der Regel ein hohes Ausmaß an Religiosität zu sein, was auch von den Reparativisten unumwunden eingestanden wird (Nicolosi et al., 2000). So ist in Spitzers (2003a) Studie auffällig, dass sich 93% als „sehr“ bis „extrem religiös“ einstufen. Bereits in einer früheren Studie mit Followup von Schaeffer und Mitarbeitern (Schaeffer et al., 2000; Schaeffer et al., 1999) wurde ein Zusammenhang zwischen Religiosität, Teilnahme an Reorientierungsinterventionen und auch einem berichteten Wandel der sexuellen Orientierung konstatiert.

Indessen berichtet Spitzer (2003b) *keine* Unterschiede zwischen religiösen und nicht-religiösen Personen bezüglich des Ausmaßes der Veränderung der sexuellen Orientierung.

Außer Frage steht jedoch, dass es einen straffen Zusammenhang zwischen Reorientierungsmotivation und Religiosität gibt. Haldeman (2000) bemerkt über die Motivation von Reorientierungsklienten:

„A corollary issue for many [clients] is a sense of religious or spiritual identity that is sometimes as deeply felt as is sexual orientation. For some it is easier, and less emotionally disruptive, to contemplate changing sexual orientation, than to disengage from a religious way of life that is seen as completely central to the individual's sense of self and purpose.“ (zitiert in Byrd, 2003, 425)

Bezogen auf die Untersuchung der Wirksamkeit der Reorientierungsinterventionen erhielt vor allem die Studie von Spitzer (2001, 2003a) besondere Aufmerksamkeit, weil sie im Vergleich zu anderen Studien einen hohen Anteil an Personen enthielt, die berichteten, sich bedeutend verändert zu haben. Von den 200 Teilnehmern berichteten 11% der männlichen und 37% der weiblichen Befragten von einem

vollständigen Wandel zur Heterosexualität („0“ auf einer 0-100-Skala der homosexuellen Anziehung, „0%“ homosexuelle Masturbationsphantasien usw.). Bei einer leichten Lockerung dieses maximal straffen Kriteriums liegt der Anteil der heterosexualisierten Männern und Frauen bei 29% bzw. 63%. Im Gegensatz dazu berichten Shidlo und Schroeder (2003) lediglich über 13%, die die Intervention als erfolgreich einstufen, wobei die Mehrheit dieser 13% nicht die strengen Kriterien, die Spitzer anlegt, erfüllen würde.

Die Forschungsmethodik Spitzers wurde vielfältig kritisiert, vor allem im Hinblick darauf, dass er die Studienteilnehmer ausschließlich über Ex-gay-Organisationen rekrutiert hatte. Es ist daher davon auszugehen, dass sie hochmotiviert waren, sich in einem besonders guten Licht darzustellen (z.B. Hartmann, 2003). Dieser Selbsttäuschungsbias wurde in der Studie von Shidlo und Schroeder (2002, 251) nachgewiesen und genauer untersucht. Sie berichten, dass einige der erfolglosen ehemaligen Teilnehmer von Reorientierungsmaßnahmen eine länger Phase der Selbsttäuschung durchmachten, die noch lange Zeit bis nach Therapieende anhielt bis sie sich endlich eingestehen konnten, dass es bei ihnen letzten Endes zu keiner essenziellen Veränderung gekommen war. Ähnliches legt auch Beckstead (2003, 423) dar.

Spitzer kommt nichtsdestoweniger in einer abschließenden Stellungnahme zu dem Schluss:

„Although some response bias could have occurred, it is unlikely that it can explain all of the reported changes in sexual orientation“ (2003b, 472).

Selbst wenn dies zutrifft, ist zu beachten, dass die Stichprobe hoch selektiv ist. Die Ergebnisse sind nicht auf die Allgemeinheit der Homosexuellen zu übertragen, sondern beschreiben vielmehr die Charakteristika einer „Minderheit in der Minderheit“. Insbesondere der hohe Anteil sehr religiöser Personen sticht ins Auge.

Integration der Befunde

Vor dem Hintergrund der empirischen Befunde ist zusammenzufassen, dass

- ▶ es im Bevölkerungsdurchschnitt eine *allgemein nachweisbare*, aber *geringe* Flexibilität des im Wesentlichen relativ stabilen Persönlichkeitsmerkmals sexuelle Orientierung gibt, die beim weiblichen Geschlecht stärker ausgeprägt ist, sowie

- ▶ von einer *sehr kleinen* Gruppe von Personen, die sich Reorientierungsinterventionen unterziehen, eine *erhebliche* Veränderung der sexuellen Orientierung berichtet wird.

Dass diesen beiden Phänomenen nicht unbedingt verschiedene Bedingungsgefüge zu Grunde liegen, wird ersichtlich, wenn das Vorgehen bei den Reorientierungsinterventionen genauer analysiert wird.

Joseph Nicolosi (2003), einer der führenden US-amerikanischen Anhänger „reparativer Therapien“, zitiert Klienten, die sich von homosexuellem Verhalten abgewandt haben, weil sie es als stark lustbetont, aber im Sinne einer tiefen emotional-sexuellen Beziehung unattraktiv empfanden. Das Vorkommen dieses Deutungsmusters bei Reorientierungsklienten konnte auch von Beckstead (2003) nachgewiesen werden: Die Analogisierung von Homosexualität mit Lust und von Heterosexualität mit Liebe. Gerade weil Beckstead der affirmativen Psychologie nahesteht (Beckstead n.d.) sind Übereinstimmungen mit einem Reparativisten wie Nicolosi besonders aufschlussreich. Einer von Becksteads Interviewpartnern äußerte sich folgendermaßen:

„I use the comparison campfire versus a forest fire. That maybe my emotional response to men would be like a forest fire and that it’s very (...) [Ausl. v. Beckstead] it’s been very intense and dangerous and out of control and perhaps damaging and hurtful. But my relationship with my wife is more like the campfire. It’s warm and comfortable and happy and reassuring and protective and although it probably doesn’t have the same emotional intensity that the physical relationship with a man might bring, you know, I think maybe it’s good.“ (Beckstead, 2003, 422)

In dieser Äußerung kommt eine Haltung zum Ausdruck, in der die gleichgeschlechtliche Sexualität als intensives Lusterlebnis wahrgenommen wird, das jedoch im Gegensatz zur weniger exzessiv erlebten Heterosexualität einer beziehungspezifischen Dimension entbehrt, in der Schutz, Geborgenheit und emotionale Sicherheit möglich werden können. In ähnlicher Weise schildert einer von Nicolosis ehemaligen Klienten, dass homosexuelle Erfahrungen zwar sehr lustvoll seien, doch bekämen diese gerade dadurch einen problematischen Suchtcharakter, unter der gleichfalls wiederum die soziale Dimension leide, hier speziell das Verhältnis zu anderen Männern:

„The sexual experience with a man is like taking an opium drug. It’s soothing, it’s anesthetizing, and it’s

a ‚quick fix.‘ This can make it very difficult to leave homosexuality. When we have sexualized those emotional needs – when we have already learned to get those needs temporarily met in a sexual way – we’ve taken a normal, legitimate, God-given need [same-sex bonding and affection, Einf. v. Nicolosi] and met it with a ‚drug.‘ That’s one of the things that I’ve had to recognize and admit to myself; a same-sex relationship wasn’t meant to have that kind of zing. The ‚zing‘ is artificial, but it is very compelling – and it is what keeps a lot of men in the gay life.“ (Nicolosi, 2003, 446)

Nicolosi kommentiert bezüglich der „neuen“ heterosexuellen Empfindungen:

„Typically (...) we almost always see that these newly developing attractions are of lesser intensity than their former homosexual feelings“. Und weiterhin: „Almost all the clients I have known (...) describe a more subtle heterosexual response (...) But even though these experiences are richer, fuller, and more emotionally satisfying“ (447).

Deutlich wird hier, dass es in diesen Fällen weniger um eine Änderung der sexuellen Orientierung geht als vielmehr um die Veränderung des persönlichen sexuellen Relevanzsystems. In einem dreidimensionalen Modell der Funktion von Sexualität können neben der Reproduktion einerseits die Lust- und andererseits die Beziehungsdimension unterschieden werden (Loewit & Beier, 2004, Kap. 10). Wir sehen in den obigen Beispielen, dass weniger von einer fundamentalen Änderung der sexuellen Orientierung durch „reparative Therapien“ auszugehen ist, als vielmehr von einem Wechsel vom individuellen Primat der Lustebene zum Primat der Beziehungsebene. Beachtenswert ist dabei allerdings – und dadurch ist der *shift* zur Heterosexualität erklärlich –, dass die Klienten Homosexualität mit Lust und Heterosexualität mit emotional tiefen Beziehungen assoziieren. Diese Reakzentuierung von Lust zu Beziehung im Bereich des Sexuellen ist offenbar in den „reparativen Therapien“ eng mit der sexuellen Orientierung verknüpft.

Sehr aufschlussreiche Überlegungen zum Ineingangreifen von Beziehung und Lust vor dem Hintergrund sexueller Orientierung stammen von Lisa Diamond (2003): Die scheinbar selbstevidente These, dass sich Personen in andere verlieben, die sie qua Geschlecht begehren, stellt Diamond in Frage. Vielmehr geht sie vor dem Hintergrund empirischer Studien davon aus, dass in einem evo-

lutionär-biobehavioralen Modell sexuelles Begehren und affektives Bindungsverhalten voneinander unabhängig sind, auch wenn sie zumeist in enger Verknüpfung auftreten. Diese Verknüpfung ist evolutionär als Selektionsvorteil zu sehen: Das Begehren ist stammesgeschichtlich zwar hauptverantwortlich für das Zustandekommen der Fortpflanzung, jedoch kann die stark zwendungsbedürftige menschliche Nachkommenschaft nur dann überleben, wenn die Reproduktion innerhalb enger zwischenmenschlicher Beziehungen erfolgt, deren Zustandekommen durch das affektive Bindungssystem sichergestellt wird. Das Bindungsverhalten ist so auch nicht intrinsisch auf ein bestimmtes Geschlecht gerichtet. Wegen dieser evolutionären Mitgift ist es unter bestimmten Umständen möglich, sich zu verlieben, ohne sexuelles Begehren zu empfinden, oder sich in eine Person zu verlieben, deren Geschlecht nicht mit dem gemäß der eigenen sexuellen Orientierung präferierten Geschlecht übereinstimmt. Dass dies vorkommt, ist wiederum überwiegend für weibliche Personen empirisch belegt.

Außerdem sind das Bindungssystem und das Begehrenssystem miteinander bidirektional verbunden, so dass auch neue sexuelle Begehrensformen entstehen können, die der eigentlichen sexuellen Orientierung einer Person widersprechen. Diese von Diamond als „cross-orientation desires“ bezeichneten Vorlieben, die oft auf eine einzige Person beschränkt sind, könnten auch im Falle erfolgreicher Reorientierungsklienten vorliegen. Bezeichnend ist insbesondere der häufige Bericht von Ex-gay-Männern, dass sie im Grunde nur bei einer einzigen Frau heterosexuell sind und ansonsten kaum oder gar kein erotisch-sexuelles Interesse an (anderen) Frauen haben. „Ex-gay men typically say they are sexually attracted to their wives, but much less so to other women“ (Nicolosi, 2003, 447). Dieses Phänomen bestätigt auch Beckstead: Statt eines „generalized heterosexual arousal“ fand er bei den von ihm untersuchten Ex-gays ein „arousal (...) limited to one person“ (2002, mündliche Mitteilung in Spitzer, 2003a, 414). Im Anschluss an Diamonds Überlegungen ist es naheliegend in diesen Fällen davon auszugehen, dass die homosexuellen Männer auf dem Wege des Anfreundens und Sich-Verliebens in eine Frau, lernen, diese Bindung zu erotisieren und zu sexualisieren und so „cross-orientation desire“ entwickeln. Nicolosi: „The ex-gay man cannot develop a sexual relationship with a woman unless he first develops a friendship“ (447). Man könnte auch sagen, dass durch Fokussierung auf die heterosexuelle Beziehungsdimension, die Funktion der sexuellen Orientierung als „Wegweiser für den individuell optimalen Lustgewinn“ (Beier & Loewit, 2004,

35) mehr oder weniger in den Hintergrund gedrängt wird. Es kommt zu einer Reduktion der Lustvalenz der Sexualität zu Gunsten der Beziehungsfunktion, die, wie Diamond (2003) ausführt, nur indirekt geschlechtsorientiert ist.

Unter diesen Voraussetzungen kann das sexuelle Begehren leichter in Richtung Heterosexualität orientiert werden. Da dies unter der Maxime weltanschaulicher Gründe geschieht, muss hier noch eine weitere Funktion der Sexualität in Anschlag gebracht werden, die jenseits von Fortpflanzungs-, Lust- und Beziehungsdimension liegt, nämlich die Funktion der *soziokulturellen Anpassung*. Zur Veranschaulichung die Beschreibung eines von Beckstead (2003) befragten Mannes:

„He (...) described sex with his wife as satisfying because it kept his family together, met religious and societal standards and was preferable to the extreme guilt associated with the brief sexual encounters he had with men“ (423).

Heterosexualität hat für diesem Mann, der exemplarisch für die meisten Klienten „reparativer Therapien“ sein mag, die Funktion, ein Leben zu führen, das sich in Übereinstimmung mit bestimmten familiären, moralischen und religiösen Werten befindet. Daher ist nur vor dem Hintergrund soziokultureller Anpassung als vierter Funktion der Sexualität, überhaupt zu verstehen, warum Personen auf einen homosexuellen Lebensstil verzichten und sich entsprechenden Therapien unterziehen.

Laut Rosik (2003) ist das individuelle Wertesystem der betreffenden Person diesbezüglich von entscheidender Bedeutung. Im Gegensatz zur liberalen Autonomieethik, in der konsensuelle Sexualität, die keinem der Beteiligten schadet, moralisch nicht zu verurteilen ist, gehen Personen mit einem konservativen ethischen Weltbild aus von einer universellen, allgemeingültigen Moral, deren Verletzung mit gesellschaftlichem Verfall in Beziehung gesetzt wird (Gemeinschaftsethik). Von einigen werden moralische Werte auch als göttlichen Ursprungs angesehen und sind demnach letztlich jenseits menschlichen Ermessens situiert (Divinitätsethik). Diejenigen, die ethische Vorstellungen dieser Art teilen, tendieren eher dazu Homosexualität als moralisch verurteilenswert, lasterhaft oder sogar sündhaft zu begreifen und daher Heterosexualisierungstherapien positiv zu bewerten und diese im Falle eigener Homosexualität auch in Anspruch zu nehmen.

Sexuelle Flexibilität in der Therapie pädophiler Männer

Auch wenn Reorientierungsmaßnahmen von den Reparativisten „Therapien“ genannt werden, ist diese Bezeichnung nach heutigen wissenschaftlichen Standards falsch, da nur Störungen und Krankheiten „therapiert“ werden können. Bestrebungen, aus Homosexuellen Heterosexuelle zu machen (oder auch – weitaus seltener – das Umgekehrte) sind also im heilkundlichen Sinne per definitionem nicht indiziert. Eine direkte Würdigung entsprechender Interventionen ist daher therapeutischerseits nicht möglich. Wesentlich ist im vorliegenden Kontext indessen, inwiefern auch diese fragwürdigen Maßnahmen und speziell ihre unabhängige Analyse ein Licht auf die Struktur sexueller Flexibilität bzw. Stabilität werfen. Besondere Virulenz kommt dem bezüglich der Veränderlichkeit oder Unveränderlichkeit paraphiler Präferenzen zu. Gemeint sind hier allerdings nicht paraphile Impulse, die innerhalb konsensueller Sexualität integriert werden können, sondern ein mit bestimmten Paraphilien in Zusammenhang stehendes „sich im Sexuellen ausdrückendes Sozialversagen“ (Beier et al., 2005, 438). Diese *dissexuellen* Verhaltensweisen sind ja im Falle pädophiler Disposition möglich.

Im Allgemeinen wird davon ausgegangen, dass die Grundstrukturen der sexuellen Präferenz über die Lebensspanne von der Pubertät an im Wesentlichen konstant bleiben und Veränderungen nur in geringem Umfang stattfinden bzw. nur in Ausnahmefällen in größerem Ausmaß. Dies ist besonders im Hinblick auf Paraphilien und damit verbundenes dissexuelles Verhalten relevant. So herrscht mittlerweile weitestgehende Einigkeit darüber, dass „no cure, but control“ das ausdrückliche Prinzip bei der Therapie pädophiler Männer zu sein hat (z.B. Hoyndorf et al., 1995; Hoyer & Kunst, 2001; Fiedler, 2004; Beier et al., 2005, Kap. 10.8; Kockott, 2005, 2006). Hierin sind sich auch behaviorale wie psychoanalytische Ansätze (Reiche, 2001) weitestgehend einig.

Von besonderer gesellschaftlicher, strafrechtlicher und forensischer Relevanz ist in diesem Zusammenhang die Therapie strafrechtlich bereits auffällig gewordener pädophiler Männer, die infolge ihrer Disposition ein spezielles Rückfallrisiko haben (Kröber, 2006). Ungünstig ist diese Konstellation jedoch oftmals deshalb, weil die Straftäter mitunter wenig therapie-motiviert sind. Eine Methode der Prävention pädosexueller Übergriffe, die dieses Problem umgeht, wurde im *Präventionsprojekts Dunkelfeld (PDD)* an der Berliner Charité konzipiert unter dem Motto

„Damit aus Fantasie keine Taten werden!“ (Beier et al., 2006). Nicht allein bereits verurteilte Straftäter wurden hier als Zielgruppe festgelegt, sondern auch Männer, die zwar pädophile Neigungen haben, diese jedoch noch nicht ausgelebt haben bzw. strafrechtlich noch nicht auffällig geworden sind, und sich freiwillig zu einer Therapie melden, um mit ihren ungewünschten Neigungen fertig zu werden.

Bezüglich der angewendeten Therapiemethoden ist anzumerken, dass bei bereits verurteilten Sexualdelinquenten im Allgemeinen die höchsten – wenn auch bei weitem keine überragenden – Effekte mit kognitiv-behavioralen, rein behavioralen sowie hormonell-pharmakologischen Behandlungsmethoden erzielt werden, wohingegen einsichtsorientierte und milieutheraeutische Maßnahmen keine signifikanten Effekte zeitigen.

Diese Ergebnisse befinden sich auch in guter Übereinstimmung mit den bereits bekannten Prinzipien effektiver (d.h. rückfallpräventiver) Behandlung von Straftätern im Allgemeinen. Zu den konkreten Kernpunkten entsprechender Präventions- bzw. Therapieprogramme zählen meist kognitiv-behaviorale Strategien, die erwiesenermaßen die beste Wirksamkeit aufweisen (Andrews et al., 1990; Schmucker, 2007). Im Einzelnen sind dies: Bewusstmachung, Akzeptanz und identitäre Integration der persönlichen sexuellen Präferenzen; Modifikation von Wahrnehmungsprozessen und Erkennen potenziell gefährlicher Situationen, die zu Übergriffen Anlass geben könnten; Erlernen von Impuls- und Verhaltenskontrolle; Verantwortungsübernahme für das eigene Verhalten; Erlernen von kognitiver und emotionaler Empathie mit potenziellen oder realen Opfern; Förderung sozial akzeptabler Sexualität (Hoyndorf et al., 1995; Beier et al., 2005, Kap. 10.8; Beier et al., 2006).

Speziell der letzte Punkt, die „Förderung sozial akzeptabler Sexualität“ geht in die Richtung einer möglichen Flexibilisierung sexueller Präferenzen – oder doch zumindest einer behavioralen (Re-)Arrangierung der Sexualität. Problem ist hierbei: Wie kann eine sozial akzeptable Sexualität pädophilen Männern quasi „schmackhaft“ gemacht werden, wenn sie rein sexuell kein Interesse an ihr haben und auch nicht zu erwarten ist, dass sich dieses Interesse in größerem Ausmaß ändert?

Von sexualmedizinischer Seite listen Beier und Mitarbeiter (2005) so den Punkt „Förderung sozial akzeptabler Sexualität“ nicht in einer Zusammenstellung „realistische[r] Behandlungsziele einer Dissexualitätstherapie unter Nutzung psychotherapeutischer Mittel“ (537) auf. Trotzdem weisen sie darauf hin, dass als „sexualtherapeutische Behandlungsoptionen“

(535) die Einbindung gegebenenfalls vorhandener Partner ein sinnvolles Mittel der Intervention ist. Etwas detaillierter führen Beier und Loewit (2004, Kap. 20) den Gedanken aus, wie mittels einer „syndyastischen Fokussierung“ bei in normalen Partnerschaften lebenden, aber mit einer paraphilen Nebenströmung veranlagten Männern erreicht werden kann, dass die paraphilen Phantasien und Impulse nebensächlicher und weniger bedrohlich werden.

Der Terminus *syndyastisch* meint hier die Betonung der Beziehungs- gegenüber der Lustdimension der Sexualität. Im Rahmen der Sexualtherapie lernen die beiden Partner, die paraphile Nebenströmung des Mannes als stabilen Bestandteil seiner Persönlichkeit anzunehmen, aber auch deren Zweitrangigkeit gegenüber der partnerschaftlichen Beziehung zu begreifen. In einem angeführten Fallbeispiel bestand die konkrete syndyastische Arbeit auf handlungspraktischer Ebene insbesondere darin, dass beide Partner sich darauf einigten, zunächst keinen Geschlechtsverkehr mehr zu haben, sondern sich „in einem ersten Schritt zu neuen Intimerfahrungen (...) über Streicheln gegenseitig Zuneigung zu vermitteln“ (162), wobei zunächst auch eine Berührung der Genitalien ausgeklammert blieb. Graduell schritt das Paar dann im Laufe mehrerer Wochen voran unter zunehmender Integration sexuell-lustbetonter Praktiken in die zunächst aufgebauten zärtlichkeits- und beziehungs-fokussierten Praktiken.

Im Verlaufe der Therapie wurde so gewissermaßen *die Lustdimension der Sexualität aus der Beziehungsdimension neu entwickelt*.

Der Nachteil bzw. die Beschränkung dieses Einsatzes der Syndyastischen Sexualtherapie bei Paraphilien liegt darin, dass sie voraussetzt, dass eine Partnerin tatsächlich vorhanden ist. Allerdings wird von Beier und Loewit auch darauf hingewiesen, dass bei nicht liierten Personen, etwa im Falle einer erfolglosen Partnersuche, sich ebenfalls „die Bewusstmachung der syndyastischen Dimension von Sexualität sehr empfiehlt, da Alleinstehende hinsichtlich möglicher Fehlvorstellungen („Frauen wollen zunächst mal, dass es im Bett klappt“) kaum eine Chance zu diesbezüglicher Korrektur haben“ (125). Letztlich liegt hier ein Ansatzpunkt, wie syndyastische oder beziehungsorientierte Interventionen auch bei der Behandlung nicht liierter Pädophiler wirksam sein können. Zwar ist auch auf die höchstwahrscheinliche Persistenz der paraphilen Neigungen unbedingt hinzuweisen, um keine falschen Hoffnungen zu wecken bzw. zu erhalten. Indessen kann vor dem Hintergrund eines beziehungs-zentrierten Konzepts der Sexualität auf die wichtige Rolle hingewiesen werden, die affektionale Bindung in diesem Zusammenhang spielt. Die

Fokussierung auf diesen Teil kann es ermöglichen, pädophile Impulse zumindest in den Hintergrund treten zu lassen, da die Fähigkeit zu liebevoller Bindung im Sinne Diamonds (2003) nicht per se durch die rigide Struktur sexuellen Begehrens determiniert ist. In diesem Sinne wäre es sinnvoll von pädophil veranlagten Männern nicht allein lebenslange Abstinenz bezogen auf ihre pädophilen Impulse zu fordern, sondern sie auch zu konsensuellem Sexualverhalten zu ermutigen und zwar unter Hinweis darauf, dass das Bedürfnis nach Zärtlichkeit, Nähe etc. in diesen Beziehungen möglich ist und zumindest in einem gewissen Rahmen sexualisierbar ist. Ob und inwieweit eine solche Sexualisierung, also die bewusste, verantwortungsvolle und beziehungsorientierte Schaffung einer Substitutivsexualität (oder im Sinne Diamonds von „cross-orientation desire“), bei jeder Person möglich ist, sollte Gegenstand weiterer Forschung sein.

Ein wenig entmutigend diesbezüglich ist in der Tat, dass es gerade Männer sind, die im Vergleich zu Frauen eher unflexible sexuelle Präferenzen haben, und es gleichfalls bei Weitem mehr Männer als Frauen sind, die paraphile und dissexuelle Neigungen haben (Beier et al., 2005, Kap. 10.1). Zudem bedeutet die erlernte Fähigkeit, sozial akzeptable Sexualität zu leben noch nicht, dass nicht doch weiterhin auch auf dissexuelle Verhaltensmuster zurückgegriffen wird (vgl. Barlow, 1973). Zu beachten ist natürlich, dass zahlreiche Männer mit pädophilen Neigungen, lediglich über eine diesbezügliche Nebenströmung verfügen. Eine Fokusverschiebung hin zu konsensuellen Sexualitätsformen ist in diesen Fällen leichter als beim Vorliegen einer paraphilen Hauptströmung.

Fazit

Trotz aller Hinweise darauf, dass die sexuelle Orientierung – sei es in der weitergefassten oder der engeren Definition – nicht per se ein ultrastabiles, rigide unveränderliches Persönlichkeitsmerkmal ist, bleibt ihr eine gewisse deutliche Inflexibilität inhärent. So geht auch etwa Diamond (2003), obwohl sie ihr Augenmerk auf die Aspekte der Flexibilität richtet, davon aus, dass sexuelle Orientierung ein im Wesentlichen stabiles Persönlichkeitsmerkmal ist.

Bedeutende Veränderungen der sexuellen Orientierung sind als selten anzusehen, Veränderungen, die häufiger vorkommen, sind dagegen vergleichsweise gering. Dies legen sowohl die Untersuchungsdaten nahe, die sich auf den spontanen Wandel sexueller Neigungen beziehen als auch diejenigen, die die

reparativistischen Interventionen zum Thema haben. Weitere Forschung ist nötig, denn bisher können bezüglich dieses komplexen Themas, lediglich allgemeine und vorläufige Aussagen gemacht werden. Bei allen Typen von Veränderungen der sexuellen Orientierung muss verstärkt untersucht werden, welche Elemente der sexuellen Orientierung (affektionale, lustbezogene, dauerhafte, temporäre, behaviorale etc.) betroffen sind, wie genau diese Änderungen vonstatten gehen und mit welchen Voraussetzungen die bestimmte Personen die Reorientierungs-„Therapien“ beginnen.

Eine weitere Fragestellung ist, inwieweit alle, die meisten oder nur ein gewisser Teil von Personen in der Lage ist, Begehren „cross-orientation“ zu entwickeln – und unter welchen Umständen.

Schließlich ist auch wenig klar, wie die Menschen ihre sexuellen Präferenzen selbst subjektiv erleben (vgl. Baumrind, 1995): als eher wandelbar, eher rigide, dem eigenen Willen oder mehr dem Zufall unterworfen? Und mit welchen anderen Persönlichkeitsmerkmalen oder biografischen Spezifika ist diese Subjektivität in Zusammenhang zu bringen: Geschlecht, eher konservativ-religiöse oder eher liberale Werthaltungen, sexuelle Identität, bestimmte Lebensereignisse oder bewusste Wahl hetero-, bi- oder homosexueller Lebensweisen?

Schließlich ist auch die Bedeutung der Beziehungsdimension in der Sexualität im Hinblick darauf weiter auszuloten, inwieweit sie mit einer Flexibilität oder Flexibilisierbarkeit der sexuellen Orientierung in Zusammenhang stehen könnte. Während Studien in diesem Bereich im Hinblick auf Homo- und Heterosexualität im Wesentlichen Grundlagenforschungscharakter haben, kommt ihnen hinsichtlich den Möglichkeiten von Paraphilie-Therapien – speziell im forensischen Bereich – eine erhebliche anwendungsbezogene Relevanz zu.

Literatur

- Aardweg, G.M. van den, 1985. Das Drama des gewöhnlichen Homosexuellen. Stuttgart, Hänssler.
- American Psychiatric Association, 2000. Position statement on therapies focussed on attempts to change sexual orientation (reparative or conversion therapies). *Am J Psychiatry*, 157, 1719–1721.
- American Psychological Association, 1998. Answers to your questions about sexual orientation and homosexuality. Washington, Author. Also online available at: <http://www.apa.org/topics/orientation.html> [Nov. 3, 2007].
- Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.D., Bonta, J., Gendreau,

- P., Cullen, F.T., 1990. Does correctional treatment work? A clinically-relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminol*, 28, 369–404.
- Barlow, D.H., 1973. Increasing heterosexual responsiveness in the treatment of sexual deviation: A review of the clinical and experimental evidence. *Behavior Therapy* 4, 655–671.
- Bart, P.B., 1993. Protean woman: The liquidity of female sexuality and the tenaciousness of lesbian identity. In: Wilkinson, S., Kitzinger, C. (Eds.). *Heterosexuality: A feminism & psychology reader*. London, Sage, 246–252.
- Baumeister, R.F., 2000. Gender differences in erotic plasticity: The female sex drive as socially flexible and responsive. *Psychol Bull* 126, 347–374.
- Baumrind, D., 1995. Commentary on sexual orientation: Research and social policy implications. *Dev Psychol* 31, 130–136.
- Beckstead, A.L., 2002. Cures versus choices: Agendas in sexual reorientation therapy. *J Gay Lesbian Psychotherapy* 5, 87–125.
- Beckstead, A.L., 2003. Understanding the self-reports of reparative therapy “successes”. *Arch Sex Behav*, 32, 421–423.
- Beckstead, A.L., (n.d.). Review of studies on sex reorientation therapy [HTML]. Available at: <http://www.lidsresources.info/professionals/beckstead.shtml> [24 May, 2008].
- Beier, K.M., Bosinski, H.A.G., Loewit, K., 2005. *Sexualmedizin* (2., neu bearb. u. erw. Aufl.). München, Urban & Fischer.
- Beier, K.M., Loewit, K., 2004. *Lust in Beziehung: Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie als fächerübergreifendes Therapiekonzept der Sexualmedizin*. Berlin, Springer.
- Beier, K.M., Schaefer, G.A., Goecker, D., Neutze, J., Feelgood, S., Hupp, E., Mundt, I. & Ahlers, C.J., 2006. Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld. *Sexuologie* 13, 139–147.
- Buse, L. & Pawlik, K., 1996. Konsistenz, Kohärenz und Situationsspezifität individueller Unterschiede. In: Pawlik, K. (Hrsg.). *Enzyklopädie der Psychologie: Grundlagen und Methoden der Differentiellen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe, 269–300.
- Byrd, A.D., 2003. The malleability of homosexuality: A debate long overdue. *Arch Sex Behav* 32, 423–425.
- Charboneau, C. & Lander, P.S., 1991. Redefining sexuality: Women becoming lesbian in midlife. In: Sang, B., Warshaw, J., Smith, A.J., (Eds.). *Lesbians in midlife: The creative transition*. San Francisco, Spinster Book, 35–43.
- Cohen, R., 2001. *Ein anderes Coming-out*. Gießen, Brunnen.
- Curran, D. & Parr, D., 1957. April 6. Homosexuality: An analysis of 100 male cases seen in private practice. *BMJ* 5022, 797–801.
- Diamond, L.M., 2000. Sexual identity, attractions, and behavior among young sexual-minority women over a 2-year period. *Dev Psychol* 36, 241–250. Also available at: <http://www.psych.utah.edu/people/faculty/diamond> [May 24, 2008]
- Diamond, L.M., 2003. What does sexual orientation orient? A biobehavioral model distinguishing romantic love and sexual desire. *Psychol Rev* 110, 173–192. Also available at: <http://www.psych.utah.edu/people/faculty/diamond> [May 24, 2008]
- Diamond, L.M., 2008. Sexual fluidity: understanding women’s love and desire. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Emmelkamp, P.M.G., 1986. Behavior therapy with adults. In: Garfield, S.L., Bergin, A.E. (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.). New York, Wiley, 385–442.
- Eysenck, H.J., Beech, H.R., 1971. Counter conditioning and related methods. In: Bergin, A.E., Garfield, S.L. (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York, Wiley, 543–611.
- Fiedler, P., 2004. *Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung*. Weinheim, Beltz.
- Golden, C., 1978. Diversity and variability in women’s sexual identities. In: Boston Lesbian Psychologies Collective (Eds.), *Lesbian psychologies: Explorations and challenges*. Urbana-Champaign, University of Illinois Press, 19–34.
- Hartmann, L., 2003. Too flawed: Don’t publish. *Arch Sex Behav* 32, 436–438.
- Hauser, R., Friedrich, M., 2003). *Kein Schicksal*. *Lambda-Nachrichten* 4, 35–37.
- Hirschfeld, M., 1914. *Die Homosexualität des Mannes und des Weibes*. Berlin, Louis Marcus.
- Hoyer, J., Kunst, H. (Hrsg.), 2001. *Psychische Störungen bei Sexualdelinquenten*. Lengerich, Pabst.
- Hoynsdorf, S., Reinhold, M., Christmann, F., 1995. *Behandlung sexueller Störungen*. Weinheim, BeltzPVU.
- Jagose, A., 2001. *Queer Theory*. Berlin, Quer.
- Kinnish, K.K., Strassberg, D.S., Turner, C.W., 2004. Geschlechtsspezifische Differenzen der Flexibilität der sexuellen Orientierung: Eine mehrdimensionale retrospektive Studie. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 17, 26–45.
- Kinnish, K.K., Strassberg, D.S., Turner, C.W., 2005. Sex differences in the flexibility of sexual orientation: A multidimensional retrospective assessment. *Arch Sex Behav* 34, 173–183.
- Kitzinger, C., Wilkinson, S., 1995. Transitions from heterosexuality to lesbianism: The discursive production of lesbian identities. *Dev Psychol* 31, 95–104.
- Kockott, G., 2005. Sexuelle Deviationen, Paraphilien, Perversionen. In: Nissen, G., Csef, H., Berner, W., Badura, F. (Hrsg.). *Sexualstörungen*. Darmstadt, Steinkopff, 163–173.
- Kockott, G., 2006. Sexualstörungen – Übersicht. In: Förstl, H., Hautzinger, M., Roth, G. (Hrsg.). *Neurobiologie psychischer Störungen*. Heidelberg, Springer, 759–761.
- Krapp, A., Prenzel, M., Weidenmann, B., 2006. Geschichte, Gegenstandsbereich und Aufgaben der Pädagogischen Psychologie. In: Krapp, A., Weidenmann, B. (Hrsg.). *Pädagogische Psychologie* (5., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim, Beltz, 1–31.
- Kröber, H.-L., 2006. *Kriminalprognostische Begutachtung*. In: Kröber, H.-L., Dölling, D., Leygraf, N., Saß, H. (Hrsg.). *Handbuch der Forensischen Psychiatrie, Band 3 Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie*. Darmstadt, Steinkopff, 69–172.
- Krueger, R.B., 2003. A positive view of Spitzer’s research and an argument for further research. *Arch Sex Behav* 32, 443–444.
- McConaghy, N., 1982. Sexual deviation. In: Bellack, A.S., Hersen, M., Kazdin, A.E. (Eds.). *International handbook*

- of behavior modification and therapy. New York, Plenum Press, 683–716.
- Nicolosi, J., 2003. Finally, recognition of a long-neglected population. *Arch Sex Behav* 32, 445–447.
- Nicolosi, J., Byrd, A., Potts, R., 2000. Beliefs and practices of therapists who practice sexual reorientation psychotherapy. *Psychol Rep* 86, 689–702.
- Rauchfleisch, U., Frossard, J., Waser, G., Wiesendanger, K., Roth, W., 2002. Gleich und doch anders: Psychotherapie und Beratung von Lesben, Schwulen und Bisexuellen und ihren Angehörigen. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Reiche, R., 2001. Psychoanalytische Therapie sexueller Perversionen. In: Sigusch, V. (Hrsg.). *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung* (3. neu bearb. u. erw. Aufl.). Stuttgart, Thieme, 439–464.
- Ritter, K., Terndrup, A. (Eds.), 2002. *Handbook of affirmative psychotherapy with lesbians and gay men*. New York, Guilford.
- Rosik, C.H., 2003. Motivational, ethical, and epistemological foundations in the treatment of unwanted homoerotic attraction. *J Marital Fam Ther* 29, 13–28. Also on-line available: <http://findarticles.com/> [Nov. 3, 2007]
- Schaeffer, K.W., Hyde, R.A., Kroencke, T., McCormick, B., Nottebaum, L., 2000. Religiously-motivated sexual orientation change. *Journal of Psychology and Christianity* 19, 61ff.
- Schaeffer, K.W., Nottebaum, L., Smith, P., Dech, K., Krawczyk, J., 1999. Religiously-motivated sexual orientation change: A follow-up study. *Journal of Psychology and Theology* 27, 329–337.
- Schmidt, G., 2001. Gibt es Heterosexualität? In: Heidel, U., Micheler, S., Tuider, E. (Hrsg.). *Jenseits der Geschlechtergrenzen*. Hamburg, MännerschwarmSkript, 223–232.
- Schmucker, M., 2007. Meta-Analysen zur Sexualstraftäterbehandlung. In: Berner, W., Briken, P., Hill, A. (Hrsg.). *Sexualstraftäter behandeln mit Psychotherapie und Medikamenten*. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag, 13–29.
- Sell, R.L., 1997. Defining and measuring sexual orientation. *Arch Sex Behav* 26, 643–658.
- Socarides, C.W., 1995. *Homosexuality: A freedom too far*. Phoenix, Adam Margrave Books.
- Spitzer, R.L., 2001, May. 200 subjects who claim to have changed their sexual orientation from homosexual to heterosexual. Paper presented at the American Psychiatric Association Annual Convention, New Orleans, LA, USA.
- Spitzer, R.L., 2003a. Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. *Arch Sex Behav* 32, 403–417.
- Spitzer, R.L., 2003b. Reply: Study results should not be dismissed and justify further research on the efficacy of sexual reorientation therapy. *Arch Sex Behav* 32, 469–472.
- Stein, A., 1996. Mit dem Feind schlafen? Ex-Lesben und die Rekonstruktion von Identität. In: Hark, S. (Hrsg.). *Grenzen lesbischer Identitäten*. Berlin, Quer, 155–185.
- Tripp, C.A., 1987. *The homosexual matrix* (2nd ed.). New York, Meridian.
- Weltgesundheitsorganisation 1999. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen* (übers. u. hrsg. v. Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H., 3. Aufl.). Bern, Huber.
- Zucker, K. J., 2003. The politics and science of “reparative therapy”. *Arch Sex Behav* 32, 399–402.

Adresse des AutorsOlaf G. Apel, Torstr. 130, 10119 Berlin, apelius@gmail.com

Struktur der sexualmedizinischen Weiterbildung*

Klaus M. Beier, Hartmut A.G. Bosinski, Kurt Loewit

The structure of continuing training in sexual medicine

Abstract

This article elucidates the content and structure of the additional continuing training approved by the Berlin Ärztekammer in 2007: theory, topic-oriented Balint groups and individual experience, supervision of cases encountered in participants' practices and the presentation of cases serve to communicate the knowledge, attitudes and skills that are increasingly needed, given the epidemic spreading and complexity of sexual problems (disturbances in sexual functioning and identity, behavioral deviations). Sexual-medical indications and their diagnosis, therapy principles and concrete treatment steps are dealt with in detail. Not only the "objective facts", above all their "subjective meaning" – usually experienced as the frustration of essential basic needs – are of decisive importance. In this context emphasis is placed on syndyastic sexual therapy as the further development of previous models.

Keywords: Sexual-medical continuing education, syndyastic sexual therapy, sexual communication.

Zusammenfassung

Es werden Inhalte und Struktur der von der *Berliner Ärztekammer* 2007 beschlossenen Zusatz-Weiterbildung „Sexualmedizin“ dargelegt: Theorievermittlung, themenzentrierte Balintgruppen- und Selbst-Erfahrung, Supervision eigener Behandlungsfälle sowie Fallvorstellungen dienen dem Ziel, Kenntnisse, Haltungen und Fertigkeiten zu vermitteln, die angesichts der epidemischen Verbreitung und der Komplexität sexueller Probleme (sexuelle Funktions- und Identitäts-Störungen, Verhaltensabweichungen) zunehmend gefordert sind. Sexualmedizinische Indikationen bzw. ihre diagnostische Abklärung, Therapieprinzipien und konkrete Schritte der Behandlung werden im Detail besprochen. Dabei sind nicht nur die „objektiven Fakten“, sondern vor allem, deren „subjektive Bedeutung“ – zu-

meist als Frustration unverzichtbarer Grundbedürfnisse erlebt – von entscheidender Bedeutung. In diesem Zusammenhang wird als Weiterführung bisheriger Modelle von Sexualtherapie ausführlich auf die Syndyastische Sexualtherapie (SST) eingegangen.

Schlüsselwörter: Sexualmedizinische Weiterbildung, Syndyastische Sexualtherapie, Sexuelle Kommunikation

Die von der Berliner Ärztekammer 2007 beschlossene Zusatz-Weiterbildung „Sexualmedizin“ (vgl. Editorial) umfasst die Vermittlung von theoretischen Kenntnissen (100 Stunden) sowie von Haltungen und Fertigkeiten (120 Stunden).

Das Besondere an dieser Weiterbildung ist, dass die erworbene sexualmedizinische Kompetenz ganz unterschiedlich in die bisherige Tätigkeit integriert werden kann. So könnten beispielsweise Gynäkologen auch sexualtherapeutische Angebote machen oder Psychotherapeuten die Behandlung von Patienten mit Geschlechtsidentitätsstörungen oder auch Sexualstraftätern übernehmen. Es handelt sich daher um eine für alle Fortbildungsteilnehmer den Rahmenbedingungen nach gleiche Fortbildung, die aber je nach den fachspezifischen Voraussetzungen unterschiedliche Perspektiven für die spätere Arbeit eröffnet.

Unumgänglich im Rahmen der Fortbildung ist darüber hinaus die Auseinandersetzung mit anthropologischen, biomedizinischen, psychologischen und soziokulturellen Aspekten der Geschlechtlichkeit, da **Sexualmedizin auf Interdisziplinarität hin angelegt ist** und disziplinäres Wissen aus unterschiedlichen medizinischen Fachgebieten (insbesondere Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Urologie, Andrologie, Endokrinologie, Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie) sowie benachbarten Humanwissenschaften (insbesondere Biologie, Psychologie, Soziologie etc.) integriert (Abb. 1). Für die praktische Tätigkeit und für die eigenständige Durchführung sexualmedizinischer Behandlungen sind – neben theoretischen Kenntnissen – die drei Ausbildungselemente **themenzentrierte Selbsterfahrung, themenzentrierte Balintgruppe und Supervision** von besonderer Bedeutung (siehe nachfolgende Übersicht).

* Zuerst veröffentlicht in: Beier, K.M., Bosinski, H.A.G., Loewit, K., 2005. Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis. München/Jena, Urban & Fischer. Leicht veränderter Wiederabdruck mit freundlicher Genehmigung des Elsevier Verlags.

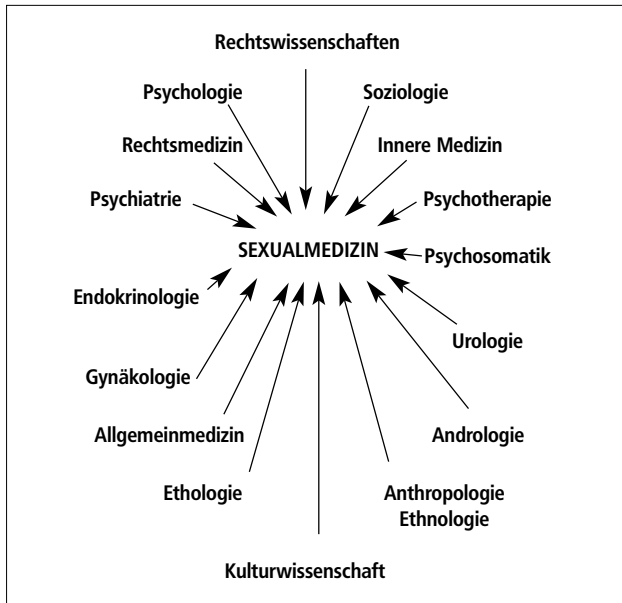


Abb. 1 Interdisziplinäre Bezüge der Sexualmedizin

Themenzentrierte Selbsterfahrung

Themenzentriert bedeutet in diesem Fall, sich mit der eigenen Sexualität und Partnerschaft zu befassen. Ziele sollen sein:

- ▶ die eigene psycho- und sozio-sexuelle Entwicklung und damit die eigene sexuelle „Welt-Anschauung“ besser kennen- bzw. verstehen zu lernen
- ▶ Klarheit zu erlangen über die drei Dimensionen menschlicher Sexualität (die beziehungsorientierte, die reproduktive, die Lustdimension) im eigenen sexuellen Erleben und Verhalten, somit auch über die eigene sexuelle Bedürfnisstruktur und eigene spezifische Beziehungswünsche (konkrete Phantasien, Praktiken etc.)
- ▶ über Sexuelles reden zu lernen (dafür Worte zu finden) und so auch besser einschätzen zu können, was den Patienten abverlangt wird, wenn eine Sexualanamnese erhoben wird.

Es geht also vorrangig nicht um Selbsterfahrung als neue körperliche Sensitivität und auch nicht um Konfliktaufarbeitung im psychoanalytisch-therapeutischen Sinne. Dies müsste in entsprechenden Einzeltherapien geschehen.

Ein wichtiger Teil der Selbsterfahrung betrifft den Umgang mit Scham beim **Sprechen über Sexuelles**. In diesem Zusammenhang muss bedacht werden, dass Sprache lebenslang erlernt wird und dass Sprechen über Sexuelles in jeder Kultur eine Sonderstellung einnehmen dürfte – erkennbar nicht zuletzt an der Vielzahl von Begriffen, die sich für „Geschlechtssteile“ herausgebildet haben (während andere Körperteile meist nur mit einem einzigen und zugleich eindeutigen Begriff benannt werden). Diese sprachliche Unsicherheit kann

mit den verschiedenen Dimensionen der menschlichen Sexualität zu tun haben (was daran hindert, einen Begriff für nur eine Funktion auszuwählen). Sie dürfte aber in unserem Kulturkreis auch damit zusammenhängen, dass unter diesen Dimensionen de facto die Lustdimension (vorgeschoben vielleicht die Fortpflanzungsdimension) das Sprachverhalten beherrscht.

