

ZEITSCHRIFT FÜR SEXUALMEDIZIN, SEXUALTHERAPIE UND SEXUALWISSENSCHAFT

Deutsche  
Gesellschaft  
für Sexualmedizin  
Sexualtherapie und  
Sexualwissenschaft

# Sexuologie

ISSN 0944-7105  
Band 25 / 2018  
S. 1-120

1-2

*Schwerpunkt*  
Sexualtherapie



**Herausgeber:** Ch. J. Ahlers, Berlin · K. M. Beier, Berlin · C. Friedrich Köthen · F. Hausmann, Kappelrodeck ·  
A. Korte, München · U. Plogstieß, Bad Godesberg · D. Rösing, Stralsund · S. Siegel, Berlin

[www.sexuologie-info.de](http://www.sexuologie-info.de)

In Kooperation  
mit der  
Österreichischen  
Akademie für  
Sexualmedizin

# Sexuologie

Hrsgg. von der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft

---

## INHALT

- Editorial
- 3 Was ist Sexualtherapie?  
*Rainer Alisch*
- Themenschwerpunkt – Sexualtherapie
- 5 Verstehen durch Erleben – Sexualtherapie nach dem Hamburger Modell  
*Annette Schwarte*
- 13 „Weil nur sein kann, was nicht sein muss!“ – Syndyastische Sexualtherapie als Emanzipation von sexuellem Leistungsdruck  
*Christoph Joseph Ahlers, Gerard Alfons Schaefer*
- 23 Die neue Sexualtherapie im Abriss  
*Uwe Hartmann*
- 35 Das Konzept des Sexocorporel  
*Karoline Bischof*
- 51 Altchinesische Sexualtherapie. Charakteristika und klinische/bildungsspezifische Relevanz  
*An Lele Kremer, Wolfgang Mastnak*
- 61 Die Medikalisierung der Sexualität und ihrer Störungen  
*Reinhard Maß*
- Originalia
- 71 Der Alltagstest als Vorbedingung für geschlechts-angleichende Maßnahmen aus Sicht transsexueller Menschen – eine quantitative und qualitative Erhebung  
*Mira Werndl, Katrin Schulz, Claudia Luck-Sikorski*
- Historia
- 81 Cerebrasthenie durch Onanie  
*Ernst Holzbach*
- 87 Die Inszenierung des Sexuellen im Leben und Werk des Dramatikers Frank Wedekind  
*Herbert Csef*
- Aktuelles
- 93 Die Forschungsstelle Kulturgeschichte der Sexualität stellt sich vor  
*Benedikt Wolf*
- 96 Sex, Sexus und Sexismus  
*Kurt Starke*
- Aktuelles – Rezensionen
- 101 Hartmann, Uwe (Hg.), *Sexualtherapie – ein neuer Weg in Theorie und Praxis*  
*Wolfgang Weig*
- 102 Maß, Reinhard, Renate Bauer, *Lehrbuch Sexualtherapie*  
*Wolfgang Weig*
- 103 Voß, Heinz-Jürgen (Hg.), *Die Idee der Homosexualität musikalisieren. Zur Aktualität von Guy Hocquenghem. Mit Beiträgen von Guy Hocquenghem, Rüdiger Lautmann, Norbert Reck und Heinz-Jürgen Voß*  
*Kurt Starke*
- 105 Voß, Heinz-Jürgen (Hg.), *Die Idee der Homosexualität musikalisieren. Zur Aktualität von Guy Hocquenghem. Mit Beiträgen von Guy Hocquenghem, Rüdiger Lautmann, Norbert Reck und Heinz-Jürgen Voß*  
*Florian G. Mildnerberger*
- 106 Marquardt, Tristan, Jan Wagner (Hg.), *Unmögliche Liebe. Die Kunst des Minnesangs in neuen Übertragungen*  
*Andreas Kraß*

- 
- 107 Horx, Matthias, *Future Love: Die Zukunft von Liebe, Sex und Familie*  
Ferdinand Fellmann
- 108 Braun, Christina von, „Blutsbande“. *Verwandtschaft als Kulturgeschichte*  
Petra Gehring
- 110 Baader, Meike Sophia, Christian Jansen, Julia König, Christin Sager (Hrsg.),  
*Tabubruch und Entgrenzung. Kindheit und Sexualität nach 1968*  
Folke Brodersen
- 112 Klimke, Daniela, Rüdiger Lautmann (Hg.), *Sexualität und Strafe*  
Florian G. Mildenberger
- 114 Ayoub, Phillip M., *Das Coming-out der Staaten: Europas sexuelle Minderheiten und die Politik der Sichtbarkeit*  
Thomas Gugler
- 115 Benslama, Fethi, *Psychoanalyse des Islam*  
Thomas Gugler
- 116 Rakha, Youssef, *Arab Porn*  
Thomas Gugler
- 117 Seesko, Friederike, *Die Strafbarkeit von Zwangsverheiratungen nach dem StGB und dem VStGB. Strafbarkeit und Verfolgbarkeit von Zwangsverheiratungen im häuslichen und makrokriminellen Kontext unter besonderer Berücksichtigung des deutschen Strafanwendungs- und Völkerstrafrechts. Zugleich ein Beitrag zur Auslegung der lex loci in §7 StGB*  
Florian G. Mildenberger
- 118 Traub, Valerie, *Thinking Sex with the Early Moderns*  
Florian G. Mildenberger
- 119 Wittenzellner, Jana, *Zwischen Aufklärung und Propaganda. Strategische Wissenspopularisierung im Werk der spanischen Sexualreformerin Hildegart Rodríguez (1914–1933)*  
Florian G. Mildenberger
- 

#### Anschrift der Redaktion

Rainer Alisch, Redaktion der *Sexuologie*, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité, Luisenstrasse 57, D-10117 Berlin, Tel.: 030 / 450 529 301 (Fax: -529 992), e-mail: [sexuologie@dgsmtw.de](mailto:sexuologie@dgsmtw.de)

---

Anzeigen: Rainer Alisch, Taunusstraße 8, D-12161 Berlin, Tel.: 0173 249 3575, e-mail: [sexuologie@dgsmtw.de](mailto:sexuologie@dgsmtw.de)

Anzeigenpreise: Gültig ist die Preisliste vom 1. Januar 2018

Lieferkonditionen (2018): Volume 25 (1 Band mit 4 Heften, Auslieferung in zwei Doppelheften)

Abpreise\* (2018): Deutschland, Österreich, Schweiz: Institutionelle Abnehmer 156,00 €; Einzelpersonen 90,00 €; Student\_Innenabo 34,00 €, für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft ist ein Abonnement im Mitgliedsbeitrag von 120,00 € enthalten

\* Die Preisangaben sind unverbindliche Preisempfehlungen. Preisänderungen müssen wir uns vorbehalten. Alle Preise verstehen sich exklusive Versandkosten. Bei der Rechnungsstellung wird Umsatzsteuer gemäß der zum Rechnungszeitraum geltenden Richtlinien erhoben. Kunden in den EU-Ländern werden gebeten ihre Umsatzsteuernummer anzugeben.