Da die **Lustfeindlichkeit** im christlichen Abendland die Begriffsbildung prägt (masturbieren: „mit der Hand beflecken“), weckt das Sprechen über Sexuelles sofort Schuld- oder Schamgefühle – die nicht entstehen, wenn die **Beziehungsdimension** (oder syndyastische Dimension) angesprochen wird. Es würde sich deshalb anbieten, nicht von Onanie, Masturbation oder Selbstbefriedigung zu sprechen, sondern von „sexuell mit sich selbst in Beziehung treten“ oder „sich sexuell mit sich selbst befassen“. Auch Begriffe wie „homosexuell“ beinhalten nicht den Beziehungsaspekt, so dass es hilfreicher wäre, von „Beziehung zum gleichen Geschlecht“ oder „sexuell auf das gleiche Geschlecht gerichtet“ zu sprechen.

Für die sexualmedizinisch Tätigen ergibt sich daraus die Forderung, aus den verschiedenen sexuellen Sprachen (Buddeberg, 1996: 38ff) eine Sprachfähigkeit zu entwickeln, die vor allem die soziale, beziehungsorientierte Dimension erkennen lässt und dem Patienten/Paar als Modell dienen kann. In diesem Zusammenhang ist es zumeist auch sinnvoll, die Patienten/Paare zur Benutzung ihrer eigenen (Privat-) Sprache zu ermuntern. Damit ist nicht gesagt, dass der Therapeut die dargebotene Terminologie übernimmt (vor allem dann nicht, wenn er dies nicht authentisch tun könnte). Man sollte sich immer vor Augen führen, welches Verständnis der Patient damit verbindet. Der vom Patienten verwendete Begriff muss für diesen nicht die gleiche Bedeutung haben, die der Therapeut damit verbindet.

Dies ist in herkömmlichen Balintgruppen in der Regel nicht gegeben. Es bedarf aber systematischer Beachtung, um die emotionale Eigen- und Fremdwahrnehmung in Therapeut-Patient-Beziehungen zu fördern, in denen Sexualität zum Thema geworden ist (Unbefangenheit von eigenen sexuellen Wünschen in der Interaktion mit dem Patienten/Paar; Gefahr der Parteilichkeit aufgrund von Befangenheit in Paargesprächen). Dadurch erhöht sich die Aufmerksamkeit für eigene Gefühle (z.B. Feindseligkeit, Hoffnungslosigkeit, unerträgliche Spannung, Freude etc.), die Ausdruck von Gefühlszuständen des Patienten/Paares sein können und möglicherweise in der Genese der Störung und ihrer Behandlung eine Bedeutung haben. Zudem ermöglicht

die themenzentrierte Balintgruppe vertiefte Einblicke in Patienten-/Paar-Schicksale und damit auch in die unendliche Vielfalt möglicher Ätiologien sexueller Störungen.

Eingegangen werden muss vor allem auch auf die Besonderheiten sexualmedizinischer Interventionen hinsichtlich ihrer Vermittlung, Begründung und ihrer rationalen und emotionalen Akzeptanz beim Paar.

Diagnostik und Therapie sexueller Störungen als Bestandteil der ärztlichen Weiterbildung

Programmatik des Faches

Es gibt kaum einen Fachbereich der Medizin und kaum ein Gebiet der klinischen Psychologie, in dem Ärzte oder Psychologen, aber auch Angehörige anderer Berufsgruppen nicht mit sexuellen Problemen und Störungen konfrontiert werden. Störungen der Sexualität präsentieren sich dabei in vielerlei Gestalt – teils als eigenständige (Haupt-)Problematik, teils im Kontext verschiedenster körperlicher oder psychischer Krankheiten und ihrer Behandlung (z.B. durch unerwünschte Wirkungen von Medikamenten, Folgen operativer Eingriffe etc.).

Entsprechend breit gefächert ist der Kreis der Betroffenen: Der Diabetiker, der im Zuge seiner chronischen Krankheit sexuelle Störungen zu beklagen hat (Erektionsprobleme bei Männern, Erregungs- und Orgasmusprobleme bei Frauen), der Hypertoniker, dessen Medikation sich negativ auf die sexuellen Reaktionen auswirkt, und der Patient mit einer Depression, der seine sexuelle Appetenz einbüßt (und durch Antidepressiva zusätzlich Erregungs- und Orgasmusprobleme bekommen kann), gehört ebenso dazu wie der junge Mann mit sexueller Versagensangst, das Paar, dessen ungelöste Konflikte oder Machtkämpfe in sexuellen Symptomen zum Ausdruck kommen, oder die Frau, die nach der Menopause durch mangelnde Lubrikation Schmerzen beim Koitus hat.

Aus neueren Studien (z.B. Laumann et al., 1994) lässt sich die hohe Verbreitung sexueller Störungen ableiten. Man kann daraus die Schlussfolgerung ziehen, dass insbesondere die **sexuellen Funktionsstörungen** zu den häufigsten Krankheitsbildern unserer Zeit zählen.

Es ist ferner absehbar, dass durch den altersdemographischen Wandel und durch die Zunahme

Definition des Faches

Die Sexualmedizin befasst sich mit der Sexualität des Menschen und ihren Störungen. Zu ihren Aufgaben gehört die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Störungen und Erkrankungen der Sexualität. Diese können die sexuellen Funktionen, das sexuelle und/oder partnerschaftliche Erleben und Verhalten (auch infolge von Krankheiten und/oder deren Behandlung) sowie die geschlechtliche Identität betreffen und/oder mit sexuellen Traumatisierungen verbunden sein. Hinsichtlich Ätiologie, Diagnostik und Behandlung dieser Störung berücksichtigt die Sexualmedizin unter besonderer Einbeziehung der Paardimension sowohl die Erkenntnisse und Verfahren der medizinischen als auch der psychologischen und sozialwissenschaftlichen Disziplinen.

Dabei macht sich die Sexualmedizin die Erkenntnisse der Verhaltensforschung und Entwicklungspsychologie zu eigen, wonach Säugetiere, insbesondere Primaten und vor allem der Mensch auf Bindung programmierte Beziehungswesen sind, deren Überlebenschancen von der Erfüllung ihrer existenziellen Grundbedürfnisse nach Akzeptanz und Zugehörigkeit abhängen. Es handelt sich um Grundbedürfnisse, die sich besonders intensiv in der körperlichen Nähe von (intimen) Beziehungen verwirklichen lassen – mit den daraus resultierenden Gefühlen von Geborgenheit und Sicherheit. Auf diesem Grundverständnis fußen auch die sexualmedizinischen Interventionen der Syndyastischen Sexualtherapie (Beier & Loewit 2004).

von chronischen Erkrankungen die (sekundären) **Sexualstörungen aufgrund einer Erkrankung und/oder deren Behandlung** weiter zunehmen werden. Hinzu kommen die **Geschlechtsidentitätsstörungen**, häufig verbunden mit dem Wunsch nach körperverändernden Maßnahmen (deren Indikation sorgfältig nach Standards zu prüfen ist), und schließlich die **sexuellen Verhaltensabweichungen (Paraphilien und Sexualdelinquenz)** – letztere mit hohen Anforderungen an die Qualität der Diagnostik und Therapie, da Begutachtungs- und Behandlungsfehler Fremdgefährdungen (d.h. Opfer von sexuellen Übergriffen) nach sich ziehen können.

All dies sind Herausforderungen für die Heilberufe und wichtige Aufgaben für die Wissenschaften, die sich mit der körperlichen und seelischen Gesundheit befassen.

Erschwerend wirkt sich jedoch der interdisziplinäre Charakter des Untersuchungsgegenstands aus: Sexualität betrifft und berührt viele Fachbereiche und steht in gewisser Weise auch zwischen allen Disziplinen. Dies mag ein Grund dafür sein, dass die Sexualmedizin erst seit wenigen Jahren dabei ist, ihren „eigenen Ort“ zu finden und sich auf ihre Besonderheiten und Kernmerkmale zu besin-

nen. Obwohl die sexuellen Störungen zunehmend als wichtiges Gesundheitsproblem anerkannt werden – und obwohl die letzten zwanzig Jahre von einem enormen Zuwachs des grundlagenwissenschaftlichen Verständnisses und der diagnostischen oder therapeutischen Möglichkeiten geprägt sind – hat die Sexualmedizin in der Heilkunde noch keineswegs den Stellenwert erhalten, der ihr zukommt. Nachfolgend werden die Grundlagen des Fachs benannt und seine Kernmerkmale beschrieben.

Sexualmedizin ist ein Fach der klinischen Medizin, das sich mit der Sexualität des Menschen und ihren Störungen befasst. Sexualität meint sowohl die geschlechtliche Identität des Menschen als Frau- und Mannsein wie auch die Genitalität im engeren Sinn (die Funktionen der Genitalorgane) und die damit verbundenen Erlebnisabläufe und sozialen Aspekte. Sexualmedizin erfordert eine fächerübergreifende und ganzheitliche Beschäftigung mit dem sexuellen Erleben und Verhalten bei „Gesunden“ und „Kranken“. Sexualtherapeutische Tätigkeit setzt daher eine curricular festgelegte Weiterbildung voraus. Der Begriff **Sexualtherapie** wird dabei im Folgenden nicht auf die **klassische Form** nach Masters & Johnson (1970) oder Kaplan (1974) eingeschränkt, sondern im soeben skizzierten Sinne der **Syndyastischen Sexualtherapie** für die sexualmedizinische Behandlung sexueller Störungen verwendet.

Von diesen Dimensionen ist die **Fortpflanzungsdimension** die phylogenetisch älteste. Sie ist beim Menschen auf die Zeit der Fortpflanzungsfähigkeit (von der Pubertät bis zur Menopause) beschränkt und zudem von biographischen Entscheidungen abhängig, also fakultativ. Durch die Verfügbarkeit zuverlässiger Kontrazeptionsmethoden und durch die Entwicklung der Reproduktionsmedizin ist heute erstmals eine weitgehende Entkopplung der Beziehungs- und Lustdimension von der Fortpflanzungsdimension möglich geworden.

Die **Beziehungsdimension** oder **syndyastische Dimension** tritt in der stammesgeschichtlichen Entwicklung später auf, ist aber für den heutigen Menschen ohne Zweifel ein integraler Bestandteil der Sexualität. Ihre Bedeutung resultiert aus der Tatsache, dass der Mensch ein Beziehungswesen ist, dessen Grundbedürfnisse nach Annahme, Geborgenheit usw. nur in Beziehungen erfüllt werden können. Dies geschieht im Kindesalter durch körperliche Erfahrungen des Angenommenwerdens (z.B. das schützende Halten des Säuglings beim Stillen). Die interaktionelle und körpersprachliche Vermittlung von Gefühlen bestimmt von Geburt an die menschliche Entwicklung und bleibt ein Kernmerkmal der Beziehungsgestaltung.

Die hier eingeführten Begriffe **Syndyastik** und **syndyastisch** sind von dem griechischen Wort *syndyastikós* („disponiert zur Gemeinsamkeit zu zweit oder zur Zweier- bzw. Paarbeziehung“) abgeleitet. Aristoteles erläutert in seiner Nikomachischen Ethik den Sachverhalt des „Einander-vertraut-Werdens“ (*synoikeiousthai*) im Sinne von „Zugehörigkeit“; hiervon grenzt er die Beziehung zu einem bedeutsamen Anderen im Sinne der Paarbeziehung (*syndyastikós*) ab, in der sich besonders intensiv Vertrautheit und Zugehörigkeit herausbilden können (Buch VIII, Kap. 14). In seiner Politik (Buch I, Kap. 2) greift er diesen Gedanken noch einmal auf und stellt die Beziehung zwischen zwei Partnern als Basis der Lebenserhaltung (und damit der Politik bzw. staatlichen Entwicklung) dar. Für Aristoteles erlangt der Mensch über Bindungen und die darin sich entfaltende Zugehörigkeit seine Identität. Er sieht in ihm deshalb „ein Wesen, das eher auf die Gemeinsamkeit zu zweien (i.e. *syndyastikós*) als auf die umfassende der Polis eingestellt ist ...“ (Nik. Eth. VIII, 14).

Sie ist zunächst nicht auf die Genitalien angewiesen, ermöglicht aber gleichwohl eine tiefe Zufriedenheit, die sich durch Haut- und Blickkontakt, überhaupt Sinneseindrücke, ergibt.

Die Beziehungsdimension ist deshalb – unter Berücksichtigung der nicht-genitalen Anteile der Sexualität – die erste „sexuelle“ Erlebnisdimension, die später durch die Möglichkeiten genital-sexueller Kommunikation erweitert wird. Auch die genital-sexuellen Erfahrungsmöglichkeiten sind Teil der interaktionellen körpersprachlichen Kommunikation, die durch Einbeziehung der Genitalien und der daraus resultierenden sinnlichen Erfahrungsmöglichkeiten dieselben Grundbedürfnisse nach Annahme, Nähe und Geborgenheit verwirklichen und erfüllen kann.

Die **sexuelle Lustdimension** gibt der Sexualität durch das einzigartige sinnliche Erleben von sexueller Erregung und Orgasmus eine Qualität, die sie von anderen menschlichen Erfahrungsmöglichkeiten abhebt. Die sexuelle Lust begründet die motivationale Eigenschaft der Sexualität und stellt gleichsam den Antrieb und die Belohnung sexuellen Verhaltens dar. Im subjektiven Erleben, in der Autoerotik und in der Erfahrung von erotischer Anziehung, Leidenschaft und Ekstase kann die Lustdimension ganz im Vordergrund stehen.

Sie lässt sich aber dennoch schwer isoliert betrachten, weil sie mit den anderen Funktionen eng verbunden ist: Die genitale Lust an sich, die Lust an der Beziehung und die Freude an der Elternschaft verleihen ihr eine sehr komplexe Qualität.

Die Sexualmedizin hat grundsätzlich alle drei Dimensionen und ihre vielfältigen (individuel-

len und überindividuellen) Funktionen im Blick. Diese Sichtweise bedeutet eine Abkehr von dem die abendländische Tradition prägenden dualistischen Menschenbild. Sie erfordert grundsätzliche Überlegungen zu einem ganzheitlichen Verständnis menschlicher Sexualität, aus dem sich eine andere Gewichtung ihrer Kommunikations- und Fortpflanzungsaufgaben ergibt. Darüber hinaus geht es um konkrete Überschneidungen zwischen kommunikativen und reproduktiven Aspekten — z.B. in Fragen von Kontrazeption und Familienplanung, aber auch bei unerfülltem Kinderwunsch, wo die partnerschaftlich-kommunikativen Aspekte dem Ziel der Fortpflanzung untergeordnet werden, was sich nachteilig auf die Beziehung auswirken kann.

Sexualität durchwirkt in ihrer **Multifunktionalität** alle Lebensbereiche. Sie berührt fast alle medizinischen und humanwissenschaftlichen Fächer. Ihre Abhängigkeit von sich wandelnden soziokulturellen Gegebenheiten, ihre individuellen oder interpersonellen Aspekte und nicht zuletzt die dadurch notwendigen interdisziplinären Überlappungen machen eine eigenständige fachliche Ausrichtung — einschließlich fachspezifischer Behandlungstechniken — erforderlich. Die Medizin hat sich seit jeher vornehmlich mit den forensisch-psychiatrischen und mit den reproduktiven Aspekten von Sexualität befasst. Sie hat jedoch die syndyastische Dimension und die Lustdimension weitgehend ignoriert, was die Entwicklung eines ganzheitlichen Verständnisses eher verhinderte.

Trotz der skizzierten Komplexität des Feldes lassen sich die spezifischen Merkmale der Sexualmedizin klar aufzeigen, wobei die Besonderheiten dieser Disziplin gegenüber anderen medizinischen oder humanwissenschaftlichen Fächern vor allem in ihrer wechselseitigen Verknüpfung deutlich werden.

Biopsychosoziales Verständnis des Sexuellen

Sexualität entzieht sich einem einseitigen definitorischen Zugriff. Als eine biologisch, psychologisch und sozial determinierte Erlebnisdimension des Menschen ist sie in ihrer individuellen Ausgestaltung von biologischen Faktoren und von der lebensgeschichtlichen Entwicklung abhängig.

In diesem Zusammenhang ist ihre **Beziehungsdimension** (oder auch syndyastische Dimension) von zentraler Bedeutung. Sexualität ist ein Lebensbereich, in dem der Mensch — im Sinne seiner grundlegenden Bedürfnisse nach Akzeptanz, Nähe und Geborgenheit — auf eine intensive, unmittelbare und sinnlich einzig-

artige Weise mit anderen in Beziehung tritt. Sie ist auf Partnerschaft, auf „Wir-Bildung“ hin angelegt und bringt — selbst wenn dieses Ziel verfehlt wird — immer etwas Soziales zum Ausdruck. Die Sexualität des Menschen ist nur als ein biopsychosoziales Phänomen verstehbar.

Dass eine solche biopsychosoziale Sichtweise keine Floskel und keine modische Attitüde ist, wird zunehmend von der Psychoneuroendokrinologie und Psychoneuroimmunologie aufgezeigt, deren Forschungsergebnisse darüber hinaus die Bedeutung von Bindung und Beziehung für die menschliche Entwicklung und für die körperliche und seelische Gesundheit unterstreichen (Schedlowski & Tewes, 1997). Diese noch relativ jungen Forschungsrichtungen demonstrieren, dass Emotionen und Affektzustände in vielfältiger Weise und auf verschiedenen Ebenen die physiologischen Abläufe, das Immunsystem und das Endokrinium beeinflussen. Soziale Unterstützung stärkt das Immunsystem, und der menschliche Organismus schaltet beim Vorhandensein liebevoller, tragfähiger Intimbeziehungen gleichsam auf eine „physiologische Dauerstimmung, die wir als ‚Glück‘ oder Zufriedenheit erfahren“ (Pert, 1999).

Andere Studien belegen die protektive und kurative Kraft von menschlicher Nähe, sozialer Bindung und Intimität. Zu den empirisch gesicherten „Schutzfaktoren“ vor der Entstehung psychischer und psychosomatischer Störungen gehört u.a. ein „sicheres Bindungsverhalten“, eine „dauerhafte, gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson“, „soziale Förderung“ und „verlässlich unterstützende Bezugsperson/en im Erwachsenenalter“ (Eggle et al., 1997). In großen internationalen Untersuchungen wurde eindrucksvoll belegt, dass Mangel an menschlicher Nähe, Einsamkeit und soziale Introversion unabhängig von Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status die Entwicklung der verschiedensten Krankheiten fördert, während Nähe, Bindung und Liebe mächtige schützende Faktoren sind (Ornish, 1999).

Auch Deneke (1999) betont in seinem Entwurf zu einer an neurobiologischen Grundlagen orientierten Strukturtheorie der Persönlichkeit die Bedeutung emotionaler Grunderfahrungen für die Selbstregulation und Selbstorganisation der Persönlichkeit. So wirken Erlebnisse und Erfahrungen, die intensive Bedürfnisse und Gefühle mobilisieren, in besonderer Weise strukturbildend, weil sie übergeordnete Modulationssysteme beeinflussen. Strukturbildende Persönlichkeitsmerkmale sind **geronnene Erfahrung** — Erfahrung vor allem aus signifikanten Beziehungen, deren Einfluss keineswegs auf Kindheit und Jugend begrenzt ist.

Die Erkenntnisse dieser aktuellen Forschungsrichtungen unterstreichen also den Stellenwert von Sexualität und Intimität und untermauern die **Bedeutung der syndyastischen Dimension für die sexuelle Gesundheit** bzw. den **Stellenwert der Sexualität für die Erfüllung der Grundbedürfnisse**.

Das hirnpfysiologische Korrelat für die Verschaltung biopsychosozialer Grundbedürfnisse ist ein zerebrales System, welches Vertrautheit und Zugehörigkeit vermittelnde körperliche Signale — übermittelt durch Sehen, Hören, Riechen und Tasten — zu den emotionalen Grundmustern von Geborgenheit und Sicherheit verarbeitet. Es erfüllt auf diese Weise eine stress-, angst- und aggressionsmindernde Funktion. Dieses Gehirnsystem wird im Folgenden als **syndyastisches System** bezeichnet.

So konnten Bartels und Zeki (2004) zeigen, dass die gleichen Gehirnregionen aktiviert werden, wenn Müttern Bilder ihrer Kinder oder ihrer Partner (im Vergleich zu entfernt Bekannten als Kontrollpersonen) vorgelegt wurden. Möglicherweise werden die Funktionen für Angst und Ablehnung, die funktionell anatomisch im sog. „Mandelkern“ (Amygdala) angesiedelt sind, dabei zeitgleich deaktiviert. Die Angst vor dem Partner (ob Kind oder Erwachsener) wird also ausgeschaltet, um eine nahe Interaktion zuzulassen (vgl. das volkstümliche Sprichwort „Liebe macht blind“). Dies würde auch die Annahmen früherer Autoren plausibel machen, die noch nicht auf Daten aus bildgebenden Verfahren zurückgreifen konnten, wie etwa die Überlegung von Balint (1965) von den „Ur-Formen der Liebe“ als Kern und Basis der Erwachsenenintimität oder die Auffassung von Montagu (1987), der die sexuelle Interaktion zwischen Erwachsenen „in mancher Hinsicht als eine Reproduktion der zärtlichen Liebe zwischen Mutter und Kind“ bezeichnet.

Paaraspekt

Der „Patientenbegriff“ unterscheidet sich in der Sexualmedizin deutlich von dem sonst üblichen Konzept in der klinischen Medizin. Durch die soziale Dimension der Sexualität sind auch sexuelle Störungen letztlich nur aus dieser (Paar-) Perspektive verstehbar. Der in der Medizin gewohnte Blick auf das „kranke“ Individuum geht deshalb am Kern des Problems vorbei. Hinzu kommt, dass (z.B. bei den besonders häufigen sexuellen Dysfunktionen) die Störung Ausdruck eines psychosomatischen Geschehens ist, weil psychosoziale und körperliche Faktoren im sexuellen Erleben und Verhalten stets zusammenwirken

— auch dann, wenn sich keine im herkömmlichen medizinischen Sinne fassbaren organischen oder psychischen Befunde (Erkrankungen) feststellen lassen.

Psychosomatische Zusammenhänge, die schon im Individuum schwer genug zu erfassen sind, wären aus sexualmedizinischer Sicht wiederum nur unvollständig, wenn man sie nicht mit dem Paaraspekt verbindet. Aus diesem Grund lässt sich die Auseinandersetzung mit sexuellen Funktionsstörungen nicht einfach einer der etablierten Disziplinen wie Allgemeinmedizin, Andrologie, Gynäkologie, Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie oder Urologie zuordnen, obwohl sie dabei eine Rolle spielen (schon deshalb, weil zahlreiche körperliche und psychische Erkrankungen mit sexuellen Dysfunktionen verbunden sein können). Gerade weil sexuelle Störungen nicht im geläufigen medizinischen Sinne als Störungen innerhalb eines Individuums bzw. Organ-/Funktionssystems, sondern als Störungen innerhalb einer Beziehung aufzufassen sind, lassen sie sich konsequenterweise nur biopsychosozial verstehen und behandeln — auch wenn sie in manchen Fällen stärker im intraindividuellen und in anderen Fällen stärker im interpersonellen Bereich begründet sein können.

Die sexualmedizinische Behandlung hat deshalb zumal bei den für die Praxis wichtigsten Funktionsstörungen primär das Paar und nicht nur die Individuen im Blick. Das Ganze ist gerade hier mehr als die Summe seiner Teile: Zwei isoliert betrachtete Individuen machen nicht die Besonderheit des Paares aus. Das trifft prinzipiell auch dort zu, wo der Partner nicht real, sondern nur in der Phantasie oder in der Erinnerung vorhanden ist.

Kommunikativer Aspekt

Die Sexualität ist als wichtiger Bestandteil menschlicher Kommunikationsmöglichkeiten zu verstehen. Hierbei gilt, dass es unmöglich ist, nicht zu kommunizieren (Watzlawick et al., 1969), da es unmöglich ist, sich nicht zu verhalten. Wenn also alles Verhalten Botschaften vermittelt, dann trifft dies in besonderem Maße auch auf das Sexualverhalten zu. Es gibt kein „nichts-sagendes“ (Sexual-)Verhalten.

Es ist daher konkret nach möglichen Inhalten der sexuellen Interaktion zu fragen, wie sie je nach positiv-liebevollen oder negativ-zerstörerischen Vorzeichen aus der Körpersprache zu übersetzen sind („aufeinander zugehen“, „sich näher kommen“, „sich zuwenden“). Sexuelles Verhalten kann auf diese Weise als körperlicher Ausdruck und als Regulationssystem wichtiger Bedeutungsgehalte und Bedürfnisqualitäten

(z.B. der Bedürfnisse nach Beziehung, Akzeptanz, Nähe, Geborgenheit oder Einverständnis) verstanden werden. Für das Beziehungswesen Mensch stellen diese Themen unverzichtbare Daseinsaspekte dar, die in hohem Maße über die Qualität der jeweiligen Beziehung und letztlich über die Lebensqualität entscheiden (vgl. hierzu auch Schmidt et al., 2004).

Sexualmedizinische Behandlungstechnik

Leitlinie der sexualmedizinischen Beratung und Behandlung ist die Verknüpfung und systematische therapeutische Umsetzung der genannten Fachmerkmale. Der Patient/die Patientin wird in seiner/ihrer individuellen Körperlichkeit, seelischen Verfassung und sozialen Integration wahrgenommen. Die Behandlung wird deshalb immer versuchen, den/die Partner/in einzubeziehen. Therapeutische Interventionen fußen auf Erkenntnissen aus der somatischen, psychischen und sozialen (i.e. biopsychosozialen) Anamnese. Voraussetzung ist zugleich die grundsätzliche Befähigung des Therapeuten, über sexuelle Themen offen zu sprechen (was wiederum eine Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität voraussetzt).

Die Interventionen selbst können ein breites Spektrum körpermedizinischer oder psychotherapeutischer Optionen umfassen, basieren aber grundsätzlich auf der Berücksichtigung der biopsychosozialen Bezüge von Sexualität und auf der systematischen Einbeziehung des Paar- und Kommunikationsaspekts. Solche Modifikationen des gewohnten Patienten-Begriffs bedeuten auch ein verändertes Therapieverständnis. Die übliche Therapeut-Patient-Beziehung erweitert sich speziell bei den sexuellen Funktionsstörungen zu einer **Therapeut-Paar-Beziehung**.

Die Parteinahme für den einzelnen Patienten wird zur Allparteilichkeit: zur Parteinahme für beide Partner und für ihre Beziehung, solange dies der therapeutische Auftrag des Paares an den Therapeuten ist. Im Sinne des Paracelsus-Wortes „Der Patient ist der Arzt und der Arzt ist sein Gehilfe“ liegt die eigentliche, therapeutisch wirksame Arbeit beim Paar; der „Gehilfe“ begleitet es durch seinen Blick auf das Paar – Anregungen gebend, klärend, stützend, konfrontierend, möglicherweise als Dolmetscher zwischen unterschiedlichen Persönlichkeiten und Geschlechtern agierend. Er soll den Patienten bzw. das Paar dazu befähigen, neue Einsichten zu erlangen, vor allem neue Erfahrungen zu machen. Sie sollen mit ihren Problemen so umgehen können, dass ein Optimum an

Lebensqualität erreicht wird. Das therapeutische Ziel ist also auf Beziehung und Sexualität fokussiert.

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 (dem Gefühl des Angenommenseins) durch die Bezugsperson und damit aus dem emotional stabilisierenden Empfinden, richtig, sicher und geborgen zu sein. Besonders intensiv ist dieses Empfinden dann, wenn die Bezugsperson diese Annahme auch körperlich vermittelt, sie also durch körperliche Nähe und Wärme „vollzieht“.

Das ist der Grund, warum Intimbeziehungen am besten geeignet sind, Glück und Zufriedenheit zu vermitteln – hier vollzieht sich die Annahme auf allen Ebenen, auch in der konkreten körperlichen Sichtbarmachung gegenseitiger Zuneigung, die ihren Höhepunkt (im doppelten Sinne) im gemeinsamen, auch sexuellen Lusterleben findet.

Sexuelle Kommunikation kann also die psychosozialen Grundbedürfnisse nach Akzeptanz, Nähe und Geborgenheit besonders intensiv vermitteln und gleichzeitig erfüllen. Diese Funktion ist daher bei sexuellen Störungen immer mit zu berücksichtigen, und zwar als grundsätzliche Denkweise, die – einmal begriffen – nicht in jedem Einzelerleben bewusst zu sein braucht. Die **syndyastische** Dimension von Sexualität und die psychosozialen Grundbedürfnisse können dabei den Rahmen für die unterschiedlichsten sexuellen Ausdrucksformen und Vorlieben abgeben – vergleichbar einem Bilderrahmen, ohne den sich Bilder nicht aufhängen lassen, der aber die vielfältigsten Sujets einrahmen kann, sofern sie prinzipiell hineinpassen.

Sexualmedizinische Behandlung bedeutet daher auch, Sexualität in ihren heilenden und gesunderhaltenden Funktionen zu sehen und zu vermitteln. Eine befriedigende Sexualität kann Selbstheilungskräfte mobilisieren, neue Motivation stiften und andere Lebensbereiche positiv beeinflussen. Gerade durch diese Fokussierung auf die interpersonellen und kommunikativen Möglichkeiten der Sexualität sind auch bei kurzen Behandlungszeiten beträchtliche Erfolge erreichbar. Sexualmedizinische Behandlung besteht demnach auch in der Bereithaltung und Vermittlung einer Perspektive, die für das Paar **die syndyastische Dimension eröffnen** und auf diese Weise **Potenziale freisetzen** kann.

Die Behandlung von **Paaren** mit dieser Zielsetzung wird als **Syndyastische Sexualtherapie** bezeichnet. Dabei kommt es durch neue gemeinsame Intimerfahrungen zur körperlichen Umsetzung

der syndyastischen Dimension, die im Zentrum der Aufmerksamkeit steht (syndyastische Fokussierung).

Bis zu einem gewissen Grade kann die syndyastische Dimension auch in der **Einzelberatung** in den Mittelpunkt gerückt werden — aber eben nur im Sinne ihrer Bewusstmachung oder der Vermittlung einer entsprechenden Perspektive, nicht in der realen Paarerfahrung. Die gegebenenfalls sinnvoll einsetzbaren körperlichen Selbsterfahrungen sollen einer Verbesserung der (intimen) Kommunikationskompetenzen dienen.

Darüber hinaus ist sexualmedizinische Therapie dadurch gekennzeichnet, dass Kenntnisse aus verschiedenen Fächern und Verfahren der Medizin (z.B. Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Urologie; medikamentöse, operative, physikalische, technisch-prothetische Verfahren) einschließlich der Psychosomatik und Psychotherapie in die spezielle interpersonelle und interaktionelle Perspektive integriert werden. Sie können sich dabei nicht nur ergänzend unterstützen, sondern in ihrer Wirkung potenzieren. Auf der Basis einer paarzentrierten Grundhaltung werden die verschiedenen Elemente anderer Fachrichtungen (z.B. diagnostische Kenntnisse aus der Urologie, Gynäkologie, therapeutische Elemente aus der Psychotherapie und Psychosomatik) integriert, um dem Patienten(paar) die Möglichkeiten der Sexualität als Befriedigungs- und Begegnungsform wieder verfügbar zu machen.

Eine besondere Stellung nimmt die **Konzeptions- und Kontrazeptionsberatung** ein, sofern sie nicht nur mit Störungen der Beziehungs- und/ oder Fortpflanzungsdimension von Sexualität verknüpft sein muss, sondern präventiver oder sexualpädagogischer Art sein kann.

Indikationsbereich der Sexualmedizin

Die in den klinischen Klassifikationssystemen (ICD-10 und DSM-IV) vorgeschlagenen Einteilungen sind rein deskriptive und willkürliche Schemata, die bei genauerer Betrachtung der Komplexität menschlicher Sexualität nicht gerecht werden. Schon die aus sexualmedizinischer Sicht gebotene Differenzierung der drei Dimensionen von Sexualität lässt derartige Einteilungsversuche als unplausibel erscheinen. So können sexuelle Funktionsstörungen nicht nur die Lustdimension, sondern auch die Beziehungs- oder syndyastische Dimension so weit in Mitleidenschaft ziehen, dass weniger die gestörte sexuelle Funktion als vielmehr die dadurch gestörte Beziehungsdimension den eigentlichen Leidensgrund darstellt. Gleiches gilt für das biopsychosoziale Verständnis von Sexualität:

Einerseits ist mit „psychosozial“ die Beziehungsebene gemeint, andererseits könnte man an jeder Beziehung eine biologische (physischer Körperkontakt), psychologische (Bedeutungszuweisung) und soziale Ebene unterscheiden, die sich aber de facto nicht trennen lassen.

Hinzu kommt, dass die beschriebenen drei Dimensionen einen jeweils anderen biographischen Verlauf erkennen lassen, was eine integrierte Betrachtungsweise nicht gerade erleichtert: Die syndyastische Dimension erfährt bereits im Säuglingsalter ihre individuelle Ausgestaltung und erreicht sehr früh ein hohes Niveau, das für das spätere Leben bestimmend bleibt. Gleichwohl kann sie durch verschiedene, mit der Biographie verbundene Störfaktoren beeinträchtigt sein, so wie auch die Wertigkeit der Fortpflanzungsdimension (Beginn in der Pubertät mit Menarche bzw. Ejakularche) zwischen den Extremen von überhöhter und fehlender Bedeutsamkeit für den Betreffenden schwankt.

Hinzu kommen weiterhin die Geschlechtsunterschiede: Männer sind prinzipiell bis ins hohe Alter fortpflanzungsfähig, während die Fortpflanzungsfähigkeit bei Frauen mit dem Klimakterium ausklingt. Die Lustdimension beginnt mit dem Auftreten von körperlichen Lustempfindungen ebenfalls sehr früh in der Kindheit. Dabei ist aber das Erleben von Erregungshöhepunkten bei den meisten Menschen an die körperliche Reifung gebunden, auch wenn das Orgasmuserleben prinzipiell schon vor der Pubertät möglich ist („trockene Orgasmen“ bei Jungen) — wobei auch hier Geschlechtsunterschiede insofern imponieren, als Jungen den Eintritt in die Pubertät mit der Ejakularche per se als Lusterlebnis wahrnehmen, während Mädchen, für die sich mit der Menarche kein Lusterleben verbindet, erst im Verlauf ihres Lebens lernen, einen sexuellen Erregungshöhepunkt zu erleben.

Hier zeigen sich geschlechtstypische Unterschiede hinsichtlich der Bedeutsamkeit zumindest von Fortpflanzungs- und Lustdimension, während die syndyastische Dimension diese Geschlechtsunterschiede nicht aufweist, aber in ihrer relativen Bedeutsamkeit durch die anderen Dimensionen (und dies wiederum geschlechtstypisch) beeinflussbar ist. So kann der Kinderwunsch das Erleben so dominieren, dass kaum mehr eine Offenheit für die Beziehungs- und Lustdimension besteht — was nicht selten eine Frustration der Grundbedürfnisse zur Folge hat. Beim typisch männlichen Gelegenheitssex überlagert hingegen die Lustdimension die syndyastische Dimension.

Durch ein Fehlen sexueller Erregungshöhepunkte wird niemand krank; außerdem lassen sich solche

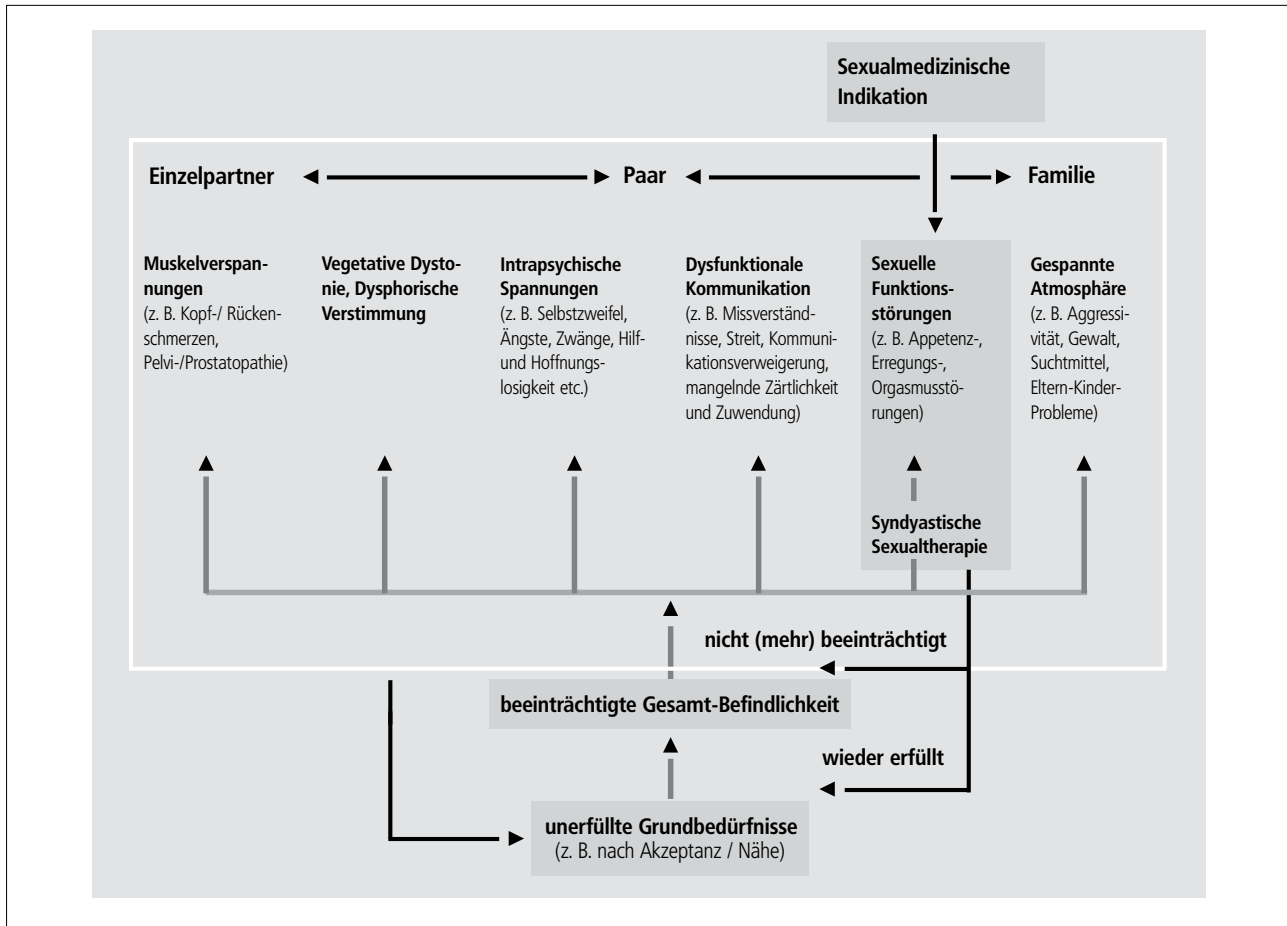


Abb. 2 Zusammenhänge zwischen psychosozialen Grundbedürfnissen, Gesamtbefindlichkeit und verschiedenen Symptomen. Es wird dargestellt, dass die Syndyastische Sexualtherapie zwar nur an einer aus der Vielzahl möglicher Störungsebenen ansetzt, die durch sie erreichte Wiedererfüllung der Grundbedürfnisse sich jedoch auch auf alle anderen Symptome – d.h. über die sexualmedizinische Indikation hinaus – heilsam auswirken kann.

zumeist auch durch Selbstbefriedigung herbeiführen. Bindungs- und Beziehungserleben lässt sich hingegen autoerotisch nicht herbeiführen (wenn man von imaginativen Substitutionen absieht). Das chronische Fehlen von körperkommunikativ entstehenden Geborgenheitsgefühlen (Frustration psychosozialer Grundbedürfnisse) erhöht hingegen nach bisherigem Wissensstand die Wahrscheinlichkeit, psychische und physische Störungen zu entwickeln. Ebenso erschwert es die Überwindung bestehender Erkrankungen (Egle et al., 1997).

Die von den Patient/inn/en vorgetragenen Symptome werden in der Praxis zumeist als „psychovegetative Störungen oder Beschwerden“, „depressive Verstimmungszustände“, „Angst und/oder nervöse Unruhe“ bzw. „nervöse Angst-, Spannungs- und Unruhezustände“ oder auch als „emotional bedingte Unruhezustände“ bezeichnet. Sie werden häufig mit Diagnosen für psychosomatische Erkrankungen (z.B. Insomnie, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa etc.) oder für – teilweise sogar forensisch relevante – Verha-

Itensauffälligkeiten („Störungen der Impulskontrolle“) 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 kommt.

Darüber hinaus sind diejenigen Patient/inn/en zu berücksichtigen, die aufgrund unabänderlicher Besonderheiten mit hoher Wahrscheinlichkeit lebenslang keine psychosozial stabilisierenden (Intim-) Bindungen eingehen können (etwa bei geistiger Behinderung oder Abweichungen der Sexualstruktur wie z.B. Pädophilie).

Abbildung 2 gibt einen Überblick über verschiedene (u.U. gleichzeitig vorhandene) Beeinträchtigungsmöglichkeiten aufgrund von uner-

füllten Grundbedürfnissen nach Nähe, Annahme, Geborgenheit, letztlich nach Beheimatung – mithin aufgrund 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 oder Depressionen etc. Auch sexuelle Funktionsstörungen sind unter Umständen nur eines unter vielen möglichen Symptomen (abgesehen von krankheitsbedingten Sexualstörungen, z.B. Zustand nach Querschnittläsionen). Die Besonderheit der Syndyastischen Sexualtherapie liegt darin, dass nur sie an den Wurzeln – den frustrierten Grundbedürfnissen – ansetzt. Dies geschieht mit einer auf andere Weise kaum erreichbaren Intensität, indem die syndyastische Erfüllung durch die körperliche Annahme in der Intimität mit dem Partner realisiert wird, was auch auf andere Lebensbereiche bzw. Symptome heilsame Auswirkungen hat.

Dieser therapeutische Zugang ist eine Besonderheit der Sexualmedizin. Er kann von anderen Fachdisziplinen nicht eingesetzt werden. Wenn also Rückenschmerzen vom Orthopäden erfolgreich behoben werden, ändert sich gleichwohl nichts auf der Ebene der Grundbedürfnisse. Ihre mögliche Frustration wird dadurch nicht aufgelöst; sie kann somit Grund für ein Rezidiv oder für andere Symptome sein.

Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen für eine systematische Erfassbarkeit werden nachfolgend die klinisch bedeutsamen Sexualstörungen des Menschen kurz charakterisiert und deren Kodierungsmöglichkeiten nach den international gültigen Klassifikationssystemen (ICD-10 und DSM-IV) vorgestellt.

Dabei wird einmal mehr deutlich, dass zentrale sexualmedizinische Indikationsfelder wie die „Störungen des sexuellen Verhaltens“ (Dissexualität) und die „sexuellen Beziehungsstörungen“ trotz ihrer quantitativen und klinischen Bedeutung nur sehr ungenau zu verschlüsseln sind. „Störungen der sexuellen Reproduktion“ lassen sich selbst mit Hilfskonstruktionen nicht sinnvoll kodieren. Das betrifft z.B. die negierte Schwangerschaft, die mit einer Häufigkeit von einem Fall auf 500 Geburten keine Rarität darstellt. Wenn DSM und ICD zum Zwecke einer Vereinheitlichung diagnostischer Zuordnungsprozesse geschaffen wurden, sollten sie die klinisch relevanten Symptombilder auch eindeutig abbilden.

Aus sexualmedizinischer Sicht geht es dabei nicht darum, die Pathologisierung von sexuellem Erleben und Verhalten auszuweiten, sondern um die eindeutigere Erfassung einer die Sexualität und Geschlechtlichkeit betreffenden Symptomatik, damit alle Anwender der Klassifikationssysteme ihre Bemühungen in Forschung, Klinik und Praxis besser vergleichen und verbinden können. Es wäre daher wünschenswert, wenn bei den anstehenden Revisionen des DSM und des ICD entsprechende Spezifizierungen bzw. Ergänzungen der Kodierungsmöglichkeiten vorgenommen werden.

Störungen der sexuellen Funktion (nicht bedingt durch andere Erkrankungen und/oder Substanzwirkungen)

Die sexuelle Reaktion lässt sich sinnvoll in die Phasen Appetenz, Erregung, Orgasmus und Entspannung gliedern. Jede dieser Phasen kann als solche gestört sein. Sexuelle Funktionsstörungen haben eine gute Prognose, wenn sie frühzeitig behandelt werden – andernfalls besteht die Gefahr der Chronifizierung. Es ist daher wünschenswert, dass eine entsprechende Diagnostik früh einsetzt und dass qualifizierte Therapieangebote unter Einbeziehung des Partners/der Partnerin rechtzeitig unterbreitet werden (Beier & Loewit, 2004).

Störungen der sexuellen Funktion (bedingt durch andere Erkrankungen und/oder Substanzwirkungen)

Praktisch alle medizinisch-klinischen Fächer betreuen Patienten, bei denen es durch eine Erkrankung und/oder deren Behandlung zur Ausbildung einer Sexualstörung kommen kann. Sexualmedizinisch bedeutsam sind vor allem kardiovaskuläre Erkrankungen, wobei Herzinsuffizienz, koronare Herzerkrankung, Myokardinfarkt und Hypertonie im Vordergrund stehen, außerdem Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus, schwere Allgemeinerkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparats (z.B. Arthritis), neurologische Erkrankungen wie multiple Sklerose oder Morbus Parkinson, aber auch neurologisch bedingte Behinderungen, psychiatrische Erkrankungen wie Angststörungen oder Depressionen, aber auch geistige Behinderung und schließlich die gynäkologischen und urogenitalen Erkrankungen.

Störungen der Geschlechtsidentität

Geschlechtsidentitätsstörungen reichen von eher leichtgradigen Formen der Unzufriedenheit mit der eigenen Geschlechtszugehörigkeit bis zur schwersten Form, der Transsexualität.

Störungen der sexuellen Präferenz (Paraphilien)

Das Besondere bei paraphilen Erregungsmustern ist nicht nur ihr Beginn in der Jugend, sondern ihre lebenslange Unveränderbarkeit. Die Betroffenen müssen sich mit diesen inneren Erlebensanteilen „arrangieren“. Sie sind dadurch mehr oder weniger stark nicht nur mit Selbstzweifeln, sondern vor allem mit der Frage konfrontiert, ob ein Partner oder eine Partnerin sie wirklich vollkommen akzeptieren würde. Diese Verunsicherung kann das syndyastische Erleben („Kann ich beim Anderen wirklich Annahme finden?“) so stark tangieren, dass sie die Aufnahme von Beziehungen erschwert oder bestehende Partnerschaften gefährdet.

Störungen des sexuellen Verhaltens (Dissexualität)

Die verschiedenen Formen sexueller Verhaltensstörungen sind in den international gültigen Klassifikationssystemen nicht eigenständig, sondern nur mit Hilfskonstruktionen (als „Störungen der Impulskontrolle“) zu erfassen, woraus allerdings das entscheidende Kennzeichen dissexueller Handlungen – die durch sie bewirkte Verletzung der Integrität und Individualität eines anderen Menschen – nicht hinreichend deutlich wird. Zudem fehlt die Möglichkeit, eine Überlappung mit „Störungen der sexuellen Präferenz“ kenntlich zu machen.

Bemerkenswerterweise lässt sich hingegen im ICD-10 die Viktimisierung von Menschen durch sexuelle Traumatisierungen differenzierter verschlüsseln. So gibt es eine eigene Kategorie „Tätlicher Angriff“ (X85-Y09), mit der z.B. „Sexueller Missbrauch mit körperlicher Gewalt“ kodiert werden kann – aber eben als Merkmal eines Menschen, der „sexuellen Missbrauch“ erdulden musste, und nicht desjenigen, der ihn begangen hat (also des Opfers und nicht des Täters). Dabei kann es für die Täterschaft von sexuellen Übergriffen eine Vielzahl von Gründen geben, und nur ein Teil des insgesamt vorkommenden dissexuellen Verhaltens geht auf eine paraphile Neigung (z.B. auf eine Pädophilie)

zurück. Einer grenzverletzenden sexuellen Kontaktaufnahme kann beispielsweise auch eine geistige Behinderung oder eine Persönlichkeitsstörung zugrunde liegen. Die Kodierung der sexuellen Verhaltensstörung birgt daher eine wichtige Zusatzinformation

Störungen der sexuellen Entwicklung

Unter diesem Indikationsbereich werden alle Störungen zusammengefasst, die im Rahmen der bio-, psycho- und sozio-sexuellen Entwicklung auftreten können und für die Betroffenen eine Behinderung oder Beeinträchtigung ihrer sexuellen Interaktionsfähigkeit (bis hin zur Unmöglichkeit sexueller Kontaktaufnahme) bedeuten.

Störungen der Sexualentwicklung führen bei Betroffenen häufig zur sekundären Ausprägung von Ängsten, Zwängen und Depressionen, die dann mitunter stärker zum Gegenstand einer Behandlung werden können als die ursächliche Problematik. Man wird davon ausgehen können, dass die meisten sexuellen Entwicklungsstörungen selbst untherapiert bleiben und allein auf der sekundären Symptomebene behandelt werden, weil sexualmedizinische Versorgungsmöglichkeiten fehlen, die „Störungen der sexuellen Entwicklung“ von Ärzten oder Psychologen nicht erkannt werden und weil die Betroffenen selbst in der Regel nicht benennen können, dass ihre Schwierigkeiten eigentlich im Bereich ihrer sexuellen Entwicklung liegen.

Dies gilt um so mehr, wenn die Problematik in eine gesamte Entwicklungsverzögerung eingebettet ist bzw. die Betroffenen insgesamt retardiert sind. An dem Bedürfnis nach partnerschaftlicher und sexueller Kontaktaufnahme ändert Retardierung mithin nichts, so dass sämtliche Einrichtungen zur Versorgung retardierter (bzw. wie auch immer behinderter) Patienten vor dem ungelösten Problem stehen, wie mit diesen natürlichen und gesunden sexuellen und partnerschaftlichen Bedürfnissen sachverständig umzugehen ist.

Störungen der sexuellen Orientierung

Bei dieser Störungsgruppe äußert sich die Problematik in einer längerfristig bestehenden und als leidvoll erlebten Verunsicherung über die eigene sexuelle Orientierung. Die Betroffenen fühlen sich dadurch belastet, dass sie nicht wissen, ob sie sexuell auf das eigene oder auf das Gegengeschlecht orientiert sind. Sie erleben sich als außerstande, mit anderen Menschen spannungs- und angstfrei in Kontakt

zu treten, weil die innere Auseinandersetzung über die eigene sexuelle Orientierung und die des Kontaktpartners überwertigen Charakter gewinnt und ihre Gedanken- und Gefühlswelt völlig vereinnahmt. Es kommt zum fortwährenden Grübeln über die Frage der sexuellen Orientierung und zu der Befürchtung, andere Menschen könnten ihrerseits Hypothesen über ihre sexuelle Orientierung aufstellen oder eine wie auch immer geartete Ausformung derselben unterstellen. Zu betonen ist in diesem Zusammenhang, dass diese Symptomatik trotz phänomenologischer Ähnlichkeit psychopathologisch klar von psychotischen Wahnvorstellungen abgrenzbar ist.

Die häufigste Erscheinungsform sexueller Orientierungsstörungen besteht in einer ich-fremden gleichgeschlechtlichen Orientierung (sog. „ich-dystone Sexualorientierung“). Nicht zuletzt vor dem soziokulturellen Hintergrund einer gegengeschlechtlich orientierten Bevölkerungsmehrheit besteht bei Betroffenen entweder eine Befürchtung, homosexuell orientiert zu sein, oder die Unfähigkeit, eine realistisch wahrgenommene eigene Homosexualität zu akzeptieren oder in die eigene Persönlichkeit integrieren zu können. In der Folge kommt es zu Verleugnungs- und Verdrängungsversuchen, die jedoch von geringer Halbwertszeit sind und die dann zur kategorischen Ablehnung der eigenen sexuellen Orientierung führen, mit dem resultierenden Wunsch, diese zu verändern. Oft werden gegengeschlechtliche sexuelle Beziehungen aufgenommen, die jedoch (mitunter trotz „technischer“ sexueller Funktionalität) wegen fehlender sexualstruktureller Kompatibilität ohne inneren (emotionalen) Niederschlag bleiben und folglich häufig nicht aufrecht erhalten werden können. Im schlimmsten Fall kommt es zum vollständigen sozialen und soziosexuellen Rückzug und zu resultierender Isolation und Vereinsamung. In vielen Fällen werden sexuelle Kontakte ausschließlich im Kontext anonymer, semiprofessioneller Prostitution gesucht, was für die Betroffenen mit einem deutlich erhöhten Risiko verbunden ist, sich mit sexuell übertragbaren Krankheiten zu infizieren oder zum Opfer von Gewalt- und Eigentumsdelikten zu werden (z.B. Taschen-, Trick- oder Beischlafdiebstahl, Erpressung oder Raub; vgl. Ahlers, 2001).

Störungen der sexuellen Beziehung – (nicht bedingt durch andere Störungen und/oder Erkrankungen)

Auswirkungen auf die Etablierung und Gestaltung sexueller Beziehungen haben nicht nur sämtliche

bisher aufgezählten sexuellen Störungsbilder, sondern darüber hinaus eine Vielzahl von körperlichen und psychischen Grunderkrankungen. Von einer eigenständigen sexuellen Beziehungsstörung ist folglich nur dann auszugehen, wenn keine anderen körperlichen oder psychischen Erkrankungen für die Problematik verantwortlich sind. Wenn eine sexuelle Beziehungsstörung überwiegend durch eine andere körperliche oder psychische Grunderkrankung bedingt ist, wird sie dementsprechend auch nur auf dieser sekundären bzw. symptomatischen Ebene als Zusatzdiagnose aufgefasst. Die aus einer Beeinträchtigung der sexuellen Beziehungsfähigkeit resultierende Unzufriedenheit („syndyastische Deprivation“) ist nicht nur äußerst häufig anzutreffen, sie beeinflusst auch in einem besonders erheblichem Maße die allgemeine wie gesundheitliche Lebensqualität.

Eine sexuelle Beziehungsstörung liegt dann vor, wenn eine Person darunter leidet, dass sie keine zufriedenstellende sexuelle Beziehung aufnehmen oder aufrechterhalten kann. Die Gründe für eine solche sexuelle Beziehungsunfähigkeit können vielfältig sein.

Im klinischen Alltag spielt beispielsweise die soziosexuelle Selbstsicherheit als Mann oder Frau eine große Rolle: Die Betroffenen haben das Gefühl, für eine/n Sexualpartner/in nicht wirklich interessant zu sein. Dies kann soweit gehen, dass die Betroffenen erst gar keine sexuellen Beziehungen aufnehmen können, weil ihre Selbstzweifel und Versagensängste in sexueller Hinsicht zu stark und dadurch angstausslösend sind.

Es kann aber auch dazu führen, dass auf ungeeignetem Wege (etwa durch körperverändernde Maßnahmen wie Penisverlängerung, Brustvergrößerung etc.) versucht wird, die (vermeintlichen) „Beziehungschancen“ zu vergrößern. Ein mittlerweile auch von der Forschung aufgegriffenes – offensichtlich mit Beziehungs(un-)fähigkeit verknüpftes – Phänomenen ist schließlich das sog. „Stalking“, also das Nachstellen und Verfolgen einer als Beziehungspartner/in begehrten und/oder erlebten Person (vgl. Dressing et al. 2004). Hinzuweisen ist darüber hinaus auch auf die Vielzahl von Menschen (zumeist Frauen), die aufgrund von sexuellen Traumatisierungen in ihrem Vertrauen auf positive und glückbringende Erlebnisse in sexuellen Beziehungen so stark erschüttert sind, dass ihnen der Aufbau und/oder die Aufrechterhaltung einer solchen Beziehung nicht möglich ist.

Schließlich bleibt immer zu berücksichtigen: Weil Sexualität durch drei Dimensionen (Lust-, Fortpflanzungs- und syndyastische Dimension) gekennzeichnet ist, kann die „sexuelle Beziehungsstörung“ grundsätzlich mögliche Störungseinflüsse aus

jeder einzelnen dieser drei Dimensionen beherbergen: unerfüllte Lüste bzw. Erregungswünsche, unerfüllte Kinderwünsche und unerfüllte Beziehungswünsche.

Störungen der sexuellen Reproduktion (nicht bedingt durch andere Erkrankungen und/oder Substanzwirkungen)

Die stammesgeschichtliche Hervorbringung der sexuellen und zweigeschlechtlichen Fortpflanzung ist jüngerer Datums und birgt – vor allem beim Menschen – besondere Risiken, denn hier sind Paarung und Vermehrung miteinander verknüpft. Die Partnerbindung steht auch im Dienste der Kinderaufzucht. Daraus resultiert evolutionsbiologisch ein sozialer Bedeutungszuwachs des „Brutpflege-“ und Sexualverhaltens, das eben auch zur Förderung der Partnerbindung und des Gruppenzusammenhaltes eingesetzt wird. Genau dieser Themenkomplex ist bei „Störungen der sexuellen Reproduktion“ tangiert. Er führt zu Symptombildern, unter denen die Betroffenen in erheblichem Maße leiden und/oder die ihre soziale Integration gefährden. Ein Beispiel ist die negierte Schwangerschaft, die sogar forensische Konsequenzen haben kann, wenn sie mit einer „Kindestötung unter der Geburt“ endet. Sie stellt geburtsmedizinischen Daten zufolge durchaus kein seltenes Ereignis dar (ca. 1 Fall auf 475 Geburten; vgl. Wessel & Buscher, 2002).

Während die Paraphilien eine Domäne von Männern sind, treten bei Frauen häufiger „Störungen der sexuellen Reproduktion“ auf. Auch sie sollten in den international gültigen Klassifikationssystemen eigenständig und differenziert erfasst werden können, was bisher weder im ICD-10 noch im DSM-IV möglich ist.

Aus sexualmedizinischer Sicht erscheint für „Störungen der sexuellen Reproduktion“ (die nicht durch andere Erkrankungen und/oder Substanzwirkungen bedingt sind) folgende Klassifikationssystematik sinnvoll:

Definition: Die Störungen sind charakterisiert durch psychische und psychophysiologische Beeinträchtigungen der Fortpflanzung in ihren unterschiedlichen Phasen (Zeugung, Schwangerschaft, Geburt sowie Kinderpflege/-erziehung); sie verursachen deutliches Leiden und/oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten. Unterscheidbar sind:

- ▶ präkonzeptionelle Störungen: z.B. unerfüllter Kinderwunsch; eingebildete Schwangerschaft – dabei werden die mit einer tatsächlich nicht

bestehenden, aber ersehnten Schwangerschaft verknüpften psychischen und psychophysiologischen Umstellungsvorgänge (Sistieren der Monatsblutung, Gewichtszunahme, Kindsbewegungen) von der betroffenen Frau als gegeben erlebt und der Umgebung entsprechend präsentiert.

- ▶ pränatale Störungen: z.B. negierte Schwangerschaft – hier werden die mit einer bereits eingetretenen Schwangerschaft verknüpften psychischen und psychophysiologischen Umstellungsvorgänge (Sistieren der Monatsblutung, Gewichtszunahme, Kindsbewegungen) von der betroffenen Frau bei sich selbst nicht wahrgenommen oder der Wahrnehmung anderer entzogen (verheimlicht); Aborte.
- ▶ postnatale Störungen: z.B. postpartale Depressionen, Besonderheiten im Erziehungsverhalten wie Kindesmisshandlung, aber auch Behandlung des Kindes als „Selbstobjekt“ wie beim „Aurorismus“.

Verhältnis zu anderen Disziplinen

Sexualmedizin und -therapie haben – wie bereits ausgeführt – Überschneidungen mit anderen Disziplinen innerhalb und außerhalb der Medizin. Sie werden von diesen Disziplinen aber nicht gänzlich abgedeckt, woraus sich die Notwendigkeit eines eigenständigen Schwerpunktes ergibt.

Fachliche Nähe besteht zweifelsohne zur **Psychotherapie**. Dies hat in der Vergangenheit dazu geführt, sexualmedizinische Behandlung als Teil der Psychotherapie misszuverstehen. Tatsächlich sind Sexualwissenschaft/Sexualmedizin und Psychoanalyse als wissenschaftsgeschichtliche Wurzeln heutiger sexualmedizinischer und psychotherapeutischer Behandlungstechniken im letzten Jahrhundert etwa zeitgleich entstanden, und zwischen beiden gab und gibt es viele Berührungspunkte. Wie die oben angeführten Fachmerkmale zeigen, bestehen aber bei der hier vorgestellten Syndyastischen Sexualtherapie auch deutliche Unterschiede zur Psychotherapie: etwa der biopsychosoziale Ansatz, die grundsätzliche Fokussierung auf das Paar, die explizite Berücksichtigung der **syndyastischen** Dimension der Sexualität und spezifische Behandlungstechniken, welche nicht nur Elemente psychotherapeutischer Verfahren (wie Psychoanalyse, Verhaltens- und Paartherapie) zu einer neuen Therapieform legieren, sondern auch somatische Therapieoptionen umfassen.

Sexualmedizinische Behandlung meint insofern nicht die Behandlung aller Patienten, die sexuelle

Störungen aufweisen, sondern die Behandlung sexueller Störungen auf eine besondere Weise, die weder die Psychotherapie noch die somatische Medizin allein erreichen kann. Sexualmedizinische Behandlung stößt dort an ihre Grenzen, wo eine tieferliegende Hintergrundproblematik bei einzelnen Patienten oder eine schwer gestörte Partnerschaft zu viele Blockaden bedingt, um die Sexualität als soziale Kommunikationsform mit einem anderen Menschen innerlich positiv bewerten zu können. Die Behandlung dieser Patienten ist Domäne der Psychotherapie.

Eine sexualmedizinische Behandlung ist einerseits pragmatisch und auf das sexuelle Symptom zentriert, versucht andererseits aber einen Rahmen zu schaffen, der dem Patienten(-Paar) diejenigen Freiheitsgrade gibt, die zur Entfaltung des Potenzials der Sexualität in ihren verschiedenen Funktionen und Dimensionen notwendig sind (Loewit & Beier, 1998; Beier, 1999; Beier & Loewit, 2004).

Legt man diese Sichtweise zugrunde, dann ist es sehr überraschend, dass die menschliche Sexualität im Medizinstudium kein eigenes Schwerpunktthema darstellt. Sexualität kommt zwar im Rahmen der verschiedensten Fächer vor, sie wird jedoch mehr am Rande, eher oberflächlich und bestenfalls unter dem speziellen Blickwinkel des betreffenden Faches erwähnt und nicht umfassend behandelt. Dabei wird sie häufig auf ihre genitale Dimension, fallweise auf ihre Fortpflanzungsfunktion, verkürzt. Sie ist in keinem der etablierten Fächer als eigenständiges Thema verankert. Dementsprechend wird sie von der Medizin meist nicht in derjenigen Bedeutung gesehen und ernst genommen, die ihr für die Lebensqualität des Einzelnen und des Paares zukommt. Dies um so weniger, als die im Alltag entscheidenden Fragen nach ihren psychosomatisch gesund- oder krankmachenden, individuellen und partnerschaftlichen Qualitäten und nach deren lebensgeschichtlichen Wurzeln weit über die unmittelbar naturwissenschaftlich orientierten medizinischen Sichtweisen hinausgehen.

Aufgrund dieser Gegebenheiten ist die Ärztin/der Arzt durch das Medizinstudium (und dies gilt in gleichem Maße für andere humanwissenschaftliche Studiengänge, z.B. die Psychologie) nur mangelhaft bis gar nicht auf Patient/inn/en mit sexuellen Problemen vorbereitet. Das betrifft sowohl die organbezogenen, psychosozialen und anthropologischen sexualmedizinischen Kenntnisse als auch die persönliche und methodische Befähigung, zu beraten und zu behandeln.

Prinzipien sexualmedizinischer Diagnostik

Ausgangspunkte

Biopsychosoziale Sichtweise

Im sexuellen Erleben und Verhalten kommt es stets zu einem Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren, deren individuelle Gewichtung und Vernetzung bei sexuellen Störungen im Einzelfall zu klären sind.

- ▶ **Somatopsychische Störung:** Liegt der Störung eine schwerpunktmäßig/hauptsächlich somatische Ursache zugrunde? Wie wirkt sie sich auf das eigene Erleben, auf die Beziehung und auf das soziale Umfeld aus – welche Reaktionen bewirkt sie wiederum von dort?
- ▶ **Psychosomatische Störung:** Liegt der Störung eine schwerpunktmäßig/hauptsächlich psychische Ursache zugrunde? (Wie) wirkt sie sich auch somatisch aus: indirekte oder direkte sexuelle Funktionsstörung als „funktionale Dysfunktion“? Welche Auswirkungen hat die psychische Komponente auf das (familiäre, berufliche) Umfeld?
- ▶ **Soziosomatische/soziopsychische Störung:** Liegt der Störung eine schwerpunktmäßig/hauptsächlich soziale Ursache zugrunde? Wirkt sie sich direkt oder indirekt auch somatisch aus (Belastungen, Überforderung von außen)? Wie wirken sich Einflüsse/Veränderungen des Umfeldes auf das eigene Erleben und auf die Beziehung aus (z.B. „mitgeheiratete“ Familie, Wohnverhältnisse, Berufs- und Verdienstsituation, Schwangerschaft und Geburten, Trennung, Todesfälle)?

Subjektive Bedeutung von Sexualität

Nicht Fakten über Sexualität und Partnerschaft, sondern ihre **subjektive Bedeutung** für die Partner bestimmt die Auswirkungen und das „Gewicht“ von Ereignissen und Erlebnissen in der Intimbeziehung.

Paar-Zentrierung

Im Unterschied zu den in Medizin und Psychotherapie meist auf den individuellen Patienten ausgerichteten therapeutischen Interventionen bzw. zu der Arzt(Therapeut)-Patient-Zweierbeziehung gilt

es in der Sexualtherapie prinzipiell Ursachen und Auswirkungen des jeweiligen Problems nicht nur aus der Sicht der einzelnen Partner, sondern in ihrer Bedeutung für das Paar und die Paardynamik zu sehen. Dies verlangt in der Regel nach Paar-(und eben nicht nur Einzel-)Gesprächen. **Dadurch wird die Arzt-Patient-Beziehung in der Regel zu einer Arzt(Therapeut)-Paar-Beziehung.**

Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse

Psychosoziale Grundbedürfnisse nach Angenommen-Sein, Nähe, Schutz, Geborgenheit und Sicherheit sind kulturübergreifend bei allen Menschen vorhanden und lassen sich am intensivsten in intimen Beziehungen erfüllen.

Sexualität als Form von Intimität

Intimität kann durch verschiedenste Gemeinsamkeiten (z.B. gemeinsame Hobbys, Interessen, Ziele, Aufgaben etc.) zum Ausdruck kommen. Eine besondere Form, Gemeinsamkeit herzustellen und auszudrücken, besteht im körperlichen Kontakt, der von der Umarmung bis zum Koitus reichen kann.

Dimensionen der Sexualität

Die verschiedenen Funktionen von Sexualität lassen sich in drei Dimensionen betrachten:

- ▶ die **Beziehungsdimension oder syndyastische Dimension** ist die umfassendste, sie bezeichnet die **Bedeutung der Sexualität für die Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse** und vertieft dadurch Bindungen;
- ▶ die **Fortpflanzungsdimension** verweist auf die Bedeutung der Sexualität für die **Reproduktion**, während
- ▶ die **Lustdimension** alle Möglichkeiten des Lustgewinns durch sexuelles Erleben umfasst.

Zusammenspiel der Dimensionen

Ähnlich wie beim vorhandenen Zusammenspiel von körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren im menschlichen Erleben und Verhalten sind sowohl beim Gesunden als auch beim Kranken immer alle drei Dimensionen der Sexualität beteiligt. Die

Sexualmedizin geht dabei von der Annahme aus, dass sie sich nicht nur ergänzen, sondern dass im Störungsfall eine Dimension durch die erhöhte innerpsychische Besetzung überproportionales Gewicht erhalten kann (z.B. die reproduktive Dimension bei überwertigem Kinderwunsch oder die Lustdimension beim „Don Juanismus“). Der Leidensdruck kann sich dadurch verstärken, dass diese Gewichtung beim Partner/bei der Partnerin nicht gegeben ist, so dass innerhalb des Paares diesbezüglich ein Ungleichgewicht besteht.

Zielorientierung

Die psychosozialen Grundbedürfnisse des Patienten/Paares sollen durch die (neu gestaltete) sexuelle Beziehung (wieder) befriedigt werden können. Diesem Ziel dient auch die Nutzung somatischer Therapieoptionen.

Umsetzung

Aus dem individuellen und paarbezogenen Zusammenspiel der verschiedenen Dimensionen von Sexualität ergeben sich nicht nur Gefahren (durch das „Überwuchern“ einer Dimension), sondern auch Chancen durch die therapeutische Nutzung der beziehungsorientierten Dimension in ihrem Zusammenhang mit den anderen Dimensionen. Leitlinie der sexualmedizinischen Behandlung ist die Wiederherstellung eines Gleichgewichts innerhalb der Sichtweisen und Bedürfnisse beider Partner. Der Arzt muss daher die Verteilung der drei Dimensionen im Sexualitätsverständnis der einzelnen Partner kennen. Bezogen auf das sexuelle Problem des Patienten bzw. Paares – möglicherweise auch vor dem Hintergrund einer Grunderkrankung – sind dann paarbezogen Lösungsstrategien zu entwickeln.

Grundsätzliche Thematisierung

Der Therapeut/die Therapeutin gibt ein **Modell** für die Möglichkeit ab, offen über Sexualität als integralen Bestandteil menschlichen Lebens zu sprechen. Dies ist eine der wichtigsten Grundlagen sexualmedizinischen Handelns und wirkt sich bereits therapeutisch aus. Seit langem ist belegt, dass Patienten auf entsprechende Signale warten (Vincent, 1964; Buddeberg, 1996; Buddeberg et al., 1991; Zettl & Hartlapp, 1997; Fröhlich 1998). Zum Beispiel kann der Arzt/die Ärztin bei der Verschreibung neuer Medikation ein solches Signal

in Form eines Gesprächsangebots geben („Sollte sich durch die Erkrankung oder die Behandlung etwas in Ihrem sexuellen Erleben verändern oder sollten Probleme auftreten, können wir gerne darüber sprechen und nach Lösungsmöglichkeiten suchen“). Dabei ist zu beachten, dass der Behandler sich nicht auf die Rolle des Experten zurückziehen kann, sondern immer auch mit subjektiven Bedeutungen – der Patienten und den eigenen – konfrontiert wird und daher persönliche Anteilnahme nicht umgehen kann.

Situationsklärung

Auf dieser Ebene geht es um die biopsychosoziale Anamneseerhebung beim Patienten bzw. Paar. Es bietet sich an, diese so zu strukturieren, dass die wichtigsten Informationen geordnet und übersichtlich zur Darstellung kommen, wie dies in der folgenden **Gliederung von Erstinterview bzw. Sexualanamnese** beschrieben wird. Natürlich geht es nicht um das mechanische „Abarbeiten“ der einzelnen Punkte. Je besser ein solches Schema internalisiert ist, umso freier kann die (in der Regel mehrere Gespräche umfassende) Anamneseerhebung erfolgen.

Besonders wichtig ist die Exploration der subjektiven Bedeutung von Sexualität beim Patienten/ Paar: Wie wird die **sexuelle „Weltanschauung“** beschrieben? („Was bedeutet Sexualität für Sie?“) Kennen die Partner ihre diesbezüglichen Anschauungen und stimmen sie darin überein? Ferner muss in diesem Zusammenhang geklärt werden, wie die drei Dimensionen der Sexualität verteilt sind, insbesondere inwieweit die Grundbedürfnisse (nach Akzeptanz, Nähe, Geborgenheit etc.) in der Beziehung verwirklicht sind und auch über die sexuelle Körpersprache kommuniziert werden können (sind z.B. Zärtlichkeiten oder andere sexuelle Vollzüge Ausdruck vorhandener Nähe und Akzeptanz zwischen den Partnern?). Dies führt sehr häufig zu der Feststellung, dass die beziehungsorientierte Dimension der Sexualität vielen Patienten und deren Partnern zunächst nicht präsent ist, aber schnell nachvollzogen werden kann, weil sie ja tatsächlich in ihnen angelegt ist und darum sehr rasch ein **Evidenzerlebnis** entstehen kann.

Spontanangaben des Patienten/der Patientin

Wie wird die Symptomatik geschildert, welche Klagen werden vorgebracht? Was wird als Erstes berichtet, was steht im Vordergrund? Gerade die **ersten Sätze** können „Schlüsselsätze“ sein. Es empfiehlt sich, möglichst wörtliche Zitate festzuhalten, ggf. auch die Darlegungen des Beziehungspartners.

Sexualstruktur: Explorationshilfen

Drei Achsen

Die sexuelle Präferenz-Struktur des Menschen konfiguriert sich auf drei wesentlichen Achsen, nämlich

- ▶ dem **Geschlecht** (eines gewünschten Partners): das andere oder das gleiche Geschlecht (oder beide);
- ▶ dem **Alter** (eines gewünschten Partners): Kinder, Jugendliche, Erwachsene, Greise; und
- ▶ der **Art und Weise** (eines gewünschten Partners bzw. Objektes oder einer Interaktion): Typ, Objekt, Modus, Praktik etc.,

die ineinander greifen und allesamt (von normkonform bis paraphil) erfragt werden sollten.

Drei Ebenen

Sexuelles Erleben und Verhalten sollte auf drei verschiedenen Ebenen exploriert werden, nämlich auf den Ebenen

- ▶ des **sexuellen Selbstkonzepts**,
- ▶ der **sexuellen Phantasien** und
- ▶ des konkreten **sexuellen Verhaltens**,

die ineinander greifen und alle erfragt werden sollten.

Drei Formen

Das konkrete sexuelle Verhalten wiederum sollte in den drei Formen

- ▶ **Masturbation**: Selbststimulation und –befriedigung;
- ▶ **extragenitale sexuelle Interaktion**: z.B. Streicheln, Schmusen, Kuschneln und
- ▶ **genitale Stimulation**: manuelle, orale oder andere Stimulation, z.B. Petting, inklusive Geschlechtsverkehr (Einführen von Penis oder Penissurrogat in Scheide oder After)

exploriert werden, die alle erfragt werden sollten.

Was ist der unmittelbare Anlass oder Auslöser für die Konsultation: Warum kommt der Patient/das Paar gerade jetzt – durch wen oder wodurch veranlasst –, und warum zu mir? Mit welcher Zielvorstellung oder welchen Wünschen kommen sie? Was wurde bisher zur Lösung des Problems unternommen? Welche Hypothesen oder Erklärungen der Situation wurden erwogen? Welche Schuldzuweisungen sind erfolgt?

Exploration der sexuellen Störung

Die Durchführung einer zielführenden Behandlung basiert auf umfassenden Informationen über das konkrete sexuelle Erleben und Verhalten eines

Patienten/Paare; diese müssen eine Einschätzung der individuellen Sexualstruktur ermöglichen, denn daraus ergeben sich unmittelbare Auswirkungen auf sozio-sexuelle Beziehungen und damit auf die Erfüllung der Grundbedürfnisse. Zur systematischen Exploration des sexuellen Erlebens und Verhaltens hat sich dabei die Beachtung bestimmter Aspekte als hilfreich erwiesen (s. obestehende Übersicht).

Bei Paaren muss entschieden werden, ob die Erhebung der sexuellen Anamnese jeweils in Einzelgesprächen mit den Partnern erfolgt oder gleich mit dem Paar durchgeführt wird.

Die **Einzelanamnese** hat den Vorteil, dass – zumal bei ungewohnten Themen wie Masturbation und Begleitphantasien sowie auch gegebenenfalls paraphilen Neigungen und früheren Beziehungen – die Partner unbefangener Mitteilungen machen können und Dinge erzählen, die sie voreinander möglicherweise nicht sagen würden. Allerdings kann der Therapeut dadurch zum „Geheimnisträger“ werden, was die weitere Arbeit mit dem Paar sehr erschweren kann – und er darf sich nicht „verreden“!

Andererseits ist es nicht das Entscheidende, dass der Therapeut möglichst viel über die einzelnen Partner erfährt, sondern es geht im Wesentlichen um Informationen, die für das Paar von Bedeutung und demzufolge auch bei einer Paarbehandlung relevant sind und angesprochen werden können.

Vor diesem Hintergrund hat die Sexualanamnese direkt im **Paargespräch** große Vorteile, weil alle Informationen von vornherein gemeinsam verarbeitet werden und das Ausmaß von Offenheit und Vertrauen zwischen den Partnern zeigen bzw. steigern können.

Wichtig ist zu wissen, um welche Art von Störung (z.B. indirekte oder direkte sexuelle Funktionsstörung; Geschlechtsidentitätsstörung) es sich handelt und unter welchen Umständen oder Bedingungen (z.B. primär oder sekundär; generalisiert oder situativ) sie auftritt. Welche Einstellung hat der Partner/die Partnerin zur beklagten Störung? Wer ergreift im Sexuellen die Initiative? Was gibt es für Differenzen, wie und wo äußern sie sich? Welche Vorlieben oder Abneigungen bestehen und wie wird damit umgegangen?

Vor allem: Wie steht es um die **Kommunikation** in der Beziehung **im Allgemeinen** und speziell **im Sexuellen**? Können eigene Gefühle, Bedürfnisse und Wünsche mitgeteilt werden, und geschieht dies auch? Werden Grenzen respektiert? Gibt es Selbstverstärkungsmechanismen, „Teufelskreise“, sich selbst erfüllende Prophezeiungen und wie wirken sie sich aus? Könnten (unerkannte) Missverständnisse aufgrund von Fehldeutungen, falscher Interpretation des Verhaltens des Partners eine Rolle spielen?

Exploration der drei Dimensionen von Sexualität

Was bedeutet für den Patienten/das Paar Sexualität? („Was heißt es für Sie, miteinander zu schlafen?“)

Beziehungsdimension: Wird (und wie wird) ein Zusammenhang zwischen Sexualität und Beziehung gesehen? Welche Inhalte oder Werte sind innerhalb der Beziehung unverzichtbar? Wie weit gelingt die Erfüllung solcher menschlichen Grundbedürfnisse in der Partnerschaft? Wie weit wird Sexualität als eine **körpersprachliche Kommunikationsmöglichkeit** begriffen, die diese Grundbedürfnisse zugleich mitteilen und verwirklichen kann, so dass Zärtlichkeiten, Kuseln oder Koitus als „Mimik und Gestik“ der Beziehung erlebt werden können? Ist also z.B. die im Koitus realisierte physische Nähe und Annahme des Partners auch Ausdruck und Realisierung psychosozial oder partnerschaftlich vorhandener Nähe und Akzeptanz? Ist diese kommunikative Sichtweise bewusst, wird sie implizit gelebt oder ist sie weder faktisch noch gedanklich gegeben?

Fortpflanzungsdimension: Welche Bedeutung hat die Fortpflanzungsfähigkeit, welchen Stellenwert hat das Kind (haben die Kinder) in der Beziehung? Unterscheiden sich diesbezüglich die Ansichten und Einstellungen der Partner? Bestehen Probleme, die z.B. einen überwertigen Kinderwunsch zur Folge haben?

Lustdimension: Welche Bedeutung, welcher Stellenwert und welcher Platz innerhalb der drei Dimensionen wird der genitalsexuellen Lust eingeräumt? (Wie) hat sich der Stellenwert der Lust im Lauf der Beziehung verändert? Gibt es störende Diskrepanzen zwischen den Partnern? Ist darüber hinaus die Komplexität von Lusterleben bewusst?

Individuelles und paarbezogenes Zusammenspiel dieser drei Dimensionen: Sind bei den individuellen Partnern oder innerhalb des Paares Ungleichgewichte auszumachen, die mit der vorliegenden sexuellen Störung zu tun haben könnten? Zu denken ist hierbei sowohl an Diskrepanzen zwischen phantasierter und tatsächlich gelebter Sexualität als auch an das Überwiegen einer Dimension auf Kosten der anderen oder an ganz unterschiedliche Verteilungen zwischen den Partnern.

Lebensgeschichtliche und soziosexuelle Entwicklung

Zunächst ist eine ausführliche Familienanamnese nach den üblichen Kriterien zu erheben. Für die psychosexuelle Entwicklung ist darüber hinaus die Bedeutung der Familienform (Teilfamilie, Kernfamilie, Großfamilie) zu klären. Dabei ist nicht nur auf Fakten, sondern auf das subjektive Erleben zu achten.

Besondere Bedeutung (allgemein und in Bezug auf die Sexualität) kommt der **Gesamtatmosphäre in der Familie** zu: Welche Vorbild-Rolle hatten die Eltern? Wie wurde mit Gefühlen, Körperlichkeit, Zärtlichkeit, Nacktheit umgegangen? Wie wurde über Sexuelles gesprochen? Worin bestand de facto die „Sexualerziehung“? Welchen Einfluss hatten eventuell vorhandene Miterzieher (Großeltern, Verwandte, Religion, Schule, die Gleichaltrigengruppe etc.)? Gab es spezielle Belastungen (z.B. Armut, Alkoholismus, Drogenprobleme, Gewalt und/ oder sexuellen Missbrauch, chronische Krankheit, Behinderung, Scheidung, Tod eines Elternteils, Probleme mit Schwieger- bzw. Großeltern)?

In diesem Zusammenhang stellt die Frage nach Inzest- oder **Missbrauchserfahrungen** ein besonders sensibles Thema dar, das eine behutsame Exploration erfordert. Dabei ist wiederum das subjektive Erleben des Geschehenen für die Betroffenen bedeutsamer als „objektive Fakten“.

Wann und wie erlebte der Proband die ersten erotisch-sexuellen Gefühle? Auf wen waren sie gerichtet? Wann und für wen wurde erstmals geschwärmt? Wann und mit wem gab es eine erste Verabredung? Wie weit ging diese erste Liebelei (Händchenhalten, Küsse, Berührungen im Brust oder Genitalbereich)? Wann, mit wem und in welchem Setting (Beziehung, Zufallsbekanntschaft, Spielereien) wurde der erste intensive Kuss getauscht, das erste Petting, der erste Geschlechtsverkehr erlebt? Dabei kommt zum einen der Einordnung bestimmter sequentieller Abfolgen als auch insbesondere dem Erleben dieser Erfahrungen große Bedeutung zu.

Welche Erinnerungen oder nachwirkenden Erfahrungen bezüglich sexueller Aufklärung und dem Erleben der Pubertät (Menarche, Ejakularche, Selbstbefriedigung, Kohabitarche) werden angegeben? Wie steht es um die (besondere) Bedeutung aller **Ersterlebnisse**?

Im weiteren Lebensverlauf können sich sogenannte **Schwellensituationen** (wie Heirat, Schwangerschaft und Geburt, Trennung oder Verlust des Partners, Klimakterium, Wegzug der Kinder, Pensionierung) deutlich auf das Sexualleben auswirken. Dasselbe gilt für die soziale Entwicklung mit besonderer Berücksichtigung der familiären und beruflichen Situation.

Wenn in der Therapie immer wieder auf die zentrale Bedeutung der Trias Grundbedürfnisse-Kommunikation-Sexualität zurückzukommen ist, so stellt der jeweils erhobene Befund das derzeitige Ergebnis eines fortlaufenden **biografischen Werdegangs** dar, der erst verständlich macht, wa-

rum z.B. ein spezielles Grundbedürfnis besondere Wichtigkeit erlangt hat, wie Kommunikationsmuster und individuelle sexuelle Weltanschauungen entstanden sind. Ohne diese Kenntnis lässt sich die momentane Situation weniger gut verstehen und noch weniger gezielt verändern. Es geht bei der biografischen Exploration also einerseits um die normale, andererseits um die gestörte Entwicklung. Fast regelhaft finden sich in der eigenen Partnerschaft Wiederholungen, geradezu Reinszenierungen aus der Herkunftsfamilie. Es wird oft unbewusst das subjektiv Gewohnte als das Allgemeingültige und einzig Normale betrachtet und eingefordert. Fallweise wird genau dasselbe Stück aufgeführt, nur sind die Rollen mit anderen Akteuren besetzt.

Beziehungsentwicklung

Es geht hier um Fragen nach der ersten (evtl. früheren) und der jetzigen Beziehung: Wie war die Situation des Kennenlernens? Worin bestand die ursprüngliche Faszination? Welche (unausgesprochenen?) Erwartungen bzw. Versprechungen bilden die integrierenden Bestandteile des (unbewussten?) „Beziehungsvertrags“?

Wie hat sich die Beziehung weiter entwickelt? Wer dominiert, wie sind die Rollen verteilt, sind sie starr polarisiert oder flexibel? Wie steht es um die innere und äußere Abgrenzung?

Erleben sich die Partner noch als aufregend, wenn nicht, was finden sie aufregender? Attraktion bedarf auch der „Fremdheit des/r Anderen“ – wird diese durch symbiotische Strebungen verdeckt?

Welche Kommunikations- bzw. Auseinandersetzungsformen herrschen vor? Wie wirken sich Enttäuschungen und Verletzungen aus? Bestehen oder bestanden Außenbeziehungen, und wie wurden sie verarbeitet?

Welche Einflüsse ergeben sich aus der Reproduktionsfunktion der Sexualität: durch Antikonzeptions-Methoden, Schwangerschaft, Geburt und Stillen, durch Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbruch, unerfüllten Kinderwunsch? Welche Rolle spielen Kinder für die Entwicklung der Beziehung? Was charakterisiert die aktuelle Beziehungssituation? Was ist gemeinsam, was trennend, was konflikthaft? („Was schätzen Sie aneinander? Was vermissen Sie“?)

Krankheitsanamnese

Es sollen möglichst alle wesentlichen Erkrankungen, die ärztlicher Behandlung bedurften oder bedürfen, erwähnt werden, besonders diejenigen, die in einem Zusammenhang mit der sexuellen Störung stehen könnten. Dies umfasst alle urologischen, gynäkol-

ogischen oder psychosomatischen Erkrankungen und Eingriffe sowie ggf. Medikamenteneinnahme und/oder Substanzmittelmissbrauch oder -abhängigkeit. Ebenso sollte die Anamnese einen Überblick über bisherige Schwangerschaften geben. Darüber hinaus müssen alle die sexuelle Störung betreffenden Behandlungsversuche sowie frühere Psychotherapien Erwähnung finden.

Somatischer Befund

Bei der biopsychosozialen Anamnese ist die Erhebung des somatischen Befundes mit eingeschlossen. Sie betrifft

- ▶ die **Sexualfunktionen**: Liegen aktuelle gynäkologische oder urologische Befunde vor?
- ▶ die **allgemeinen Körperfunktionen**: Liegen aktuelle körperliche Untersuchungsbefunde vor, oder werden abklärungsbedürftige allgemeine Beschwerden beklagt?

In der Praxis ergeben sich dann drei mögliche Szenarien:

- ▶ Der Sexualmediziner/Therapeut ist aufgrund seiner fachlichen Kompetenz oder spezieller Zusatzausbildungen in der Lage, den somatischen Befund selbst zu erheben.
- ▶ Der Sexualbehandler überweist den Patienten/das Paar konsiliarisch zur Erhebung eines internistischen, urologischen, gynäkologischen oder psychiatrischen Befunds an entsprechende Fachleute.
- ▶ Ein somatischer Befund wurde bereits anderweitig erhoben oder es liegt – nach den Befunden der Anamneserhebung – derzeit keine ersichtliche Indikation zu einer speziellen Befunderhebung vor; sie kann also entfallen. Diese Entscheidung hat natürlich wieder mit der fachlichen Kompetenz des Behandlers zu tun (s. den ersten Punkt).

Psychischer Befund und eigene Gefühlsregungen

Der Arzt sollte versuchen, sich ein Bild von der psychischen Verfassung des/der Betroffenen zu machen. Das betrifft den äußeren Eindruck und die Art des emotionalen Kontakts, die Differenziertheit der Persönlichkeit, die Krankheitseinsicht und die Motivation für eine sexualmedizinische Behandlung (unter Einbeziehung des Partners). Sind psychopathologische Auffälligkeiten festzustellen, die einer fachärztlichen Abklärung bedürfen oder eine sexualmedizinische Behandlung ausschließen?

Nicht zuletzt geht es um die Wahrnehmung und Reflexion eigener (unspezifischer und/oder erotischer) Gefühlsregungen, welche der Patient/ das Paar im Behandler auslöst, also um Übertragung und **Gegenübertragung** als wesentliche Wirkfaktoren in der Arzt-Patient/ Paar-Beziehung. Was könnte dadurch über die Patienten ausgesagt werden, welches ist der eigene Anteil des Behandlers?

Sozialer Befund

Wie ist die aktuelle soziale Situation mit der sexuellen Störung verbunden? Wie sieht das soziale Netz des Paares aus, wie die Wohnsituation, das berufliche Umfeld (einschließlich eventueller Arbeitslosigkeit), die finanzielle Lage, der Zustand der Partnerschaft? Welche Rolle spielt das Vorhandensein oder Fehlen von Kindern? Bestehen besondere Belastungen (s.o.)?

Arbeitsdiagnose

Welche Diagnose nach DSM-IV oder ICD-10 ist zu stellen? Wie ist der Status der Partnerschaft zu beurteilen? Wie ist die sexuelle Störung mutmaßlich zu erklären?

Behandlungsplan und Zielsetzung

Welche Vorstellungen bestehen beim Patienten/ Paar, und welche Ideen haben Sie als Behandler dazu?

Wenn es mehr um die Abklärung gegenseitiger Vorstellungen und um die Ermutigung zur Wiederaufnahme noch möglicher sexueller Kontaktformen geht, wenn also Lerndefizite im Vordergrund stehen, ist primär die Indikation zur **Beratung** gestellt.

Oder bedarf es des Einsatzes (vom Paar) selbst verschriebener bzw. vereinbarter Erfahrungen, um die Partner aneinander anzunähern und negative Verstärkungsmechanismen abzubauen? Dann ist die Indikation zur sexualmedizinischen **Behandlung** (oder zur Paartherapie) zu stellen. Wenn keinerlei positiv-liebevolle Beziehung mehr vorhanden ist, können die Grenzen sexualtherapeutischer Bemühungen erreicht sein, so dass die **Trennung** anstünde. Allerdings dokumentiert die bloße Tatsache, dass sich ein Paar gemeinsam in Sexualtherapie begibt, dass ihnen noch an ihrer Beziehung gelegen ist – was als „Behandlungsauftrag“ verstanden werden kann. Selbstverständlich entscheidet das Paar über die Trennung oder Fortführung der Beziehung, nicht der Therapeut!

Prognose

Sie hängt in erster Linie von der Qualität der Beziehung ab: Mögen sich die Partner? Wie klar sind Veränderungswille und Veränderungsbereitschaft? Wie tragfähig ist die Beziehung, wie sehr ist sie von Trennung bedroht?

Können die drei Dimensionen von Sexualität vom Patienten/Paar nachvollzogen werden? Geht es ihnen also mehr um die Wiederherstellung einer Funktion und überwiegt dabei die Lustdimension, oder ist (auch) eine Öffnung für die beziehungsorientierte Dimension möglich?

Wie ist dementsprechend die **Mitarbeit** des Paares? Ist sie kooperativ und eigeninitiativ, oder überwiegt der **Widerstand**? Ist er produktiv zu nutzen oder unüberwindlich?

Prinzipien sexual-medizinischer Therapie

Diagnose und Therapie bilden in der sexualmedizinischen Praxis eine sich wechselseitig ergänzende Einheit; ihre getrennte Darstellung erfolgt hier aus didaktischen Gründen.

Lösungsstrategien

Im Vordergrund steht die Aufgabe, dem Patienten/Paar die beziehungsorientierte Dimension von Sexualität bewusst zu machen und diese therapeutisch zu nutzen. Vielen Patienten/Paaren ist nicht klar, dass auch die genitale/koitale Sexualität eine von vielen Möglichkeiten ist, die in der Partnerschaft gesuchten Wünsche nach Geltung, Anerkennung, Zufriedenheit, Nähe, Geborgenheit etc. zu verwirklichen. Das kann z.B. bedeuten, dass ein junger Mann mit Orgasmus praecox durch die neu entstandene Aufmerksamkeit auf die Inhalte der sexuellen Kommunikation und damit auf seine Partnerin die gedankliche Einengung und ängstliche Fixierung auf seine Funktionsstörung abbaut. Es fällt auch auf, dass viele Paare die körpersprachliche Kommunikation und Verwirklichung dieser Wünsche wohl in Zärtlichkeiten sehen, die Verbindung zur koitalen Sexualität aber nicht herstellen können (typisch hierfür ist die Äußerung einer Patientin: „Zärtlichkeit könnte ich mehr gebrauchen, auf Sex könnte ich verzichten“).