Abonnements: Redaktion der *Sexuologie*, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité, Luisenstrasse 57, D-10117 Berlin, Tel.: 030 / 450 529 302 (Fax: -529 992), e-mail: [sexuologie@dgsmtw.de](mailto:sexuologie@dgsmtw.de)

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.

Bankverbindung: Deutsche Ärzte und Apothekerbank, Account No. 010 8784647 (BLZ 300 606 01);

IBAN: DE40 30060601 0108784647; BIC/SWIFT: DAAEDED3

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 der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft 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 von der Akademie eingeholt werden.

Satz: Rainer Alisch · [www.rainer-alisch.de](http://www.rainer-alisch.de)

Coverfoto: Can Stock Photo Inc.

Papier aus nachhaltiger Forstwirtschaft bzw. auf Recyclingpapier aus 100% Altpapier gedruckt

Die Redaktion war bemüht, sämtliche Rechteinhaber von Abbildungen zu ermitteln. Sollte dennoch der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar gezahlt.

Druckerei, Bindung: Gutenberg Druckerei GmbH Weimar

(∞) 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.

© Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft



## Was ist Sexualtherapie?

### Liebe Leserinnen und Leser,

Ein Heftschwerpunkt, der sich explizit der *Sexualtherapie* widmet, bezieht sich auf ein Kernelement im Selbstverständnis dieser Zeitschrift und evoziert die Erwartung präziser Auskunft. Unter der pragmatischen „Was ist“-Frage lauert aber auch ein Verlangen nach unmittelbarer Gewissheit, nicht unähnlich den religiösen und populistischen Versuchen, die gegenwärtig in dem Maße zunehmen, wie das Vertrauen in die gestaltende Kraft der Vernunft abnimmt.

Die Frage stellt also eine Falle. Sie unterstellt, Sexualtherapie habe ein fixierbares, vielleicht sogar „überhistorisches“ Wesen, vergleichbar jenem, dem Philosophen mit der Frage „Was ist Philosophie?“ nachjagen.

In der neueren Philosophiegeschichte war es Immanuel Kant, der im Horizont der „Was ist“-Frage auf dem von ihm so benannten „Kampfplatz“ der Philosophie versuchte, gegenüber einem „bloßen Herumtappen“ unter „bloßen Begriffen“, eine Kritik des Wissens durchzusetzen. Sein zentraler Gedanke, dass alle sprachliche Bedeutung empirisch gründet, hat bei Rudolf Carnap eine prägnante Ausformulierung gefunden: Alles, „was jenseits des Sachhaltigen liegt, muss unbedingt als sinnlos angesehen werden“. Jedoch bereits Georg F. W. Hegel hatte gegenüber dem kantschen Postulat und dem damit verbundenen Sinnlosigkeitsverdacht Vorbehalte angemeldet: Sind die von Kant und seinen Nachfolgern kritisierten philosophischen Begriffe doch primär symbolische Begriffe, Begriffe also, mittels derer Menschen ihr Selbstverhältnis und Selbstverständnis ausdrücken.

Aber welchen Erkenntnisgewinn für die Frage nach der Sexualtherapie mag dieser philosophische Ausflug bereithalten, oder anders formuliert, lässt sich von einem „Kampfplatz“ namens Sexualtherapie reden und diesen im philosophischen Paradigma spiegeln? – Der Versuch sollte es wert sein.

Aus dem im vorliegenden Heft entfalteten Therapie-Spektrum scheint auf den ersten Blick ein Text herauszufallen, nämlich der von *Reinhard Maß* zur „Medikalisierung der Sexualität und ihrer Störungen“. Er steht zwar erst am Ende des thematischen Panoramas, jedoch bildet er einen Rahmen. Dies nicht nur dadurch, dass er explizit der Frage nachgeht, was eigentlich einer therapeutischen Option bedarf, sondern auch hinsichtlich der Frage, welcher Art diese Option sein sollte. Denn zu den Gatekeepern, die über diese beiden Fragen wachen, gehören ja nicht nur die medizinisch, psychologisch und psychiatrisch Tätigen, sondern auch ein medizinisch-technologischer Komplex, der mit dem Versprechen eines unmittelbaren therapeutischen Zugangs auftritt. – In das vorliegende Paradigma philosophischer Rede übertragen, entspricht dieser medizinisch-technologische Zugriff der Vorstellung eines philosophischen

Sprechens, das rein logisch lediglich empirische Sachverhalte benennt.

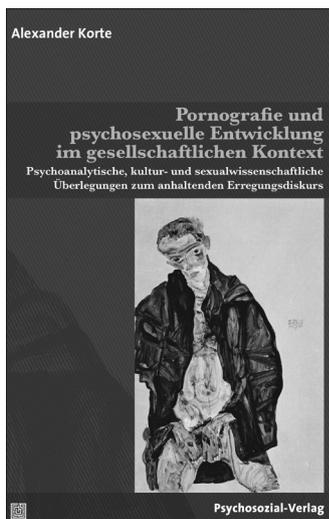
Den äußersten Gegenentwurf – nicht nur was das philosophische Sprechen anbelangt, sondern vor allem was den damit verbundenen therapeutischen Zugriff betrifft – bildet der Ansatz, den *An Lele Kremer* und *Wolfgang Mastnak* mit der „Altchinesischen Sexualtherapie“ vorstellen. Diesen Ansatz bestimmt unter anderem die These vom spirituellen Kontext des Sexuellen. Von der philosophischen Perspektive her gesehen, erfüllt dieser Zugang die Bedingungen, mit denen er ohne weiteres unter die Sinnlosigkeitsverdichte einer logischen Sprachanalyse fallen würde – dennoch beansprucht er Wirksamkeit. Wie lässt sich das therapeutische Feld, das mit diesen beiden Texten abgesteckt wird, in einem ersten Zugriff anordnen? Augenscheinlich geht es um zwei verschiedene Modi des Wirkens: Auf der einen Seite wird – hier kritisch reflektiert dargestellt – ein unmittelbarer therapeutischer Effekt favorisiert, auf der anderen Seite ein symbolisch vermitteltes therapeutisches Handeln.

Die Texte, die den thematischen Schwerpunkt eröffnen, *Annette Schwartwies* „Verstehen durch Erleben – Sexualtherapie nach dem Hamburger Modell“ und „Weil nur sein kann, was nicht sein muss!“ – Syndyastische Sexualtherapie als Emanzipation von sexuellem Leistungsdruck“ von *Christoph J. Ahlers* und *Gerard A. Schaefer* bieten einen Gegenwartsbezug. Die 68er-Bewegung, deren 50jähriges Jubiläum dieses Jahr begangen wird, hatte zwar die gesellschaftlichen Bedingungen für sexuelle Identitätsfindungen verändert, aber die Menschen nicht davon befreit, dies in eigener Aktivität vollziehen zu müssen – ein Prozess, der sich gegenwärtig im Modus neoliberaler Leistungsforderung vollzieht, die neue Zwänge produziert. Beide Texte heben – analog der „Altchinesischen Sexualtherapie“ – darauf ab, einen therapeutischen Effekt symbolisch gerahmt zu erreichen – sei es über Kommunikation, Verstehen oder Reflexion.