Unter dem Gesichtspunkt der beschriebenen drei Dimensionen der Sexualität bedeutet dies, dass in

diesem Fall die Lust- und die Beziehungsdimension nicht miteinander in Verbindung stehen, da genitale Sexualität scheinbar nichts mit der Erfüllung von Grundbedürfnissen zu tun hat.

Die sexualmedizinische Behandlung/ Sexualtherapie wird man den spezifischen Bedürfnissen des Patienten/des Paares anpassen, wobei folgende Schwerpunkte für sich allein oder kombiniert eine Rolle spielen können:

- ▶ **Vermittlung von Wissen** (bei erkennbaren Defiziten) über anatomische, physiologische oder psychologische Abläufe der sexuellen Reaktionen, wozu auch die Korrektur von Fehlvorstellungen im Sinne von sexuellen Mythen (z.B. vermeintlich schädliche Auswirkungen der Selbstbefriedigung) – ggf. bei beiden Partnern – gehört;
- ▶ **Abklärung gegenseitiger Vorstellungen** und Erwartungen in Bezug auf Sexualität und Partnerschaft.
- ▶ **Vermittlung kommunikativer Strategien**, sofern sich diagnostisch gezeigt hat, dass bereits allgemeine Kommunikationsschwierigkeiten für die Entwicklung oder Aufrechterhaltung der Funktionsstörung maßgeblich sein könnten.

Bei Grunderkrankungen gehören dazu auch konkrete Informationen

- ▶ etwa über den Zeitpunkt der Wiederaufnahme sexueller Kontakte nach einem operativen Eingriff (im Allgemeinen ca. nach 6 Wochen) oder nach Abschluss einer Strahlentherapie (ca. nach 4 Wochen);
- ▶ zur Verwendung eines Gleitgels, wenn z.B. das Scheidenepithel durch eine Strahlen- oder Chemotherapie oder auch in der Menopause verändert ist;
- ▶ ggf. zur Verwendung von Hilfsmitteln (z.B. Erektionsring, Vakuumpumpe, oralmedikamentöse oder invasiv-medikamentöse Optionen) — aber erst dann, wenn Diskrepanzen zwischen den Partnern hinsichtlich der Bedeutung der verschiedenen Dimensionen von Sexualität bearbeitet sind.

Wird Sexualität subjektiv überwiegend negativ erlebt (pathogene Bedeutungszuteilung), so kann dies einen Nährboden für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Sexualstörungen darstellen. Durch die (erstmalig – oder wiederum) bewusst gewordene Bedeutung der miteinander verbundenen drei Dimensionen von Sexualität kann es zu einer Neubelebung partnerschaftlicher Intimität kommen. Auf diese Weise kann die sexualmedizinische Behandlung zu neuen sexuellen Erfahrungen verhelfen, die das bisherige

Intimitätserleben verändern. Dazu dienen die nun bewusst auch unter den beziehungsorientierten Gesichtspunkten persönlicher körpersprachlicher Kommunikation erlebten „Hausaufgaben“, die im Sinne von selbst vereinbarten neuen Erfahrungen wirksam sind und deren Erleben durch Besprechung mit dem Therapeuten/der Therapeutin bearbeitet werden.

Sofern diese Bedeutungsverschiebung zentraler Gesichtspunkt der Behandlung ist, lassen sich auch **somatische (pharmakologische, physikalische) Therapieoptionen** sinnvoll in die Therapie einbeziehen. Dies macht zugleich klar, dass die alleinige – auf reine Funktionsverbesserung ausgerichtete – medikamentöse oder physikalische Behandlung die bei den Patienten vorliegende **pathogene Bedeutungs-erteilung** nicht verändert. Das allgemeine Therapieziel, die auf umfassende Akzeptanz ausgerichteten menschlichen Grundbedürfnisse durch die sexuelle Beziehung für beide Partner wieder erfüllbar zu machen, lässt sich in vielen Fällen erst auf dieser Stufe realisieren.

Behandlungstechnik

Im Folgenden soll möglichst praxisbezogen diskutiert werden, wie Fragen, die z.T. bereits bei der Anamneseerhebung angesprochen wurden, in der Behandlung konkret aufgegriffen werden können. Zunächst sind die verschiedenen Aspekte der Therapeutenrolle – als Fachexperte und als Behandler mit eigener Persönlichkeit, Körperlichkeit und „sexueller Weltanschauung“ – zu beachten:

- ▶ der **Fachexperte** bietet medizinische, psychologische, natur- und geisteswissenschaftliche Kenntnisse und damit Fachwissen an, um mit größtmöglichem biopsychosozialen Blickwinkel zur realitätsgerechten psychosomatischen Abklärung beizutragen.
- ▶ der **Behandler** bietet seine therapeutische Grundhaltung (Akzeptanz, Empathie und Wärme) an, um den benötigten atmosphärischen Raum zur Verfügung zu stellen.

Dabei sind stets drei Ebenen im Gespräch zu beachten (vgl. Wesiack 1984, 1990; Schüßler 1995): die Ebene

- ▶ der „objektiven Fakten“ (**zuhören**),
- ▶ der subjektiven Bedeutung (**mitfühlen**) und
- ▶ der szenischen Information (**beobachten**).

Arbeitsbündnis herstellen

Wenn sich der Kontakt mit dem Patienten/Paar nicht auf ein einmaliges (z.B. Informations-) Gespräch

beschränkt, muss am Beginn einer Behandlung Einverständnis über ihre Struktur, über eine vorläufige zeitliche Perspektive (es werden z.B. vorerst 5 Termine fixiert), über Art und Setting der Therapie und über ihre Finanzierung bestehen. Es muss ein formaler Willensentschluss zur Zusammenarbeit gefasst werden.

In diesem Zusammenhang geht es um die bei der Anamneseerhebung bereits genannten Fragen, wie der Patient/das Paar hergekommen ist (überwiesen von Arzt, Psychotherapeut oder Beratungsstelle? Aus eigenem Antrieb gekommen? Wieso zu mir? Auf wessen Empfehlung? Was war das auslösende Moment und welches – konkrete! – Ziel soll erreicht werden? Welche Erwartungen, Befürchtungen bestehen, etc.). Nur wenn der Leidensdruck so groß und die Krise so akut ist, dass man sogleich zum Thema kommen muss, sind solche mit dem Schließen eines Arbeitsbündnisses verknüpften Fragen zu verschieben.

Wichtig ist auch, dass sich der Berater/Therapeut in seiner Rolle vorstellt und klar macht, dass „**Beratung**“ **nicht** „**Ratschläge erteilen**“ heißt, sondern gemeinsam „beratschlagen“, „zu Rate gehen“, um die **Situation zu klären** und **eigene Lösungen zu finden**. Der Behandler ist weder „Mülldeponie“ noch Richter oder letzte Instanz.

Es geht nicht um ein Urteil (schuldig oder unschuldig), sondern um mehr Klarheit durch Verstehen der Zusammenhänge als Voraussetzung für Veränderung. Der Therapeut muss sich als außenstehender, nachfragender Begleiter, als Spiegel und Katalysator verstehen, nicht als „Macher“ oder „Problemlöser“, dem sich die Hilfesuchenden nur anzuvertrauen brauchen!

Allparteiliche Haltung

Es gilt, keine Koalitionen einzugehen, sondern für beide Partner „Partei zu ergreifen“. Falls Koalitionsverdacht seitens eines der Partner bestehen könnte (z.B. ein Mann sitzt zwei Frauen gegenüber oder einer der Partner war bereits Patient des Behandlers), muss dieses Thema angesprochen werden.

Abstand wahren, nicht mitagieren

Nicht der Berater/Therapeut muss das Problem lösen, sondern das Paar/der Patient selbst. Der Behandler darf sich also nicht unter Leistungsdruck setzen. Er darf sich vor allem nicht in Auseinandersetzungen hineinziehen lassen, sondern soll auf der (fragenden, deutenden) Ebene des Beobachters bleiben.

Wichtig ist, dem Paar **Zeit zu geben**, d.h. auch Schweigepausen auszuhalten: Sie können eine Chance zum Nachdenken sein. Das Paar soll in erster Linie

miteinander sprechen, nicht mit dem Therapeuten. Dieser soll keinen wertenden Standpunkt einnehmen, wohl aber nachfragen, ob beide Partner der gleichen Ansicht sind.

Ressourcen- und zukunftsorientiert arbeiten

Für den Patienten/das Paar kann die Gefahr bestehen, über der notwendigen Auseinandersetzung mit Problemen, Defiziten, Störungen das Positive, Gelungene, die eigenen Kräfte und Fähigkeiten zu übersehen. Sie müssen bewusst gemacht und durch Anerkennung verstärkt werden.

Der Behandler soll (heftigen) Streit nicht sogleich schlichten wollen. Er kann aber z.B. fragen: „Verlaufen Ihre Auseinandersetzungen immer so?“, „War es auch schon anders, und wie ist Ihnen das gelungen?“, oder auch: „Wie würde es Ihnen gehen, wenn Sie so angesprochen würden? Welches Ziel wollen Sie damit erreichen? Wird das gelingen?“

Die Vergangenheit soll nur insoweit ins Spiel gebracht werden, wie es zum Verständnis der gegenwärtigen Situation bzw. für die Zukunft von Bedeutung ist.

Verständnis für lebensgeschichtliche (Hinter-) Gründe fördern

Sehr häufig ist es notwendig oder zumindest nützlich, nach möglichen Wurzeln oder Hintergründen der gegenwärtigen (Problem-)Situation zu fragen, da sich in der eigenen Partnerschaft oft Elemente aus der bisherigen Lebensgeschichte wiederholen. Besondere Beachtung verdienen lebensgeschichtlich bedingte unrealistische Idealvorstellungen bzw. Forderungen an den Partner/die Partnerin, weil sie der Realisierung der im Paar angelegten Möglichkeiten im Weg stehen können. Dadurch kann Bewusstheit als Voraussetzung für Veränderung und beim Partner mehr (auch emotionales) Verständnis für bisher oft Unbegreifliches und Ängstigendes angebahnt werden.

Unter diesen Gesichtspunkten geht es um die Bedeutung der Herkunftsfamilie, im Besonderen der Tochter-Vater- oder Sohn-Mutter-Beziehung. Werden Kind-Eltern-Konflikte am Partner ausgetragen? Wird generell das subjektiv Gewohnte als das Allgemeingültige und (einzig?) Normale betrachtet und eingefordert? Fragen wie die folgenden können als Denkanstöße dienen: „Kennen Sie solche Situationen, solche Gefühle schon – oder sind die ganz neu?“ „Wie reagierten, lobten, strafte die Eltern?“ „Woran erinnern Sie ein bestimmtes Verhalten des Partners?“ „Kennen Sie das eventuell auch aus früheren Partnerbeziehungen?“ „Woher könnte Ihre Empfindlichkeit/Allergie herrühren?“

Wahrnehmung der eigenen Gefühle und Befindlichkeit: Übertragung und Gegenübertragung

Wie in jeder Arzt-Patient-Beziehung kommt auch in der Arzt-Paar-Beziehung dem bewussten Reflektieren eigener Gefühle entscheidende Bedeutung zu, um nicht unreflektiert („spontan“ und „aus dem Bauch heraus“) zu (re-)agieren. Folgende Klärungen sind hilfreich:

Lassen sich die auftretenden Gefühle eindeutig benennen oder sind sie widersprüchlich, ambivalent oder nicht fassbar? Wie weit hängen sie als „eigene“ Gefühle von der Persönlichkeit, Lebensgeschichte, momentanen Situation des Behandlers ab – wie weit sind sie vom Patienten/Paar initiiert und was könnten sie über dessen Probleme aussagen?

Möglichkeit 1: Die Gefühle sind hauptsächlich eigene Empfindungen des Behandlers („stammen von mir“): Erinnern die Probleme, das Verhalten des Patienten/Paares den Behandler an die eigene momentane Situation, an die eigene Partnerschaft, an eigenes Verhalten? Findet er sich selbst wieder und kann er sich daher „einfühlen“? Dann ist besondere Vorsicht vor Projektionen, Identifikation und Distanzverlust am Platz! Ansonsten könnten dem Paar die eigenen Lösungen verschrieben werden, die eigenen Gefühle, Reaktionen usw. auch beim Patienten/ Paar angenommen und Themen vermieden werden, die einem selbst unangenehm sind; man könnte die Patienten wie sich selbst behandeln.

Möglichkeit 2: Die Gefühle werden hauptsächlich vom Patienten/Paar vermittelt: Die (reflektierten) eigenen Gefühle (z.B. Verwirrung, Unsicherheit, Nichtweiterwissen, Vorwürfe, Aggression, Gekränktsein, Trauer, Hoffnungslosigkeit, Freude, Hochstimmung etc.) können als Diagnostikum für die Befindlichkeit des Patienten/Paares dienen. Wenn es gelingt, die eigenen Empfindungen zu formulieren und dem Patienten/Paar als Frage anzubieten („Könnte es sein, dass ...?“), kann das Gefühl, verstanden zu werden, die therapeutische Beziehung stärken, so dass auch nötige Konfrontationen möglich werden. Als Grundsatz gilt: **Fragen statt sagen!** Der Therapeut kann primär nur vermuten, nicht behaupten.

Möglichkeit 3: Die Möglichkeiten 1 oder 2 sind nicht sicher zu entscheiden: Der Behandler muss weiter hellhörig sein, sich selbst und das Paar/den Patienten beobachten und „Befunde sammeln“.

Besondere Erwähnung verlangen für den sexualmedizinisch/therapeutisch Tätigen **erotische Gefühle** und/oder eine **Sexualisierung der Situation** (wie sie eher bei Einzel- als bei Paar-Gesprächen eintreten kann). Kommt der Gedanke, der bessere Partner oder Liebhaber sein zu wollen, oder die

Idee, der/die Patient/in könnte der richtige Partner sein, gibt es Impulse, zärtlich zu trösten, entstehen Spannung, Kribbeln, Knistern, Flirtsituationen usw.? Was könnte dadurch über die eigenen Anteile des Behandlers ausgesagt werden: Ist er auf Partnersuche? Selbst in einer unglücklichen Beziehung? Werden Signale über- oder fehlinterpretiert? Was könnte über die Situation des Patienten/ Paares zum Ausdruck kommen: Verführerisches Verhalten (z.B. ödipal/hysterische Verführungsangebote?), ambivalente und missverständliche Signale (nicht-bewusste Wirkung), „freie Valenzen“ (die Intimsphäre des Paares ist nicht geschlossen, hat Lücken) usw.? Dabei ist auch an die Möglichkeit eines psychodynamischen Wiederholungszwangs, z.B. bei Missbrauchsopfern, zu denken. Grundsätzlich gilt: Verliebtheitsgefühle bezüglich Patienten sind Indikation zur Supervision und Selbsterfahrung. Sexuelle Interaktion zwischen Therapeut und Patient ist nicht nur immer ein Kunstfehler, sondern zudem auch ein Straftatbestand!

Die subjektive Bedeutung von Sexualität beim Patienten/ Paar feststellen

Wie wurde Sexualität bisher gesehen, wie weit ist eventuell eine Änderung der bisherigen pathogenen in eine salutogene Sichtweise möglich? Gelingt dies durch eine Fokussierung auf die kommunikative Funktion der Sexualität? Um dies zu klären bzw. zu erreichen, kann es hilfreich sein:

1. Allgemein die Möglichkeiten verbaler und non-verbaler Kommunikation zu besprechen, oder nachzufragen,

- ▶ wie das Paar sich non-verbal Zuneigung, Nähe, Akzeptanz, Geborgenheit etc. mitteilt,
- ▶ oder umgekehrt, wie sich die Botschaft von Zärtlichkeiten, Umarmungen, Küssen etc. in Worte übersetzen lässt,
- ▶ wie sich die Genitalien als weitere „Kommunikations-Organ“ mit einbeziehen lassen,
- ▶ und allgemein: „Was heißt es für Sie, mit Ihrem Partner zu schlafen?“

2. Auch den Koitus als Mimik und Realisierung von Ansehen, Zuneigung, Nähe, Geborgenheit, Offenheit, tief-innerlicher Begegnung etc. sehen zu lernen. Dabei geht es um die Übersetzung der Körpersprache von der genital-sexuellen Verhaltensebene (sich ansehen, zuneigen, nahe sein usw.) in Bedeutungen oder umgekehrt von nicht-sexuellen Begriffen oder Werten der Beziehung (Grundbedürfnissen) in körperliche Sexualität. Am selbstverständlichsten gelingt dies, wenn man die Sprache des Patienten/Paares aufgreifen

kann. Oft wird unbemerkt eine sehr plastisch-sinnliche Sprache verwendet, die nur bewusst gemacht werden muss: aufeinander eingehen, sich öffnen, (sich) einlassen, hineinversetzen, einfühlen, verbunden sein, erfüllt oder ausgefüllt sein, (sich) am Herzen liegen, etwas von jemandem halten, sich rundum spüren, (nicht) weit auseinander liegen u.ä.m.

3. Ganz konkret nachzufragen: worauf z.B. keine Lust besteht, wofür man/frau wirklich zu müde ist, was letztlich mit der Aussage, auf Sex verzichten zu können, gemeint ist, oder worauf nicht verzichtet werden könnte („Was ist in der Beziehung für Sie unverzichtbar – und wie könnte es körpersprachlich, auch genital, kommuniziert werden“?). Was genau „hoffentlich bald vorbei“ ist, was auch länger dauern dürfte oder nie vorbei sein sollte? Dem Patienten/ Paar soll klar werden, wogegen sich die Abneigung wirklich richtet bzw. welche die letzte als angenehm empfundene Zärtlichkeit ist und was sie bedeutet oder wo Liebe und Zärtlichkeit aufhören und Sex beginnt, was überhaupt Liebe und Sex miteinander zu tun haben.

4. Die sogenannten Hausaufgaben (Sensate Focus, „verschriebene Erfahrungen“) bereits als bewusste körpersprachliche Kommunikation zu vermitteln.

„Hausaufgaben“ bei sexuellen Funktionsstörungen

Das Ziel der vom Paar selbst vereinbarten neuen Erfahrungen liegt in der Verbesserung der Kommunikation zwischen den Partnern. Diese kommt indirekt der Förderung der sexuellen Erregbarkeit oder Wiederherstellung der sexuellen Funktion zugute.

Allgemeine Kommunikation

- ▶ sich positive Gefühle mitteilen, Komplimente machen;
- ▶ allgemein über die eigenen Gefühle, die eigene Befindlichkeit sprechen;
- ▶ Gesprächszeiten einräumen, vereinbaren, ankündigen (nicht im falschen Moment „mit der Tür ins Haus fallen“);
- ▶ von sich erzählen (Biographien kennenlernen);
- ▶ Rückfragen: Habe ich dich richtig verstanden? Fragen statt behaupten;
- ▶ Rückmeldung geben, z.B. über die Wirkung der Botschaft;
- ▶ übliche Gesprächsregeln beachten: konkrete und knappe Sätze, beim Thema bleiben, nicht ausufern;

Ich-Botschaften, d.h. von sich selber sprechen (meine Gedanken, Gefühle, Wünsche, Phantasien, nicht: „man“, „jeder“, „alle“, „es“), von der konkreten Situation sprechen, keine Verallgemeinerungen („immer“, „nie“), kein Abstempeln, keine negativen Etikettierungen, nicht ins Wort fallen;

▶ zuhören lernen, mitfühlen, anhören, nicht gleich in Verteidigungsposition gehen und Gegenargumente suchen.

Sexuelle Kommunikation

Die im Sinne der klassischen Sexualtherapie als Sensate Focus-Übungen (Sensualitätstraining nach Masters & Johnson) bekannt gewordenen „Hausaufgaben“ sollen zunächst als körpersprachliche Kommunikation erarbeitet und begriffen werden, so dass sie von Anfang an mehr sind als ein Training aller Sinnesfunktionen, nämlich zugleich eine persönliche körpersprachliche Kommunikation und Begegnung. Bevor dies nicht verstanden worden ist, sollte mit den neuen Erfahrungen nicht begonnen werden.

Auch dann sollte es sich stets um eine Selbstverschreibung neuer Erfahrungen durch das Paar handeln, was nur in ständiger Rücksprache mit dem Paar erfolgen kann, um es nicht zu überfordern oder etwas anzuregen, was (derzeit? noch?) nicht geleistet werden kann. Hinweise in diese Richtung könnte **versteckter Widerstand** geben („keine Zeit gehabt“, „nicht dazu gekommen“, „ist uns zu künstlich“, „man kann so etwas nicht auf Befehl machen, es müsste spontan entstehen“ etc.). Beruflicher Stress, Besuch, Erkrankungen – auch der Kinder – können als Gründe genannt werden und zutreffen oder vorgeschoben sein. Erst allmählich erfolgt mit der Einübung in neue Erfahrungen die Überleitung zum Genital-Sexuellen, zur nun bewusst erlebten **„Sprache der Sexualität“**.

Dabei hat sich ein stufenweises Vorgehen bewährt. Die gemeinsamen Gespräche über die neu gemachten Erfahrungen dienen gleichzeitig als Übung zur Überwindung von Hemmungen, über sexuelle Gefühle, Wünsche, Phantasien, Störendes und Angenehmes usw. mit dem Partner zu sprechen, wobei dem Modell-Lernen am Therapeuten in der Therapiestunde große Bedeutung zukommt. Nicht zuletzt geht es um die Frage, ob durch die gemeinsame Erfahrung auch eine (grundsätzlich) gemeinsame sexuelle „Weltanschauung“ erreichbar ist.

Bedeutung des Therapeuten

Bei direkten Fragen nach der Meinung des Therapeuten bzw. seinen persönlichen Lebensverhältnissen gilt es den Ball zurückzuspielen. Es ist wichtig, sich – außer bei Sachfragen (s.u.) – nicht in inhaltliche Auseinandersetzungen hineinziehen zu lassen. Möglichkeiten, um Fragen an den Patienten/das Paar zurückzugeben, wären z.B.:

- ▶ „Sie fragen *mich*, nicht Ihren Partner?“
- ▶ „Was nützt Ihnen meine Meinung/Lösung – für Sie ist Ihre eigene wichtig.“
- ▶ „Was würde sich für Sie ändern, was würde es für Sie bedeuten, wenn ich zustimme oder nicht zustimme, Ja oder Nein sagen würde?“
- ▶ „Sie möchten mich zum Schiedsrichter machen, das bin ich nicht.“
- ▶ „Sie hätten gerne einen Verbündeten?“

Dies gilt selbstverständlich nicht bei Sach-/ Fachfragen, welche vom Patienten/Pair nicht beantwortet werden können. Es gibt allerdings Scheinfragen, die auf versteckte Ängste oder Mythen hinweisen können (z.B. Fragen nach der durchschnittlichen Penisgröße).

Bei Fragen nach den persönlichen Verhältnissen des Behandlers (wie alt? verheiratet? Kinder?) muss jeweils mit Fingerspitzengefühl entschieden werden, wieviel Persönliches man einbringen will bzw. soll, ohne der narzisstischen Versuchung zu erliegen, sich in eine Guru- oder Vorbild-Rolle bringen zu lassen. Ist die gewünschte Auskunft für den Patienten wirklich wichtig oder eine distanzlose Grenzüberschreitung? Wonach wird eigentlich gefragt: nach der Vertrauenswürdigkeit, Erfahrung und Kompetenz des Behandlers? Grundsätzlich gilt: Möglichst **leere Projektionsfläche** bleiben und sich selbst heraushalten (man wirkt sowieso durch seine Persönlichkeit). Menschliche Nähe, Wärme, Akzeptanz ist trotzdem möglich – bzw. auch sonst nicht automatisch gegeben.

Besondere Situationen

Patient/in ohne Partner/in

Beklagt wird erfolglose Partnersuche: Es stellt sich in erster Linie die Frage nach der Beziehungsfähigkeit, Ich-Stärke, dem Selbstwertgefühl etc. Somit liegt keine sexualmedizinische Indikation im strengen Sinn vor, auch wenn sexuelle Probleme (z.B. Masturbation, erektile Dysfunktion, Orgasmus praecox) bestehen können. Je nach Ausbildung des Beraters/Therapeuten

muss primär an der Ich-Stärkung und Kontaktfähigkeit gearbeitet oder an einen Psychotherapeuten überwiesen werden. Beklagt wird der **Verlust des Partners** wegen sexueller Funktionsstörungen:

- ▶ Zunächst ist zu klären, ob und wie weit wiederum obiger Hintergrund zutrifft.
- ▶ Kann ein Partner phantasiert werden, und wie? Was für bisherige Erfahrungen, Ängste, Leistungsdruck etc. können durchgearbeitet werden?
- ▶ Je nach Funktionsstörung kann masturbatorisches Training (nicht „Selbst-Befriedigung“, sondern „Einübung für Partnerschaft“) therapeutisch eingesetzt werden. Die Zweier-Situation wird aber anders sein, dadurch ist dies eine eher begrenzte Möglichkeit.

Partner kommt nicht mit

- ▶ Liegt es an der Art der Aufforderung?
- ▶ Will der Patient, will der Berater/Therapeut den Partner wirklich dabei haben (z.B. „störender Dritter“, s. u.)?
- ▶ Glaubt der Therapeut daran, dass der Partner mitkommt, und vermittelt er diese Zuversicht?
- ▶ Lässt sich ein neuer Versuch starten, eventuell ein Einladungsgespräch mit dem Patienten durchspielen? Soll der Behandler u.U. mit Einverständnis des Patienten die Einladung selbst vornehmen?
- ▶ Der Partner verweigert sich tatsächlich: in diesem Fall ist keine sexualmedizinisch sinnvolle Hilfe möglich.

Partner soll nicht einbezogen werden

Was könnte es für Motive geben, den Partner fernzuhalten? Z.B. dissexuelles Verhalten wie Paraphilien, Straftaten oder bloß Peinlichkeits- und Schamgefühle, Ängste, mangelndes Vertrauen zwischen den Partnern, Fehleinschätzung der Reaktion der Partnerin? Was sind die Gründe, dass ein Mann mit Potenzstörungen nur Medikamente verschrieben haben möchte, ohne dass seine Partnerin etwas davon erfährt? Welche Bedeutung hat für ihn, für seine Männlichkeit und seinen Selbstwert die Erektion, und wie steht es um die Kommunikation innerhalb des Paares? Lässt sich auch hier die Notwendigkeit des Paargesprächs als Voraussetzung der Verschreibung einsichtig machen („Viagra wirkt nur in einer erotischen Situation, bei sexueller Stimulierung – also ist Ihre Partnerin mitbeteiligt“)?

Es wird jedenfalls notwendig sein, Vertrauen und Offenheit in der Beziehung anzusprechen bzw. tiefer liegende Probleme zu eruieren. Dabei könnte spiegelbildlich die Arzt-Patient-Beziehung Hinweise liefern: Wie steht es z.B. hier um Vertrauen und Offenheit? Eventuell könnte die Partnerin in einem zweiten Schritt („Wie hat es zu Hause geklappt?“) mit einbezogen werden.

Grenzen sexualmedizinischer Behandlung

Eine sexualmedizinische Beratung oder Behandlung ist nicht geeignet, diejenigen sexuellen 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 tiefer liegenden psychischen Störungen, etwa **neurotischen Konfliktkonstellationen**, oder bei **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 der eigenen psychosozialen Grundbedürfnisse durch die Beziehung sieht. Das Misstrauen und damit verbundene Befürchtungen sind zu groß.

In gewissem Sinne gilt dies auch für **paraphile Erlebensmuster** wie den Fetischismus, weil hier ja symbolisch auch die Abdeckung psychosozialer Grundbedürfnisse über das im Fetisch verkörperte Liebesobjekt erfolgt und ein anderer 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).

Grundsätzlich kann man sagen, dass bei diesen Störungsbildern eher einzelspsychotherapeutische Verfahren indiziert sind. Es sollte aber darauf hingewiesen werden, dass der ressourcenorientierte sexualmedizinische Fokus auch bei schweren Störungen insofern *sinnvoll* ist, weil er nicht an den Defiziten der Persönlichkeit ansetzt, sondern an dem, was dem

Betreffenden 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 beim Patienten/der Patientin den größten Leidensdruck verursacht – möglicherweise deshalb, weil es die greifbarste Verkörperung der eigentlichen Problematik darstellt –, ein sexualmedizinisches Behandlungsangebot sinnvoll: insbesondere die sozial bindende, Beziehungsdimension der Sexualität vermag ungeahnte Ressourcen freizusetzen und einen psychisch stabilisierenden Effekt auszuüben.

Insofern lässt sich **zusammenfassend** sagen, dass es zwar Patienten/Paare gibt, die mit diesem sexualmedizinischen Behandlungskonzept nicht erreicht werden können, dass aber andererseits keine Gefahr besteht, mit der Anwendung der genannten Behandlungsprinzipien gegen das oberste Prinzip des *nil nocere* zu verstoßen. Im Gegenteil wird in den allermeisten Fällen für den Patienten/das Paar ein Evidenzerlebnis ermöglicht und – mit relativ wenig Aufwand – eine wesentliche Hilfestellung gegeben.

Vom Einzel- zum Paargespräch

Paargespräche stellen gegenüber dem Einzelgespräch Chance und Herausforderung zugleich dar. Im Allgemeinen ist es für die meisten Ärzte und Psychologen ungewöhnlich, sich mit einem Paar statt mit einem Einzelpatienten zu befassen. Selbst wenn beide Partner anwesend sind, besteht die Gefahr, sie wie zwei individuelle Patienten zu behandeln, was der besonderen Dynamik der Paarkonstellation nicht gerecht wird. In ihrer ursächlichen Verankerung, ihrer aktuellen Manifestation und ihren Veränderungsmöglichkeiten präsentieren sich sexuelle Probleme im Paargespräch in einer Weise, die im Einzelgespräch nicht zu erreichen ist. Die alte Formel von Masters & Johnson (1970) „Das Paar ist der Patient“, die für die Sexualtherapie enorme Bedeutung hatte, wird für den Therapeuten immer wieder aufs neue erlebbar. Angesichts der zentralen Bedeutung des Paargesprächs sollen daher Möglichkeiten und Probleme im Folgenden sowohl aus der Sicht des Therapeuten als auch aus der Sicht des Paares dargestellt werden.

Das Paargespräch aus der Sicht des Therapeuten

Erwartungen, Hemmungen, Ängste und Widerstände

Beim Paargespräch konstituiert das Dreier-Setting eine gewisse (unter Umständen verunsichernde) Öffentlichkeit im Unterschied zur vertrauten und vertraulichen Zweierbeziehung zwischen Behandler und Patient. Sind schon zwei anstelle des sonst üblichen einen Patienten ungewohnt, so kann die Deutung der Symptome als Ausdruck einer Beziehungsstörung statt einer individuellen Krankheit zusätzlich schwierig sein. Auch geht es nicht um die gewohnte, vorwiegend somatische bzw. psychotherapeutische Sichtweise, sondern immer um das biopsychosoziale „Ganze“ beim Einzelnen wie auch innerhalb des Paares.

Dabei ändert sich auch der Begriff der „Patienten“, die weder organisch noch psychopathologisch manifest erkrankt sein müssen, aber dennoch eine „krankheitswertige“ Störung aufweisen, die „deutliches Leiden oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten“ (DSM-IV) verursacht.

Die wenigsten Behandler fühlen sich ausreichend für Paargespräche ausgebildet und schreiben daher genuine Schwierigkeiten ihrer **mangelhaften Kompetenz** zu. Das erzeugt Unsicherheit und die unterschiedlichsten Ängste, z.B. vor der Eigendynamik von Paargesprächen, vor ihrer gering(er)en Strukturiertheit und daher Berechenbarkeit, vor der Möglichkeit des Entgleitens oder Eskalierens der Situation, vor Streit, Eklats, dramatischen Aussagen („ich habe Dich nie geliebt“, „ich habe Dir Orgasmen immer nur vorgespielt“, „Du weißt noch nicht, dass ich ...“); es erzeugt letztlich die Angst, mit solchen Situationen nicht fach- und sachgerecht umgehen zu können, sie emotional nicht auszuhalten und den Patienten womöglich zu schaden.

Dahinter steht bei Ärzten häufig das aus ihrer sonstigen ärztlich-therapeutischen Tätigkeit gewohnte Gefühl, der eigentlich **Hauptverantwortliche** zu sein, d.h. die Probleme des Paares lösen und ihren Leidensdruck beseitigen zu müssen, wobei der Erfolg vom eigenen Können und nicht in erster Linie vom Einsatz des Paares für seine Beziehung abhängt. Diese hohe Anspruchshaltung gegenüber sich selbst wird durch die entsprechenden Ansprüche und Forderungen des Paares noch verstärkt („Sie müssen uns helfen“, „nur Sie können uns noch helfen“, „wir haben schon soviel Gutes von Ihnen gehört“, „wir waren schon bei ..., das hat aber gar nichts genützt“, „da muss es doch etwas geben ...“). Mit dem **Leistungsdruck**

entstehen zugleich **Insuffizienzgefühle**, die nicht nur Unlust erzeugen, sondern auch generelle Widerstände gegen diese Art von ärztlicher oder therapeutischer Tätigkeit.

Solche eigenen **Widerstände** können in einem unbewussten Zusammenspiel mit entsprechenden Hemmungen und Ängsten des/der Patienten dazu führen, dass Paargespräche (aus scheinbar rationalen Gründen!) gar nicht erst zustandekommen.

Weitere Hemmungen können aus der Sorge vor möglichen Verletzungen der Intimsphäre des Paares herrühren: Wird es gelingen, zwischen plumper Vertraulichkeit und kühler Distanz mit dem nötigen Feingefühl die richtige Sprache zu finden? Wie genau darf man nachfragen, ohne als Voyeur empfunden zu werden? Wieviel Offenheit kann erreicht werden, ohne jemandem zu nahe zu treten? Wie können Koalitionen oder der Verlust von Empathie (z.B. wenn einer der Partner bereits Einzelpatient war) vermieden werden, wie kann man auf Koalitions- oder Vereinnahmungsversuche eines der Partner reagieren oder angefragene Rollen ablehnen, ohne die notwendige Vertrauensbasis zu gefährden, usw.?

Schwierigkeiten kann auch die eigene **Abgrenzung** bereiten. Da sexualmedizinisch Tätige – im Unterschied zu anderen Aufgabengebieten – von ihrem Thema, nämlich Partnerschaft und Sexualität, immer auch persönlich betroffen sind, besteht die Gefahr, sich entweder abstinent zu entziehen oder mit einem der Partner, mit dem Paar oder mit seinem Problem zu identifizieren, es sozusagen als sein eigenes zu betrachten und den notwendigen Abstand zu verlieren – die Gefahr, eigene Lösungen zu verschreiben oder sich durch Projektionen verführen zu lassen. Je nach der eigenen Situation kann daher die „freischwebende Aufmerksamkeit“ gegenüber dem Paar durch die eigenen Probleme, Wünsche oder Bedürftigkeiten eingeschränkt sein, bis hin zu der Versuchung, „aus zweiter Hand zu leben“, d.h. sich aus der Beratung oder Therapie **ersatzweise eigene Gratifikation** zu holen.

Nicht zuletzt können sich Widerstände aus praktisch-organisatorischen Problemen ergeben: Wie lässt sich die nötige Zeit (in der Regel außerhalb der üblichen Ordinationsstunden) aufbringen? Wie gelingt es, den/die Partner zum Paargespräch zu motivieren, deutlich zu machen, dass von Beziehungs- und/oder sexuellen Problemen immer beide betroffen und beide – auch der vermeintlich „Gesunde“ – daran beteiligt sind? Wie kann abgerechnet werden, und wer vergütet den meist intensives Engagement verlangenden Arbeitsaufwand?

Positive Aspekte und Vorteile

In (beziehungs-)diagnostischer Hinsicht kann die „szenische Information“ durch das Paar und die Möglichkeit, jeweils sofort die unterschiedlichen Sichtweisen beider Partner zu erfahren und für beide annehmbare Lösungen zu erarbeiten, viel Zeit sparen. Sie kann einseitige Information und ungerechtfertigte Folgerungen vermeiden und rascher zum Ziel führen als Einzelgespräche.

Es ergibt sich somit ein wesentlich abgerundeteres Bild, zum Beispiel in Bezug auf Rollenverteilungen innerhalb des Paares, ihre Flexibilität oder starre Polarisierung, den Umgang mit Nähe und Distanz, die (funktionalen oder dysfunktionalen?) Kommunikationsmuster und das Zusammenspiel zweier verschiedener Lebensgeschichten, auf den Grad von Intimität bzw. die Gesamtatmosphäre in der Beziehung und damit auch auf noch verfügbare positive Ressourcen.

Für den Behandler schafft das Dreier-Setting **klare Verhältnisse**: dort das Paar, das die eigentliche Arbeit zu leisten hat und von dessen Einsatz das Ergebnis wesentlich abhängen wird, hier der helfende Dritte, der sich als Spiegel oder Katalysator begleitend zur Verfügung stellt, um ihm bei der Lösung seiner Probleme zur Hand zu gehen. Hierin kann nicht nur eine Entlastung des Behandlers von Leistungsdruck und Versagensangst, sondern auch ein Schutzfaktor vor phantasierten oder faktischen Übergriffen durch den Therapeuten, aber auch vor Verleumdung durch den Patienten liegen.

Das trifft auch bei dem an sich wünschenswerten, aber selten realisierbaren **Vierer-Setting** zu, wo dem ratsuchenden Paar ein Behandler-Paar gegenüber sitzt. Dadurch entsteht wiederum eine andere Dynamik des Gesprächs (bei der unter anderem darauf zu achten ist, dass das Problem des Paares nicht zwischen den Behandlern ausgefochten wird).

Durch diese Rollen- und Aufgabenverteilung kann es für den Behandler auch leichter sein, sich **herauszuhalten** und auf der Ebene des nachfragenden, eventuell deutenden Beobachters zu bleiben (also z.B. bei einem heftigen Streit nicht inhaltlich zu argumentieren oder Partei zu ergreifen, sondern zu fragen, ob diese Art der Auseinandersetzung für das Paar typisch sei, ob es zu Hause immer so laufe, ob es ihnen auch schon anders gelungen sei, sich zu verständigen, etc.).

Nicht zuletzt wird der Therapeut immer wieder die Erfahrung **sinnvoller Tätigkeit** an den Wurzeln von Lebensfreude und Lebensqualität machen können, ganz gleich, ob der Erfolg im Teilhabendürfen an einer wiedergewonnenen oder neu belebten Beziehung

oder in der Mithilfe bei einer möglichst konstruktiven und „menschewürdigen“ Trennung besteht. Das wird ihn weiterhin motivieren und vor dem „Ausbrennen“ (Burn-out) bewahren. Gerade dieser Aspekt der therapeutischen Arbeit mit Paaren kann immer wieder als **bereicherndes Geschenk** erlebt werden.

Das Paargespräch aus der Sicht des Paares

Erwartungen, Hemmungen, Ängste und Widerstände

Die erste Hemmschwelle liegt für viele in der Tabuierung des Themas Sexualität: „Schlafzimmerprobleme“ gehen niemanden etwas an, ihre Thematisierung würde die Intimsphäre der Partnerschaft verletzen, mit diesen Problemen müsse man selbst fertig werden.

Gleichzeitig bestehen häufig **Schamgefühle**: dass man überhaupt sexuelle/partnerschaftliche Schwierigkeiten hat und zu ihrer Behebung fremde Hilfe in Anspruch nimmt, also ein doppeltes Versagen eingestehen muss. Viele wissen nicht, ob sie die einzigen in dieser Lage sind oder ob es anderen Paaren ähnlich ergeht.

Damit verbunden sind oft **Schuldgefühle** bzw. (einseitige?) Schuldzuschreibungen oder Selbstbeschuldigungen. Dementsprechend kann die Vorstellung bestehen, zu einer „Gerichtsverhandlung“ gehen zu müssen, wo der Arzt/ Therapeut das Urteil über „schuldig“ und „unschuldig“ spricht.

Solche Annahmen können **Ängste** mobilisieren: Gibt es noch eine Chance für uns, oder wird es nötig sein, sich zu trennen? Wird mich der Partner verlassen? Wird sich die Fiktion, mit den Problemen des Partners nichts zu tun zu haben, weiter aufrechterhalten lassen? Daraus können **Widerstände** erwachsen, sich in Paarberatung zu begeben bzw. als „Unschuldiger“ oder „Gesunder“ den Symptomträger zu begleiten, obwohl man mit seinen Problemen nichts zu tun zu haben glaubt.

In diese Richtung zielt auch das oft hartnäckige Festhalten am Wunsch nach organischen Ursachen der jeweiligen Störung, die dann entsprechend **technisch** (durch Medikamente, Geräte, Operationen) behandelt werden könnten, ohne dass sich die Frage nach Selbst- oder Mit-Verantwortung stellt.

Positive Aspekte, Chancen

Die Paargespräche können die Funktion einer „geschützten Werkstätte“ haben, in der neue Erfahrungen möglich werden. Vor allem stellen sie Zeit-Räume für ungestörtes und intensives Miteinander-Sprechen dar („So viel wie in diesen eineinhalb Stunden haben wir in den letzten fünf Jahren nicht miteinander gesprochen“).

Dabei kann der Behandler als **Modell** zum Beispiel für das Sprechen über Sexualität, den Abbau von Hemmungen, die Verfeinerung der gegenseitigen Wahrnehmung oder einen sensibleren sprachlichen und körpersprachlichen Umgang dienen. Er kann neue Sichtweisen eröffnen und das Paar wiederum zu eigenen Schritten ermutigen.

Auf diese Weise kann allgemein und in Bezug auf Sexualität die **Paar-Kommunikation** verbessert werden. Es können Wissens- und Verstehens-Mängel beseitigt, Mythen korrigiert, lebensgeschichtliche Zusammenhänge aufgezeigt und neue Erfahrungen angeregt werden. Dadurch lassen sich Missverständnisse klären oder Kränkungen bearbeiten und häufig auch in ihrer Bedeutung relativieren. Insgesamt lässt sich der derzeitige Stand der Partnerschaft realitätsgerechter einschätzen.

Dabei wird oft unerwartet Positives zutage gefördert („das hast Du mir noch nie gesagt, das habe ich nicht gewusst, ich dachte immer ...“), und so können bisher unbekannt Seiten am Partner entdeckt werden.

Daraus kann neue Vertrautheit wachsen, die ihrerseits eine **vertiefte Intimität** wiederum oder erstmals ermöglicht – oder das Paar gelangt an die Grenzen der Beziehung und muss sich mit dieser Situation und der Frage der Trennung auseinandersetzen.

Besonderheiten des Paargesprächs

Die Grundfrage ist die Frage nach der Beziehung: Soll das Beziehungsproblem oder die Problembeziehung „gelöst“ werden? Wenn kein Wille zur Partnerschaft mehr besteht, wenn man sich gegenseitig „nicht mehr riechen“ kann, auch keine „Glut unter der Asche“ mehr vorhanden ist, die nochmals angefacht werden kann, dann ist auch keine sinnvolle Sexualtherapie möglich. Allerdings stellt schon die Tatsache, dass zwei Partner gemeinsam zur Beratung/Therapie kommen und offensichtlich an ihrer Beziehung etwas verändern, verbessern wollen, in der Regel einen impliziten Behandlungsauftrag dar. Das gilt erst recht, wenn der zunächst allein Gekommene seinen Partner zum Paargespräch motivieren konnte.

Je nach dem Geschlecht des Behandlers könnte unterschiedlicher „**Koalitionsverdacht**“ aufkommen, wenn etwa eine Frau zwei Männern oder ein Mann zwei Frauen (seiner eigenen und der Beraterin) gegenüber sitzt und angenommen wird, die Gleichgeschlechtlichen würden sich verbünden. Ebenso könnte es im gegengeschlechtlichen Spannungsfeld zu Koalitionen oder Koalitionsversuchen kommen, wenn Frau oder Mann dem Berater oder der Beraterin besonders sympathisch sind bzw. ihn oder sie für sich gewinnen möchte. Sobald solcher Verdacht auftaucht, muss er angesprochen und entkräftet werden. Das bereits erwähnte Vierergespräch zwischen einem Klienten- und einem Therapeuten-Paar würde diese Gefahr weitgehend vermeiden bzw. Ausgleich schaffen können.

Da es häufig nicht möglich ist, wirklich „neutral“ zu bleiben, scheint es realistischer, sich nicht „Unparteilichkeit“, sondern „**Allparteilichkeit**“ zum Ziel zu setzen: für jeden der beiden Partner, für das Paar und seine Beziehung. Das kann auch glaubwürdiger vermittelt werden.

Von Anfang an muss der Behandler das Paar immer wieder aufeinander verweisen. Er darf nicht als „Überträger-Satellit“ fungieren, indem beide Partner auf ihn fixiert sind und nur mit ihm oder über ihn statt miteinander kommunizieren. Das sagt natürlich etwas aus und hat seine (Hinter-)Gründe. Dennoch braucht man nicht darauf zu warten, bis sich von innen her etwas verändert; man kann auch durch die Änderung des äußerlichen Verhaltens die innere Veränderung beeinflussen – oder ihre Unbeeinflussbarkeit deutlich werden lassen.

Jede Aussage muss auf ihre **Gültigkeit** für den jeweils anderen überprüft werden: „Sehen Sie das auch so?“ „Entspricht das auch Ihrem Empfinden?“ „Sind sie sich in diesem Punkt einig?“ „Können Sie sich in ihren Partner hineindenken, seine Sichtweise, und wie er dazu kommt, verstehen?“ Dadurch kann gleichzeitig Verständnis dafür gewonnen werden, dass jeder in seiner Welt mit seiner eigenen „**Weltanschauung**“ lebt, was auch „typische“ Geschlechtsunterschiede einschließt. Gelegentlich werden auch unvereinbare Sichtweisen erkennbar – können sie nebeneinander bestehen bleiben, kann das Paar damit leben, oder belasten bzw. zerstören sie die Beziehung?