Möglicherweise setzte der Zweifel an der Wirksamkeit dieses Unterfangens die Überlegungen frei, die mit *Uwe Hartmanns* Sammelband zur „Neuen Sexualtherapie“ jetzt vorliegen. Therapeutische Effekte sollen in diesem Modell direkter initiiert werden – allerdings nicht pharmakologisch –, sondern über die Kraft der Emotionen. Dieser Ansatz ist – was die Aufmerksamkeit für Emotionen betrifft – nicht unähnlich dem „Konzept des Sexocorporel“, welches *Karoline Bischof* vorstellt. Beide Ansätze differieren dahingehend, dass *Hartmann* auf Erkenntnisse der Neurobiologie zurückgreift, während *Bischof* Emotionen mit körperlichen Parametern flankiert.

Dieser knappe inhaltliche Ausflug in das Heft beansprucht keine Vollständigkeit. Deutlich sollte jedoch geworden sein, dass es – auch wenn es übertrieben scheinen mag, von einem „Kampfplatz“ der Sexualtherapie zu reden – gilt, den Stachel gegenüber letzten Gewissheiten scharf zu halten. Dies wird auch weiterhin ein Anliegen der *Sexuologie* sein, nachdem sie mit diesem Heft im 25. Jahrgang erscheint.

Rainer Alisch (Redaktion)



**Alexander Korte**

**Pornografie und psychosexuelle Entwicklung im gesellschaftlichen Kontext**

**Psychoanalytische, kultur- und sexualwissenschaftliche Überlegungen zum anhaltenden Erregungsdiskurs. Mit einem Vorwort von Klaus M. Beier**

**Beiträge zur Sexualforschung – Psychozial Verlag 2016**

**234 Seiten, br., 29,90 €**

Alexander Korte hinterfragt kritisch den negativen Einfluss pornografischer Angebote auf minderjährige KonsumentInnen und unterscheidet dabei zwischen Kindern und Jugendlichen und den verschiedenen Inhalten von Online-Pornografie. So regt er dazu an, die Verwahrlosungs- und Viktimisierungsdebatte über (Online-)Pornografie kritisch zu reflektieren und die augenfällige »moralische Panik« auf unbewusste Motive zu untersuchen, ohne jedoch die möglichen, aus entwicklungspsychologischer Sicht keineswegs zu unterschätzenden Risiken zu übersehen.

Korte untersucht das alltagskulturelle Phänomen der Pornografie sowohl aus psychoanalytisch-kulturwissenschaftlicher Perspektive als auch aus Sicht der empirischen Sexualwissenschaft und der Entwicklungspsychologie. Er beschreibt die unterschiedlichen psychischen Integrationsaufgaben von Jungen und Mädchen im Zuge der pubertätsbedingten körperlichen und psychosexuellen Reifung, die für das Verständnis des ausgeprägten Gendereffekts bei der Nutzung von pornografischen Angeboten wichtig sind. Potential von Intergeschlechtlichkeit als sozialer Kategorie.



**Michael Gerlach**

**Sexuelle Süchte erkennen und behandeln**

**Grundlagen und Therapie einer Störung der Impulskontrolle – mit Geleitworten von**

**Ilse Manuela Völk und Peter Brieger**

**Schattauer 2018, 200 Seiten, geb., 34,99 €**

Toxic Erotica: Wenn Lust zur Qual wird.

Wenn sexuelle Lust zum Zwang wird, stehen Betroffene häufig mit ihrem Leiden alleine da. Dieses Buch leistet einen wichtigen Beitrag zum Verständnis dieses Tabu-Themas und zeigt psychotherapeutische Auswege und Behandlungsansätze. Dabei steht im Vordergrund, wie Sexsüchtige eine genuine Liebes- und Bindungsfähigkeit entwickeln können.

- Das ambivalente Suchtsystem verstehen: Leiden und es brauchen zugleich
- Die Vielfalt der Syndrome kennen: Von Pornographiesucht über süchtige Masturbation und Promiskuität bis hin zu Liebes- und Romanzensucht
- Die Möglichkeiten der Behandlung ausschöpfen: Integrativer psychotherapeutischer Ansatz  
Drei Schwerpunkte erhellen diese stoffungebundene, aber nicht minder dunkle Sucht, die sich in unserer medialisierten Gesellschaft auf dem Vormarsch befindet:
- Was ist Sexualität und was ist Liebe?
- Was ist Sucht und speziell sexuelle Süchtigkeit?
- Wie gelingt Heilung?

Befunde aus interpersoneller Neurobiologie, Evolutionspsychologie, Suchtforschung und Sexualwissenschaft helfen, die Formen sexueller Süchte zu verstehen und Genesungswege zu beschreiben. Der Psychotherapeut und Experte für hypersexuelle Störungen Michael Gerlach gibt Einblicke in das Heilungsgeschehen zwischen Therapeut und Patient. In vielen Fallbeispielen bildet er das Geschehen in der Psychotherapiestunde authentisch ab. Eine Bereicherung für Therapeuten und ein Befreiungsschlag für Patienten, die ihre sexuellen Abhängigkeiten und ihr impulshaftes Verhalten überwinden wollen – für eine beziehungsverantwortliche und gesunde Sexualität und Liebesfähigkeit. Normativen Grenzen zerbrechen sie?

# Verstehen durch Erleben – Sexualtherapie nach dem Hamburger Modell

Annette Schwarte

## Understanding through Experience – Sex Therapy According to the Hamburg Model

### Abstract

This article illustrates the Hamburg Model of sex therapy using the example of a one-year therapy process of a couple with vaginism. The therapeutic process furthered the couple's awareness and treatment of individual and pair dynamic patterns which contributed to the emergence and perpetuation of the problem. The supervised behavioral specifications prompted the couple to realize the connection between vaginism and not taking adequate responsibility for their own emotions and needs and individual sexual sensations. Psychodynamic and pair-dynamic factors such as differentiation, the setting of boundaries, conflict avoidance and emotional defense became tangible and understandable when dealing with the physical interaction of the couple. Finally, the insertion of vaginal trainers influenced the tension and relaxation of the woman's pelvic floor and made her partner aware of his fear of penetration.

Keywords: Hamburg Model of sex therapy, Vaginism, Self-responsibility, Pair dynamics, Vaginal trainer

### Zusammenfassung

In diesem Beitrag wird das Hamburger Modell der Sexualtherapie anhand des einjährigen Therapieprozesses eines Paares mit Vaginismus exemplarisch dargestellt. Der therapeutische Prozess ermöglichte das Bewusstwerden und Bearbeiten individueller und paardynamischer Muster, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung des Vaginismus beitrugen. Die angeleiteten Verhaltensvorgaben ließen das Paar den Zusammenhang zwischen dem Vaginismus und der unzureichenden Verantwortungsübernahme für die eigenen Emotionen und Bedürfnisse und für die individuellen sexuellen Empfindungen erkennen. Psychodynamische und paardynamische Faktoren wie Differenzierung, Abgrenzungsvermeidung, Konfliktvermeidung, Emotionsabwehr wurden mit der Bearbeitung der körperlichen Interaktion des Paares spürbar und verstehbar. Schließlich ließ der Einsatz von Vaginaltrainern bei der Patientin Anspannung und Entspannung des Beckenbodens beeinflussen und dem Partner seine Ängste vor dem Eindringen wahrnehmen.

Schlüsselwörter: Hamburger Modell der Sexualtherapie, Vaginismus, Selbstverantwortung, Paardynamik, Vaginaltrainer

## Das Konzept des Hamburger Modells

Die Paartherapie sexueller Störungen nach dem Hamburger Modell basiert vornehmlich auf den psychoedukativen Ansätzen von Masters und Johnson, die im mittleren Westen der USA entwickelt wurden. Masters und Johnson arbeiteten mit Paaren, die unter sexuellen Funktionsstörungen litten, deren Ätiologie durch die in den 1950er und -60er Jahren vorherrschende sexualrestriktive Haltung bedingt war. Das Hamburger Team um Gerd Arantewicz und Gunter Schmidt wollte die Therapie nach Masters und Johnson anwenden, musste deren Methode aber grundlegend modifizieren (Arantewicz & Schmidt, 1980). Die sexuellen Probleme von Paaren in der Großstadt Hamburg in den 1970er Jahren unterschieden sich deutlich von denen der Amerikaner und waren bereits durch die gesellschaftlichen Veränderungen der 68er Bewegung und der sexuellen Revolution geprägt. Psychoedukation und Sexualaufklärung standen viel weniger im Vordergrund als psycho- und paardynamische Methoden (Hauch, 2006). Das grundlegende Konzept von Masters und Johnson mit seinen klar definierten Verhaltensvorgaben wurde jedoch beibehalten. Die Verhaltensvorgaben wurden in der Weiterentwicklung dieser therapeutischen Methode als Projektionsfläche für die Psycho- und Paardynamik des Paares genutzt. Der für die Verhaltensvorgaben benutzte Begriff „Übungen“ ist nicht ganz unproblematisch, da er sowohl von Therapeut\_innen als auch von Klient\_innen gerne im Sinne des Trainings missverstanden wird. Mit „Übung“ ist jedoch das Schaffen eines Erfahrungsraumes gemeint, der dem Paar die Möglichkeit bietet, sich selbst besser zu verstehen und Interaktionen zu modifizieren.

In diesem Artikel wird anhand des einjährigen, 23-stündigen Behandlungsverlaufs eines Paares die therapeutische Arbeit mit diesem Erfahrungsraum beschrieben. Eine Therapiemethode kann am günstigsten durch einen, dem Therapiemanual am ehesten entsprechenden Behandlungsverlauf dargestellt werden. In der praktischen Anwendung gibt es jedoch viel häufiger therapeutisch hilfreiche und sinnhafte Umwege, Abweichungen und Sackgassen als in dem hier dargestellten Fall.

# Paartherapie eines Paares mit Vaginismus

## Erstgespräch

Sophia und Matthias<sup>1</sup> kommen gemeinsam zum Erstgespräch, das dazu dient, das Paar neben der Diagnostik und der Erklärung des Symptoms über das Setting der Therapie zu informieren (Abb. 1).

Sophia ist 32 Jahre alt und leidet unter einem primären Vaginismus. Seit 10 Jahren ist sie in gynäkologischer Behandlung. Ihr Frauenarzt hat zur operativen Behandlung der Scheidenverengung geraten. Diese Vorstellung einer Operation war für Matthias mit so viel Unbehagen verbunden, dass er Sophia geraten hat, die Meinung eines weiteren Gynäkologen einzuholen. Dieser stellte die Diagnose Vaginismus und verwies an unsere Praxis.

Sophia berichtet mit viel Scham und Verzweiflung über ihre Symptomatik. Die schlanke, unauffällig gekleidete Frau wirkt mädchenhaft jung. Matthias ist 33 Jahre alt. Verständnisvoll und souverän unterstützt er Sophias Berichterstattung. Matthias und Sophia sind seit 11 Jahren zusammen, seit vier Jahren verheiratet. Matthias arbeitet als Polizeibeamter, Sophia als Versicherungsangestellte. Beide haben unbefristete Arbeitsverträge. Sie wohnen in einer ländlichen, durch konservative Werte geprägten Gegend. Sexuelle Begegnungen finden ca. einmal im Monat statt. Matthias kommt durch das Reiben des Penis zwischen Sophias zusammengepressten Oberschenkeln zum Orgasmus. Sophia findet das erregend und kommt manchmal dabei zum Höhepunkt. Die Initiative für Sex geht nahezu ausschließlich von Matthias aus. Für beide gab es vor der Beziehung keine anderen partnerschaftlichen sexuellen Erfahrungen.

Kinderwunsch ist der Grund für die Therapiesuche des Paares zum jetzigen Zeitpunkt.

Die Therapeutin weist darauf hin, dass partnerschaftliche sexuelle Probleme als Paarprobleme betrachtet werden und dass es darum geht, wie Betroffene mit

- Regelmäßige Therapiesitzungen (wöchentlich, max. 14-tägig) mit beiden Partnern
- Regelmäßige Körperübungen (2h/Woche)
- Üben mit Vaginaltrainer
- Verzicht auf bisherige sexuelle Praktiken
- Verhütung (trotz Kinderwunsch!)

Abb. 1: Therapiesetting

<sup>1</sup> Die Namen und weitere biografische Angaben wurden zur Anonymisierung geändert

ihrer Geschichte und ihren Mustern zur Entstehung oder zumindest Aufrechterhaltung des Symptoms beitragen. Die Notwendigkeit der Verhütung während und auch im Anschluss an den Therapieprozess wird besprochen. Dies ist für das Paar erwartungsgemäß nicht sofort zu verstehen. Nachvollziehbar ist für beide, dass der Druck Koitus praktizieren zu können, um schwanger zu werden, zu Anspannung und damit zur Aufrechterhaltung des Symptoms führt und erzielte Veränderungen sich durch eine Schwangerschaft oftmals nicht etablieren können.