Neben den in der Übersicht aufgeführten Techniken der Gesprächsführung sind im Paargespräch bestimmte **Fragetechniken** nützlich (Kanfer et al. 1996):

- ▶ **Zirkuläre Fragen** stellen ein Verhalten in den jeweiligen Paarkontext und richten sich auf die spezifischen Vernetzungen in Beziehungen („Wie

denken Sie, sieht Ihr Mann Ihre Beziehung?“).

- ▶ **Strategische Fragen** können konfrontieren und lenken („Weshalb erzählen sie *mir* Ihre Befürchtung und nicht Ihrem Partner?“).
- ▶ **Reflexive Fragen** zielen auf Selbstreflexion ab („Was bedeutet das für Sie, wenn ...?“) und können leicht mit zirkulären Fragen verknüpft werden („Was bedeutet es für Sie, wenn Ihr Partner ...?“).

Fallweise kann der Behandler Dolmetscherfunktion haben und dem Paar oder einem der Partner „übersetzen“, worum es gerade geht, was einer vielleicht sagen wollte oder wie man das Gesagte auch verstehen könnte. Das gilt besonders dort, wo doppelte Botschaften gesendet werden oder die Körpersprache etwas anderes oder das Gegenteil zum Ausdruck bringt. Allerdings soll möglichst immer das Paar selbst zur entsprechenden Erkenntnis kommen, angeregt durch die Nachfrage oder das Bewusstmachen durch den Arzt/Therapeuten.

Das betrifft auch das **Übersetzen** aus der Wortsprache in die Körpersprache und umgekehrt, besonders wenn es um das Begreifen von **Sexualität als Möglichkeit körpersprachlicher Kommunikation** geht.

Analog zu den gewöhnlich als **Übertragung** und **Gegenübertragung** bezeichneten Prozessen im Einzelgespräch kann beim Paargespräch zusätzlich die Atmosphäre zwischen den Partnern spürbar werden und belasten: „dicke Luft“, Spannung, Verhärtung und stures Beharren, Feindseligkeit bis hin zum Hass, Aggressivität, Wut, Trostlosigkeit, Unaushaltbarkeit und Panikstimmung, Hoffnungs- und Aussichtslosigkeit, Resignation, Aufgebenwollen, Trauer und Verzweiflung. Werden solche Gefühle beim Behandler ausgelöst, so sollte er zuerst versuchen, seinen **eigenen Anteil** daran zu erkennen. Danach kann er reflektieren, inwieweit er die emotionale Gestimmtheit innerhalb des Paares auffängt und wie er sie, seinen Gefühlen folgend, ansprechen und therapeutisch nutzen könnte (indem er z.B. sein Verständnis für die Schwere der Belastung, seine Anerkennung für das bisherige Durchhalten des Paares unter solchen Umständen zum Ausdruck bringt oder einfach nachfragt, wie sie dies oder jenes aushalten und dazu noch gemeinsam zur Therapie kommen können).

Dadurch werden häufig **positive Ressourcen** mobilisiert. Es kann wieder Hoffnung geschöpft werden, und das verstehende und mutmachende Mittragen des Therapeuten hilft dem Paar, auch selbst nicht aufzugeben. Die oft gestellte Frage: „Haben wir überhaupt noch eine Chance?“ oder „Geben Sie uns

noch eine Chance?“ kann dann zurückgegeben werden: „Offensichtlich geben Sie sich selbst noch eine Chance, sonst wären Sie wohl nicht hier, sondern beim Scheidungsanwalt. Und so lange Sie sich selbst eine Chance geben, haben Sie auch eine.“ Nur in den seltensten Fällen wird es zielführend sein, solche Fragen direkt (mit Ja, Nein, oder Weiß-nicht) zu beantworten, zum Beispiel humorvoll-ironisch oder als paradoxe Intervention.

Jedenfalls darf man nicht der Versuchung erliegen, als Experte etwas auszusagen, was man letztlich **nicht wissen kann**. Das Vertrauen in die eigenen Ressourcen kann auch dadurch gefördert werden, dass man das Paar in die Gestaltung der Therapie – zum Beispiel in die Verschreibung der „Hausaufgaben“ – mit einbezieht: „Wenn Sie an meiner Stelle hier säßen, was würden Sie sich bis zum nächsten Termin verordnen?“

In der Syndyastischen Sexualtherapie wird das Paar stets angehalten, die konkrete Ausgestaltung neuer Erfahrungen selbst zu vereinbaren.

In **organisatorischer Hinsicht** sollten für ein Erstgespräch mit einem Paar ein bis zwei Stunden vorgesehen werden. Spätere Gespräche können situationsabhängig auch kürzer sein. Zu Beginn des Gesprächs sollte die zur Verfügung stehende Zeit genannt und dann auch eingehalten werden. Wiederum abhängig von der jeweiligen Gesamtsituation können die Gesprächstermine ein oder mehrmals wöchentlich, alle zwei Wochen oder später in größeren Abständen vereinbart werden. Kommt das Paar von sehr weit her, ist auch die Möglichkeit eines ein- oder zweiwöchigen Urlaubs mit unter Umständen täglichen Sitzungen zu prüfen. Dabei sollte von Anfang an die Frage der Finanzierung geklärt werden.

Neuere Entwicklungen der Sexualtherapie

Fast alle Modifikationen und neueren Entwicklungen der Sexualtherapie lassen sich unter dem Stichwort Flexibilisierung zusammenfassen. Diese betrifft das therapeutische Handeln selbst, aber auch die theoretischen Annahmen zur Wirkungsweise und zu den mit bestimmten Therapieelementen verbundenen Intentionen, die zu einer veränderten „Techniktheorie“ (Bräutigam & Clement, 1989) der Sexualtherapie geführt haben.

Nach und nach wurde erkannt, welches therapeutische Potential den erfahrungsorientierten Komponenten der Sexualtherapie innewohnt und dass man die Verhaltensanleitungen unterschiedlich betrachten und einsetzen kann. Für **Masters & Johnson**

stand zum einen der Abbau von Angst und die Auflösung des Selbstverstärkungsmechanismus im Vordergrund, zum anderen die Erweiterung des sexuellen Repertoires und die Erlaubnis zu einem freizügigeren, erprobenden Umgang mit Sexualität. Schon **Kaplan** ergänzte diese Zielsetzung um psychodynamische und paardynamische Elemente. Später wurden die Übungen als Katalysator und Aktualisator der für die individuelle sexuelle Störung und die Paarinteraktion maßgeblichen Ängste, Wünsche und Konflikte eingesetzt. Durch das spezifische Körpererleben und die körpersprachliche Kommunikation werden Gefühle, Hindernisse und verschüttete Bedürfnisse unmittelbar erlebbar und der Bearbeitung zugänglich. „Die Übungen sind ein Angebot, sich in affektiv besetzte Situationen zu begeben, sich unter relativ reglementierten Spielregeln, die damit auch Sicherheit geben, dosiert ängstigenden Gefühlen auszusetzen, sich diese bewusst zu machen und damit schrittweise anders umzugehen“, heißt es bei Bräutigam und Clement (1989: 124). Abgesehen davon, dass es natürlich nicht nur um ängstigende Gefühle geht, ist dem zuzustimmen. In jüngerer Zeit wurde erprobt, wie diese erfahrungsorientierten Komponenten bei den so häufigen Appetenzproblemen eingesetzt werden und dort als gleichsam subversive oder paradoxe Elemente festgefahrene Strukturen und Interaktionsmuster aufweichen können (Linsenhoff, 1990; Lange, 1992).

Die Flexibilisierung bezieht sich auch auf die **Settingvariablen** und auf den Einsatz und die Abfolge bestimmter **Übungsteile**. Die Sexualtherapie kann als Team- und Intensivtherapie entsprechend dem ursprünglichen Konzept von Masters & Johnson ebenso erfolgversprechend durchgeführt werden wie als verteilte, ambulante Therapie mit nur einem Therapeuten, dessen Geschlecht dabei keine herausgehobene Bedeutung hat. Auch der Einsatz bestimmter Übungselemente wird heute kaum noch nach Manual und festgelegter Abfolge gestaltet, sondern nach indikativen Überlegungen und unter Abwägung der bei einer bestimmten Störung und bei einer bestimmten Paarkonstellation angebrachten Lernschritte (Kaplan, 1995a). Eine solche Handhabung des therapeutischen Instrumentariums setzt allerdings Erfahrung voraus und sollte keinesfalls dazu führen, dass die Möglichkeiten speziell der grundlegenden Sensualitätsübungen unausgenutzt bleiben (Hauch, 1998).

Trotz der skizzierten Erweiterungen in der Techniktheorie und im Einsatz der Übungen ist seit den achtziger Jahren eine gewisse **Stagnation** in der Sexualtherapie festzustellen (Schover & Leiblum, 1994; Rosen & Leiblum, 1995; Hartmann, 1998).

Das dürfte zum Teil daraus resultieren, dass sie sich in kurzer Zeit als Standardtherapie etablieren konnte, die ohne echte „Konkurrenz“ das Feld beherrschte und so wohl an ihrem eigenen Erfolg litt. Allerdings ist sie nach einer euphorischen Anfangsphase auch viel bescheidener geworden, was gerade auch die Effektivität und universelle Einsetzbarkeit der Übungen betrifft. Die sexuellen Störungen scheinen insgesamt **komplexer** geworden zu sein, und bei den sehr häufigen **Appetenzproblemen** lassen sich die Übungen manchmal gar nicht einsetzen.

Doch auch bei den anderen Störungen gibt es einige Punkte zu beachten, auf die insbesondere LoPiccolo (1991) hinweist. Er hat etwa bei seinen erektionsgestörten Patienten gerade bei den Sensualitätsübungen die Erfahrung gemacht, dass es zu paradoxen Reaktionen im Sinne einer „**Meta-Versagensangst**“ kommen kann, wenn die Patienten in einer entspannten, sinnlichen, erotischen Situation, wo sich „eigentlich“ eine Erektion einstellen müsste, in Selbstbeobachtung und Erwartungsdruck geraten. Die Intention dieser Übungen wird so ins Gegenteil verkehrt.

Ein zweiter Grund, der ihre Anwendung zum Beispiel bei erektilen Dysfunktionen problematisch machen kann, ist die in der Praxis so häufige **Kombination von psychischen und somatischen Verursachungsfaktoren**. Bei diesen Patienten, oft älteren Männern, reicht es nicht aus, mit Hilfe der Übungen Ängste zu reduzieren und eine entspannte Situation zu schaffen. Vielmehr muss ihnen vermittelt werden, dass sie gezielte, direkte genitale Stimulation benötigen und wie sie diese bekommen können. Dazu bedarf es häufig erheblicher Einstellungsänderungen. Ein wichtiger therapeutischer Schritt ist der Aufbau von gegenseitigen **Stimulationstechniken**, die auch ohne steifen Penis Erregung und Befriedigung bringen. Die Akzeptanz solcher Techniken, und zwar als Ergänzung, **nicht als Ersatz** oder Notbehelf, ist bedeutsamer Prädiktor für einen Therapieerfolg.

Angesichts der beschriebenen Grenzen und Probleme der Verhaltensanleitungen und Übungen plädieren verschiedene Autoren für eine stärkere Berücksichtigung **kognitiver Aspekte** und Techniken (Zilbergeld 1994; Rosen et al. 1994). Rosen und Mitarbeiter führen eine Reihe „kognitiver Irrtümer“ auf, die sie bei Patienten oft vorgefunden haben, die aber in der sexualtherapeutischen Praxis seit langem bekannt sind. Wir haben darauf hingewiesen, dass es in jeder Therapie darum geht, die innere Welt, das Erleben des Patienten inklusive seiner „Skripts“ zu erfassen. Dazu gehören natürlich auch die Kognitionen, die aber mit Emotionen und Affekten so eng

verknüpft sind, dass eine isolierte Betrachtung wenig sinnvoll erscheint. Ähnlich wie Althof (1989) halten wir die emotionalen und **Beziehungsfaktoren** im Zweifelsfall für ätiopathogenetisch und therapeutisch bedeutsamer.

Einzel- und Gruppentherapie

Neben der Paartherapie als Standardsetting mit den günstigsten Lernmöglichkeiten und der besten Prognose sind verschiedene Ansätze zur Einzel- und Gruppentherapie sexueller Funktionsstörungen entwickelt worden.

Die **Gruppentherapien** hatten in den siebziger Jahren relativ große Bedeutung, sind inzwischen in der Praxis aber eher in den Hintergrund getreten. Zu unterscheiden ist zwischen **Paargruppen** und **Frauen-** bzw. **Männergruppen**. Als erfolgversprechend hat sich vor allem die Gruppenbehandlung orgasmusgehemmter Frauen erwiesen (Barbach, 1974), bei der durch das Setting, die gegenseitige Ermutigung und die Gruppenkohärenz der Therapieprozess positiv beeinflusst wird. Demgegenüber sind Männergruppen nach den Erfahrungen von Clement (1985) weniger erfolgversprechend. Zum einen aktivieren sie eher Potenz-, Rivalitäts- oder Homosexualitätsängste, zum anderen beruhen die Probleme der (meist alleinstehenden) Männer oft auf Kontaktstörungen und anderen tiefer verwurzelten Problemen, die in dem erfahrungsorientierten Setting schwer zu bearbeiten sind. Zudem scheint sich eine tragfähige Gruppenkohärenz seltener aufzubauen, und die im Zentrum des erfahrungsorientierten Zugangs stehende körperliche Selbsterfahrung und Masturbation wird von den Männern häufiger abgelehnt oder ambivalent erlebt.

Unter dem Stichwort **Einzeltherapie** ist zu unterscheiden zwischen Einzelübungen im Rahmen einer Paartherapie und einer reinen Einzeltherapie. **Individualtherapeutische Übungen im Rahmen der Paartherapie**, insbesondere zur körperlichen Selbsterkundung und Selbststimulation, sind ein fester Bestandteil des sexualtherapeutischen Methodenspektrums. Sie werden häufig bei Frauen mit primären Erregungs- und Orgasmusstörungen oder bei Patienten eingesetzt, die mit ihrem Körper unzureichend vertraut sind oder Probleme mit der körperlichen **Selbstakzeptanz** haben (Arentewicz & Schmidt 1993). Für manche Patientinnen mit einer ausgeprägten Aversion gegenüber Sexualität und/oder mit sexuellen Missbrauchserfahrungen stellt die Sensualitätsübung bereits eine zu hohe Hürde dar, so dass diesem Schritt Einzelübungen **vorgeschaltet** wer-

den müssen, um der Patientin die partnerschaftlichen Erfahrungen überhaupt zu ermöglichen (Einzelheiten zu den Übungen bei Barbach 1977 oder Hoyndorf et al. 1995).

Grundsätzlich wird jeder Therapeut je nach seiner Einstellung mehr oder weniger oft zum Einsatz einzeltherapeutischer Übungen neigen. Er sollte jedoch immer **genau abwägen**, was es bedeutet, das paartherapeutische Setting zu verlassen, und welche **Auswirkungen** dies auf die **therapeutische Beziehung** und die **Paardynamik** haben kann. Ein Partner kann sich von den neuen Erfahrungen des anderen schnell ausgeschlossen fühlen, es kann zu Gefühlen von Eifersucht kommen, die das „gemeinsame Projekt“ Paartherapie gefährden.

Die Indikationsstellung sollte daher klar und eindeutig sein. Nach dem alten Erfahrungswert, dass man zum Wechsel des Settings oder zum Einsetzen anderer Methoden meist dann neigt, wenn die therapeutische Beziehung in einer schwierigen Phase ist, wenn man den oder die Patienten nicht richtig versteht oder andere Blockierungen bestehen, sollte der Therapeut zunächst die jeweilige Therapiesituation, die Beziehung und den Stand der Paardynamik so gut wie möglich verstehen, bevor er sich zur Änderung von Setting und Vorgehen entschließt. Nicht immer führt die Einbeziehung neuer Therapiebausteine zu einem additiven, synergistischen Effekt; sie kann sich auch interferierend und kontraproduktiv auswirken (Hoyndorf et al., 1995).

Eine **reine Einzeltherapie** wird bei sexuellen Funktionsstörungen in der Regel nur bei Patienten ohne Partner durchgeführt. Oft handelt es sich um Patienten mit erheblichen Kontaktproblemen, denen es noch nicht gelungen ist, eine tragfähige Beziehung aufzubauen und die dafür sexuelle Probleme (mit-)verantwortlich machen. Andere suchen nach einer gerade gescheiterten Beziehung therapeutische Hilfe.

Auch in einem einzeltherapeutischen Setting lässt sich das sexualtherapeutische Grundvorgehen anwenden. So hat Zilbergeld (1978, 1994) für Männer und Barbach (1977) für Frauen eine Reihe von Übungen und Lernschritten ausgearbeitet, die sich bei Einzelpatienten anwenden lassen. In der Praxis geht es meist gleichrangig um den **Aufbau sozialer und sexueller Kompetenz**. Aufgrund negativer Lernerfahrungen und in Antizipation zukünftigen Versagens vermeiden Personen mit sexuellen Problemen häufig soziale Kontakte. Sie haben große Angst vor Ablehnung und wagen keine neue Beziehung einzugehen, um den Partner nicht zu enttäuschen und um sich vor neuen Negativerfahrungen zu schützen. Je nach individueller Konstellation wird sich die Therapie mehr

der Bewältigung der sexuellen Probleme und dem Aufbau entsprechender Kompetenz widmen, oder sie wird die soziale Kompetenz durch entsprechende Maßnahmen fördern und die Schritte zur Partnersuche begleiten. Hier wird der Rahmen einer sexualmedizinischen bzw. sexualtherapeutischen Behandlung im engeren Sinne verlassen, und es kommen spezielle psychotherapeutische Techniken zur Anwendung, wie etwa kognitiv-behaviorale Methoden, mentales Training oder Strategien zur Behandlung interpersoneller Probleme (Zilbergeld, 1994; Leiblum & Rosen, 1989; Hoyndorf et al., 1995).

Bei Patienten, bei denen ein sexuelles Funktionsproblem Teil einer komplexeren neurotischen oder **Persönlichkeitsstörung** ist, kann auch die Indikation für eine Gesprächspsychotherapie oder für eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bestehen, wobei auch in diesen Fällen zu einem späteren Zeitpunkt eine symptomzentrierte Sexualtherapie sinnvoll sein kann.

Besteht eine Partnerbeziehung, weigert sich aber entweder der Patient, seinen Partner einzubeziehen, oder der Partner, die Therapie mitzumachen, dann sollte der Therapeut vom Einsatz der erfahrungsorientierten Elemente bei nur einem Partner absehen. Oft ist es hilfreich, zumindest ein einziges gemeinsames Paargespräch herbeizuführen, in dem entweder die Paardynamik positiv beeinflusst werden kann oder dem Paar die Bedeutung der sexuellen Störung und der partnerschaftlichen Blockierungen aufgezeigt wird. Dem in diesen Fällen häufig vorgebrachten Wunsch nach einer „medikamentösen Schnellreparatur“ sollte der Therapeut kritisch gegenüberstehen und die Gesichtspunkte bedenken, die im folgenden Abschnitt diskutiert werden.

Zur Integration von somatischen Therapieoptionen

Die Einbeziehung somatischer Optionen innerhalb der Sexualtherapie entspricht dem biopsychosozialen Charakter sexueller Dysfunktionen. Sie macht nicht selten weniger invasive somatische Interventionen notwendig, könnte jedoch die Sexualtherapie verkürzen, die Compliance und die Prognose aller Behandlungsansätze verbessern – wird allerdings in der Praxis kaum angewendet. Aufgrund eigener Erfahrungen haben wir seit Jahren auf die Möglichkeiten und Notwendigkeiten eines kombinierten Vorgehens hingewiesen und entsprechende Ansätze in der Praxis erprobt (Langer 1988a, 1988b; Langer & Hartmann, 1992; Hartmann, 1995). Die

Gründe, warum kombinierte Ansätze auch international ein Schattendasein fristen (Rosen & Leiblum, 1995), sind vielfältig. An dieser Stelle sollen einige Aspekte thematisiert werden, die aus der Perspektive der Sexualtherapie von praktischer Bedeutung sind.

Wie jede Therapie ist auch ein kombiniertes Vorgehen mit Problemen und Chancen verbunden, die im Einzelfall sorgsam abzuwägen sind. Nach unseren Erfahrungen kann der Einsatz somatischer Optionen folgende **Probleme** mit sich bringen:

- ▶ der Patient/das Paar kann den Einsatz eines Medikaments als unkomplizierte „Schnellreparatur“ missverstehen, was
- ▶ die Selbstheilungskräfte des Paares lähmt und
- ▶ die Motivation, sich mit persönlichen oder Paarproblemen auseinander zu setzen, reduzieren kann.

Dem steht auf der Habenseite gegenüber, dass ein kombiniertes Vorgehen

- ▶ bei zahlreichen Patienten die Effektivität und Prognose der Behandlung verbessert;
- ▶ dem Patienten vermittelt, dass der Therapeut ihn auch in seiner eigenen, oft auf somatische Ursachen fixierten Sichtweise ernst nimmt;
- ▶ dadurch die Etablierung eines initialen Arbeitsbündnisses erleichtert und
- ▶ im Sinne eines Ernstnehmens den Patienten dort abholt, „wo er steht“ und auf diesem Weg einen auch die psychosoziale Seite berücksichtigenden Zugang eröffnen kann.

Bei aller Kritik an einer vorschnellen und unüberlegten Anwendung der in der Mehrzahl invasiven und bislang fast ausschließlich auf die Störungen des Mannes beschränkten somatischen Methoden sollten die Möglichkeiten dieser Behandlungsoptionen im Hinblick auf eine integrative Therapie systematischer überprüft werden (Hartmann 1992, 1994, 1995). In der sexualmedizinischen Praxis besteht gerade bei männlichen Patienten die Aufgabe meist darin, den Patienten, die in der Mehrzahl von einer körperlichen Verursachung ihrer Problematik überzeugt sind, psychische oder paarbezogene Gesichtspunkte nahe zu bringen und sie von einem biopsychosozialen Konzept der Sexualität zu überzeugen.

Dies gelingt nur (oder doch sehr viel besser), wenn der Sexualberater bzw. -therapeut über die Vor- und Nachteile der medizinischen Behandlungsoptionen (die ja nach der hier vertretenen Definition einen Teil der Sexualtherapie bilden) gut informiert ist, sie mit dem Patienten erörtert und seine Bereitschaft signali-

siert, bestimmte Methoden – wenn die Untersuchungsbefunde es sinnvoll erscheinen lassen und der Patient es wünscht – zu erproben. Kann er dem Patienten vermitteln, dass es nicht darum geht, ihm bestimmte somatische Optionen wie die Selbstinjektionen oder orale Medikamente „vorzuenthalten“, sondern dass der Therapeut deren Möglichkeiten und Grenzen gerade auch im Hinblick auf die Paarbeziehung gemeinsam ausloten möchte, gelingt vielfach der Aufbau eines tragfähigen Arbeitsbündnisses, das auch die Bearbeitung psychischer und partnerschaftlicher Probleme ermöglicht.

Der Sexualtherapeut kann auf diese Weise mit einem **integrativen Vorgehen** Patienten „erreichen“, die er mit einem rein sexual- bzw. psychotherapeutischen Ansatz nicht ansprechen könnte. In unserer eigenen Praxis waren viele Patienten, mit denen wir zum Teil intensiv und langfristig sexualtherapeutisch gearbeitet haben, für psychologische Aspekte erst dann zu gewinnen, nachdem sie gründlich somatisch untersucht und alle medizinischen Optionen genau besprochen wurden (wobei manche vielleicht sogar die Schwellkörperinjektionen einmal ausprobiert hatten). Weder die Sexualtherapie noch die somatischen Therapien sollten den Patienten in das Prokustesbett ihrer Erklärungsmodelle und Vorgehensweisen pressen, sondern in einem „joint venture“ eine Verbesserung der Problematik anstreben.

Die Syndyastische Sexualtherapie

Alle Menschen (und sozial organisierten Säugetiere) verbindet die Bedürftigkeit nach biopsychosozialer Absicherung und nach Vertrautheit vermittelnder Zugehörigkeit – und der Wunsch, dass diese Bedürftigkeit durch das Erfahren von Akzeptanz, Nähe, Geborgenheit und Sicherheit etc. gestillt wird. Die Syndyastische Sexualtherapie ist ein therapeutisches Verfahren, welches sich genau auf diese Bedürftigkeit konzentriert und dazu beizutragen versucht, dass für die Betroffenen die Grundbedürfnisse besser erfüllbar werden. Dies geschieht am besten in einer Intimbeziehung, in der beide Partner ihre gemeinsame Sexualität als intensivste Erfahrung gegenseitiger Akzeptanz und darum als zufriedenstellend erleben. Alle bei der Syndyastischen Sexualtherapie eingesetzten Techniken dienen diesem Ziel.

Die Syndyastische Sexualtherapie sieht und nutzt also die Sexualität bei der Behandlung sexueller und partnerschaftlicher Störungen vor allem als das „potenteste“ Vehikel zur Erfüllung psychosozialer

Grundbedürfnisse nach Zuwendung, Nähe, Geborgenheit, das heißt letztlich nach Wertschätzung, Akzeptanz und Zugehörigkeit. Die Erfüllung dieser Grundbedürfnisse ist von existenzieller Bedeutung für alle Menschen, und Intimität kann sie auf intensivste Weise möglich machen, weshalb die Verbesserung der intimen Kommunikation in den Mittelpunkt therapeutischen Bemühens rückt.

Die in Vorarbeiten von Loewit (1978, 1980, 1981) vorgenommene besondere Betonung der kommunikativen Bedeutung vor allem auch der genitalen Sexualität als möglicher Verkörperung der in einer Liebesbeziehung jeweils unverzichtbaren (Grund-)Bedürfnisse hebt konzeptionell stärker auf die Beziehungsebene ab (vgl. auch Loewit, 1994) und macht eine differenzierende Aufschlüsselung der Sexualität in Beziehungs- (bzw. syndyastische), Lust- und Fortpflanzungsdimension plausibel.

Dabei lässt sich die Beziehungs- oder syndyastische Dimension als eine – stammesgeschichtlich angelegte – innere Programmierung auf Bindung zur Erfüllung der Grundbedürfnisse nach Nähe, Wärme, Geborgenheit, Sicherheit und Akzeptanz verstehen. Im Säuglings- und Kleinkindalter wird die Bindung an die Eltern bzw. an entsprechende Bezugspersonen (z.B. via Greifreflex, Lächelreaktion) biologisch vorprogrammiert. Sie soll dem Kind Schutz, Nähe und Zuwendung sichern, das heißt die Erfüllung basaler psychischer Qualitäten wie des Gefühls des Angemommenseins 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. Diese werden nach der Kindheit bzw. spätestens mit Abschluss des Jugendalters schließlich mit nicht-verwandten Erwachsenen und in der Regel mit Intimpartnern verwirklicht, wobei nach neueren Befunden aus bildgebenden Verfahren offensichtlich zum Teil dieselben Hirnregionen aktiviert bzw. deaktiviert werden, gleichgültig ob es sich um Liebesgefühle innerhalb der Mutter-Kind-Beziehung oder innerhalb einer Erwachsenenbeziehung handelt (Bartels und Zeki, 2004).

Unterschiede zur klassischen Sexualtherapie

Die im vorangehenden Abschnitt nachgezeichnete Entwicklung der **klassischen Sexualtherapie** macht deutlich, dass diese zumeist als eine **besondere Form der Psychotherapie** aufgefasst wurde, welche zunächst wegen der stark erfahrungsorientierten Komponente der verhaltenstherapeutischen Schule zuzurechnen ist.

Gleichwoherfolgten zur Bearbeitung innerpsychischer Konflikte der Patienten immer wieder Hinweise auch auf tiefenpsychologisch fundierte Verfahren, oder es kamen paar- und kommunikationstherapeutische Elemente zum Einsatz. Damit wurde „Sexualtherapie“ – wie sie im Einzelnen auch genau ausgestaltet sein mag – zumeist als eine Form der Psychotherapie angesehen. Dies gilt auch für neuere Versuche einer Verknüpfung von Paar- und Sexualtherapie (vgl. insbesondere Schnarch, 1997).

Umgekehrt wurden nach Einführung der Phosphodiesterasehemmer auch eindimensional gehandhabte somatisch-pharmakologische Interventionen immer häufiger angewendet. Dementsprechend ging es bisher weniger um die Erarbeitung eines umfassenden Konzepts menschlicher Sexualität und Bindung, sondern um die Anwendung etablierter psychotherapeutischer oder somatischer Methoden auf sexuelle Störungen. In diesem Sinne sind auch die bei der „klassischen Sexualtherapie“ eingesetzten „Übungen“ zu verstehen, 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, das heißt einschließlich ihrer gemeinsamen Intimität und gegebenenfalls trotz beeinträchtigter Sexualfunktionen.

Zu diesem Zweck kommt es im Rahmen der Therapie auch zu neuen – selbst verabredeten – Intimerfahrungen des Paares, die eine **neue Bedeutungszuweisung für Sexualität** und damit jenen erweiterten Sinnzusammenhang möglich machen. Dies sind allerdings keine „Übungen“, da man nicht „übungshalber“ in Beziehung treten kann, sondern reale, ganzheitliche und bewusst erlebte Beziehungserfahrungen, also „Einübungen“ in Beziehung.

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 – immer vorhandene! – Grundbedürfnisse nach Nähe, Geborgenheit, Sicherheit und Akzeptanz erfüllt oder frustriert sind und inwieweit dies mit ihrer Intimbeziehung (ggf. auch deren Fehlen) zusammenhängt. Das Bemühen richtet sich dann darauf, bei gegebenen Beziehungskonstellationen die Bedingungen so zu verbessern,

dass sich die Grundbedürfnisse (wieder) erfüllen lassen.

Dies macht unmittelbar evident, dass bei bestehender Partnerschaft die syndyastische Fokussierung am effektivsten über die reale Einbeziehung des Partners gestaltet wird und die Beziehung selbst bzw. das Paar in den Mittelpunkt rückt. Dabei wird der Tatsache Rechnung getragen, dass gerade über die sexuell-lustvolle 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.

Voraussetzungen und Ziele

Prinzipiell kann eine Syndyastische Sexualtherapie bei allen sexualmedizinisch relevanten Störungsbildern als Behandlungsoption in Betracht kommen (d.h. bei sexuellen Funktionsstörungen, bei krankheits- und/oder behandlungsbedingten Sexualstörungen wie auch bei Geschlechtsidentitätsstörungen und Paraphilien). Es wird dabei vorausgesetzt, dass eine umfassende sexualmedizinische Diagnostik einschließlich einer somatischen Abklärung keine Anhaltspunkte für primär organische oder psychopathologische Ursachen und für die Notwendigkeit entsprechender Behandlung erbracht hat. Dies trifft tatsächlich auf die Mehrzahl der Patienten – vor allem auf solche mit sexuellen Funktionsstörungen – zu, die weder im

organmedizinischen noch im psychopathologischen Sinne als krank zu bezeichnen sind.

Gleichwohl hat der hier gewählte Zugang auch dort seine Gültigkeit, wo Störungen der Sexualität primär oder sekundär auf Erkrankungen oder ihre Behandlung zurückzuführen sind. Er integriert dann die verschiedenen Therapieoptionen und wird dadurch der biopsychosozialen Natur der Sexualität bzw. ihrer Störungen gerecht. **Nicht indiziert** ist diese Form der Behandlung bei schweren Persönlichkeitsstörungen, floriden Psychosen und akuten Suchterkrankungen. Eine sinnvolle Therapieoption kann sie aber auch bei paraphilen Neigungen und Geschlechtsidentitätsstörungen sein (Fallbeispiele hierzu in Beier und Loewit 2004), sofern die unabdingbaren allgemeinen Voraussetzungen gegeben sind.

Auch von seiten des Therapeuten sind spezifische Voraussetzungen zu fordern, die sich vor allem um die grundsätzliche Frage drehen, ob er sich mit dem syndyastischen Ansatz identifiziert. Kann er Sexualität als Sprache der Beziehung verstehen, durch die sich die Grundbedürfnisse erfüllen lassen? Wer das verneinen muss, weil er davon nicht oder sogar vom Gegenteil überzeugt ist, wird mit diesem beziehungsorientierten Ansatz nicht arbeiten können.

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

Therapieformen im Vergleich

Klassische Sexualtherapie

- ▶ Schwerpunkt: „Sexualität und sexuelle Funktionen“
- ▶ Sexualität als eigener (abgespaltener?) Erlebensbereich, u.U. eindimensionale Auffassung von Lust
- ▶ Fokus primär auf Wiederherstellung der gestörten Sexualfunktion gerichtet
- ▶ Anwendung etablierter psychotherapeutischer u./o. medikamentöser Methoden auf sexuelle Störungen beim Einzelnen oder beim Paar
- ▶ „Übungen“ zur Wiedererlangung sexueller Erlebniszufriedenheit (Sensate Focus)
- ▶ Therapieerfolg erst am Ende der Übungsschritte

Syndyastische Sexualtherapie

- ▶ Schwerpunkt: „Psychosoziale Grundbedürfnisse und ihre Bedeutung“
- ▶ Sexualität als Verkörperung von Grundbedürfnissen/Beziehung, mehrdimensionaler Lustbegriff
- ▶ Fokus primär auf (Wieder-)Erfüllung der Grundbedürfnisse/Beziehungsverbesserung gerichtet
- ▶ Ganzheitliches Konzept sexueller Kommunikation zur Erfüllung der Grundbedürfnisse und entsprechende Interventionen prinzipiell mit dem Paar
- ▶ „Live“-körpersprachliche – auch sexuelle – Kommunikation zur Verbesserung der Beziehungszufriedenheit insgesamt
- ▶ Therapieerfolg auf jeder Stufe der „Einübung“ in Beziehung/sexuelle Kommunikation

von Beziehung und Kommunikation können „Techniken“ im Sinne therapeutischer Interventionen sehr sinnvoll und hilfreich sein, genauso wie sich das so genannte Triebhaft-Animalische erst bei stimmiger, kongruenter Kommunikation „un-verschämt und scham-los“ frei entfalten kann. Umgekehrt wird aber keine Technik und kein luststeigernder Trick, auch kein Medikament fehlenden Sinn und stimmige Kommunikation ersetzen können, wenn die Funktionsstörung mit Kränkung in der Beziehung und fehlender Kommunikation zusammenhängt.

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“ (Watzlawick): Auch wenn einem Paar im Rahmen der Behandlung die so genannten „Streichelübungen“ zur Steigerung der Sinnlichkeit „verordnet“ werden, wird dadurch faktisch körpersprachliche Zuwendung, Nähe, Wärme, Kontakt etc. hergestellt. Es werden also Grundbedürfnisse und zentrale Beziehungsinhalte zumindest angesprochen, wenn nicht erfüllt, das heißt: 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, das heißt in Beziehung treten.

Es sei noch einmal betont, dass die Syndyastische Sexualtherapie nicht an Fachgebiete und auch nicht an bestimmte psychotherapeutische Schulen gebunden ist. Sie setzt lediglich ein grundlegendes psychosomatisches Verständnis voraus und die Bereitschaft, sich nicht auf eine quasi höherstehende Expertenrolle zurückzuziehen, sondern sich tatsächlich auf den syndyastischen Fokus zu konzentrieren – im Bewusstsein, dass sich die damit intendierte Verbesserung in der Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse auf alle weiteren Lebensbereiche auswirken wird. Dies bedeutet zugleich, mit der syndyastischen Fokussierung – sowohl als bisher überwiegend somatisch als auch überwiegend psychotherapeutisch Tätiger – eine **neue therapeutische Identität** zu verbinden. Gerade durch die Zentrierung auf die universalen Grundbedürfnisse und das syndyastische System sowie auf die Paardimension und die Verbindung zum Lustsystem sind auf übersichtliche Weise Interventionen möglich,

die beim Paar tragende Evidenzerlebnisse auslösen können und darüber hinaus das eigentliche therapeutische Geschehen in die Paarbeziehung hinein verlagern – das Paar heilt sich selbst.

Das praktische Vorgehen

Die zentralen Ziele der Syndyastischen Sexualtherapie sind die Bewusstmachung der syndyastischen Dimension von Sexualität und die veränderte Bedeutungszuweisung von sexueller Erregung/Lust. Dies ist nur zu erreichen durch plausible Evidenzerlebnisse der Patienten/ Paare, die in die Lage versetzt werden, ihre Intimität als effektive Möglichkeit zur Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse nach Nähe, Wahrgenommen- und Angenommensein zu erleben. Nur dadurch ergeben sich Veränderungen der bisherigen „sexuellen Weltanschauung“. Es müssen neue, ganz konkrete und als stimmig empfundene Erfahrungen gemacht werden. Dabei ist es unumgänglich, dass das Paar sich diese neuen Erfahrungen „organisiert“.

Es geht dann um die Einübung verbesserter körpersprachlicher Kommunikation zu verabredeten Zeiten, die für die Paare derartige neue Erfahrungen eröffnet. Dies wiederum setzt in der Regel voraus, dass die Kommunikation innerhalb des Paares an sich verbessert werden muss. Die ersten gemeinsamen Erfahrungen werden also oft die Paarkommunikation als solche betreffen. Dies weist schon auf die Bedeutung der Zeit zwischen den Therapiesitzungen hin, in denen die Patienten/Paare die eigentliche Arbeit zu ihrer Situationsveränderung leisten. Sie realisieren dabei letztlich das, was sie sich selber als sinnvollen Erfahrungsschritt von Sitzung zu Sitzung vorgenommen haben.

Insofern kann man dies als „selbstverschriebene Erfahrung“ oder als gemeinsam gefassten Vorsatz bezeichnen. Hierin liegt auch der Unterschied zu der bisher verbreiteten Terminologie, in der von „Hausaufgaben“, „Übungen“, „Sensualitätstraining“ oder auch „verschriebenen Erfahrungen“ die Rede ist. Bei der syndyastischen Fokussierung ist es gerade nicht so, dass der Therapeut die Erfahrungen für das Paar organisiert und diesem gewissermaßen auferlegt, sondern das Paar findet für sich selber einen Weg, um die Erfüllung der Grundbedürfnisse und schließlich deren Verknüpfung mit sexueller Erregung und Lust erleben zu können. Auf diesem Weg wird es vom Therapeuten begleitet.

Daraus ergibt sich ein weiterer wesentlicher Unterschied zur klassischen Sexualtherapie, indem

diese nämlich eine Art „Stufenprogramm“ zur Erreichung eines „Endziels“ (der wiederhergestellten sexuellen Funktion) vorsieht. Die verschiedenen „Vorstufen“ sind dadurch nur Mittel zum Zweck, während nach dem syndyastischen Therapiekonzept die Therapieziele auf jeder Stufe erreichbar sind: Mit jedem Erfahrungsschritt kann das Paar die Behandlungsziele bereits vollständig erreichen und es ist Aufgabe des Therapeuten, dies adäquat zu vermitteln.

Intimkommunikation als explizite Erfüllung der Grundbedürfnisse ermöglicht die Integration von Lust in Beziehung; dies geschieht auch durch die Akzeptanz des Anderen in seiner Geschlechtlichkeit (sexuell-körpersprachliche Vermittlung der Botschaft: „Ich halte viel von dir“).

Allerdings ist es unabdingbar, vor Beginn einer Behandlung das praktische Vorgehen genau zu besprechen und die wichtigsten Rahmenbedingungen abzuklären, weil deren Einhaltung für den Erfolg der Behandlung von Bedeutung ist. So müssen sich die beiden Partner über den Zeitraum der Behandlung auf einander und auf die neuen Erfahrungen konzentrieren können, es dürfen deshalb keine sexuellen Außenbeziehungen bestehen, und der Kinderwunsch sollte kein zentrales Thema sein.

Dies ist in aller Regel auch leicht zu vermitteln, weil der Zeitraum einer Behandlung selten 3-6 Monate übersteigt. Ebenso wäre es nutzlos, mit der Syndyastischen Sexualtherapie zu beginnen, wenn das Paar gar keine Möglichkeiten hat, neue Intimerfahrungen miteinander zu sammeln. Deshalb auch dieser Punkt vor Beginn einer Therapie verbindlich geklärt werden.

Bei gleichgeschlechtlich orientierten Paaren sind hier insofern Modifikationen zu erwägen, als die typischen Geschlechtsunterschiede im Sexualverhalten bei den Partnern mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht komplementär auftreten.

Folglich ist damit zu rechnen, dass bei einem männlichen Paar beide Partner eine höhere Bereitschaft zu okkasionellen Sexualkontakten aufweisen und in der Bedeutungserteilung für „Seitensprünge“ möglicherweise gleichermaßen gelassen reagieren können, mithin die syndyastische Erfüllung innerhalb der Beziehung nicht in Frage stellen.

Dies aber ist der entscheidende Punkt: Nur wenn die – eben bei beiden Geschlechtern unabhängig von der sexuellen Orientierung bestehenden – biopsychosozialen Grundbedürfnisse frustriert werden, ist die Beziehung gefährdet. Die syndyastische Dimension in der Partnerschaft kann jedoch auf vielerlei Weise gestärkt werden, nämlich immer dadurch, dass die Partner jeweils das Gefühl haben, vom anderen wirk-

lich gemeint, ernst- und angenommen zu werden und wenn sie sich miteinander sicher fühlen. Wenn ein sexueller Außenkontakt authentisch für beide keine Verunsicherung bedeutet (was bei gegengeschlechtlich orientierten Paaren praktisch nie der Fall ist), ist das syndyastische Erleben daher nicht bedroht.

Dennoch bleibt die sexuelle Kommunikation eine besonders intensive Möglichkeit, syndyastische Erfüllung zu finden, und dies gilt auch für gleichgeschlechtliche Paare, bei denen die Vertrautheit in der gemeinsamen Intimität regelhaft eine stärkere Erlebnistiefe aufweist als bei sexuellen Gelegenheitskontakten.

Für die praktische Arbeit bedeutet dies, die Exploration der Bedeutungszuweisung für die verschiedenen Dimensionen von Sexualität sorgfältig vorzunehmen und daraus gegebenenfalls entsprechende Modifikationen abzuleiten, sofern diese die Erreichbarkeit der Therapieziele, insbesondere die Bewusstmachung der syndyastischen Dimension von Sexualität, nicht gefährden.

Die zur Verbesserung der sexuellen Kommunikation nachfolgend beschriebenen Erfahrungsschritte orientieren sich im Ablauf an den sog. „Sensate-Focus-Übungen“ (dem Sensualitätstraining nach Masters & Johnson), erhalten aber eine neue Bedeutungsdimension. Sie müssen zunächst als körpersprachliche Kommunikation erarbeitet und begriffen werden, so dass sie von Anfang an mehr sind als ein Training aller Sinnesfunktionen, nämlich zugleich eine persönliche körpersprachliche Kommunikation und Begegnung. Bevor dies verstanden worden ist, sollte mit diesen Erfahrungsschritten (die keine „Übungen“ sind, denn man kann nicht „übungshalber“ in Beziehung treten, wohl aber „Einübungen“ von Beziehung) nicht begonnen werden.

Dennoch könnte, äußerlich betrachtet, von Art und Abfolge der Interventionen her der Eindruck entstehen, dass es sich bei der Syndyastischen Sexualtherapie um „nichts Neues“ handelt. Vom Bedeutungserleben und der Zielsetzung her gesehen liegt der Fokus jedoch auf der existenziell entscheidenden Ebene der unverzichtbaren psychosozialen Grundbedürfnisse, was die Sexualität in einen erweiterten Sinnzusammenhang stellt. Damit kommt es – anders als in der klassischen Sexualtherapie – gerade nicht auf „Übungen“ an, die am Ende der Therapie beeinträchtigte Sexualfunktionen wieder verfügbar machen sollen, sondern auf die gegenseitige Erfüllung der Grundbedürfnisse (syndyastische Dimension) für beide Partner in ihrer ganzen Beziehung, das heißt einschließlich ihrer gemeinsamen Intimität – gegebenenfalls trotz beeinträchtigter Sexualfunktion.

Interventionen zur Erreichung des Therapiezieles „Veränderte Bedeutungszuweisung für sexuelle Erregung/Lust“

- ▶ Die Auseinandersetzung mit sexueller Erregung und Lust wird im weiteren Verlauf der „Einübungen“ (gewollt) zum Thema.
- ▶ Dies geschieht jetzt aber vor dem Hintergrund der bewusstgemachten beziehungsorientierten Dimension der Sexualität: Den Partnern ist klar, dass sie sich durch Intimität gegenseitig Grundbedürfnisse (nach Nähe, Angenommensein etc.) erfüllen.
- ▶ Die Lust tritt hier hinzu und wird daher mit der Beziehungsebene verknüpft, weil sie sich auf der Basis gegenseitiger Annahme ereignet. Praktisches Beispiel: Der Mann berichtet über seine Freude an aufgetretener sexueller Erregung. Auf die Frage zur Bedeutung der Frau in diesem Zusammenhang („Welche Rolle hat jetzt eigentlich Ihre Frau gespielt?“ oder: „Könnte es auch eine andere sein?“) bringt er deren besondere Rolle zum Ausdruck.
- ▶ Durch die Fragen „Was heißt das für das Erleben der Lust?“ und „Was heißt das für das Erleben der Beziehung?“ lassen sich Qualität von Beziehung und Lust als wechselseitig verstärkend erfassen (Der Mann wird mit seiner Lust von der Frau angenommen; er kann das Gefühl haben, in seiner Geschlechtlichkeit von ihr akzeptiert zu werden)

Erster Schritt: Gegenseitiges Entdecken unter Ausparung von Brust und Genitalien

Die Vereinbarung, die erogenen Zone von Brust und Genitalien sowie den zumeist problembelasteten Koitus zunächst aus der körpersprachlichen Kommunikation auszuschließen (sog. „Koitusverbot“ bei Masters & Johnson), ergibt sich meist sinnvollerweise aus der Besprechung der konkreten Situation und wird oft spontan vom Paar selbst vorgeschlagen. Sie gibt zum Beispiel der lustlosen oder sexuell aversiven Partnerin die notwendige Sicherheit, dass aus einer Zärtlichkeit Erfüllung von Grundbedürfnissen nicht „mehr wird“ oder „dass es in Sex enden“ muss.

Der Mann mit Erektions- und/ oder Orgasmusproblemen erhält die Sicherheit, dass er „nichts falsch machen“ kann und braucht sich nicht zu sorgen, dass es „wieder nicht klappt“. In aller Regel – wie immer gibt es seltene Ausnahmen – ist der strikte Ausschluss des Geschlechtsverkehrs die Voraussetzung, um auf der kommunikativen Ebene der Grundbedürfnisse wirklich neue Erfahrungen machen zu können, die ihren Wert in sich selbst haben und nicht als „Vorstufe zum Eigentlichen“ entwertet werden.