## Biografische und sexuelle Anamnese

Matthias Geschichte: Matthias ist das zweite von drei Kindern. Der Vater ist Polizeibeamter, die Mutter ungelernete Arbeiterin und seit früher Kindheit gehörlos. Der ältere Bruder des Patienten starb im Alter von zwei Jahren an plötzlichem Kindstod, als die Mutter mit Matthias schwanger war. Matthias Schwester ist fünf Jahre jünger. Die familiäre Atmosphäre sei durch den Tod des Bruders überschattet gewesen. Die Mutter beschreibt Matthias als ängstlich und überbehütend. Matthias erinnert seine Eltern in seiner Kindheit als Liebespaar. Im Laufe der Jahre habe es immer mehr Streit aufgrund der Alkoholerkrankung der Mutter gegeben. Trotz der massiven Spannungen habe sich der Vater erst von der Mutter getrennt, als Matthias 19 Jahre war. Die engere emotionale Bindung besteht bis heute zum Vater, er habe ihm Verantwortungsbewusstsein, Zielstrebigkeit und Familiensinn als wichtige Werte vermittelt.

Matthias beschreibt den Umgang mit sexuellen Themen als durch das dörfliche, katholische Milieu geprägt. Der Vater habe ihm in der Pubertät mal Kondome in die Hand gedrückt, wirklich offen sei über Sexualität nicht gesprochen worden. Die Aufklärung sei in der Schule und durch Freunde erfolgt. In seiner Erinnerung löste der erste Samenerguss „Erschrecken“ und Irritation aus. Für Selbstbefriedigung und für Mädchen interessierte er sich nach eigener Bewertung eher spät, mit ca. 16 Jahren. In einer einjährigen Beziehung mit 16/17 Jahren habe es keinen Geschlechtsverkehr gegeben. In der Schulzeit sei er in seiner Peergroup gut integriert gewesen. Nach dem Realschulabschluss folgte zunächst eine Ausbildung als technischer Zeichner und dann die mittlere Beamtenlaufbahn als Polizeibeamter.

Matthias präsentiert sich als junger Mann, der in der Lage ist, Herausforderungen zu stemmen. Er übernimmt gerne Verantwortung und „steht so seinen Mann“. Er identifiziert in hohem Maß mit den väterlichen Werten. Er ist in der Lage, seine eigenen Bedürfnisse zurückzustellen. Eine fürsorgliche und verantwortliche Haltung seiner Frau gegenüber ist ihm bei weitem näher, als Sophia „Druck zu machen“ wegen der sexuellen Probleme.

Matthias Affekte bezüglich der Schwierigkeiten in seiner Familie sind nur wenig spürbar und kaum sichtbar. Er bleibt in der Rolle des Souveräns, der sich mit der Familiengeschichte arrangiert und seine Rolle als Verantwortungsträger gefunden hat.

Sophias Geschichte: Sophia ist die Älteste von drei Kindern. Die Eltern, beide jetzt Mitte 50, heirateten mit Anfang 20. Die Beziehung der Eltern sei eine Liebesbeziehung, sie seien ein gutes Team. Sophia war ein Wunschkind, das gerne die Rolle der „kleinen Mama“ für ihre vier und sechs Jahre jüngeren Geschwister übernahm. Familiärer Zusammenhalt sei groß geschrieben worden und habe sich besonders deutlich gezeigt als der Großvater starb (Sophia war 17) und als die Mutter vor einem Jahr an Brustkrebs erkrankte.

Sophia war ein sehr schüchternes, zurückhaltendes Kind, durch tragfähige, langjährige Freundschaften zwar lockerer und selbstbewusster geworden, aber immer sehr brav. Die Kindheit wird mit viel Leichtigkeit und Fröhlichkeit erinnert. Nach der Realschule besuchte sie zunächst die Höhere Handelsschule, plante zunächst Grundschullehramt zu studieren und entschied sich jedoch für die Lehre als Versicherungskauffrau.

Die körperlichen Veränderungen in der Pubertät waren für Sophia mit Scham und auch Überforderung verbunden. Wegen starker und sehr unregelmäßiger Blutungen wurde sie mit 16 Jahren in der Uni Köln vorgestellt; wegen zu hoher Testosteronwerte sei die Pille verordnet worden. Diese habe sie vor drei Jahren abgesetzt. Der Zyklus sei jetzt normal. Das Einführen eines Tampons sei immer schmerzhaft, ebenso wie die gynäkologische Untersuchung. Die Diagnose Vaginismus erfuhr sie wenige Monate vor Behandlungsbeginn in unserer Praxis. Sexuelle Themen habe sie immer vermieden, in der Familie sprach niemand über Sex. Auch ihre Mutter, ihre engste Vertraute, wisse nicht von ihrem Vaginismus. Die „Sprüche“ der Großfamilie, wann denn der Nachwuchs komme, seien belastend. Selbstbefriedigung praktiziere sie nicht.

Mit 15 war sie das erste Mal richtig verliebt. Nach vier Monaten endete die Beziehung. An Sex habe sie damals noch nicht gedacht. Eine spätere Beziehung als 18-Jährige endete auch nach wenigen Monaten, bevor es zu sexuellen Kontakten kam.

Sophia präsentiert sich als junge Frau, die gut in ihrem sozialen Gefüge integriert ist. Dank ihrer sozialen Kompetenzen und ihrer regelkonformen und sozialen Haltung kommt sie in den bestehenden Systemen gut klar. Sie hat früh gelernt, das „Eigene“ zu Gunsten der Gemeinschaft zurückzustellen. Der Vaginismus wurde über viele Jahre hingenommen, sie hat sich möglichst nicht damit beschäftigt. Erst der Kinderwunsch brachte diese Anpassungsleistung ins Wanken.

## Round Table

Im Anschluss an die biografischen Anamnesen findet das sogenannte „Round-Table-Gespräch“ statt (Abb. 2). In dieser Therapiestunde geht es um eine Zusammenfassung der wichtigsten biografischen Informationen und vornehmlich darum, gemeinsam mit dem Paar Hypothesen über die Funktion, die der Vaginismus haben kann, und Faktoren, die dessen Aufrechterhaltung dienen, zu entwickeln. Gemeint sind hierbei sowohl Lernerfahrungen als auch individuelle psychodynamische und paardynamische Faktoren.

Matthias ist ein hochspezialisierter Verantwortungs- und Lastenträger. Ätiologisch sind sowohl Lernerfahrungen und Abwehrfunktionen bedeutsam. Der Vaginismus seiner Frau hilft ihm, diese Rolle beizubehalten. Unzufriedenheit, Ärger, Frust, Unglücklichsein werden abgewehrt und durch die Rolle des souveränen Verantwortungsträgers kompensiert. Das Symptom bietet die Legitimation auf der sexuellen Ebene nicht fordern zu müssen.

Sophia hat wenig Zugang zu ihren eigenen sexuellen Impulsen. Ihre Schüchternheit und Selbstunsicherheit hat sie in ihren sozialen Kontexten ablegen können. Sexuelles Erleben bleibt mit viel Scham besetzt. Der Vaginismus hilft ihr, die Auseinandersetzung mit eigenen sexuellen Bedürfnissen zu vermeiden und die Auseinandersetzung Abgrenzung, also Wahrung der Autonomie, versus Verschmelzung nicht führen zu müssen und eigene Bedürfnisse und Unsicherheiten abzuwehren.