Zweiter Schritt: Einbeziehen der weiblichen Brust

Wiederum in einer lustvoll-erkundenden und nicht auf sexuelle Erregung ausgerichteten Weise kann als nächster Schritt die weibliche Brust in das Erkunden und Streicheln einbezogen werden. In kommunikativer Bedeutung kann das „Befassen“ mit dieser besonderen Zone der Weiblichkeit z.B. Akzeptanz,

Attraktivität, Einladung und die Freude, willkommen zu sein, zum Ausdruck bringen, also wiederum gegenseitige Annahme, die sich nicht auf den Sexappeal beschränkt.

Dritter Schritt: Einbeziehen der Genitalregion

Im folgenden Schritt bleibt der Koitus weiterhin ausgeschlossen, aber nun können die Geschlechtsorgane in das spielerische Streicheln mit einbezogen werden. Inzwischen sollte die Unterscheidung zwischen zielgerichtetem „Mittel zum Zweck“ der sexuellen Erregung und „zwecklosem Spiel“ im Rahmen der körpersprachlichen Kommunikation dem Paar deutlich geworden sein, so dass beglückende Erfahrungen auch ohne Erektion und/oder Orgasmus gemacht werden können.

Dabei kommt es auch darauf an, dass beide Partner die gemeinsame Verantwortung für eine zufriedenstellende Intimität übernehmen (und darum z.B. dem anderen durch Handführen direkt zeigen, wie sie gerne gestreichelt werden möchten). Dies befördert die Erreichung des wesentlichen Ziels der Behandlung: Die Bewusstmachung der syndyastischen Dimension.

Vierter Schritt: Spielerischer Umgang mit Erregung

Wenn nun die Lust hinzutritt, wird sie ebenfalls mit der Beziehungsebene verknüpft, weil sie sich auf der Basis gegenseitiger Annahme ereignet. Auf diese Weise ist den Paaren verständlich zu machen, dass sie eine syndyastische Verstärkung ihrer Lust bzw.

eine lustvoll-orgastische Verstärkung der Beziehung erfahren können.

Aus therapeutischer Sicht geht es also um eine Verknüpfung der Lustdimension mit der syndyastischen Dimension, d.h. um eine veränderte Bedeutungszuweisung für sexuelle Erregung und Lust.

Fünfter Schritt: „Nicht-fordernder“ Koitus

Als nächster Schritt kann die Aufnahme der geschlechtlichen Vereinigung erfolgen, aber immer noch zu dem Zweck, sich und die eigenen Reaktionen besser kennen zu lernen und mit dem Partner neue Erfahrungen zu machen, um zum Beispiel die körpersprachlichen Botschaften der Vereinigung wie in „Zeitlupe“ bewusst zu erleben, Ängste zu verlieren, Sicherheit zu gewinnen etc.

Mit dem nicht-fordernden Koitus (gelegentlich als „Quiet Vagina“ bezeichnet) geht es also noch nicht um den spontanen vollen Verkehr. Dieser Schritt kann auch bei der Behandlung des Orgasmus praecox Anwendung finden.

Sechster Schritt: Spontaner, voller Koitus

Spätestens hier sollte die Verknüpfung von syndyastischem und Lustsystem so gefestigt sein, dass sie internalisiert bleibt, auch wenn nicht jedes Mal daran gedacht wird.

Das Erleben sexueller Lust sollte bewusst im Rahmen erfüllter Grundbedürfnisse erfolgen und dadurch intensiver und intimer erfahrbar geworden sein. Sex und Liebe sollten nicht mehr getrennt sein, sondern eine Einheit von Lust und Liebe bilden.

Erst in dieser Einheit kann sich Lust wirklich frei entfalten, solange die Kommunikation als stimmig

empfunden wird.

Wie in der klassischen Sexualtherapie sind **spezielle Behandlungselemente** wie z. B. die „Stopp-Start“ oder „Squeeze“-Technik auch bei der Syndyastischen Sexualtherapie integrierbar, müssen jedoch vor dem Hintergrund des auf der beziehungsorientierten Dimension von Sexualität liegenden Behandlungsschwerpunktes verstanden werden. So stimuliert die Partnerin den Penis bis kurz vor den Erregungshöhepunkt, benötigt aber die Rückmeldungen des Partners, um im richtigen Moment zu unterbrechen; dies gelingt vor allem dann, wenn sie sich durch den Beziehungshintergrund wirklich einbezogen und nicht als „austauschbare Physiotherapeutin“ fühlt. Wie schon mehrfach betont wurde, darf dieses Programm nie „kochbuchartig“ verordnet werden, sondern kann individuell unter Mitsprache des Paares vielfältig variiert werden.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die verschiedenen Erfahrungsschritte der Syndyastischen Sexualtherapie nicht zu dem Fehlschluss führen dürfen, erst auf der letzten „Stufe“ (Koitus) werde das Therapieziel wirklich erreicht, denn jeder einzelne Schritt trägt die Therapieziele bereits in sich und kann eine verbesserte sexuelle sowie partnerschaftliche Beziehungszufriedenheit zum Ausdruck bringen.

Man könnte sagen, dass die ersten drei Erfahrungsschritte bevorzugt der Verdeutlichung der syndyastischen Ebene des sexuellen und partnerschaftlichen Zusammenspiels dienen, während die Schritte 4-6 die Möglichkeit geben, sowohl die syndyastische Verstärkung der Lust als auch die lustvoll-orgastische Verstärkung der Beziehung konkret zu erfahren. Auch das Ausklingen der (für viele neuen) Intimerfahrung ist dann durch dieses Erleben gekennzeichnet.

Eine ausführliche Darstellung des Therapieverfahrens einschließlich konkreter Beispiele seiner Umsetzung findet sich in dem Buch *Lust in Beziehung* (Beier & Loewit, 2004).

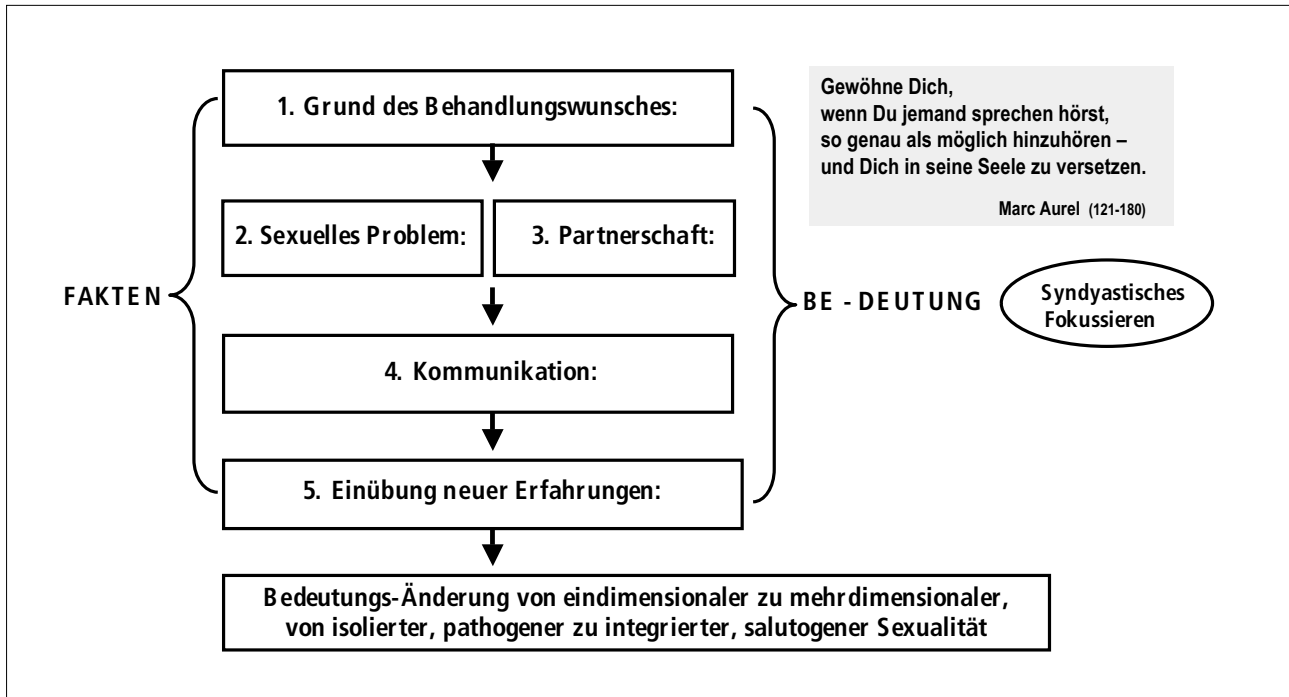


Abb. 1 Leitfaden für Syndyastisches Fokussieren. Die Schwerpunkte 1.– 5. sind als ständig wiederkehrende Themen zu verstehen und nicht nacheinander abzuarbeiten !

1. Grund des Behandlungswunsches

Sexual- oder Beziehungsproblem vordringlich?
Was führt Sie (gerade jetzt) zu mir? Was möchten Sie erreichen?

2. Sexuelles Problem

a) Klassische Sexualanamnese (Differential-) Diagnose, Verlauf [DSM IV; ICD10]

b) Präferenzstruktur
 Sexuelle Orientierung, Ausrichtung, Neigungen, Verhalten

c) „Sexuelle Welt-Anschauung“

Was würden Sie als Ergebnis Ihrer „Sexualerziehung“ bezeichnen?
Grundverständnis: Biopsychosozial, Drei Dimensionen: Beziehung, Fortpflanzung, Lust,
Subjektive Bedeutungserteilung: isoliert / integriert? pathogen / salutogen?

Weiterführende Frage:
 Wie wirkt sich das alles auf ihre Beziehung insgesamt aus? **Oder:** Wie glauben sie hängt die Störung mit ihrer Beziehung zusammen? **Und:** Was ist für sie in einer Partnerschaft unverzichtbar?

3. Partnerschaft

Bilanz aus syndyastischer Erfüllung versus syndyastische Frustration, jeweils im Alltag und im Sexuellen

Wahrgenommen-/ begehrt werden Achtsamkeit, Interesse	↔	Übersehen werden, Desinteresse
Offenheit, Vertrauen	↔	Verschlossenheit, Misstrauen
Nähe, Wärme, Kontakt	↔	Distanz, Kälte, Einsamkeit
Freiraum lassen, Grenzen respektieren	↔	Einengung, Grenzüberschreitungen
Geborgenheit, Sicherheit	↔	Angst, Zweifel, Unsicherheit
Insgesamt: Annahme	↔	Ablehnung

Weiterführende Frage:

Sprechen sie miteinander darüber? Kennen sie Ansichten u. Gefühle d. Anderen?
Wie sagen und zeigen sie sich, bzw. woran erkennen sie die jeweiligen Botschaften?

4. Kommunikation

- a) Verbal: Wieweit spiegelt sich die bisherige Thematik wider?
Kann auch über Sexuelles, Wünsche, Gefühle gesprochen werden
- b) Nonverbal: Körpersprache.
Wird sie bewusst wahrgenommen und „übersetzt“?
Z.B.: Zärtlichkeiten: Welche und was heissen sie?

Weiterführende Frage:

Sehen sie Zusammenhänge zwischen Kommunikation u. Sexualität, zwischen Zärtlichkeit und „Sex“? Welche ?

- c) Wenn nötig Hinführung zu, jedenfalls Verdeutlichung von sexuellem Erleben als Körpersprache, z.B. Übersetzung des Koitus (analog zu 3.) als intensivste Form von Zärtlichkeit mit denselben Inhalten: Neue Bedeutung bzw. Sinndimension und mehrdimensionale Lust!

5. Einübung neuer Erfahrungen

Konkrete Umsetzung von Veränderungswünschen des Paares ab der ersten Therapiestunde

- a) allgemein: (z. B.: Kommunikationsverbesserung, gemeinsame Unternehmungen, mehr Zärtlichkeit)
- b) sexuell: schrittweises Erleben sexueller (extragenitaler und genitaler) Kommunikation in neuer Bedeutung, Erleben von orgasmischer und Beziehungs-Lust. Vermeidung von Störfaktoren (rote Lampe) Vorgehen analog zu Masters & Johnson, aber ⇒
- c) das Therapieziel: die Beziehungszufriedenheit insgesamt zu erhöhen ist bei jedem Schritt voll erreichbar und dient zugleich der Behebung der sexuellen (Funktions-)Störung.

Abb. 2 Leitfaden für Syndyastisches Fokussieren, Umsetzung. Die Schwerpunkte 1.- 5. sind nicht als in dieser Reihenfolge „ein für allemal“ abzuarbeitende, sondern als immer wiederkehrende wesentliche Themen- bzw. Aufgabenbereiche zu verstehen

Literatur

- Ahlers, Ch.J., 2001. Homosexuelle Männer als Opfer von Gewalttaten. *Sexuologie* 8 (3/4), 145–90.
- Althof, S.E., 1989. Psychogenic impotence: treatment of men and Couples. In: Leiblum & Rosen (eds).
- Arentewicz, G., Schmidt, G., 1993. Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie 3. Aufl. Stuttgart, Enke.
- Balint, M., 1965. Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Huber, Klett, Bern/Stuttgart.
- Barbach, J., 1974. Group treatment of preorgasmic women. *J Sex Marit Therap* 1, 39–45.
- Barbach, J., 1980. Group treatment of anorgasmic women. In: Leiblum, S., Pervin, L. (eds). *Principles and Practice of Sex Therapy*. New York, Guilford.
- Bartels, A., Zeki, S., 2004. The neural correlates of maternal and romantic love. *NeuroImage* 21 (3), 1155–66.
- Beier, K.M., 1999. Sexualmedizin – Berufsbegleitende Fortbil-

- dung mit Zertifikat. Dt Ärztebl 96 (33), A 2075–77.
- Beier, K.M., Loewit, K., 2004. Lust in Beziehung. Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie. Berlin, Heidelberg, Springer.
- Bräutigam, W., Clement, U., 1989. Sexualmedizin im Grundriß, 3. Aufl. Stuttgart, Thieme.
- Buddeberg, C., 1996. Sexualberatung. Eine Einführung für Ärzte, Psychotherapeuten und Familienberater, 3. erw Aufl. Stuttgart, Enke, 38ff.
- Clement, U., 1985. Männergruppen – Frauengruppen. Zur therapeutischen Relevanz eines großen Unterschieds. Sexualmed 14, 504–11.
- Deneke, F.W., 1999. Psychische Struktur und Gehirn. Die Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten. Stuttgart: Schattauer.
- Dressing, H., Kühner, Ch., Gass, P., 2004. Stalking: Ärzte als Ansprechpartner. Dt Ärztebl 101 (43), A 2862–64.
- Egle, U.T., Hoffmann, S.O., Steffens, M., 1997. Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. Nervenarzt 68, 683–95.
- Hartmann, U., 1992. Quo vadis, Sexualtherapie? Die Medicalisierung sexueller Störungen und ihre Konsequenzen. In: ProFamilia (Hg) Zwischen Lust und Unlust: Unsicherheiten mit dem Sexuellen. Frankfurt/M, ProFamilia.
- Hartmann, U., 1994. Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion. Theoretische Grundlagen und Praxisempfehlungen aus einer multidisziplinären Spezialsprechstunde. Bern, Frankfurt/M.
- Hartmann, U., 1995. Die kombinierte psycho-somatische Behandlung erektiler Dysfunktionen. Psycho 21, 651–57.
- Hauch, M., 1994. Gewalt in der Liebe. Zs Sexualf 7, 121–145.
- Hoyndorf, S., Reinhold, F., Christmann, F., 1995. Behandlung sexueller Störungen. Weinheim, Beltz.
- Kaplan, H.S., 1979. The New Sex Therapy. New York, Brunner & Mazel.
- Lange, C., 1992. Lust, Macht und Gewalt in ganz alltäglichen Beziehungen. Verhaltenstherap psychosoz Praxis 24, 287–95.
- Langer, D., Hartmann, U., 1992. Psychosomatik der Impotenz. Stuttgart, Enke.
- Langer, D., 1988a. Erektionssprechstunde für Soma und Psyche. Sexualmed 17, 672–76.
- Langer, D., 1988b. Ein integriertes Konzept zur Behandlung von Erektionsstörungen. Nieders Ärztebl H 7.
- Laumann, E.O., Gagnon, J.H., Michael, R.T., Michaels, S., 1994. The Social Organization of Sexuality. Sexual Practices in the United States. Univ of Chicago Press.
- Leiblum, S.R., Rosen, R.C. (eds), 1989. Principles and practice of sex therapy: Update for the 1990's. New York: Guilford Press.
- Linsenhoff, A., 1990. „Übungen“ in der Psychotherapie sexueller Funktionsstörungen. Zs Sexualf 3, 231–41.
- Loewit, K., 1979. Der kommunikative Aspekt der Sexualität. Sexualmedizin 7, 971–75.
- Loewit, K., 1980. The communicative function of human sexuality: A neglected dimension. In: Forleo, R., Pasini, W. (eds), Medical Sexology. Littleton, MA, PSG Publ, 234ff.
- Loewit, K., 1981. Sexualität und Partnerschaft. In: Viefhues, H. (Hg). Lehrbuch Sozialmedizin. Stuttgart etc: Kohlhammer, 79–89.
- Loewit, K., 1994. Kommunikationszentrierte Sexualtherapie: Theorie und Umsetzung. Sexuologie 2 (1), 101–12.
- Loewit, K., Damit Beziehung gelingt: Eine realistische Sexualerziehung. Graz, Wien, Köln, Styria.
- LoPiccolo, J., 1991. Postmodern sex therapy for erectile failure. Nordisk Sexologi 9, 205–25.
- Masters, W.H., Johnson, V.E., 1966. Human sexual response. Boston: Little, Brown & Co. (dt.: Die sexuelle Reaktion. Reinbek, Rowohlt 1970.
- Montagu, A., 1987. Körperkontakt. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Ornish, D., 1999. Die Liebe heilt. Psychologie Heute 10.
- Pert, C., 1999. Moleküle der Gefühle. Körper, Geist und Emotion. Reinbek: Rowohlt.
- Rosen, R.C., Leiblum, S.R., (eds), 1995. Case Studies in Sex Therapy. New York, Guilford.
- Rosen, R.C., Leiblum S.R., Spector, I.P., 1994. Psychologically based treatment for male erectile disorder: a cognitive-interpersonal model. J Sex Marit Therap 20: 67–85.
- Schedlowski, M., Tewes, U. (Hg), 1997. Psychoneuroimmunologie. Heidelberg, Spektrum.
- Schmidt, G., Matthiesen, S., Meyerhof, U., 2004. Faktoren sexueller Aktivität in heterosexuellen Beziehungen. Zs Sexualf 17, 116–33.
- Schüßler, G. (1995) Psychosomatik/Psychotherapie systematisch. Lorch: Uni-Med Vlg.
- Schnarch, D., 1997. Passionate Marriage. New York, Holt & Co.
- Schover, L.R., Leiblum, S.R., 1994. The stagnation of sex therapy. J Psychol Hum Sex 6, 5–30.
- Uexküll, Th. v.: (Hg), 1992. Integrierte psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik, 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D., 1969. Menschliche Kommunikation. Bern etc, Huber.
- Wesiack, W. (1984) Psychosomatische Medizin in der ärztlichen Praxis. München etc: Urban & Schwarzenberg.
- Wesiack, W. (1990) Das ärztliche Gespräch: Versuch einer Strukturanalyse. In: Uexküll (Hg), 258–64.
- Wessel, J., Buscher, U., 2004. Denial of pregnancy: a population based study. Br Med J, 324, 458.
- Zilbergeld, B., 1978. Männliche Sexualität. Tübingen, dgvt.
- Zilbergeld, B., 1994. Die neue Sexualität der Männer. Tübingen, dgvt.

Adressen 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

Prof. Dr. med. Hartmut A. G. Bosinski, Sektion für Sexualmedizin, Klinikum der Christian-Albrechts-Universität, Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel

Em. Prof. Dr. med. Kurt Loewit, Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Arbeitsgruppe Sexualmedizin, Leopold-Franzens-Universität, Sonnenburgstr. 9, A-6020 Innsbruck

Beziehung und Sexualität im Kontext der Technokultur

Vibhuti B. Uzler, Robert Ananda Coordes

Relationship and Sexuality in the context of Techno-culture

Abstract

We want to put in the present article our reflections about the issues partnership, relationship and sexuality in the context Techno-Scene up for discussion. In the article we limit us to the Outdoor-Techno-Party-Scene, a small stream in the multifaceted spread of the many different electronically trends and their according life-concept.

There to we will allegorize the aspects which are conspicuous and to the relationship relevant, in the life and witness of a Techno-member.

Techno-Parties as a centre element of the Techno-culture will be described following of the sexual act.

Sexuality becomes in the witness of a techno-member a different importance. The personal significance of Techno for the individuals accrues from a more deepened and more intensive experience of relatedness to others and also to the own inner-world. Therein lies the chances but also the risks, which we are going to describe in here and to compress to a psychological model of relationship.

Like this we characterize the chance in the context Techno-Party to come to a further consciousness about the own needs in relationships. Coincident exist the menace to a narcissistic construction of a "party-family-illusion" with long term destructive effects for the individual, his ability to form relationships, and his personal development. In here the Techno-culture will be not exclusively considered as an isolated phenomenon of relationally dysfunctional individuals, but also as the expression of generic social repression.

To read into the cognitions we got in here is helpful for the practise of relationship therapy and sex therapy.

Keywords: Techno, Drugs, Relationship, Sexuality, Relationship therapy

Zusammenfassung

In unserem vorliegenden Beitrag stellen wir unsere Reflektionen zu den Themen Partnerschaft, Beziehung und Sexualität im Kontext der Technoszene und Technopartykultur zur Diskussion. Wir beschränken uns in diesem Beitrag auf die Outdoor-Techno-Party-Szene, eine kleine Strömung im facettenreichen Spektrum verschiedenster elektronischer Richtungen und entsprechender Lebensmodelle. Dazu werden die bedeutenden und beziehungsrelevanten Aspekte im Leben und Erleben eines Technoanhängers dargestellt. Technopartys als zentrales Element der Technokultur werden hier in Anlehnung an den Sexualakt beschrieben. Sexualität bekommt im Erleben von Technoanhängern einen veränderten Stellenwert.

Persönliche Bedeutsamkeit von Techno erwächst für die Individuen aus einem vertieften und intensivierten Erleben von Bezogenheit zu Anderen und auch zur eigenen Innenwelt. Darin liegen ebenso Chancen wie auch Gefahren, welche wir hier beschreiben und zu einem psychologischen Beziehungsmodell verdichten werden.

So beschreiben wir die Chance im Kontext Techno-party zu mehr Bewusstsein über die eigenen Bedürfnisse in Beziehungen zu gelangen. Gleichzeitig besteht die Gefahr der narzisstischen Konstruktion einer „Party-Family-Illusion“ mit nachhaltig destruktiven Auswirkungen für das Individuum, dessen Beziehungsfähigkeit und persönlichen Entwicklung. Die Technokultur wird hier nicht ausschließlich als isoliertes Phänomen beziehungs-gestörter Individuen betrachtet, sondern auch als Ausdruck allgemein gesellschaftliche Verdrängung

Für die Praxis der Paartherapie, Sexualtherapie und Beziehungstherapie lassen sich hilfreiche Rückschlüsse aus den hier gewonnenen Erkenntnissen ziehen.

Schlüsselwörter: Techno, Drogen, Beziehung, Sexualität, Paartherapie

Die Technokultur

Seit Anfang der 90er Jahre hat sich als Phänomen der westlichen Industrienationen eine Subkultur entwickelt, die als Technoszene bezeichnet wird. Dieser Begriff legt eine Homogenität nahe, die in Wirklichkeit nicht gegeben ist.

Die so genannte Technoszene unterteilt sich in verschiedene Strömungen und Teilbewegungen, deren Gewohnheiten, Haltungen und Rituale in starker Weise unterschiedlich sind.

Techno kennzeichnet einen bestimmten elektronischen Musikstil. Dieser lässt sich in verschiedene Richtungen, wie z.B. Goa, Gabba, House, Trance etc. unterteilen. Die Anhänger definieren sich oft sehr stark und ausschließlich über die Kontextregeln ihrer Stile. Viele der Richtungen bilden kaum Schnittmengen und ihre Mitglieder erleben sich als grundverschieden.

So sind beispielsweise Goa-Partys geprägt von bunten Farben, auffälligen Installationen, phantasievollen Dekorationen und Lichteffekten; deren Anhänger erinnern mit ihrer Bekleidung an Hippies oder Indianer. Diese Partys finden zumeist draußen oder in großen, liebevoll hergerichteten Räumen statt.

Von außen betrachtet, wirken die Menschen auf Goa-Partys eher freundlich, beziehungsorientiert, offen und friedvoll. Assoziierte, symbolische Begriffe für diese Richtung sind: Stamm, Natur, Spiritualität, Freiheit und Selbstverwirklichung.

Es gibt viele Anhänger, die ihre Lebensweise komplett danach ausrichten und sich in renovierten, selbst hergerichteten Bau- oder Lastwagen von Party zu Party bewegen. Fast im Gegensatz dazu ist Gabba ein rein urbanes Phänomen.

Die Gabba-Anhänger treffen sich zu ihren Partys in dunklen Kellern, verlassenen Fabrikhallen oder Industrieanlagen. Die Musik auf Gabba-Partys ist geprägt durch schnelle, harte und monotone Rhythmen. Deren Anhänger kleiden sich uniform in schwarz oder im Militärstil. Gabba-Partys erinnern an Krieg, Verlassenheit, Weltuntergang, so als würden die Mitglieder die dunklen Seiten urbaner Isolation zum Ausdruck bringen und zelebrieren.

Die Unterschiede drücken sich auch im Konsumverhalten von Drogen, durch die Anhänger der Szenen aus. Auf Goa-Partys werden vorrangig psychotrope Substanzen wie LSD, Psilocybin (halluzinogene Pilze) und Extasy (XTC/ MDMA) genommen – die Konsumenten suchen zumeist nach Bewusstseins- und Wahrnehmungsveränderung, Körper- und Beziehungssensationen. In den Dekorationen auf diesen Partys, finden sich Abbilder und Anspielungen auf

diese Substanzen. Ein klassisches Goa-Symbol ist z.B. der „magische Pilz (Magic Mushroom)“.

Die Anhänger von Gabba-Partys konsumieren vor allem aufputschende Mittel wie Amphetamine und Kokain. Auch wird auf diesen Partys im Gegensatz zu Goa-Partys mehr Alkohol getrunken. Die Anhänger finden darüber zum Ausdruck ihrer Aggressivität, die sich besonders auch in Symbolen auf den Veranstaltungen wieder findet. Klassische Gabba-Symbole sind der Totenkopf, Maschinengewehr und Metallformen.

Interessante Impressionen erhält man auch, wenn man allein die Titel von Musikveröffentlichungen und Diskjockeys nebeneinander stellt. Auf Gabba-Seiten finden sich Bezeichnungen wie „emotions stole my face“, „kill your brain“, „kopfkrank“, „cerebral destruction“ oder „qualkommando“: Während Partyveranstalter und Produzenten der Goa- oder Trance-Szene ihre Veröffentlichungen eher mit Begriffen wie „liquid sunshine“, „naturepeople“, „spirit base“, „Akascha“ oder „Kinder der Erde“ betiteln.

Unserer Ansicht nach spielen Drogen in der gesamten Technoszene immer eine zentrale Rolle. Somit sind sie aus den folgenden Schilderungen der Beziehungsdynamik im Kontext Technoszene nicht wegzudenken.

In unserem Artikel beschränken wir uns auf unsere subjektive Wahrnehmung und Einschätzung eines Teils der Berliner Goa- und Outdoor-Party-Szene.

Wir begrenzen uns in unserem Beitrag auf eine Personengruppe, die sich durch eine bestimmte innere Haltung und ein bestimmtes Selbstverständnis charakterisieren lässt. Zur Illustration der Haltung sei ein Auszug von der Website¹ einer Outdoor-Party-Gruppe, welche sich als Stamm definiert, zitiert:

„In einem gewissen Sinne sind wir Revolutionäre, aber das ist ein Begriff der inzwischen mit zu vielen Bedeutungen belegt ist, die uns fern sind. Ausgehend von einer Verbindung von Psychedelika, Marxismus und Stammeskultur nennen wir uns viel lieber weltreisende AbenteurerInnen. Wir sind stark von der Lebenshaltung von Stammesvölkern, darunter besonders von afrikanischen Stämmen beeinflusst.“

Weiterhin steht zur Bedeutung von Techno steht an selber Stelle: *„Techno ist ein verbindender kreativer Kanal zwischen den fließenden Energien vergangener Kulturen und dem Underground der Gegenwart.“*

Die Konzentration auf die „Kraft des Rhythmus“ soll in Anlehnung an afrikanische Stammestänze dazu führen, *„über einen Trancezustand tiefer in dein Unterbewusstsein“* einzudringen.

¹ Quelle: <http://cyberrise.de/spiral.htm>, Zugriff: 19.04.2007.

Techno als kosmischer Sexualakt

Techno in dem oben beschriebenen Kontext, ist nicht auf das regelmäßige Besuchen von Veranstaltungen beschränkt. Ein Techno-Anhänger geht nicht – wie beispielsweise ein Anhänger einer bestimmten Musikgruppe – aus seinem Beziehungsalltag hinein in die Abwechslung einer Veranstaltung, um sich dann wieder in den Beziehungsalltag zu integrieren. Er erlebt seine Aktivitäten nicht als isoliert, sondern als Teil einer Bewegung².

Obwohl im Leben eines Techno-Anhänger Partys ein zentrales Element sind, symbolisieren sie lediglich den vollendeten und praktizierten Ausdruck einer Mentalität, eines Lebensgefühls und einer Lebenshaltung. D.h., wir haben nicht den Eindruck, dass Techno-Anhänger auf ihren Partys ausschließlich Entlastung oder Ablenkung für ihren Alltag suchen.

Wir wollen im Folgenden unsere Hypothese illustrieren, dass Techno für viele Beteiligte den Aufbruch in eine neue Form der Beziehungsrealität und Gemeinschaftlichkeit bedeutet und auch den Ausbruch aus der bürgerlichen Alltagswelt mit ihren Zuschreibungen und Werten markieren soll. Im Technokontext wird eine Beziehung „höherer Ordnung“ angestrebt und erlebt, eine Gemeinschaftlichkeit, die sich durch Verbundenheit, Trance/Ekstase und leistungsunabhängige Solidarität auszeichnet. Wir glauben, dass hier ein allgemein-menschliches und archaisches Bedürfnis zum Ausdruck kommt, das unserer Meinung nach besonders im wissenschaftlichen Diskurs stark unterbewertet bleibt. Nach unserer Erfahrung jedoch ist eben dieses Streben zentral für das Verständnis und die Therapie von Paarbeziehungen.

In vielen Kulturen gab oder gibt es gemeinschaftliche Rituale, wie Trancezeremonien oder Stammestänze, in denen die Verwurzelung des Einzelnen in der Gemeinschaft zelebriert wird. Es existiert ein kultureller Raum für konkrete, spirituelle Erfahrungen mit einer höheren, Sinn gebenden Instanz. In unserem Kulturkreis fehlt dieser Raum für derartige transzendente Erfahrungen und damit auch die Möglichkeit, seine individuelle Identität in dieser Weise zu erfahren. Viele Techno-Party-Organisatoren kritisieren das Fehlen dieses gesellschaftlichen Raumes für individuelle und spirituelle Entwicklung. In den offiziellen Darstellungen der Szene wird zumeist eine antikapitalistische Vision von Solidarität entwickelt.

Zur Illustration sei hier ein Zitat aus dem Selbstverständnis eines Techno-Outdoor-Party-Veranstalters³ genannt:

„Die Zustände, die das Leben und Arbeiten der allermeisten Menschen in Deutschland bestimmen, erlauben ein selbstbestimmtes und solidarisches Dasein allenfalls für wenige NischenbewohnerInnen. Dabei steht eine fortschreitende Anpassung dieser Zustände an die kapitalistische Verwertungslogik im Vordergrund. Anders ausgedrückt: Menschen und ihre Handlungen werden in Geldwert und Nützlichkeit gemessen.

Konkurrenz, Ausgrenzung, Kommerzialisierung und Vereinsamung bestimmen zunehmend das Bild. Verworfen werden dabei Solidarität und soziales Handeln, Arbeit aus anderen als finanziellen Motiven, aber auch Inhalte wie schlecht zu vermarktende Bereiche von Kunst und Kultur.“

Auf der Website eines anderen Berliner Party-Veranstalters wird eine regelmäßige Party dort als „Family Gathering“⁴ bezeichnet.

Besonders zwei Elemente bei oben genannten Zitaten deutlich: eine gefühlte Unterdrückung des individuellen Ausdrucks durch die gesellschaftlichen Verhältnisse und die kapitalistische Beziehungslosigkeit einerseits und die Suche nach einer eigenen Form „familiärer“ Identität andererseits.

Wir werden nun das Ritual „Techno-Party“ anhand der intra- und interindividuellen Beziehungs- und Sexualprozesse skizzieren. Ziel ist es, ein psychologisches Beziehungsmodell in diesem Kontext zu entwerfen, welches ermöglicht, die sich in dieser Szene ausdrückenden Bedürfnisse, auch auf andere Beziehungen zu übertragen.

Betrachtet man die Szene von extern, so scheint nur schwer nachvollziehbar, dass sich hinter der Fassade einer Technoparty ein Beziehungs- und Erfahrungsraum verbirgt, den die Mitglieder zumeist erstmalig in ihrem Leben in dieser Qualität erleben. Das gesamte Ritual Techno-Party ist stark emotional aufgeladen und kann metaphorisch in Anlehnung an einen Sexualakt beschrieben werden:

In Vorfreude auf eine Party erlebt sich der Teilnehmer fast wie verliebt. Er hat Schmetterlinge im Bauch und aufgeregtes Herzklopfen. Gleichzeitig wird er dabei oft von einer Erregung begleitet, die der sexuellen Erregung beim Vorspiel gleichkommt.

² Quelle <http://cyberrise.de/spiral.html>, Zugriff: 19.04.2007.

³ Quelle: <http://www.u-site.de/system.htm>, Zugriff 19.04.07.

⁴ Quelle: <http://www.u-site.de/system.htm>, Zugriff 19.04.07.

In Erwartung auf ein tief berührendes und gefühlintensives Erlebnis, bereitet er sich liebevoll auf das bevorstehende Ereignis vor. Alleine die Vorbereitung auf den Partybesuch versetzt den Teilnehmer in einen Bewusstseinszustand, der sich stark von seinem alltäglich bekannten unterscheidet. Dieser Zustand wird dann vor Beginn der Party durch Einnahme bestimmter Substanzen intensiviert.

Vielfach wird der Zeitpunkt der Drogeneinnahme bewusst gewählt. Der Partybesucher zelebriert z.B. gemeinsam mit anderen Partygängern und Freunden den Beginn des Abends mit der ersten geteilten Ekstasy-Pille, oder begibt sich nach Ankunft auf die gemeinsame Drogensuche. Partydrogen werden dann in Absprache mit Freunden oder sogar gemeinsam konsumiert.

Im Rausch von Drogen und Tanz eröffnet sich den Techno-Anhängern auf dem Party-Höhepunkt eine intensive, erotisierte Beziehungsrealität und Lebendigkeit.

Man erlebt sich unausgesprochen als Teil einer Familie – vereint sich im gemeinsamen Tanz, ist bewegt durch brachiale Rhythmen und schreit gemeinsam und ausgelassen vor Freude. Berauscht erlebt man ungeahnte Leichtigkeit und ein vollkommen neuartiges Körpergefühl. Man erlebt sich als verbunden und erfüllt, erfreut sich an seinen eigenen Bewegungen, seiner eigenen Körperlichkeit und der Begegnung mit anderen. Es eröffnet sich ein ganzkörperliches, sexuelles Erlebnis, das zumeist weit über die bisher in Beziehungen gemachten Erfahrungen der Beteiligten hinausgeht.

Fernab der oft stark eingeengten Alltagswirklichkeit erlebt der Partygänger einen völlig neuartigen inneren Raum, in dem er sich als kommunikativ, ekstatisch und begehrt erlebt. Beziehungen mit anderen erscheinen leicht und natürlich. Oft erfahren die Beteiligten durch das stundenlange Tanzen entäußerte Bewusstseinszustände, in denen optische Eindrücke und emotionale Regungen intensiver werden.

Die Partyfreunde werden in diesen Gefühlen zu Weggefährten und Verbündeten auf einem gemeinsamen Weg. Die Party wird zum „Family Gathering“.

In diesem Kontext ist es möglich, sich zu erlauben, seine Liebe zu Freunden oder potenziellen Freunden auszudrücken, seinen Anziehungen zu folgen und somit seinen Bedürfnissen Platz einzuräumen.

Die Partybesucher erhoffen, eine Art „Idealzustand“ zu erreichen, in dem sie sich als enthemmt, ekstatisch und zugleich bezogen erleben. Körperliche Empfindungen werden intensiver, Grenzen lösen sich auf, die Besucher verschmelzen mit der Musik und ihrer Umgebung.

Diese Zustände streben Menschen auch in der bewussten sexuellen Vereinigung, dem Tantra, an. So beschreibt beispielsweise ein Tantriker die sexuelle Ekstase wie folgt:

„Wenn du in den Armen deiner Geliebten oder deiner Geliebten liegst und ihr seid in der kosmischen Energie vereint, dann ist dein ganzes System erotisiert, und du kannst an jeder Stelle deines Körpers genauso erregt sein wie in deinem Genitalbereich (...) Ich spreche nicht von einem schönen Gefühl oder davon, Zärtlichkeiten zu genießen. Ich spreche von der gesamten Explosion, die bei einem Orgasmus stattfindet. Dann gibt es keine Erschöpfung mehr. Die sexuelle Energie hat sich mit der ursprünglichen Energie verbunden, deren Quelle nie versiegt“⁵.

Ähnlich beschreiben auch viele Techno-Partygänger ihre Erlebnisse wie einen kosmischen Akt von Sexualität. Manche sprechen auch von „Gotteserfahrung“ in diesen aufgelösten Zuständen.

Somit kann gesagt werden, dass Sexualität zum sekundären Bedürfnis wird, da das umfassende sexualisierte Erleben einer Technoparty in den Vordergrund tritt.

Beziehung im Kontext der Techno-Kultur oder Extasy als Beziehungsviagra

Die Technokultur bildet eine gesellschaftliche Nische, in der spirituelle, außer-alltägliche Erfahrungen in ritueller Weise zelebriert werden. Die Beziehung zur Gemeinschaft der Freunde und potentiellen Freunde gewinnt an Bedeutung – rituelle Verbundenheit in Tanz und Musik bedingt eine Orientierung der eigenen Identität in Konzepten wie Einheit, Ursprünglichkeit und universelle Geborgenheit.

Im Party- und Technokontext und besonders unter Einfluss von psychoaktiven Substanzen wie etwa Extasy oder LSD eröffnet sich dem Individuum eine Beziehungswirklichkeit von intensiver Attraktion. Wie oben beschrieben, wird Beziehung in einem größeren Zusammenhang erfahren: man erlebt sich bezogen auf die gesamte Umgebung – Menschen, Natur und Musik. Das Bewusstsein für den eigenen Körper, die eigenen

⁵ Quelle: http://www.rainbow-spirit.de/SEITEN/Beitraege2/Barnett_sex.html, Zugriff: 27.05.07.

Regungen und die Innen- und Erlebniswelt verändert sich. Mit veränderter Selbstbeziehung geht auch eine radikale Veränderung der Umweltbeziehung einher. Der zumeist in familiären oder partnerschaftlichen Beziehungen erlebten Reglementiertheit und Enge des Handlungsspielraums tritt eine scheinbar neue Freiheit in Beziehung und Sexualität gegenüber. Man trifft sich unter dem gemeinsamen Dach der „Freiheit“, der „Liebe“, der „Lust, um lebendig zu feiern“ und der Vorstellung „einem höheren Ideal zu folgen“. Die im Kontext dieser Werte geschlossenen Beziehungen gewinnen so stillschweigende Übereinstimmung und liebevolles Wohlwollen.

Die Menschen erleben ihre Bedürfnisse nach Gemeinschaftlichkeit, Geborgenheit und Lebendigkeit als erfüllt. Dort, wo ihnen in Alltagsbeziehungen Verunsicherung oder Starre begegnen, erleben Sie auf Partys oder in der Kultur Leichtigkeit und Raum für kreativen Ausdruck und Verbundenheit. Jedoch liegt darin auch eine große Gefahr:

Die Alltagswirklichkeit tritt mehr und mehr in den Hintergrund, verliert ihren Reiz und wird abgewertet. Der Partybesucher läuft Gefahr, die Technowirklichkeit in narzisstischer Weise zu idealisieren. Der Lust des Party-Erlebnisses steht die Pflicht oder Unlust des Lebensalltags entgegen. In der Illusion eines lustvollen und intensiven Lebenswandels versucht der Partygänger, den schmerzhaften Pflichten des Alltags zu entrinnen. Damit steigt die Diskrepanz zum gesellschaftlich vermittelten Lebensangebot. Klassische, oft von elterlicher Seite geprägte berufliche und persönliche Biographien und Lebensideale werden zunehmend uninteressant.

Hingegen gewinnen Vorstellungen wie „sich selbst zu verwirklichen“, „Spaß zu haben“ und „die Zukunft auf sich zukommen zu lassen“ an Reiz.

Ein „Party-Family-Image“, das diese Werte ausdrückt, tritt so der pflichtbehafteten Realität des Alltags entgegen. In dieser Illusion wird die Erkenntnis verdrängt, dass Beziehungsfähigkeit neben Lust, auch Pflichten beinhaltet.

Der Partygänger erlebt sich zunehmend im polaren Widerspruch zwischen vermeintlicher Partyverbundenheit und Beziehungsomnipotenz auf der einen Seite und Alltags-Tristesse und Beziehungsunfähigkeit auf der anderen Seite.-

Betrachtet man den Bereich Sexualität, so steht die auf Partys vorgestellte sexuelle Freiheit quasi diametral der tatsächlichen und ohne Drogeneinfluss erlebten sexuellen Handlungskompetenz im Beziehungsalltag gegenüber. Der Kontext „Technoparty“ gibt den Teilnehmern durch seine Werte und impliziten Regeln die Erlaubnis sich sexuell zu zeigen, zu bewegen und zu

agieren. Diesen Zustand kann das Individuum ohne entsprechende Kontextmarkierungen außerhalb des Beziehungsfeldes „Technoparty“ nicht halten.

Dies führt zu zunehmenden innerpsychischen Spannungen, die das Individuum auf Grund seiner erlernten und nach wie vor wirksamen Beziehungsmuster, kaum zu integrieren in der Lage ist. Je farbiger der Möglichkeitsraum im Partykontext, desto grauer und leidvoller erlebt der Partygänger seine reale, innere Welt.

Wir stellen hier die Hypothese auf, dass eine Affinität zur Technowelt vor allem durch ein Mangel erleben in Beziehung und Sexualität bedingt ist.

Aus dem erlebten Mangel und der Verunsicherung heraus, sucht das Individuum nach Intensität und Dichte in Beziehung, Nähe und Sexualität. Im Technokontext wird so die Suche zur Sucht.

Die zunehmende Sehnsucht nach intensiven Beziehungs- und Wahrnehmungskicks überlagert die emotionale Sensibilität außerhalb des Partykontextes in sexuellen/partnerschaftlichen Begegnungen.

Ein stabiles Identitätsgefühl als Grundlage von Beziehungsfähigkeit lässt sich in diesem Spannungsfeld nicht entwickeln. Es kommt zu Frustration in der Selbst-Beziehung, wodurch eine Art Zwang entsteht, immer wieder in den Raum der grenzenlosen Möglichkeiten zurück zu kehren.

Die Konfrontation mit dem Schmerz der alltäglichen Pflichten und Beziehungswirklichkeit wird gemieden.

Damit wird aber auch die Transformation des eigenen Mangelerslebens vermieden. Kontextstabile Selbstachtung kann nur aus Konfrontation mit den alltäglichen Lebens- und Beziehungspflichten erwachsen. Ohne die Konfrontation mit den eigenen Defiziten kann das Individuum nicht wachsen und bleibt in psychischer Abhängigkeit zu Kicks von Außen.

Die Alltagswirklichkeit wird so zur Bedrohung der eigenen Lust und Mahnung an die verdrängten Beziehungsdefizite.

Keine Verdrängung vermag diese innere Polarität zu überdecken und so wird der Partygänger in den Phasen von „Nicht-Party“ an die Bereiche seiner psychischen Verdrängung erinnert und fällt auf sich zurück. Damit folgt seine Karriere einem Circulum Vicioso und wird zunehmend exzessiv und destruktiv: Mehr Party, mehr Drogen, mehr Intensität, mehr Sexualität.

Belastet durch die beschriebenen innerpsychischen Konflikte, wird Sexualität so zum Ventil angestauter Frustration und dient dem Abbau individueller Spannung anstatt realer Begegnung mit dem Beziehungspartner.

Sexualität wird zum symbolischen Akt, um sich in hilfloser Weise an die vermeintliche Verbundenheit anzuschließen und der Einsamkeit des Alltags zu entfliehen.

Abschließend kann festgehalten werden: Das Technopartyfeld bildet die Hoffnungen beziehungs-gestörter Menschen ab, einen familiären Platz von Geborgenheit, Gemeinsamkeit und Lebensfreude zu kreieren. Dieser Platz war den meisten bisher nicht zugänglich.

Unserer Ansicht nach ist die Technoszene allerdings nicht nur negativ und als Scheinwelt beziehungs-gestörter Menschen zu betrachten. Die Szene drückt ein menschliches Bedürfnis nach Gemeinschaft aus und markiert einen gesellschaftlichen Mangel an ritueller Gemeinschaftlichkeit.

Horst Eberhardt Richter⁶ schreibt zur Bedeutung von Subkulturen:

„Die neuen alternativen Jugendkulturen bringen nur augenfällig- oder eben kaum mehr augenfällig- zum Ausdruck, wie tief die Gesellschaft noch im Ganzen gestört ist. Sie artikulieren im Augenblick dasjenige Leiden, das zu den Angepaßten, als die von diesen aktuell unterdrückte und verleugnete Kehrseite gehört. Sie repräsentieren das, was die gesellschaftliche Mehrheit gewaltsam von sich ausschließt, um ihre eigne Identität bewahren zu können [...] Denn wie verwirrt, abseitig, unvernünftig, krankhaft, asozial die Erscheinungsformen der Jugendkulturen sich auch immer in den Augen der Angepaßten ausnehmen – es ist zugleich die verdeckte Verwirrung, die Abnormalität, die Unvernunft, die Krankheit und die Asozialität aller.“

Positiv ausgedrückt kann in diesem Raum, der durch Hoffnung, Solidarität und Gemeinschaft geprägt ist, auch Transformation der individuellen Defizite geschehen. In der Technoszene kann der Mut der Teilnehmer wachsen, eigene Beziehungstabus zu überwinden und mit anezogenen, hinderlichen Verhaltensweisen in Sexualität und Partnerschaft zu brechen. Es besteht die Chance, in eine neue Körperlichkeit, tiefere Selbstbeziehung und intensive Lebendigkeit zu finden.

Damit hat die Technoszene zwei bedeutende Beziehungsimplicationen: zum einen besteht erstmalig in der Entwicklung vieler Teilnehmer die Möglichkeit,

die eigenen Bedürfnisse in Beziehung wahrzunehmen. Zum anderen besteht die Gefahr der narzisstischen Konstruktion eines „Party-Family-Images“ und damit die Chronifizierung einer narzisstischen Beziehungsstörung.

Aus unserer Wahrnehmung stellt die Technoszene lediglich ein intensives Erfahrungsspektrum zur Verfügung in dessen Spannungsfeld sich die Beziehungspolaritäten der Teilnehmer intensivieren. Entweder wird so eine Lösung der eigenen Beziehungsproblematik sichtbar oder die eigene Beziehungsproblematik wird abgespalten und die Person entwickelt fortschreitende destruktive Züge.

Für uns stellt sich aus der Beschäftigung mit dieser Randkultur folgende Frage:

Wie können wir die gewonnenen Erkenntnisse bezüglich Beziehungsmuster im Kontext der Technoszene für die Fundierung einer energetischen Paar- und Sexualtherapie nutzen? Oder anders formuliert: Was können wir daraus für die Funktion und Therapie von Paarbeziehungen lernen?

Energetische Beziehungstherapie

Betrachtet man Paarbeziehungen aus der oben entworfenen Perspektive, so werden für die paar- und sexualtherapeutische Praxis mehrere hilfreiche Impulse deutlich.

Zur Erläuterung und Illustration werden wir im Folgenden auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Paarbeziehungen und Bezogenheit in der Technoszene fokussieren. Die Technokultur wollen wir hier als Ausdruck allgemein-gesellschaftlicher Verdrängung tabuisierter Beziehungsebenen verstehen, um so zu einem tieferen Verständnis von Paarkonflikten und Sexualstörungen beizutragen.

Grundsätzlich ist zu konstatieren, dass Paare erst dann den Weg in eine Paar- oder Sexualtherapie finden, nachdem sie in ihrer Partnerschaft destruktive Züge entwickelt haben.

Meist präsentieren Paare Probleme wie dauernde Streitigkeiten, Ausbruchstendenzen, latente Sprachlosigkeit oder das scheinbar unwillkürliche Entschwinden von Liebe und Leidenschaft. Eingebettet in diese Probleme findet man die gemeinsam mehr oder weniger gelebte oder eben nicht gelebte Sexualität. Sexualität kann hier unserer Meinung nach nicht isoliert betrachtet werden, sondern ist immer Ausdruck des Beziehungsstatus und damit beeinflusst durch die in der Beziehung etablierten Werte, Rituale und auch Tabus, Konflikte und Gefühle.

⁶ Richter, H.-E. (1979, 197): Der Gotteskomplex. Die Geburt und die Krise des Glaubens an die Allmacht des Menschen. Rowohlt Verlag: Reinbeck.

Oben haben wir dargestellt wie sich Technoanhänger mit der Illusion „Party-family“ identifizieren. Ähnliches lässt sich auch in Paarbeziehungen beschreiben:

Die Partner begegnen sich in ihrer Beziehung nicht frei und unbefangen, sondern immer auch aus Vorstellungen heraus, die sich im Laufe der individuellen Entwicklung und den Jahren der Partnerschaft kristallisiert und verfestigt haben. Wie Partygänger nach Verbundenheit und familiärer Geborgenheit in der Szene streben, sehnen sich Paare in der Paarbeziehung nach Verwirklichung eben dieser Bedürfnisse. Eine Entwicklungschance für das Individuum in Paarbeziehung und Sexualität liegt darin, die Erfahrung zu machen, dass seine Bedürfnisse befriedigt werden, indem der eigene Partner dazu befähigt wird. Dazu muss es lernen, ein Bewusstsein für die eigenen Regungen zu entwickeln und diese dann verbal oder/und nonverbal zu kommunizieren.

In der Arbeit mit Paaren zeigt sich uns auch eine andere Seite: Wird der Partner zum einzigen Mittel, um Geborgenheit, Lebendigkeit und Verbundenheit zu erfahren und in diesem Sinne gebraucht, so entstehen zwischen den Partnern wechselseitige Abhängigkeiten, Ansprüche und Erwartungshaltungen. Grundlage hierfür – wie bereits im Technokontext beschrieben – bleibt so ein intraindividuell erlebter Mangel an Sicherheit und Geborgenheit, aus dem heraus die Partner eine Sehnsucht nach Erfüllung dieses Mangels entwickeln.

Es besteht die Gefahr, dass der Partner instrumentalisiert wird. Im Extremfall wird er (oder treffender: die Vorstellung über ihn) zur Droge, zum Lebenselixier und zum Bezugspunkt der eigenen Lebensregungen. Die Partner definieren ihre eigenen Gefühle so zunehmend nicht unabhängig, sondern bezogen auf die wahrgenommenen verbalen und nonverbalen Äußerungen des Partners. Dadurch entsteht zwischen den Partnern ein illusionäres Szenarium, das durch tabuisierte Beziehungsaspekte, einen unausgesprochenen Verhaltenskodex und präferierte bzw. gemiedene Gefühlsäußerungen gestützt wird.

Auf der Ebene der Paardynamik zeigen sich diese verdrängten und nicht ausagierten Aspekte der Beziehung in körperlichen und mentalen Blockaden. Die Partner können sich bestimmte Verhaltensräume nicht eröffnen, werden bewegungslos, handlungsstarr und frieren in ihren Begegnungen ein. So konnten wir des Öfteren in unserer Praxis beobachten, dass beispielsweise Männer in Konfrontation mit der offen ausagierten Gefühlswelt ihrer Partnerin wie gebannt und in Regungslosigkeit verharren.

Um weiterhin die Versorgung mit Liebe sicher zu stellen, unterdrücken die Beziehungspartner aktiv Aspekte der eigenen, inneren Wirklichkeit, die scheinbar dem stillschweigend hingenommenen Beziehungsvertrag entgegenstehen

Wir beobachten, dass es vielen Paaren schwer fällt, wahrzunehmen und zuzulassen, dass sie im Laufe der Zeit dem Partner gegenüber unerwünschte Gefühle von Wut, Neid oder Verachtung entwickelt haben. Es zeigt sich, dass mit zunehmender Verdrängung bestimmter, der Illusion entgegenstehender Regungen, auch das Gefühl zunimmt, man würde in der Partnerschaft nicht das Optimum der Lebensmöglichkeiten leben. Die Sexualität entwickelt sich meist in Relation dazu: Entweder es kommt gänzlich zum Erliegen sexueller Aktivitäten oder die Sexualität wird zur „partnerschaftlichen Pflicht“ ohne Leidenschaft oder es kommt zu Ausbruchstendenzen wie sog. Seitensprüngen.

In einer einfachen Übung werden die verdrängten Regungen oft sehr schnell deutlich und dadurch eröffnet sich den Partnern die Möglichkeit, Bewusstheit in ihre Beziehungswirklichkeit zu bringen:

In dieser Übung fordern wir die Partner auf, sich so lange als möglich intensiv in die Augen zu schauen und dabei zu beobachten, welche Gefühle, Gedanken und Impulse auftauchen. Aus den Reaktionen lassen sich oft interessante Rückschlüsse ziehen. Viele Paare sehen sich nicht in der Lage, die mögliche Tiefe dieses Kontaktes zuzulassen, weichen aus, ziehen sich innerlich zurück oder meiden den Kontakt im Sinne von: „Das, was ich da sehen werde, kenne ich doch schon.“

Zumeist reicht diese Übung aus, um sich des Ausmaßes des illusionären „Beziehungs-Images“ bewusst zu werden. Im direkten Augenkontakt wird den Partnern die Widersprüchlichkeit ihrer Gefühle deutlich. So zeigen einige Partner beispielsweise ein gezwungen wirkendes Lächeln, während sich der Brustbereich verspannt.

Eine Parallele zu unserer Beschreibung der Technowelt ist auch hier deutlich: Wird die „Pflicht“, sich im Sinne der persönlichen Entwicklung von stabiler Identität und Selbstachtung, den schmerzhaften, weil verdrängten Aspekten der Partnerschaft zu stellen nicht wahrgenommen, so entwickelt die Partnerschaft – wie auch die Partykarriere des Technoanhängers – zunehmend destruktive Züge.

Unserer Ansicht nach kann eine Zweierbeziehung nur dann in erfüllender, befähigender Weise funktionieren, wenn die Beziehungspartner in stabiler Beziehung zu sich und ihren eigenen Regungen stehen und sich somit als Individuen selbst bestimmt

erleben. Energetische Paartherapie bedeutet für uns, die „Reise“ in die eigene Innenwelt zu unterstützen, um die Partner zu befähigen, sich aus dem Kontakt mit dem eigenen Selbst und den eigenen Regungen heraus als Individuen zu begegnen. Im Streben nach Selbst- Erfahrung, universeller Verbundenheit und veränderten Bewusstseinszuständen, welches sich in der Technokultur ausdrückt, liegt ein Schlüssel für das Funktionieren von Zweierbeziehungen.

Die Fähigkeit zu lieben und den Partner wahrzunehmen entwickelt sich umso stärker, je mehr in der Selbstbeziehung das Gefühl von Geborgenheit und Verbundenheit etabliert ist.

Wenn der Partner nicht mehr gebraucht wird, um den eigenen innerlich erlebten Mangel an Verbundenheit und eine innere Leere zu kompensieren, muss auch nicht mehr gefürchtet werden, dass dieser als Quelle von Geborgenheit durch das Offenbaren eigener Widersprüche abhanden kommt. Dann entsteht auch der Raum für direkte Begegnung jenseits von Vorstellungen, Tabus und zensierten Regungen und der Partner kann in seiner Bedürftigkeit wahrgenommen werden.

In der Technokultur erfahren die Anhänger die verstärkte Fokussierung auf eben diese Selbstbeziehung. Sie erleben so eine gesteigerte Sensibilität für die eigenen Impulse, Gefühle und auch Bedürfnisse. In der energetischen Paartherapie unterstützen wir diesen Perspektivenwechsel: Wir regen dazu an, in direkter Weise auf die eigene Innenwelt zu fokussieren und den wahrgenommenen Regungen in Beziehung zum Partner authentisch zu folgen.

Dadurch werden den Partnern zwangsläufig auch die in der Beziehung wirksamen Tabus bewusst. Sie erkennen die Auswirkungen auf die Qualität der Beziehung und eröffnen sich die Möglichkeit, den

Erfahrungs- und Handlungsspielraum innerhalb ihrer Beziehung zu erweitern.

Durch Überschreiten von unausgesprochenen Tabus, Auflösen festgefahrener Strukturen und dem Erweitern der Grenzen des Beziehungssystems, erfährt das Paar neue Lebendigkeit und Bewegung in Beziehung und Sexualität. Besonders in der Sexualität erwacht so neue Leidenschaft, wenn die Partner sich beispielsweise erlauben, verstärkt ihren aggressiven Impulsen zu folgen.

In der Technokultur lässt sich Ähnliches beobachten – und doch zeigt sich ein entscheidender Unterschied. In der Paartherapie lernen Paare sich bewusst und aus „eigener Kraft“ heraus ihren Spannungen zu stellen. Dadurch kann sich das Gefühl eigener Beziehungskompetenz auch auf der Identitätsebene festigen. In der Technokultur hingegen wird dieser Prozess durch Drogen und den Partykontext indiziert und forciert, wodurch der Anhänger für sich selbst nicht das Gefühl entwickeln kann, aus „eigener Kraft“ heraus, Beziehungsfähigkeit entwickelt zu haben.

Aus unserer Perspektive erweist sich die Betrachtung der Technoszene mit ihren Beziehungsszenarien als sehr fruchtbar auch für das Verständnis vermeintlich „normaler Beziehungen“ und deren Störungen. In einer Gesellschaft zunehmender Vereinzelung wird es wichtiger denn je, auf die Rituale und Bedürfnisse von Randkulturen wie der Technoszene einzugehen. Besonders auffällig ist, dass unserer Gesellschaft Rituale, in denen gemeinschaftliche und universelle Verbundenheit zelebriert wird, abhanden gekommen sind oder vorhandene an Kraft verloren haben.

Für uns bleibt die Erforschung des vermeintlichen Spagats zwischen Individuation einerseits und Bezogenheit auf der anderen Seite eine Herausforderung für die Zukunft.

Adressen der Autoren

Dipl.-Soz.Päd. Vibhuti B. Uzler, Dipl.-Psych. Robert Ananda Coordes, Burgemeister Str. 30, 12103 Berlin, www.energetische-paartherapie.de
info@paar-dynamik.de

Podiumsdiskussion der Wilhelm von Humboldt Stiftung am 22.6.2007

TeilnehmerInnen:

Dr. Cornelia Kunkat (Moderatorin)

PD Dr. Eva Maria Engelen (Philosophin)

Prof. Dr. Tilman Borsche (Sprachforscher und Philosoph)

Prof. Dr. Dr. Klaus M. Beier (Sexualmediziner)

Dr. Lutz Trahms (Physiker)

Cornelia Kunkat: Die eigene Disziplin ist Humboldt-sche Disziplin.

Begrüßen wir daher zusammen von links nach rechts: Prof. Dr. Tilman Borsche (Philosoph und Sprachforscher), die Philosophin und Juristin Dr. Eva Maria Engelen, den Physiker Dr. Lutz Trahms und den Sexualforscher und Mediziner Prof. Dr. Dr. Klaus Beier.

Da nun die jeweiligen Fachbereiche der Podiumsteilnehmer hochinteressant sind und das Publikum aber nicht aus Experten dieser jeweiligen Disziplinen besteht, möchte ich das Podium zunächst bitten, uns einen kurzen Einblick in Ihre momentanen Forschungsinteressen zu geben!

Ich möchte hier bewusst nicht einleitend vorgreifen, damit wir alle gemeinsam ein Gefühl für die unterschiedlichen Forschungsbereiche, Vokabularien, Herangehensweisen und Sichtweisen bekommen. Dieser kurze kursorische Einstieg kann auch zunächst ohne Bezug auf Humboldts Geisteshaltung und Humboldts Ansatz sein, damit wir erst in der zweiten Runde dann eine Idee davon bekommen wie sich diese verschiedenen Fachbereiche unter Humboldt vielleicht zusammenfassen lassen. Und damit keine Hierarchisierung entsteht, beginnen wir einfach wieder links bei Prof. Borsche.

Tilman Borsche: Ja, meine Damen und Herren wie schon kurz angedeutet, ich komme aus der Philosophie. Humboldt war der erste Autor, mit dem ich mich ausführlich beschäftigt habe, und für meine philoso-

phischen Laufbahn seither ist die Sprachphilosophie ein ganz zentrales Gebiet. Das hat sich ausgeweitet zur Begriffsgeschichte. Am *Historischen Wörterbuch der Philosophie*, das vielleicht einigen von ihnen geläufig sein wird, bin ich seit 25 Jahren beteiligt. Oder war. Es ist jetzt gerade abgeschlossen. Selbst solche Großprojekte finden irgendwann einmal ihr Ende. Und im Übrigen habe ich wegen Humboldt Japanologie studiert und beschäftige mich auch seither viel mit interkultureller Philosophie. Das mag zur Einleitung genügen!

Eva Maria Engelen: Mein Name ist Eva-Maria Engelen und in meinem derzeitigen Forschungsgebiet beschäftige ich mich mit dem Verhältnis von Emotionen und Bewusstsein. Mit Emotionen beschäftige ich mich schon länger und zwar im Rahmen einer Interdisziplinären Forschergruppe an der *Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften*. Sie trägt den Titel „Funktionen des Bewusstseins“.

Lutz Trahms: Ich heiße Lutz Trahms und arbeite in der *Physikalisch-Technischen Bundesanstalt*. Sie wundern sich vielleicht was ein Vertreter dieser Institution hier zu suchen hat. Ich habe mich das auch gefragt und kann vielleicht zumindest versuchen, einen Bezug herzustellen: In der *Physikalisch-Technischen Bundesanstalt*, kurz PTB, gibt es eine Abteilung für Medizinphysik. Diese hat den gesetzlichen Auftrag, sich um das Messwesen in der Medizin zu kümmern

und dies zu verbessern. In diesem Rahmen betreiben wir auch Forschung in Kooperation mit verschiedenen medizinischen oder auch psychologischen Disziplinen und so arbeiten wir zum Beispiel auch mit Herrn Beier zusammen. Dabei untersuchen wir beispielsweise die Funktionsweise und die Reaktion des Gehirns, mit speziellen Messtechniken, die wir selbst im Hause entwickeln. Wir untersuchen auf die Weise die Hirnströme, die im Kopf erzeugt werden, und können so die Reaktion auf bestimmte Reize messen und analysieren. Das Interpretieren überlassen wir dann unseren Kollegen wie Herrn Beier.

Klaus M. Beier: Klaus Beier ist mein Name und ich leite das *Institut für Sexualmedizin* an der Charité. Dort sehen wir das ganze Spektrum klinischer Störungsbildern, Betroffene die in irgendeiner Form an ihrer Geschlechtlichkeit oder ihrem sexuellen Erleben und Verhalten leiden. Das zieht sich durch die gesamte Medizin. Das sind z. B. Sexualstörungen aufgrund von Erkrankungen oder der Behandlung dieser Erkrankungen. Wir forschen auf diesem Gebiet, wir wollen wissen, wie wirken sich die einzelnen Erkrankungen aus, wie wirken sich einzelne Medikamente aus, auf die Sexualfunktion, auf die Partnerschaft. Und wir befassen uns mit sexuellen Präferenz-, und Verhaltensstörungen.

Das heißt, wir haben durch klinische Erfahrungen gelernt, dass die sexuelle Präferenzstruktur des Menschen ab der Jugend unveränderbar ist, dann also einen biologischen Teil in ihm darstellt, der die Sinnlichkeit der Betreffenden formt und auch deren Informationsaustausch, d.h. den Signalaustausch mit der Umwelt in einer Weise gestaltet, die dann für andere, die diese Präferenz nicht aufweisen weniger nachvollziehbar sein mag. Hierzu arbeiten wir präventiv-therapeutisch, sofern Präferenzstörungen mit Fremdgefährdung verbunden sein können, das ist das Projekt, dass vielen von Ihnen vielleicht bekannt ist, in dem wir Männern mit pädophiler Neigung präventiv Behandlungen anbieten. Und da gibt es einen weiteren sehr wichtiger Punkt – die Grundlagenforschung. Wir interessieren uns stark dafür, was im Gehirn passiert, wenn wir Bindungen aufnehmen und zu etablieren versuchen. Welche hirneurophysiologische Korrelate hat eigentlich die geliebte Person, mit der ich eine intime Zweierbeziehung führe. Wie sind die psychoemotionalen Stabilisierungen, die aus einer Partnerschaft resultieren können und die für Lebenszufriedenheit von so entscheidender Bedeutung sind, neurobiologisch verschaltet. Und durch diese Fragen entstand dann die Zusammenarbeit mit der *Physikalisch-Technischen Bundesanstalt*.

Cornelie Kunkat: Gut! Dann starten wir jetzt die zweite Runde, in der ich die Podiumsteilnehmer eben bitten möchte, aus Ihrer jeweiligen Disziplin heraus zu einigen Vorstellungen Humboldts Stellung zu nehmen zum Zusammenhang von „Geist“, „Geschlechtlichkeit und Sinnlichkeit“ etwa. Und es wäre schön, wenn Sie so Bezug nehmen, dass wir hinterher die Interdisziplinarität wie sie hier auf dem Podium gegeben ist, auch dazu nutzen können, um Gemeinsamkeiten und Differenzen sichtbar werden zu lassen. Vor allem, möchte ich Sie bitten, dass Sie unabhängig von ihrem spezifischen Fachvokabular denken, dass Sie vielleicht Begriffe wie „Einheit“, „physische und geistige Natur“ oder Begriffe mit denen Sie normalerweise arbeiten – wie „Denken“, „Emotionen“, „Reaktionen“, „Entscheidungen“, „kognitive Vorgänge“, die Differenz „Körper und Geist“ so füllen, dass wir sie wieder auf Humboldt beziehen können!

Tilman Borsche: Das Thema ist sehr sehr vielfältig, ich bin mir gar nicht sicher, wo ich anfangen soll. Wenn Humboldt über „physische und geistige Natur“ spricht, dann nimmt er, wie wir heute morgen gehört haben, die „Geschlechtlichkeit“ als Beispiel. Das ist ein methodischer Zugriff von ihm. Sein Hauptthema ist allerdings eher die „Verschiedenheit“. Er greift die „Verschiedenheit“ mit der „Geschlechtlichkeit“ an einem Beispiel auf, an dem sie am auffälligsten hervortritt, an dem sie sich zur Gegensätzlichkeit polarisiert und damit sozusagen die auffälligsten Erscheinungen hervorbringt. Später wird es zu einem methodischen Grundsatz für ihn, dass man die Erscheinungen dort aufsuchen muss, wo sie besonders auffällig sind. Also geht es um die Verschiedenheit, die er dann polarisiert, so dass sich die Frage nach der „Einheit“ auf besondere Weise stellt.

Trotzdem möchte ich von anderer Seite aus anfangen. Es geht um die „Einheit von physischer und geistiger Natur“. Zunächst einmal, warum fragen wir nach der „Einheit“? Ich denke, das Rechtfertigungsbedürftige ist eigentlich das Umgekehrte. Warum sprechen wir eigentlich von der Trennung von „Geist und Körper“? Das steht ja im Hintergrund, wenn nach der „Einheit“ gefragt wird. Und diese Trennung von „Geist und Körper“, geistiger Natur und körperlicher Natur – ich gehe zunächst also noch einmal hinter die polarisierten Gegensätze von männlicher und weiblicher Form zurück –, woher kommt die? Wer mit der Philosophiegeschichte ein kleines bisschen vertraut ist, wird sofort daran erinnert sein, dass dies auf Descartes zurückgeht. Descartes wird gern als der Hintergrund moderner sogenannter nachmetaphysischer Diskussion benutzt, denn davon will man sich

verabschieden. Dabei vergisst man leicht, dass es eine ganz großartige Leistung war, ein Geniestreich sozusagen für die philosophische Problematik, die im 17. Jahrhundert – da hat ja nun mal Descartes gelebt und geschrieben –, aufgekommen war. Es ging darum, feste, unerschütterliche Wahrheiten in der Philosophie zu finden, ein *fundamentum inconcussum* zu konstituieren, und die bzw. das konnten in einem „Körper“, der veränderlich ist, sterblich ist, vergänglich ist, nun mal kein zu Hause haben. Folglich musste man im Menschen eine andere Natur annehmen, eine unveränderliche, ewige. Nur in dieser „Seele“, wie Descartes es nannte, oder dem „Geist“, heute heißt das „mind“ im Englischen, da musste die Fähigkeit angesiedelt sein, unerschütterliche, wissenschaftliche Wahrheiten aufzunehmen.

Sich davon zu verabschieden, hat natürlich seinen Preis. Dieser Cartesischen Einsicht kann man eigentlich nichts entgegensetzen. Allerdings kann man fragen, brauchen wir überhaupt ewige Wahrheiten, brauchen wir Unerschütterliches?

Doch wenn man diese Frage verneint, dann ist es sehr verständlich, dass Geist im Menschen gesucht wird und mit der Welt eine Einheit bilden soll, dass er zu der einen Natur gehören soll, zu der, oder in der jetzt die „Körper“ zu Hause sind. Und dann kommen all die schönen Zitate, die wir heute morgen hier schon gehört haben: Dass der „Geist“ – metaphorisch gesagt – die „feinste Blüte der Körperlichkeit“ ist, dass der „Geist“ sich aus dem Körper entwickelt. Ich möchte daher auch – ehe ich meine systematischen Thesen ausführlich darlege – mit einem Satz beginnen: Dass der Mensch oder das Denken, dass der „Geist“ in der Lage ist, sich von sich zu unterscheiden, sich für sich zum Gegenstand zu machen, Selbstreflexion zu üben – das ist der Moment, in dem der „Geist“ sozusagen dem Körper gegenüber tritt, aber nicht als eine eigene Natur, nicht als etwas, das vom Himmel gefallen ist, nicht als das von Außen kommende, wie es Aristoteles schon sagte – das vom Himmel hereinkommt in den Menschen –, sondern der Körper unterscheidet sich von sich: „Ich“ bin ein Individuum, ein geistiges Individuum. In dem Moment, in dem ich von mir als „Körper“, oder als „Geist“ rede – oder wie immer ich mich bestimme – naturwissenschaftlich etwa als Gehirn, das ist auch eine Möglichkeit sich selbst zu bestimmen, wenn auch eine sehr reduktionistische, eine sehr enge, sehr spezielle – in jedem Fall nehme ich eine bestimmte Perspektive ein. Das kann man machen, man kann sich auch als ökonomisches Objekt, also als Ware definieren. Man kann sich in vielerlei Weise bestimmen. Aber sehen Sie, alle Arten von Bestimmungen von Körpern, von dem was ich

bin, sind objektiv betrachtet Produkte des „Geistes“. Auch wenn ich mich naturwissenschaftlich bestimme, es bleibt ein Produkt des „Geistes“, ein Kulturprodukt, wenn sie so wollen. Freud hat das anders gemacht und die Medizin vor 100 Jahren hat – wie wir das heute morgen so spannend gehört haben – das auch ganz anders gemacht als wir das heute machen würden. Es hat sich ja nicht die Natur geändert, sondern unsere Betrachtung der Natur hat sich geändert. Wir sind immer Produkte unserer Betrachtung. Ich breche hier ab, aus Zeitgründen und gebe das Mikrofon weiter.

Eva Maria Engelen: Ja vielleicht knüpfe ich gleich an diesen letzten Punkt an: Wir sind Produkte unserer Kultur und die Betrachtungen der Naturwissenschaften sind letztlich auch Produkte der Kultur und unseres „Geistes“. Wenn man zum Beispiel den Forschungsgegenstand der „Emotionen“ nimmt und die Herangehensweisen der Neurowissenschaften wie sie aktuell betrieben werden.

Schaut man etwa, wo sich „Angst“ im Gehirn lokalisieren läßt, sind Neurowissenschaftler tatsächlich zunächst etwas erstaunt und stutzen, wenn man sie darauf aufmerksam macht, dass sie diesen Gegenstand nicht finden könnten, wenn man Angst nicht spüren würde. Das ist schon mal das erste Erstaunen und eine Abwehr erfährt man darüber hinaus, wenn man dann auch noch sagt, diese Angst sei doch auch kulturell und sprachlich geformt. Es gibt universale, biologische Mechanismen im Körper, die mehr oder weniger gleich sind, aber trotzdem ist da nicht einfach etwas von dem man sagen kann: „Aha diese Region im Gehirn ist jetzt offensichtlich aktiviert, dann ist das doch auch genau das gleiche Empfinden“ wie bei Versuchsperson X. Man muss für diese Einheit von „Geist und Körper“ schon etwas länger argumentieren. Diese ist nicht allein von der biologischen Seite her, von der neurowissenschaftlichen Seite her zu verstehen, sondern man muss noch einige andere Gedanken und Perspektiven darauf verwenden.

Das ist der eine Gesichtspunkt, und der andere, der auf dem Fallblatt, der Einladung angesprochen wird, geht nochmals in eine andere Richtung. Tilman Borsche hat die Frage eben schon erwähnt: wie sind Erkenntnisprozesse mit dem „Hier und Jetzt“, das heißt mit den sinnlichen Vorgängen zusammen zu denken. Man kann auch fragen, wie Erkenntnisprozesse mit den affektiven Prozessen in Verbindung zu bringen sind, ein Forschungsfeld, das sich großer Beliebtheit erfreut: Brauchen wir nicht „Emotionen“, um beispielsweise die Erkenntnisse, zu denen wir aufgrund von Logik gelangt sind, also aufgrund von Argumentationen und Schlüssen, dann

auch in Handlungen umzusetzen. Dazu gibt es von Seiten der Psychologie her Überlegungen und von Seiten der Philosophie.

Cornelie Kunkat: Dankeschön

Lutz Trahms: Ja sie haben das richtig angesprochen, wir Physiker oder Messtechniker sind ja sozusagen, schuld daran, dass die Neurowissenschaftler das Material dazu haben, um solche Ideen zu äußern, dass das neurophysiologische Korrelat das Eigentliche ist und die „Angst“, die dem entspricht, eigentlich nur eine Fiktion ist. Die Messtechnik die wir heute haben, die sich ja ständig weiterentwickelt (und wir werden ja auch nicht müde, das immer weiter voran zu treiben) ermöglicht es, immer mehr Vorgänge im Gehirn zunächst einmal zu messen. Wobei wir dabei natürlich immer bestimmte Besonderheiten berücksichtigen müssen. Eine Besonderheit ist die, dass wir nur von außen messen können, wir können ja nicht an das Objekt beliebig herangehen, eine andere ist, wir müssen berücksichtigen, dass wir Individuen haben, die Sprache und Emotionen nicht gleich verarbeiten. Um überhaupt eine Referenz zu haben, müssen wir erstmal eine Vielzahl von Messungen machen, die diese Varianz berücksichtigen, dann kommen wir vielleicht zu einem Ergebnis.

Wir arbeiten gerade sehr konkret daran, Emotionen zu messen, wir messen also den Hirnstrom, der bei einer positiven Emotion erzeugt wird. Das ist technisch relativ schwierig, aber wir sind auf einem ganz guten Weg.

Andere Sachen sind etwas einfacher, da sind wir schon ein ganzes Stück fortgeschritten, (wenn ich sage wir, meine ich natürlich nicht nur meine Arbeitsgruppe, sondern die Physiker und Messtechniker, die überall in der Welt, daran arbeiten). Die 90er Jahre wurden ja als „Decade of the Brain“ ausgerufen, da ist sehr viel in dieser Hinsicht gemacht und auch geleistet worden. Trotzdem ist das immer noch so – und das ist eigentlich auch das, was wir in den Diskussionen mit den Neurowissenschaftlern immer wieder erfahren –, dass das, was sie interpretieren letztlich doppeldeutig ist. Es gibt beispielsweise ein neurophysiologisches Korrelat für eine Emotion, für eine Sprachverarbeitung, für ein Gesicht, jedoch kann man das mindestens von zwei verschiedenen Seiten her sehen. Ich kann einmal eine ganz triviale Analogie nennen: Zwei Bücher sind physikalisch gesehen ziemlich gleich, ob das aber die Buddenbrooks sind, die ich in der Hand habe, oder ob das ein Kriminalroman ist, das kann ich physikalisch kaum unterscheiden, aber auf der inhaltlichen Ebene besteht ein gravierender Unterschied.

Klaus M. Beier: Vielleicht versuche ich einmal einen Bezug auf Herrn Borsche zu nehmen, auf diese reflexive Gewissheit von sich selbst, die ja Bewusstsein im Sinne einer Bewusstheit ausmacht, die „Ich-Identität“ schafft, das unterscheidet uns ja von den nicht-menschlichen Primaten, von denen wir annehmen, dass das dort nicht der Fall ist, jedenfalls nicht in dem Umfang, in dem Ausmaß. So wie wir überhaupt in der Lage sind, unser Gehirn für kognitive Fertigkeiten zu schulen, um diesen Dialog zu führen. Die sprachlichen Fähigkeiten, die wir dazu benutzen, sind aber – und jetzt komme ich auf Frau Engelen zurück – mit dem Umstand verknüpft, dass wir alles, was uns begegnet mit Bedeutung besetzen.

Wir sind ja ständig damit befasst, Dinge zu evaluieren, für uns selber und zwar auch diejenigen, und zwar ganz zentral, meine ich die, die Beziehung, Partnerschaft, Sexualität und Fortpflanzung betreffen. Also immer wird evaluiert: War das jetzt gut genug, die sexuelle Begegnung, hat die Erektion gereicht? Müsste ich mich trennen? Reicht das noch, dass wir zusammenbleiben? Müsste ich nicht eigentlich ein Kind haben mit ihr? Eben je nach dem. Es wird ständig evaluiert, und diese Bedeutungszuweisungen, die führen dann dazu, dass wir in der klinischen Arbeit Menschen sehen, die darunter leiden, dass sie eine Diskrepanz erleben, zwischen dem, was sie für sich empfinden und dem, was sie glauben, was in der Kultur eigentlich angesagt ist, was sein müsste. Ich denke da zum Beispiel an den Attraktivitätsverlust, den man empfinden kann, wenn man in die zweite Lebenshälfte kommt, in dem man sich vergleicht mit den „Cover-Girls“ auf den „Hochglanzmagazinen“, gegen die man dann ganz schlecht abschneidet. Es ist ganz konkret so, dass wir Patienten sehen, die mit genau dieser inneren Gemengelage zu uns kommen und zum Teil versuchen über die Veränderung des Körpers dann wieder den Geist und die Seele zu harmonisieren; also ich spreche konkret von Schönheitsoperationen, die ja zunehmend eine Rolle spielen. Also diese Bedeutungszuweisungen, die sowieso ständig laufen, die laufen auch ganz stark hinsichtlich der Frage welche sexuelle Identität habe ich? Bilde ich die ausreichend ab? Wie kann ich das optimieren? Und wir sind in der klinischen Arbeit besonders mit Abweichungen befasst, und das führt dann dazu – jetzt würde ich gern Bezug auf Herrn Trahms nehmen –, dass dasselbe Messergebnis bei verschiedenen Menschen völlig unterschiedliche individuelle Implikationen haben kann. Bei einem Mann, der sexuell auf Frauen orientiert ist, finden sie bestimmte Aktivierungsmuster im Gehirn, wenn er die geeignete Partnerin sieht. Bei einem Mann mit einer anderen sexuellen Präferenz

würde sich dieses Aktivierungsmuster auch zeigen, nämlich, wenn er den Reiz sieht, auf den er orientiert ist, im Falle deiner pädophilen Neigung also der kindliche Körper. Das heißt, wir können aus dem Muster nicht schließen, was eigentlich in dem Menschen genau vor sich geht.

Cornelie Kunkat: Möchte jemand von ihnen direkt Bezug darauf nehmen?

Tilman Borsche: Ich weiß nicht, ob wir damit jetzt schon das Gespräch eröffnen, aber ich würde gerne darauf Bezug nehmen, weil ich das für eine sehr schöne Beschreibung dieses speziellen Themas halte und das kennt ja auch jeder. Insofern ist die sexuelle Partnerschaft ein ganz klassisches Thema, zu dem man immer Beispiele finden kann. Das Interessante bei Humboldt ist ja, dass er das einmal für wirklich basal hält, sonst hätte er diese Aufsätze nicht geschrieben – doch um an den Anfang zurückzugehen – dass er das als auffälliges Beispiel für Kommunikation zwischen Menschen überhaupt nimmt. Solche Partnerschaften, mit dem Wort Partnerschaft, kann man die Erweiterung vielleicht deutlich machen, hat man ja auch im Beruf mit Kollegen auch gleichen Geschlechts, und man fragt immer: War es gut genug? Nach jeder kommunikativen Begegnung, heute Mittag etwa, kommt das an? Wird es verstanden, hab ich mein Mikrofon richtig gehalten? Und Ähnliches. Das sind im Grunde die gleichen Muster nur viel unauffälliger, viel schwächer, aber die gesamte Kommunikation läuft auf dieser, könnte man einerseits sagen, um das stark zu machen, auf dieser sexuellen Basis. Oder umgekehrt, die sexuelle Partnerschaft ist der ganz spezielle, extreme Fall, den aber jeder kennt, weil jeder damit in Berührung kommt, man kommt ja aus dieser Differenz überhaupt nicht heraus. Meine Frage, um das Feld das noch ein kleines bisschen zu erweitern, und gleichzeitig zu entdramatisieren, nicht um die Sexualität auszuschließen, wie die Mediziner es bisher gemacht haben, ganz im Gegenteil, sondern um zu fragen, ob es nicht andere ähnlich basale Differenzen gibt, die wir immer in der Kommunikation bedienen, die immer eine Rolle spielen, wo wir immer eine Bedeutungsaufladung betreiben: Alter zum Beispiel. Ich kann es in der Kommunikation gar nicht vermeiden, selbst am Telefon, ich schätze den anderen sofort auf sein Alter ein. In der optischen Begegnung können wir uns ganz und gar nicht davon lösen, wir bemühen uns verzweifelt drum, aber können wir uns ganz lösen von der Hautfarbe? Dass das immer gleich mit einer Rolle spielt, die eigene Rolle definiert, die eigene Identität definiert, man kann sich die Identität ja nicht

einfach nur zuschreiben wie eine Mitgliedschaft. Die Beobachtung gilt somit in vielen Bereichen.

Andererseits ist es schwierig mit diesen basalen Identitäten, denn auch bezüglich der sexuellen Identität, von der wir mal eine Zeit lang dachten, die sei absolut natürlich, da sei überhaupt nicht rauszukommen, haben wir ja heute Beispiele gehört, dass das nicht so einfach ist – und das ist ja Ihr Thema –, dass man da durchaus herauskommen kann, dass man sich anders definieren kann, sich umdefinieren kann, sich umzuschreiben kann, fast ähnlich wie eine Parteimitgliedschaft.

So findet man seine Identität also in einem Komplex von Zuordnungen, die alle von der Art sind, dass wir sie am allerbesten an der Sexualität studieren können, weil diese uns am allervertrautesten ist.

Cornelie Kunkat: Wo sie von diesen basalen Identitäten sprechen, ich denke Frau Dr. Engelen würde doch wahrscheinlich auch etwas dazu sagen, dazu Stellung nehmen, etwa dass sie sagt: Aber auch die sind doch kulturell geformt. Also ob sie Alter positiv belegen oder negativ belegen ist ja in dem Sinne eigentlich nicht basal, das vielleicht die Schätzung des Alters überhaupt, aber positiv oder negativ? Könnte das nicht auch neutral sein in gewissen Kulturen?

Eva Maria Engelen: Nein ich denke, dass Herr Borsche durchaus Recht hat damit, dass wir das erst einmal als Diskriminierungsmerkmal in allen unseren Kommunikationen, unbewusst oder bewusst, gebrauchen, je nachdem, ob wir darüber nachdenken oder nicht. Es liegt automatisch eine Einschätzung vor und neutral wird man sich dazu nicht verhalten, sonst wäre es kein Diskriminierungsmerkmal. Ob das wie Sie sagten positiv oder negativ konnotiert ist, ob damit wie in vielen Kulturen eine besondere Höflichkeit mit einher geht und auch eine gewisse Form der Ehrzuweisung, oder ob das wie in unserer Kultur einfach nur noch negativ gesehen wird, ist in der Tat kulturabhängig. Und es wird natürlich, – deswegen hatten Sie mich ja wahrscheinlich gefragt –, im Empfinden des Einschätzenden eine Rolle spielen; wie er den anderen betrachtet, und auch wie er mit dem anderen umgeht. Es hängt von der Kultur er ab, ob er eine Haltung der Anerkennung zeigt, oder einfach denkt „Ach Gott! Der ist ja schon so alt“

Cornelie Kunkat: Möchten Sie?

Lutz Trahms: Ja, aber nichts was mit Physik zu tun hätte, mir fällt dazu ein, nur dass gerade gegenwärtig nach meiner Beobachtung viele Werbeagenturen

und PR-Leute daran arbeiten, unsere Einstellung zum Alter zu verändern. Man hat halt gemerkt, die Bevölkerung altert und man muss eben auch diese Gruppe ansprechen, deswegen werden die Modelle älter und deswegen treten beispielsweise nicht mehr nur die jungen Topmodels in der Werbung auf.

Klaus M. Beier: Bleiben wir in dieser Reihenfolge? Dann will ich einen Punkt doch noch hervorheben und zwar ist es, glaube ich, ein Unterschied, ob ich bei dem anderen diskriminiere, welche Brille er trägt oder welche Kleidungswahl er trifft oder ob ich diskriminiere, ob ich in meiner Gesamtverfasstheit bei einem anderen Menschen Annahme finde, so wie ich bin. Und das ist ein biologisches Programm in uns, das wir in Bindungen diese Annahme auf intensivste Art und Weise erleben können. Dass wir Akzeptanz und Nähe durch einen Anderen erfahren können, und das wir deshalb ab der frühen Kindheit anstreben, bzw. darauf angewiesen sind, dass genügend gute Bezugspersonen uns diese körperliche Annahme geben, weil nämlich im Körperlichen sich das auch am intensivsten vermitteln lässt. Dieses Gefühl, der andere ist so gewollt und gewünscht wie er eben ist.

Und diesen Punkt würde ich eben ein bisschen abheben von allen anderen Diskriminierungsmechanismen, denn wenn sie auf denjenigen treffen, der ihnen diese Annahme gibt, dann haben sie einen bedeutsamen Indikator für Lebenszufriedenheit und hohe Lebensqualität, wenn sie denjenigen nicht treffen, dann haben sie ein Problem. Und das ist etwas, was Menschen dann auch psychisch krank machen kann, psychosomatische Erkrankungen auf den Weg bringen kann und das dann auch dazu führt, dass unsere Abteilung aufgesucht wird.

Tilman Borsche: Einfach ein Beispiel aus einer bekannten anderen Kultur: Muss diese Funktion an einen Sexualpartner gebunden sein, kann sie nicht auch von einem sehr guten Freund kommen? Denken Sie an die Athenische Demokratie, da gab es den männliche Freund des jungen Mannes oder den des alten Mannes. Diese Akzeptanz an sich – da würde ich Ihnen sofort zustimmen –, aber muss das biologisch jetzt Sexualität sein? Ich würde Ihnen ja sehr gerne weit entgegen kommen, dass da ein biologisch vorgegebenes Grundmuster vorhanden ist, von dem wir das hernehmen, aber die kulturelle Überformung, oder aber auch die individuelle Ausprägung kann da doch offenbar sehr weitgehend spielen damit und auch andere Formen wählen.

Klaus M. Beier: Also was Sie ansprechen im antiken Griechenland, das waren Kulturtechniken im Sinne von Initiationsriten. Die heranwachsende Generation wurde von den Offizieren, von den Kriegern, in die „Männerwelt“ eingeführt. Das ist nicht notwendig gekoppelt mit einer entsprechenden sexuellen Ausrichtung auf junge Männer, oder auf Jugendliche in der Pubertät. Wir müssen eher davon ausgehen, dass es in den meisten Fällen eben als eine solche Erziehungsbegleitung gesehen wurde, erkennbar daran, dass es diese ritualisierten Beziehungen zwischen dem erfahrenen Mann und dem heranwachsenden Jugendlichen im antiken Griechenland nur in der herrschenden, oberen Klasse gab, die von diesem Ritus Gebrauch gemacht hat.

Wir wissen aber auch, dass es in heutigen Ethnien immer noch eine solche Anleitung für Jugendliche gibt, die auch sexuelle Interaktionen einschließt. Zum Beispiel gibt es eine Ethnie auf Neu-Guinea, in der der heranwachsende Krieger erst dann in die Kaste der wirklichen Krieger aufgenommen wird, wenn er bei einem Krieger einen Oralverkehr bis zum Samenerguss durchgeführt hat – mit Samenschlucken. Das ist sozusagen der Initiationsritus, er hat eindeutig sexuelle Komponenten, ist aber ein rein sozialer Akt.

Was ich meinte ist die Frage, ob ich in meiner geschlechtlichen Verfasstheit mit der Ausrichtung, die sich in der Pubertät formen, also ob ich auf Männer, auf Frauen, möglicherweise auf kindliche Sexualpartner orientiert bin, beim Anderen Annahme finde und zwar auch körperlich mit dem Anderen diese Erfüllung im Humboldtschen Sinne, des gegenseitigen Ergänzens, erleben kann. Und das geht nur dann, wenn der Andere sich komplementär auch zu dieser Präferenz verhält. Also ein Musterbeispiel dafür ist, auch weil Prof. Völkel es in seinem Vortrag ansprach, die noch bis vor nicht allzu langer Zeit pönalisierte Homosexualität. Wir haben immer noch Patienten, die sind von ihrer sexuellen Ausrichtung auf Männer orientiert, leben in Ehen, haben Kinder gezeugt und können diese Annahme mit ihrer Ehefrau nie erleben; und die kommen zu uns und sind höchst unglücklich. Bei ihnen ist die Einheit von physischer und geistiger Natur im Humboldtschen Sinne in keiner Weise gegeben und führt zu starkem Leidensdruck.

Cornelie Kunkat: Wenn es daran jetzt keinen direkten Anschluss gibt, würde ich gerne nochmals auf einen andern Punkt zu sprechen kommen, den Prof. Coy ansprach, etwas zeitgenössisches. Wenn wir jetzt sehen, dass wir mittlerweile in einer Internet-Kultur leben, die zwar vielleicht die Globalisierung vorantreibt, also Globalisierung als etwas, was vielleicht

Humboldt's Bildungsideal in gewisser Weise entgegengekommen wäre, nicht aber die Ableger dieser Internetkultur, die mit „google“, „paste“, „copy and paste“ Syndromen beschreibbar wären und unserer Urteilskraft, unserem sinnliches Vermögen und auch der Bildung des „Ichs“, seiner Reifung entgegenstehen. Können sie solche Verlustmeldungen bestätigen, hat dieser Umgang mit den neuen Medien irgendwie Einfluss auf die Bereiche, die Sie untersuchen? Sehen sie da sozusagen das humboldtsche Bildungsideal gefährdet? Spielt dies irgendwie bei ihnen rein? Gibt es zum Beispiel – um dies konkret zu fragen – signifikante Veränderungen bei den Hirnströmungen von Jungen und Mädchen, die viel im Internet unterwegs sind? Gibt es irgendwelche feststellbaren Problematiken? Können Sie dazu etwas sagen?