Beide Partner sind in hohem Maße bereit, „Eigenes“ für die Beziehung aufzugeben. Die Paardynamik würde man nach Retzer am ehesten als eheliche Harmonieerzeugungskultur beschreiben (Retzer, 2004). Das Symptom ermöglicht, dass Abgrenzungskonflikte nicht geführt werden müssen.

Insbesondere Sophia erlebt den kognitiven Zugang zu der Funktion, die der Vaginismus für sie haben kann, als emotionale Entlastung. Die Haltung, „dass der Vaginismus weg soll, vielleicht auch wegoperiert wird“, wird modifiziert. Es erscheint ihr sinnvoll, sich mit der Bedeutung des „Sichverschließens“ auseinanderzusetzen.

- Rückmeldung über die spezifische Paardynamik auf dem Hintergrund der biografischen Erfahrung und der sexuellen Vorgeschichte
- Hypothesenbildung über die Bedeutung des Symptoms für das Paar
- Vereinbarung auf Geschlechtsverkehr und Petting zu verzichten
- Erklärung des Prinzips Selbstverantwortung (Veto- und Egoismusregel)
- Verhaltensvorgaben: Anleitung der ersten „Paarübungen“

Abb. 2: Round Table

Für Matthias ist es weitaus schwerer, seine Rolle als Verantwortungsträger, als Souverän zu problematisieren. In der Gegenübertragung machen spürbare Abwehr und Misstrauen die Bedrohung, die für ihn mit Veränderungen in seiner Rolle verknüpft sind, deutlich. Auf therapeutischer Seite werden an dieser Stelle auch die Problematik eines paartherapeutischen Settings ohne männlichen Co-Therapeuten sichtbar und die möglicherweise damit verbundene Herausforderung für Matthias, sich mit seinen Emotionen zu zeigen.

Dem Paar wird nun der Ablauf der ersten „Übung“ erklärt. Neben dem formalen Ablauf (Abb. 3) wird das Paar über das „Prinzip Selbstverantwortung“ informiert. Die Aufgabe des Paares besteht darin, sich in der aktiven Übungsrolle auf das eigene Erleben, die eigenen Wahrnehmungen, die eigenen Wünsche und die eigenen Impulse zu fokussieren. In der passiven Übungsrolle geht es ebenso um die Wahrnehmung des eigenen Erlebens und insbesondere der eigenen Grenzen. Unangenehm Erlebtes (z.B. Kitzeln, Schmerzen, aversive Gefühle) werden in Form des Vetos zurückgemeldet. Der klar vorgegebene und formal und inhaltlich begrenzte Rahmen für diese Erfahrungen ermöglicht die Wahrnehmung der Affekte, die durch den intimen körperlichen Kontakt, die Fokussierung auf die eigenen Bedürfnisse und durch die unterschiedlichen körperlichen Bedürfnisse ausgelöst werden.

## Streicheln I

Die „Übungen“ werden von Sophia und Matthias zunächst drei Mal gemacht. Beide beschreiben, dass es kein Problem sei, sich nackt zu zeigen. Sie bemühen sich, die Vorgaben zu erfüllen, geben Vetos, wenn es kitzelt, und versuchen, in der aktiven Rolle bei den eigenen Bedürfnissen zu bleiben. Matthias findet die Übung zunächst künstlich und wenig entspannend. Er glaubt ihre Anspannung zu spüren. Sie findet die passive Position angenehm, entspannend und unspektakulär. Sie beobachtet, dass ihr Beckenboden entspannt ist. Sie mag es nicht, mit der flachen Hand zu berühren. Klopfen, Trommeln, Kneten ist angenehmer. Das Auslassen der erogenen Zonen

- 1 Stunde Zeit nehmen, Körperübung 30 min
- Raum so heizen, dass Nacktsein ohne zu frieren möglich ist
- Abwechselndes Berühren der kompletten Rück- und Vorderseite und dann wieder Rückseite jeweils 5 min
- Auslassen der erogenen Zonen
- Jede(r) ist für sich selbst verantwortlich!
- bei Schmerzen, Kitzeln und Erregung → Veto

Abb. 3: Paarübung: Streicheln I

- 10 min Zeit nehmen, um sich nackt im Spiegel anzuschauen
- Den bewertenden Blick in den Spiegel vermeiden
- Vetoregel: unangenehme Gefühle ernst nehmen und das Betrachten, z.B. durch veränderte Position, modifizieren

Abb. 4: Einzelübung: Betrachten des nackten Körpers in einem großen Spiegel

stört. Sophia beschreibt, dass es ihr schwer fällt, den Penis nicht mit einzubeziehen. Ihm sei es schwer, ihre Brüste auszusparen.

Der Ablauf der Paarübung wird beibehalten und durch Einzelübungen ergänzt (Abb. 4).

Das Anschauen des eigenen Körpers im großen Spiegel geht für beide gut. Beide beschreiben eine entspannte Beziehung zu ihrem Körper und haben sich mit Körperzonen, die sie nicht so mögen – sie Brust, er Bauch – arrangiert.

Die therapeutischen Interventionen in dieser Übungsphase beschränken sich auf das Spiegeln des Beschriebenen: Sophia und Matthias zeigen auch im Übungssetting, dass sie es gewohnt sind, Aufgaben zu erfüllen und sich an die Regeln zu halten. Bewusst werden die positive Beziehung zum eigenen Körper und die Wahrnehmung, dass intimer körperlicher Kontakt in der Partnerschaft mit dem Wunsch nach Stimulation verknüpft ist.

Das Paarübungssetting wird durch das Einbeziehen der erogenen Zonen ergänzt (Abb. 5). In den Einzelübungen soll der gesamte Körper berührt werden und der eigene Genitalbereich mit einem Handspiegel betrachtet werden.

## Streicheln II

Insgesamt werden fünf „Paarübungen“ gemacht und in zwei Therapiesitzungen reflektiert. Beide Partner bewerten das Einbeziehen des Genitalbereichs als angenehme Veränderung. Beide trauen sich, mehr zu experimentieren, finden es lustvoll, Vetos zu provozieren und so dem Partner zuzumuten, Grenzen zu setzen. Sophia bemerkt

- 1 Stunde Zeit nehmen, Körperübung 30 min
- Raum so heizen, dass Nacktsein ohne zu frieren möglich ist
- Abwechselndes Berühren der kompletten Rück- und Vorderseite und dann wieder Rückseite jeweils 5 min
- **Oberflächliches Einbeziehen der erogenen Zonen**
- Jede(r) ist für sich selbst verantwortlich!
- bei Schmerzen, Kitzeln und Erregung → Veto

Abb. 5: Paarübung: Streicheln II

- 30 min Zeit nehmen
- Raum so heizen, das Nacktsein ohne zu frieren möglich ist
- Den ganzen Körper berühren
- Mit dem Handspiegel den Genitalbereich betrachten
- Auch hier Egoismus- und Vetoregel

Abb. 6: Einzelübung: Berühren des ganzen Körpers, Betrachten und Erkunden des Genitalbereichs

in der ersten Paarübung, dass ihr Beckenboden bei der Berührung des Genitalbereichs anspannt. Sophia ist in einer Übung verunsichert, weil sie nicht mit der flachen Hand berühren mag und Matthias häufig Vetos gibt. Matthias ist in der passiven Rolle „genervt“, weil Sophia ihn „so unruhig“ berührt und er häufig Vetos geben muss.