Lutz Trahms: Dazu gibt es meines Wissens noch keine Untersuchungen, es wäre aber sicherlich sehr interessant, so etwas mal durchzuführen. Was aber gemacht wird – vielleicht ist das auch interessant in diesem Zusammenhang –, ist die Entwicklung eines sogenannten „Brain-Computer Interfaces“. Da wird dem „Probanden“ die Möglichkeit gegeben, mit seinem Gehirn den Computer zu steuern ohne, dass er seine Hände oder sonst etwas benutzt. Einfach mittels seiner Gehirnströme; das kann man trainieren. Und dann kann man sogar Videospiele auf diese Weise spielen. Da geht's also genau anders herum, dort wird quasi der Rechner vom Gehirn betrieben, und zwar ohne weitere Hilfsmittel.

Klaus M. Beier: Da hätte ich eine Frage an Herrn Borsche: Wie ist denn das jetzt aus sprachtheoretischer Sicht zu sehen, wenn man sich hineinversetzt in die Jugendlichen, die mit ihrem Computer kommunizieren? Wie kann man da noch das Humboldtsche Dialog-Modell wiederfinden? Und wenn die das überwiegend machen, was heißt das dann für diese heranwachsenden Körper? Wie wirkt sich das auf die Physis aus? Ich meine das wären ja nun wirklich auch sehr ernst zu nehmende Probleme, wo man möglicherweise mehr Aktivitäten auch der Geisteswissenschaften benötigen würde, um dagegen zu steuern.

Tilman Borsche: Ja ich meine, da haben Sie natürlich völlig Recht und dahin zielt ja auch Ihre Frage. Das hat natürlich mit einem Dialog, einem geistigen Dialog, mit einem Gespräch überhaupt nichts mehr zu tun. Das hat aber auch nie jemand angenommen. Es ist die Frage welche Einflüsse das hat.

Nun haben wir ja zu Humboldts Zeiten das Gespräch der „Geister“, sag ich mal so in Anführungsstrichel-

chen, das wir aus ihren Korrespondenzen verfolgen können. Das sind ja ganz wenige, die so kommunizieren, oder kommuniziert haben. Ich weiß nicht, ob die Mehrheit der Bevölkerung, die damals keinen Computer hatte, nicht auch sehr weit entfernt war von humboldtschen Gesprächen ums wiederum abgekürzt zu sagen. Aber das ist nicht der Punkt, wir wollen ja eigentlich die Bildung auf eine breitere Grundlage stellen und das der Computer Abhängigkeiten erzeugt, dass das einen negativen Einfluss hat, daran hab ich gar keinen Zweifel. Was natürlich auf keine Verteufelung des Computers hinauslaufen kann, der ja außerordentlich nützlich ist und der ja überhaupt nicht mehr wegzudenken ist, aus unserer Welt. Keiner wollte darauf verzichten, am wenigsten unsereins also ich meine, ich kann damit nicht gut umgehen aber ich brauche ihn lebenswichtig, es geht gar nicht mehr ohne ihn. Also man muss man mit ihm – wie mit allen Werkzeugen – richtig mit ihm umgehen.

Nur kann er nicht das Gespräch ersetzen. Er kann kein verstehendes Lesen provozieren. Man hat Informationen, ausgelagerte Informationen, aber das ist eine Kritik an möglichem Missbrauch, die seit Platons Schriftkritik durch die gesamte kulturpessimistische, also Kulturkritik-Tradition geht, dass Erleichterungen auch missbraucht werden können zur eigenen Faulheit, aber deswegen wollen wir nicht drauf verzichten.

Lutz Trahms: Ja nur vielleicht eine kleine Ergänzung dazu: Auch wenn wir das Internet benutzen, was ich natürlich auch sehr viel tue, will ich nur davor warnen, dem immer zu trauen. Wenn ich mal nicht weiß wie ein Wort richtig geschrieben wird, ist es ganz einfach, ich gebe das Wort in Google ein, dann kommen bei der richtigen Schreibweise hunderttausend Antworten, bei der falschen Schreibweise kriegen sie fünf. Damit hat die Mehrheit natürlich richtig entschieden, wie geschrieben wird, dafür ist das Internet angemessen.

Aber das Internet ist im Einzelfall eine unbelegte Quelle, die nicht belastbar ist, das gilt auch für Wikipedia und andere Quellen.

Klaus M. Beier: Aber ich will das mal ein bisschen zuspitzen. Ich will einmal auf die Gefahr hinweisen, die entsteht, wenn man das nämlich verknüpft, was wir wissen über die Entstehung von sexuellen Präferenzen, und dass sie sich im Jugendalter entgeltig manifestieren, sowie dass wir gleichzeitig wissen, dass diese Einflüsse für die Jugend immer maßgeblicher werden und wahrscheinlich dazuführen, dass sich tatsächlich synaptische Verschaltungen im Sinne des Lernens dann auch in neuronalen Verschaltungen, die syste-

matischer Natur sind, wiederfinden, dann wirken wir über die Kultur auf die Physis ein. Wir verändern die Körper. Und das tun wir wahrscheinlich auch bezogen auf die Adoleszenz generell, was den Zeitpunkt des Eintritts betrifft. Wir haben ja festzustellen, dass in den letzten 100 Jahren eine zeitliche Vorverlagerung der Pubertät eingetreten ist. Wir kennen allerdings immer noch nicht die Mechanismen, die dazu führen, dass ab einem bestimmten Moment das Startsignal gegeben wird im Gehirn für die Freisetzung von Releasing-Hormonen, die dann die Pubertätsentwicklung auslösen. Was sind das eigentlich für Mechanismen? Das müssen Mechanismen sein, die von der Umgebung stammen, die auch dann den Körper beeinflussen, und das Gehirn beeinflussen.

Und das führt dann zu einem dritten Punkt. Ich war vor kurzem ehrenvollerweise eingeladen zu einer Tagung von Computer-Experten, auf der Professor Rebensburg vom Kuratorium der Wilhelm von Humboldt Stiftung und Prof. Coy anwesend waren. Da fiel mir zum ersten mal auf, dass es da eigentlich keine Ethikdiskussion bezüglich des rasanten technischen Fortschritts gibt. Das ist sonst ganz anders: Denken Sie an die Atomenergie, an das Genomprojekt, Stammzellen etc. Selbst wenn ich irgendeine kleine Studie machen möchte, etwa Untersuchungen bei chronischen Erkrankungen, wo ich auch etwas wissen will, über das sexuelle Erleben und Verhalten der Betroffenen – dann muss ich mehrmals zur Ethik-Kommission. Ich kann aber ungehindert alles ins Internet stellen, was mir einfällt – auch die bizarrsten sexuellen Inhalte, frei zugänglich für jedermann, also auch für Kinder und Jugendliche. Und das wird dann auch genutzt von zehn bis elf jährigen, die in die Pubertät kommen. Wir wissen nicht inwieweit dies die Ausbildung der sexuellen Präferenzstruktur beeinflussen könnte. Aber ich sehe weit und breit keine Ethikdiskussion bezogen auf die Internet-Technologie, die das überhaupt möglich gemacht hat.

Lutz Trahms: Darf ich ganz kurz etwas dazu sagen. Sie haben eben gesagt, dass da physische Veränderungen stattfinden im Gehirn. Ich will nur darauf hinweisen, das passiert eigentlich immer. Die Frage ist nur das Ausmaß. Also alles, was ich jetzt hier spreche und was Sie hören, bewirkt Veränderungen in ihrem Gehirn. Die sind minimal natürlich, sie werden vielleicht nicht von bleibender Dauer sein, aber sie werden erst einmal vorhanden sein und wenn das intensiver wird, dann kommt es eben zu Schaltungen, zu Vernetzungen, die nicht mehr reversibel sind, die sich nicht mehr auflösen. Das ist der Unterschied, und damit wollte ich nochmals ansprechen, das es die Physis ist, die der

geistigen Natur entspricht. Ich könnte auch – wenn ich jetzt als Computerwissenschaftler in den gängigen Bildern von Soft- und Hardware spreche –, davon reden, dass sich diese prinzipiell nicht trennen lassen, es gibt keine scharfe Grenze zwischen beiden. Auch in der Computerwissenschaft nicht.

Tilman Borsche: Ja ich würde gern kurz auf Herrn Beier antworten. Zunächst einmal einleitend: Sie haben völlig Recht, warum sollte es einen ethikfreien Raum plötzlich für den Computer geben? Natürlich müssten da die ethischen Fragen genauso gestellt werden wie in allen anderen Bereichen, das also mal vorweggeschickt, selbstverständlich. Und das ist ein Mangel, ich wusste das nicht, aber das nehme ich mit, ich nehme sozusagen mit Schrecken zur Kenntnis, aber nicht sehr überrascht, dass das da nicht der Fall ist.

Andererseits möchte ich das, was Herr Trams sagte, noch etwas ausweiten und ergänzen. Seit der Mensch über sich selbst reflektiert, also seit der Antike, sag ich mal, ist bekannt, dass alle Umwelteinflüsse, alle Umweltreize, zwar nicht das Gehirn, so hat man sich das damals nicht vorgestellt, aber den Charakter, verändern. Das Klima, das war die erste Theorie. Natürlich spielt das Klima eine Rolle, die geografischen Umgebungen, in denen man wohnt, ob die klimatischen Verhältnisse gut oder schlecht sind, ob es viel Wasser oder wenig Wasser gibt. Das hat natürlich Einfluss auf das Gehirn und damit auf unser gesamtes Verhalten. Und natürlich, welche Bücher ich lese, und natürlich, ob ich überhaupt lese oder wie und was ich esse. Ich glaube also, die Vorverlagerung der Pubertät – oder jedenfalls die Körpergröße – hat auch mit dem gegenwärtigen Fleischessen und Ähnlichem etwas zu tun. Es verändert auch unseren Körper, und wir sind unsere Körper. Ich glaube darüber sind wir uns einig: Wenn hier von Einheit von physischer und geistiger Natur die Rede ist, dann ist uns erst einmal klar, auch wenn wir Humboldt zum Ausgangspunkt nehmen, dass der Verstand nicht getrennt werden kann, und dass er – wie Descartes in dem wirklich unglaublich traditionsmächtigem einleitenden Satz des *Discourse des la Méthode* sagt – die am besten verteilte Sache unter den Menschen ist, das heißt bei allen absolut gleich. Das ist natürlich nicht der Fall, sondern was wir für richtig und für falsch halten, das hängt von 1000 Dingen ab.

Cornelie Kunkat: So jetzt ist schon bald die Zeit rum. Aber ich möchte nicht versäumen, die Vortragenden von heute Vormittag vielleicht auch noch zu Wort zu bitten. Möchten sie noch irgendwas dazu beitragen? Noch etwas sagen, an die Diskussion anknüpfen?

Wolfgang Coy: Ich will nicht beckmessern aber die Informatiker haben Ethik Kommissionen, das World Wide Web ist aber nicht eine Sache der Informatiker, sondern das ist eher ein internationales kommerzielles Unternehmen, genauso gibt es glaube ich auch keine wirksamen Ethik-Kommissionen für das Fernsehen als Technologieform.

Henner Vökel: Ja was mich dabei interessiert ist, dass ja eigentlich diese unendlich schwierige Leib-Seele Problematik so ein bisschen ausgeklammert worden ist. Eine Nervenzelle kann nicht traurig sein. Auch ein Nervenzellverband kann nicht traurig sein. Diese Grundproblematik, die hat keiner so richtig angesprochen und es ist wahrscheinlich eine Frage, die auch unlösbar ist. Ich würde vor allem gerne Ihre Stellungnahme dazu hören.

Tilman Borsche: Die Leib-Seele Problematik wurde nur indirekt angesprochen, je nachdem welches Vokabular man da benutzt. Geist/Körper, diese Trennung wird ja in der Tradition der Leib-Seele Problematik besprochen.

Diese habe ich mit Blick mit Descartes benannt und dann die These vertreten, dass die gesamte Entwicklung in der Philosophie, aber auch in den Wissenschaften seither sich um nichts anderes, nein, sich jedenfalls auch sehr stark darum bemüht, diese Trennung wieder einzuholen und die Einheit von Leib und Seele oder den ganz engen Zusammenhang von Leib und Seele begreiflich zu machen. Warum die Seele so getrennt sein musste, hatte ich anfangs kurz angedeutet, aber dass sie das nicht ist, ist eigentlich unserer alltägliche Erfahrung. Doch wie man das ausdrücken, wie man das in Kategorien bringen, wie man das darstellen kann, dazu muss man vor allem die Emotionen thematisieren, fragen, wo die hingehören, wie man sie mit anderen körperlichen Funktionen oder wie man die Dritte-Person Perspektive und die Erste-Person Perspektive verbinden kann. Das ist im Grunde die Problematik, wie man sie heute ausdrücken würde. Von Lösbarkeit würde ich bei begrifflichen Problemen sowieso nie ausgehen, weil eine Antwort auf diese Frage eigentlich schon in der Fragestellung liegt. Man stellt die Frage anders, statt ein Problem zu lösen; und dann verschieben sich die Probleme.

Eva Maria Engelen: Ja ich wollte nur ganz kurz dazu sagen, dass eine Nervenzelle nicht traurig sein kann aber man kann ohne Nervenzellen auch nicht traurig sein, und wie da das Verhältnis genau ist, darum kümmern sich Emotionsforscher.

Cornelie Kunkat: Und können sie dieses Verhältnis dann doch noch näher darstellen? Wenn sie sagen, dass sie sich genau darum kümmern, um diese Abwägung? Bezogen auf Geist/Seele also Geist/Seele und Emotionen sozusagen als Eckpunkte.

Eva Maria Engelen: In der Kürze kann man darauf natürlich nicht antworten also auch nicht in den 5 Minuten, die ich noch habe. In gewisser Weise verstehe ich die Frage nämlich nicht. Also wenn man bei der Polarität bleibt, wie Sie sie jetzt in der Frage wiederholt haben, ist die Frage nämlich nicht zu beantworten. Sie müssen wie Herr Borsche gesagt hat, die Fragestellung von vornherein anders stellen, weil Sie so wie Sie sie gestellt haben, aus der Dualität nicht heraus kommen. Das heißt dementsprechend, was müssen Emotionsforscher mit hereinnehmen in die Dualität, ja zumindest noch etwas Drittes, wenn nicht auch noch etwas Viertes, nämlich wie verändert Sprache unsere Physiologie und damit Bedeutung also wie verändert Sprache unseren Organismus und Sprache jetzt nicht nur in dem Sinne verstanden, dass sie aus Worten besteht, sondern dass sie mit einem Bedeutungsgehalt einhergeht.

Cornelie Kunkat: Ich wollte Sie auch nicht verengen oder darauf festnageln. Es ist ja gerade interessant von Ihnen zu hören, wie Sie eben diese Begriffspaare aufnehmen bzw. sie erweitern, also von daher sollte das nicht verkürzt sein sondern gerade, das ist ja beim interdisziplinären Gespräch so, dass man mit unterschiedlichen Vokabeln hantiert, es kann gar nicht anders sein und da finde ich es eben gut, wenn Sie dann Ihre Herangehensweise einfach noch mal auf andere herkömmliche und neue Begriffspaare erweitern.

Eva Maria Engelen: Und wenn man dann beim Thema Sprache ist und beim Spracherwerb bei Humboldt dann kommt man zu dem Punkt, dass wenn man vom Leib-Seele Dualismus spricht, immer vom einzelnen Individuum ausgeht, obgleich man beim Spracherwerb, der für das Empfinden nicht unerheblich ist, immer mindestens zwei braucht.

Lutz Trahms: Ich würde gerne noch mal auf das Traurigsein zurückkommen! Wenn ich dazu eine Messung mache (im Moment können wir es noch nicht, aber ich nehme an, dass das irgendwann gelingen wird), wenn wir also durch eine bestimmte Art von physikalischer Messung in der Lage sind, den Zustand des Traurigseins objektiv festzustellen, bei einem Menschen, dann heißt das ja letztenendes nichts

anderes, als das es eine bestimmte Konstellation von Hirnströmen, von Nervenverschaltungen darstellt. Die einzelne Nervenzelle kann natürlich nicht traurig sein, aber diese Konstellation ist dann doch das Korrelat zum Zustand „traurig“, oder „glücklich“ oder was auch immer. Und damit hat man doch zunächst mal eine physikalische Beschreibung dieses Zustandes der aber natürlich den übergeordneten, geistigen Begriff dieses Zustandes nicht erfassen kann.

Tilman Borsche: Ich weiß nicht, warum Sie sagen „übergeordnet“. Zunächst mal wäre ja die Frage zu klären, ob es dieselben Auslöser sind, die diese Gehirnströme auslösen, vermutlich ja nicht. Also wäre meine Vermutung, dass ganz andere Dinge oder Konstellationen oder Ereignisse sozusagen bei dem einen diese Gehirnströme auslösen, dass man ihm dann auch schon ansieht, dass er von sich sagen würde: „jetzt bin ich traurig“. Das wäre auch eine interessante Frage an Sie Herr Beier, ob es basale Strukturen gibt, ich komme mal auf diesen Ausdruck zurück, im Hirn oder im Menschen jetzt körperlich, wenn ihm zum Beispiel diese Anerkennung versagt wird, wenn er diesen Partner nicht findet, so dass er dann traurig sein muss. Muss dann so was bei ihm ausgelöst werden oder ist das nicht doch schon wieder von den Bedeutungen überformt? Man ist sozusagen bei ganz anderen Anlässen traurig, wenn man es in der Kindheit anders gelernt hat als z.B. ein Anderer, der es eben wiederum anders gelernt hat. Sodass man hinterher zwar messen kann, wenn solche Ströme da sind, nur das sagt überhaupt nichts über den Inhalt des Buches, wie sie es vorhin genannt haben. Was da vorher passiert ist, kann man jetzt nicht mehr erschließen, etwa in der Weise, aha, der muss damals von seiner Mutter zurückgewiesen worden sein oder so ähnlich. Ich kann gar nichts sagen, da muss man hinschauen und das ist von Fall zu Fall letztlich individuell, aber zunächst auch kulturell verschieden; oder sind da doch andere Mechanismen grundsätzlich am Werk. Wie sehen Sie das?

Klaus M. Beier: Da kann ich nur sagen, das würde ich gerne beantworten können, kann ich aber nicht. Dazu machen wir ja Forschungen, um da weiterzukommen, aber da sind wir noch sehr weit entfernt um diese natürlich sich aufdrängenden Fragen beantworten zu können.

Kurt Müller-Volmer: Also zu dieser Korrelation, zwei kurze Bemerkungen dazu, einmal dass das letztlich schon vorausgesetzt ist, wenn ich also hier Hirnströme mit einem bestimmten Phänomen in Verbindung setz-

te, dass ich also dieses Phänomen als Phänomen bereits interpretiert habe, da ist also schon ein Verstehen am Werke.

Dann übrigens zum Gedanken der Korrelation, das ist keineswegs etwas Neues, mir fällt da Ralph Emerson ein, jeder physischen Tatsache entspricht eine geistige und umgekehrt. Steht schon bei Emerson im Essay „Nature“ von 1835 und er zitiert dabei Frau von Staal, die in „de l'Allemagne“ eine ganz ähnliche Aussage macht, und bei der modernen Poetik bei Thomas Elliot, das ist ja auch eine Poetik der Korrelation, wo ganz bestimmte Worte mit bestimmten Emotionen verbunden werden. Also der Gedanke ist nicht so neu. Aber was wichtig ist, natürlich, ist die Tatsache, dass ich das Phänomen bereits als als Phänomen erkannt haben muss, um es in Korrelation zu setzen, mit den Hirnströmen und das sind ja nicht neutrale Sinnesdaten, die auf einmal zusammengesetzt werden – „oh das ist ja Beethoven“ –, sondern da kommt auch schon die Gestaltpsychologie hinzu, eine Melodie nehme ich als Melodie wahr, nicht als isolierte Töne, wo ich dann auf einen Professor warte, bis der die zusammenzieht und sagt, ja das kann man auch als Melodie hören.

Lutz Trahms: Wie gesagt, soweit sind wir noch nicht, dass wir Emotionen so gut messen können aber nur ein Beispiel, was wir heute schon messen können, was wirklich ein eindeutiges Korrelat hat, ist das Erkennen von Gesichtern. Wir haben Untersuchungen gemacht mit Schulkindern, die haben Gesichter ihrer Klassenkameraden, die ihnen präsentiert wurden mit anderen Hirnströmen beantwortet, als die Gesichter von Kindern, die sie nicht kannten. Das ist ein einfaches Phänomen, aber das Erkennen eines Gesichtes jedenfalls ist eindeutig mit einer Stromverteilung korrelierbar, und zwar über verschiedene Individuen hinweg.

Klaus M. Beier: Die Frage ist, ob das Erkennen ist, oder Gedächtnisleistung? Ob da Gedächtnisspeicher aufgerufen werden und das dann die elektrische Aktivität entsprechend gemessen wird. Wissen wir nicht oder?

Lutz Trahms: Doch ich hab die Studie jetzt nicht in der Vollständigkeit dargestellt. Es ging darum, Gesichter wiederzuerkennen. Ihnen wurde die Aufgabe gegeben ein einmal präsentiertes Gesicht wiederzuerkennen. Und einmal war dieses Gesicht eines ihres Schulkameraden und mal das Gesicht eines Fremden. Und dieser Unterschied den kann man messen.

Cornelie Kunkat: Gibt es zum Schluss noch jemanden, der noch dringend etwas loswerden möchte? Möchten vielleicht noch jemand aus dem Publikum etwas anmerken? Dann gebe ich zum Abschluss das Wort an Professor Loewit, der uns zu Anfang auch so nett begrüßt hat.

Kurt Loewit: Der tut sich jetzt natürlich äußerst schwer. Inhaltlich möchte ich nichts mehr sagen. Es war mehr als genug glaube ich mitzunehmen von hier. Vielleicht die eine oder andere Erkenntnis, wenn's um den Werkzeuggebrauch geht, muss man wissen, was man damit anfangen soll, etwas was in der Sexualmedizin ganz ganz wichtig ist. Die Frage, wozu brauchen Sie eine Erektion liefert unter Umständen verblüffende Antworten. Es wird niemand da sein, der denkt jetzt ist alles gelöst und verstanden und weiteres Nachdenken ist nicht notwendig. Ich denke der Vormittag hat mindestens so viele neue Horizonte eröffnet und Anregungen gegeben, ich kann nur für mich selber sprechen, aber ich bin äußerst zufrieden, angenehm überrascht, dass es doch in einer Umwelt, die Herr Professor Coy als Pessimist, der Realist ist, geschil-

dert hat, doch noch Inseln gibt, die zur Hoffnung Anlass geben und auch denke ich, dieser Rahmen hier passt wunderbar dazu, wir müssen einfach weiterbauen obwohl es Ruinen gibt und obwohl es rundherum so aussieht, dass man unter Umständen die Segel streichen möchte. Wir sollen sie nicht streichen, sondern wir sollten weiter, von Insel zu Insel ziehen und ich glaub, dass das heut Vormittag wieder so eine Insel war, die wieder mit Hoffnung erfüllen kann. In dem Sinne möchte ich ihnen allen danken für die rege Teilnahme und vor allem auch den Referenten hier vorne danken und dieser kleiner Dank soll sich in einem kleinen Büchlein äussern, das noch einmal zum Thema führt. Sie können sich schon denken worum es geht, nachdem der Prof. Beier und ich keins kriegen, da wir es schon haben.

Und damit bleibt im humboldtschen Sinne der Einheit von Leib und Seele oder von Körper und Geist, nur noch der Hinweis, dass es bei dieser Türe hinaus geht und eine Stufe oder einen Stock höher, der also durchaus in diesem Sinne der humboldtschen Ganzheit dazu gehört, aber nicht aus der Zeit Humboldts stammte und damit guten Appetit!

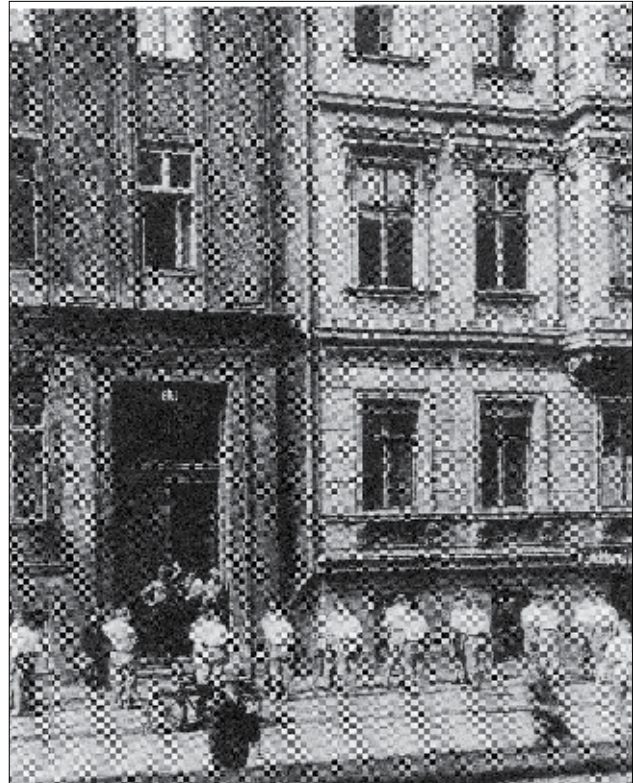
Die alte Welt muss stürzen: Die Berliner Charité erinnert an den Sexualreformer Magnus Hirschfeld.

„Sex brennt. Magnus Hirschfelds Institut für Sexualwissenschaft und die Bücherverbrennung“. Medizinhistorisches Museum der Charité,

„Das Auffallendste an Denkmälern ist, dass man sie nicht bemerkt“, hat Robert Musil einmal behauptet. Die Erinnerten würden ins Abseits geschoben. Mit den Erinnerungstafeln vor Magnus Hirschfelds früherem Wohnhaus in der heutigen Otto-Suhr-Allee und am Sitz seines 1919 errichteten Instituts für Sexualwissenschaft verhält es sich anders. Streit gab es bereits bei ihrer Installation, denn Berlin tat sich jahrzehntelang schwer mit dem schon im Kaiserreich umtriebigen Sexualreformer. In den achtziger Jahren versandete der Versuch, an der FU einen Lehrstuhl für Sexualwissenschaft in der Tradition Hirschfelds einzurichten. Der fand dann zehn Jahre später Unterschlupf bei den Medizinern der HU. Am Bundesrat scheiterte 2002 eine Stiftungsinitiative, die die von den Nazis verfolgten Homosexuellen endlich entschädigen wollte. So hing dem Namen Hirschfeld von jeher etwas Schmuddeliges an, etwas von jener Halbwelt, die das bürgerliche Berlin nächtens zwar gerne goutiert, bei Tageslicht aber lieber vergisst.

Das mag die Ausstellungsdesigner Eran Schaerf und Christian Gänshirt bewogen haben, die Besucher im Medizinhistorischen Museum der Charité durch dunkel-labyrinthische Kartonage-Gänge irren zu lassen, wo der Trieb das Regime übernimmt und „Sex brennt“, wie der Titel der Schau vieldeutig verspricht. Gemeint ist damit keineswegs nur die körperlich-seelische Konditionierung, sondern auch der Zündstoff, den das von Hirschfeld mit gegründete Wissenschaftlich-humanitäre Komitee und später sein Institut lieferte. Der Kampf der Sexualreformer gegen den Homosexuellenparagrafen 175, den Abtreibungsparagrafen 218, den Pornografieparagrafen 184 oder ihre forcierten Aufklärungskampagnen bot den Nationalsozialisten ein frühes Angriffsfeld.

Der Jude Hirschfeld war für sie die Inkarnation der sexuallibertären Bewegung „wider den deutschen Geist“. Da nützte es nichts, dass mancher Institutsbesucher sich später in die NS-Regierung verirrte, wie Walter Mehring bissig anmerkte. Der Hass gegen Hirschfeld – und man könnte mutmaßen: der Selbsthass – war so außerordentlich, dass das Institut als erste Einrichtung von der NS-Studentenschaft geplündert und die wertvolle Bibliothek bei der Bücherverbrennung am 10. Mai 1933 den Flammen übergeben wurde. „Wir wollen keine Entsittlichung des Volkes, darum brenne, Magnus Hirschfeld“, skandierten die Brandschatzer und spießten zur Abschreckung Hirschfelds Büste auf einen Stock.



Das Bild zeigt die zum Abtransport der Bücher vor dem Institut angetretene NS-Studentenschaft

Der 75. Jahrestag der Bücherverbrennung lieferte Kurator Rainer Herrn und dem Medizinhistorischen Museum den Anlass, die Geschichte des Hirschfeld-Instituts und seine Vernichtung in Erinnerung zu rufen. Statt auf Exponate hinter Glas setzen die Macher auf Dokumente, nach Themenfeldern arrangiert: die Verfolgung durch die Nazis und die Schließung des Hauses „In den Zelten 2“, die wissenschaftliche Arbeit, Sexualaufklärung und Sexualpolitik und schließlich Hirschfelds Exiljahre bis zu seinem Tod am 14. Mai 1935.

Neben Bekanntem ist auch bislang unzugängliches Material zu entdecken: Aus dem Privatbesitz von Adelheid Schulz etwa, der heute 96-jährigen Wirtschafterin des Instituts, die die Plünderung miterlebte, und aus dem Nachlass, der auf abenteuerliche Weise die Berliner Magnus-Hirschfeld-Gesellschaft erreichte. Die auf DIN-A-5 Karten aufgezogenen Dokumente, an die Pappwände gepinnt, wirken allerdings etwas kleinteilig und textüberladen: Wer sich durch die Ausstellung lesen will, benötigt Zeit. Wer das lieber zu Hause tun möchte, wird – eine schöne didaktische Idee – am Ende des Durchgangs mit den Karten beschenkt, eine verspätete Flaschenpost Hirschfelds, der Freunde und Kollegen gerne mit Postkarten bedachte.

Vielleicht wird bei der Re-Lektüre auch deutlich, warum sich Hirschfeld nicht umstandslos in den Opferreigen eingemeinden lässt. Die gnadenlose Verfolgungsgeschichte ist geeignet, seine wissenschaftlichen und politischen Irrtümer zu übersehen. Sein Konzept vom „dritten Geschlecht“ und die Annahme angeborener sexueller Abweichungen war zwar um Rehabilitation der Betroffenen bemüht, doch biologisch grundiert. War der „Pop-Akademiker“ Hirschfeld auf dem Feld der Transsexuellen-Forschung innovativ, blieb er als Bevölkerungspolitiker den eugenischen Paradigmen der Zeit verpflichtet: „Wenn man wirklich eine energische Ausjätung betreiben will“, kommentierte er noch aus dem Exil „das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, werde man die Rausch süchtigen und Alkoholiker im Blick haben müssen.

Die Ausstellungsmacher scheinen eher dem Auftrag verpflichtet, Hirschfeld ins kollektive Gedächtnis zurückzuholen und die „gedenkpolitischen Versäumnisse“ gutzumachen, von denen Berlins Regierender Klaus Wowereit zur Eröffnung sprach. Dem gehorchen auch die sechs künstlerischen Arbeiten, die Hirschfelds Werk kommentieren. Hervorzuheben ist Ulrike Ottingers Installation „Ein Gästebuch für die Welt“, eine beeindruckende, bedrückende Collage von Hirschfelds Weltreise. Und das von Marita Keilson-Lauritz aufwendig zusammengetragene Gästebuch Hirschfelds versammelt Fundstücke aus dem Exil, die mit zu entschlüsseln die Besucher aufgefordert werden. „Die alte Welt muss stürzen, wach auf, Morgenluft“, schreibt Alfred Döblin 1933 an Hirschfeld. Das „Dritte Reich“ dauerte „nur“ 12 Jahre; 100 Jahre gingen ins Land, bis der diskriminierende Paragraf 175 in Deutschland fiel.

Ulrike Baureithel (Berlin)

Katherine Crawford: **European Sexualities 1400–1800**. *New Approaches to European History* 38. Cambridge: Cambridge University Press 2007. ISBN 978-0-521-83958-7; IX, 246 S.; £ 15.99

„But sexuality as the preeminent personal referential frame is quite new historically. This book is in part about how this happened.“ (S. 4) Dies ist eines der Ziele, welches Katherine Crawford in ihrer Arbeit zur Sexualität in der Frühen Neuzeit verfolgt. Neu ist dabei der Ansatz, dass Sex und Sexualität(en) eine eigene Geschichte haben, deren Ideen, Auffassungen und Praktiken sich im Laufe der Zeit änderten und sich von Raum zu Raum unterschieden. Die Problematik und Unzulänglichkeit der Definition von „Sex“ wird gleich

zu Beginn und im Verlauf der Arbeit mehrmals thematisiert und zeigt sich schon im Titel: Es gibt nicht eine sondern mehrere, von Menschen in sozialen Gefügen geschaffene Sexualitäten.

Die Autorin fasst Sexualität als Begriff für alle Aktivitäten und Werte, die man einem sexuellen Akt und einem sexuellen Verhalten zuschreibt, zusammen („a term encompassing the activities and values associated with sexual acts and behaviors“, S. 3). Sie betont, dass bisher noch nicht eindeutig genug hervorgehoben worden sei, wie sehr die Sexualität sich im Laufe der Zeit geändert hat. Sie versucht dabei, zwischen den Ansätzen des Essentialismus (es gibt einen unveränderbaren essentiellen Aspekt von Sexualität) einerseits und des Konstruktivismus (Sexualität hängt von der jeweiligen „sozialen“ Struktur ab) andererseits zu vermitteln und wählt als Zugang einen Empirismus der die gelebte Erfahrung des Einzelnen und ihr Muster, also die Kollektiverfahrung, verbindet. Dieser Zugang basiert auf den neuen Methoden der Sozialwissenschaften und der gender studies, die sich seit den 1970er-Jahren mit den sexuellen Aspekten des Lebens, der Ehe, der Geburt, der Schwangerschaft und der demographischen Entwicklung „wenn oft auch ausschließlich statistisch, wie die Autorin kritisch anmerkt“ (S. 5) beschäftigen.

Wie Crawford zeigt, ist die Sexualität nicht etwas Verborgenes, über das man nicht spricht, sondern sie drückt sich in der Frühen Neuzeit in verschiedenen sozialen Aspekten aus: Gesundheit, Macht, Ansehen werden durch Nachkommenschaft (= Sex) dargestellt. Wenn Foucault behauptet, dass Sexualität (noch) nicht eine persönliche identitätsbildende Sache sei (S. 5), sondern ein Akt an sich, der in der Gemeinschaft be- oder verurteilt wird, so meint Crawford, dass der Mensch der Frühen Neuzeit sehr wohl durch seine sexuellen Praktiken identifiziert wurde.

Das Buch konzentriert sich auf die Zeit von 1400 bis 1800, wobei in jedem der thematischen Schwerpunkte, nach denen sich das Buch gliedert, das späte 17. und das 18. Jahrhundert meist nur gestreift oder in einem Satz von der Renaissance in die Zeit um 1800 übersprungen werden (S. 45, S. 111). Die einzelnen Kapitel konzentrieren sich auf die für die Zeit wichtigen sozialen Strukturen: Familie und Ehe, Religion, Medizin und Wissenschaft, Recht und Verbrechen bzw. Abweichung „von der Norm“.

Das Ziel der einzelnen Kapitel ist es, die Entwicklung, Veränderung, teilweise aber auch Rückbesinnung auf Früheres zu zeigen, wobei die Zeit bis circa 1650 stets den größeren Teil ausmacht. Abhängig von der jeweiligen Forschungssituation sind manche Aspekte für einzelne Länder und historische Gebiete besser untersucht, andere weisen auf Desiderata in der Forschung hin.

Insgesamt widerspiegelt das Buch den reichen Bestand an Arbeiten vor allem zum Italien der Renaissance.

Crawfords vorrangiges Ziel ist es, zu sensibilisieren. Sie beweist mit zahlreichen Quellenzitaten und Ergebnissen von Einzelstudien, dass Sexualität eine von vielen Variablen abhängige, veränderbare und sich ständig verändernde Sache war und ist. Die Arbeit endet mit der Gretchenfrage: Warum macht Sexualität so viel Angst? Die historische Antwort darauf ist, wie vor allem im ersten Kapitel dargestellt wird, dass Sexualität mit Fortpflanzung zu tun hat und diese gesellschaftlich oft unterschiedlich problematisiert wird: Zu viele Kinder sind ebenso ein Problem wie zu wenige oder keine. Außerdem ist die Fortpflanzung nicht eine rein sexuelle bzw. biologische Angelegenheit, sondern Ausdruck von Macht, sozialem Status, Intimität und Gefühl.

Oft ist Sexualität ein Ausdruck von Ungleichheit, wie Crawford eindrücklich darstellt: Bei den homoerotischen Begegnungen in Griechenland oder Rom, bei denen ein mächtigerer, älterer Mann über den jüngeren, einfluss- und protektionsbedürftigen verfügte, oder im Christentum, in dem die Frau sexuell, physisch, psychisch, intellektuell und emotional schwächer eingestuft wurde. Unter der Vorherrschaft der Kirche entwickelten sich dann zwei die Sexualität und damit die Gesellschaft ordnende Stränge: die Höhererschätzung von Jungfräulichkeit, Enthaltbarkeit und Keuschheit und die „Duldung“ des der Fortpflanzung dienlichen Geschlechtsverkehrs innerhalb des Ehebündnisses. Was darüber hinaus ging, also Sex mit Prostituierten, Sodomie und Masturbation wurde entweder als notwendiges Übel zum Schutz der schwächeren Frauen vor sexuellen Übeltätern geduldet oder als Ausdruck ihrer eigenen unbändigen Lust kritisiert oder als Verbrechen gegen die Ehe (weil nicht zu Fortpflanzungszwecken), gegen die Gesellschaft (Inzest, illegitime, der Gemeinschaft zu Lasten fallende Kinder) oder gegen Gott (Blasphemie) gewertet.

Im Kapitel über die Ehe wird fast ausschließlich der wirtschaftliche Aspekt des Ehebundes angesprochen (S. 18f.). Das zweckmäßige politische Bündnis zur Schaffung einer Allianz oder eines notwendigen Netzwerkes bleibt unerwähnt. Das Kloster als alternative Lebensführung wird von Crawford ausschließlich als Möglichkeit des Schutzes der Ehre der Frau und der Familie gesehen. Das Kloster war aber auch Ort der weiblichen Machtausübung und eine Versorgungsanstalt vor allem für töchterreiche Familien, die sich dadurch eine hohe Mitgift ersparten, wie erst im Nachhinein von der Autorin eingeräumt wird.

Das Kapitel über Religion und Sexualität beginnt mit einer ausführlichen Übersicht über die Entwicklung des Zölibats und behandelt dann die einzelnen sexuellen

Vergehen, und ihre Bestrafung, vor allem aus Sicht der Patristik und der Literatur der Zeit. Kapitel 3 („The science of Sex“) geht vom antiken Verständnis des Körpers in der Naturphilosophie zu der bis ins 19. Jahrhundert wirksamen Säftelehre und beschäftigt sich mit der langsamen Entdeckung der weiblichen und männlichen Anatomie, wobei der Schwerpunkt wieder eindeutig auf dem 15. und 16. Jahrhundert liegt. Thematisiert wird auch der Diskurs über die Imperfektion des weiblichen Körpers und die Idee, Sex als Therapie etwa zur Linderung von Menstruationsunregelmäßigkeiten, von Nervenleiden oder von Schwangerschaftsproblemen einzusetzen. Über die Diskussion der Schwangerschafts- und Empfängnistheorien der Frühen Neuzeit steigt die Autorin in das Problem der Entdeckung des Lustgefühls und der Befriedigung ein, die die Kontrollierbarkeit der Sexualität erschwerte und letztlich die These untermauerte, dass ein Orgasmus die Voraussetzung für eine gelungene Empfängnis sei demzufolge eine Schwangerschaft, die als Folge einer Vergewaltigung eintrat, auf die Zustimmung der Frau schließen ließ. Außerdem ersetzte im Laufe der Renaissance das Bild der schwachen zügellosen Frau, die wollüstig immer mehr Geschlechtsverkehr braucht, jenes des unkontrollierbaren, triebgesteuerten, der Lust nicht widerstehenden Mannes.

Im 4. Kapitel („Sex and crime“) geht es um die Frage, wann man in der Neuzeit von einem Sexualverbrechen sprach, das einer oft variierenden und wechselhaften Definition unterlag. Allgemein war damit ein Vergehen gegen die Familie, die Gemeinschaft, die Natur oder Gott gemeint. Das letzte Kapitel („Deviancy and the Cultures of Sex“) behandelt schließlich die seit der Antike bekannten und oftmals in der Renaissance wieder entdeckten Formen der Sexualität außerhalb der Heterosexualität und des ehelichen Geschlechtsverkehrs (Homosexualität, Masturbation etc.), die einerseits verdammt und verfolgt wurden und andererseits inspirierend waren, wie die mit dem Buchdruck aufkommende und sich vermehrende erotische und pornographische Literatur beweist.

Der von der Reihe *New Approaches to European History*, vorgegebenen Struktur der schlichten Form und der Flüssigkeit des Textes folgend, spart die Autorin mit Quellenangaben. Des Öfteren möchte man im Text innehalten und nachsehen, worauf hier Bezug genommen wurde, muss sich aber mit der (allzu) reichhaltigen „weiteren Literatur“ am Ende des Kapitels begnügen. Die Meinung, dass ausführliche Anmerkungen die Lesbarkeit einer wissenschaftlich gelungenen Arbeit behindern würden, mag zutreffend sein; die hier gebotene Alternative allerdings kann nicht überzeugen.

Erstveröffentlichung: <http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/rezensionen/2007-4-147>

Elena Taddei (Innsbruck)

Hinweise für Autorinnen und Autoren

Die Beiträge für die Sexuologie gliedern sich in Originalarbeiten, Kasuistiken und Fallberichte, Historia, sowie Buchrezensionen. Eingerichtete Manuskripte werden anonymisiert beurteilt. Der Korrespondenzautor erhält einen Korrekturabzug (Fahnen). Die Redaktion bittet, folgende Hinweise zu beachten:

Manuskripte einschließlich Literaturverzeichnis, Abbildungen, Abbildungslegenden und Tabellen sind in zweifacher Ausfertigung einzureichen. Ein gesondertes Blatt soll enthalten: 1. kurzer, klarer Titel der Arbeit; 2. Namen, Vornamen aller Autoren; 3. vollständige Anschrift mit Bezeichnung der Abteilung, Klinik bzw. Institut; 4. Korrektur- und Korrespondenzadresse mit Telefonnummer und ggf. Faxnummer und e-mail Adresse. Die Beiträge müssen nach Annahme in einem gängigen Textverarbeitungsprogramm (unformatiert) elektronisch unter: alisch@zedat.fu-berlin.de (Rainer Alisch) eingereicht werden. Graphikdateien können übernommen werden.

Vor dem Text stehen: 1. der Titel in Englisch, 2. die Autorennamen, 3. eine deutsche und eine englische Zusammenfassung (jeweils ca. 250 Worte), die Hintergrund, Methodik und Ergebnisse der Arbeit darstellen. Unter den Zusammenfassungen stehen jeweils drei bis fünf „key words“ bzw. Schlüsselwörter, entsprechend dem Medical Subject Heading des Index Medicus. Der Beitrag ist zu gliedern, bei Originalarbeiten z.B. durch kurze, klare Zwischenüberschriften wie Methodik, Ergebnisse, Diskussion. Hervorhebungen sind kursiv möglich; die Wörter im Manuskript kursiv schreiben oder unterstreichen; Texte in Kleindruck (petit) durch einen senkrechten Strich am linken Manuskriptrand markieren.

Tabellen, Abbildungen sind zu numerieren und mit einer Überschrift zu versehen. Die Einschaltstelle ist im Manuskript zu kennzeichnen. Abbildungen – falls sie nicht als Grafikdatei vorhanden sind – sind als reproduktionsfertige Vorlagen zu liefern: etwa als Strichzeichnungen, Graphiken, Computerausdrucke oder als schwarz/weiß Fotos. Der Abdruck von Farbabbildungen macht eine Rücksprache mit Rainer Alisch erforderlich. Falls Abbildungen von Patienten verwendet werden, dürfen diese nicht erkennbar und identifizierbar sein.

Für Maßeinheiten wird das SI-System verwendet. Gebräuchliche ältere Maßangaben können in Klammern ergänzt werden. Weitere Abkürzungen sollten nach Möglichkeit vermieden werden. In jedem Fall sollte der ersten Verwendung der Abkürzung die ausgeschriebene Vollform vorangestellt werden. Bei Medikamenten werden die Generika angegeben. Präparatennamen (Handelsnamen) können in Klammern ergänzt werden. Bei Geräten oder Instrumenten sollte generell die allgemeinen Bezeichnungen verwendet werden. Herstellerbezeichnungen können in Klammern ergänzt werden.

Für die Literaturangaben und die Zitierweise im Text sind nachfolgende vom Verlag vorgegebenen Vorgaben **unbedingt** einzuhalten:

Literaturangaben: *Text:* All citations in the text should refer to:

1. *Single author:* the author's name (without initials, unless there is ambiguity) and the year of publication;
2. *Two authors:* both authors' names and the year of publication;
3. *Three or more authors:* first author's name followed by 'et al.' and the year of publication.

Citations may be made directly (or parenthetically). Groups of references should be listed first alphabetically, then chronologically.

Examples: "as demonstrated (Allan, 1996a, 1996b, 1999; Allan and Jones, 1995). Kramer et al. (2000) have recently shown"

List: References should be arranged first alphabetically and then further sorted chronologically if necessary. More than one reference from the same author(s) in the same year must be identified by the letters "a", "b", "c", etc., placed after the year of publication.

Examples:

Reference to a journal publication:

Van der Geer, J., Hanraads, J.A.J., Lupton, R.A., 2000. The art of writing a scientific article. *J. Sci. Commun.* 163, 51–59.

Reference to a book:

Strunk Jr., W., White, E.B., 1979. *The Elements of Style*, third ed. Macmillan, New York.

Reference to a chapter in an edited book:

Mettam, G.R., Adams, L.B., 1999. How to prepare an electronic version of your article, in: Jones, B.S., Smith, R.Z. (Eds.), *Introduction to the Electronic Age*. E-Publishing Inc., New York, pp. 281–304.