Das Berühren des eigenen Körpers, sich selber zu streicheln, war für Matthias „total fremd“. „Ich kam mir ein bisschen verrückt vor.“ Den Genitalbereich mit dem Spiegel zu betrachten beschreibt er als „interessant“. Sophia fand es schön sich selber zu streicheln, vergisst zunächst das Betrachten des Genitalbereichs und wird im weiteren Verlauf bei der Einzelübung mit dem Handspiegel mit ihrer Distanz und Abwehr gegen ihr eigenes Geschlecht konfrontiert. Sie findet ihre Vulva fremd und hässlich (Abb. 6).

Die in den „Übungen“ gemachten Erfahrungen und ihre Reflektionen in den Therapiestunden geben Sophia und Matthias die Möglichkeit zu verstehen, dass „Egoismusfähigkeit“ sowohl lustvoll als auch verunsichernd und anstrengend sein kann. Hier wird deutlich, dass das Prinzip Selbstverantwortung auf sehr körpernaher Ebene einen Differenzierungsprozess ermöglicht: „Nicht alles, was dir gefällt, gefällt mir auch.“

Sophia nimmt ihren Körper differenzierter wahr und konfrontiert sich mit ihrem Unwillen, sich mit ihrem äußeren Genitalbereich und mit ihrer Sexualität auseinanderzusetzen. Matthias wird damit konfrontiert, wie ungewohnt es für ihn ist, sich mit seinem individuellen körperlichen Erleben zu beschäftigen.

Dieser Übungsschritt wird von der Therapeutin dazu genutzt, anhand von Abbildungen einen Überblick über Anatomie und Physiologie der Sexualorgane zu vermitteln.

Die Organisation der Zeitpunkte für die Paarübungen gestaltet sich schwierig. Sophia will keine Paarübung machen, wenn Eltern oder Schwiegereltern klingeln könnten. Ihr wird bewusst, wie unzureichend ihre innere Abgrenzung gegenüber der Ursprungsfamilie ist und entscheidet sich für mehr Verantwortungsübernahme für die eigene Partnerschaft.

Im nächsten Übungsschritt bekommt das Paar die Aufgabe, sich gegenseitig den Genitalbereich zu zeigen (Abb. 7). In der Einzelübung soll der eigene Genitalbereich gestreichelt werden (Abb. 8).

- 1 Stunde Zeit nehmen, Körperübung 30 min
- Raum so heizen, dass Nacktsein ohne zu frieren möglich ist
- Abwechselndes Berühren der kompletten Rück- und Vorderseite und dann wieder Rückseite jeweils 5 min
- **Nach dem Berühren der Vorderseite zeigt das Paar sich gegenseitig den Genitalbereich**
- Jede(r) ist für sich selbst verantwortlich!
- bei Schmerzen, Kitzeln und Erregung → Veto

Abb. 7: Paarübung: Betrachten des Genitalbereichs

- 30 min Zeit nehmen
- Raum so heizen, das Nacktsein ohne zu frieren möglich ist
- Den ganzen Körper berühren
- **Den Genitalbereich berühren**
- Auch hier Egoismus- und Vetoregel

Abb. 8: Einzelübung: Berühren des Genitalbereichs

## Betrachten des Genitalbereichs

Das Paar benutzt Öl für das gegenseitige Berühren. Das empfinden beide als positive Veränderung. Sophia kann Matthias deutlich besser mit stärkerem Druck streicheln und empfindet den Hautwiderstand nicht als unangenehm. Matthias kann sich besser entspannen. Wenn Matthias Sophia streichelt und den Genitalbereich oberflächlich miteinbezieht, kann sie ein Viereck um das Schambein herum wahrnehmen, dessen Berührung dazu führt, dass sie den Beckenboden anspannt. Im Verlauf der Übung entspannt sich der Beckenboden. Als Sophia Matthias ihren Genitalbereich zeigt, bricht sie in Tränen aus. Es sei Scham und Angst gewesen, aber auch ungewohnt, so im Fokus zu sein. Matthias geht reflektorisch in die Rolle des Unterstüters, Helfers. Beim Zeigen des eigenen Genitalbereichs bleibt er der Souveräne.

Sophia findet es angenehm ihren Genitalbereich zu berühren, „das geht viel besser als das Anschauen.“ Sie nimmt deutlich wahr, dass sie sich ohne Anspannung genital berühren kann. Matthias ist ein bisschen erregt, er findet es fremd, sich ohne Stimulationsziel anzufassen.

Die Auseinandersetzung mit ihrem Genitalbereich in den Paar- und Einzelübungen ermöglicht Sophia einen Zugang zu ihrer Scham und zu ihren Ängsten, Intimität zuzulassen. Ihr wird bewusst, dass es darum geht, Verantwortung für ihre Sexualität zu übernehmen. Gleichzeitig ermöglichen ihr die „Übungen“ eine differenziertere Wahrnehmung und die Integration des Genitalbereichs in das Körperselbst.

- 1 Stunde Zeit nehmen, Körperübung 30 min
- Raum so heizen, dass Nacktsein ohne zu frieren möglich ist
- Abwechselndes Berühren der kompletten Rück- und Vorderseite und dann wieder Rückseite jeweils 5 min
- **Das Berühren der Vorderseite wird durch das explorierende Berühren des Genitalbereichs ergänzt**
- Jede(r) ist für sich selbst verantwortlich!
- bei Schmerzen, Kitzeln und Erregung → Veto

Abb. 9: Paarübung: Erkunden des Genitalbereichs

Die „Paarübungen“ werden mit erkundendem Streicheln des Genitalbereichs fortgesetzt (Abb. 9). Die Einzelübung schließt nun auch erregendes Streicheln mit ein.

Sophia und Matthias experimentieren mehr in der aktiven Rolle. Es gibt Irritationen, nicht immer ist alles schön und angenehm. Sophia berührt Matthias' Penis und Hoden und empfindet das als vertraut und normal. Er wundert sich, dass sie bei der Übung summt. Matthias berührt Sophias Brust und Genitalbereich und erlebt das selber entspannt und als angenehm, es jetzt „zu dürfen“. Sophia beschreibt, dass sie keine Anspannung im Beckenboden gespürt habe. Während einer Paarübung klingelt es an der Haustür. Sie ist relaxt und er wird nervös. Später helfen sie sich mit einer „Notlüge“, um Matthias' Vater zu erklären, warum sie die Tür nicht öffnen konnten. Die Einzelübung wird vergessen.

Sophias gelassener Umgang mit dem Klingeln des Vaters ermöglicht Matthias, die Rolle des Souveräns zu verlassen. Ihm wird bewusst wie selbstverständlich er in die Rolle des „starken Mannes“ schlüpft, und oftmals keinen Zugang zu seiner eigenen Unsicherheit hat. Das Vergessen der Einzelübung wird von der Therapeutin genutzt, das Paar mit der Frage zu konfrontieren, wieviel Bedeutung individuelle Sexualität für sie hat. Sophia und Matthias sind deutlich besser in der Lage, sich zu differenzieren, das Anderssein des Anderen wahrzunehmen und auszuhalten und Grenzen zu setzen, so dass an dieser Stelle des Therapieprozesses sexuelle Erregung und Vaginaltrainer in die „Übungen“ eingeführt werden.

Das Paar bekommt den Auftrag, erregende Berührung in die Paarübung einzubeziehen (Abb. 10). Matthias wird vorgeschlagen, sich in der Einzelübung zu stimulieren, jedoch den Orgasmus zu vermeiden und die Erregung wellenartig an- und abschwellen zu lassen.

Dem Paar wurden die Vaginaltrainer bereits in der ersten Therapiestunde gezeigt. Sophia wurde ausführlich über die Anwendung der von der Frauenärztin verordneten Stäbe informiert. Der von der Therapeutin eingeführte Begriff „Stäbe“ macht dem Paar bereits deutlich, dass es nicht um Training geht, sondern um die Wahrnehmung der Anspannung und Entspannung des Beckenbodens.

- 1 Stunde Zeit nehmen, Körperübung 30 min
- Raum so heizen, dass Nacktsein ohne zu frieren möglich ist
- Abwechselndes Berühren der kompletten Rück- und Vorderseite und dann wieder Rückseite jeweils 5 min
- **Streicheln des Genitalbereichs, Erregung darf sein**
- Jede(r) ist für sich selbst verantwortlich!
- bei Schmerzen, Kitzeln und Erregung → Veto

Abb. 10: Paarübung: Stimulierendes Streicheln

- 30 min Zeit nehmen
- Raum so heizen, dass Nacktsein ohne zu frieren möglich ist
- Den ganzen Körper berühren
- **Aufnehmen des ersten Stabes (1,5cm)**
- **Matthias stimuliert sich bis kurz vorm Point of no return**
- Auch hier Egoismus- und Vetoregel!

Abb. 11: Einzelübung: Üben mit dem Vaginaltrainer, Stimulation in Wellen

Die „Übung“ mit den Stäben (Abb. 11) ermöglicht die Erkenntnis, dass das Öffnen der Scheide beeinflusst werden kann, dass diesbezügliche innere Widerstände und Ängste bewusst bearbeitet werden können. Die therapeutische Herausforderung an dieser Stelle ist, deutlich zu machen, dass es nicht darum geht, den Körper zu zwingen, gegen Widerstände zu kämpfen, sondern wahrzunehmen, welche guten Gründe dem Öffnen der Scheide entgegenstehen. Mit Sophia wird thematisiert, dass die physiologischen Reaktionen der Scheide bei Erregung die Aufnahme der Stäbe erleichtern können, während die emotionale Entscheidung, einen Stab und auch den Penis in sich aufzunehmen, durch sexuelle, erregende Handlungen erschwert werden kann, da Druck, sexuell zu funktionieren, entstehen kann.

## Stimulierendes Streicheln

Sophia und Matthias werden durch das intensivere Berühren des Genitalbereichs erregt, aber stimulieren sich entsprechend der Vorgabe nicht bis zum Orgasmus. Sophia spürt, dass in einer Übung der Beckenboden angespannt bleibt. In der anderen Übung kann sie entspannen und versteht den Zusammenhang mit äußeren Bedingungen (Termindruck) der „Übungen“.

## Stimulation und das Üben mit den Vaginaltrainern in den Einzelübungen

Sophia kann in der ersten Einzelübung den kleinsten Stab (Ø 1,5 cm) problemlos einführen. Bei der zweiten Übung nimmt sie den nächsten Stab (Ø 2,0 cm) dazu, den sie ebenfalls ohne Problem aufnehmen kann.

Matthias fällt das Stimulieren in Wellen zunächst schwer. Beim ersten Mal beendet er die Übung, nachdem er nur ein bisschen erregt ist. Beim zweiten Mal stimuliert er sich bis zum Höhepunkt. Beim dritten Mal ist es ihm möglich, die Erregung ansteigen und abschwellen zu lassen. Sophia übernimmt Verantwortung für ihre Scheide, bekommt das Gefühl von Kontrolle, Kompetenz und Sicherheit. Matthias erlebt Versagen, Unzufriedenheit, aber auch einen differenzierteren Zugang zu seiner Erregungssteuerung.

In der folgenden Paarübung soll der kleinste Vaginaltrainer mit einbezogen werden (Abb. 12). Sophia kann in der Einzelübung den dritten Stab ausprobieren, Matthias kann sich bis zum Orgasmus in Wellen stimulieren.

## Paarübungen und Einzelübungen mit Vaginaltrainern

Sophia merkt bei der Paarübung, dass der Beckenboden zunächst angespannt ist, kann sich dann entspannen und den kleinsten Stab in der Übung selber in Anwesenheit von Matthias aufnehmen. Im zweiten Schritt führt Matthias den Stab ein. Er beschreibt seine Vorsicht und Unsicherheit.

Sophia kann ihre neue Souveränität im Umgang mit ihrer Scheide auf die Paarsituation übertragen. Matthias bekommt Kontakt zu seiner Unsicherheit, kann die Rolle des Souveräns verlassen.

Sophia macht 5-mal ihre Einzelübung, Stab I und II kann sie ohne Probleme einführen. Stab III kann sie 2 cm aufnehmen. Sie setzt sich unter Druck, ist enttäuscht. Matthias stimuliert sich in Wellen bis zum Orgasmus.

In der folgenden Therapiestunde beschreibt Sophia ihr Unbehagen mit Matthias' Selbstbefriedigung. Fast entschuldigend erklärt er, das nicht zu brauchen, es sei ja

- 1 Stunde Zeit nehmen, Körperübung 30 min
- Raum so heizen, dass Nacktsein ohne zu frieren möglich ist
- Abwechselndes Berühren der kompletten Rück- und Vorderseite und dann wieder Rückseite jeweils 5 min
- **Nach dem Berühren ihrer Vorderseite wird der erste Stab einbezogen**
- Jede(r) ist für sich selbst verantwortlich!
- bei Schmerzen, Kitzeln und Erregung → Veto

Abb. 12: Paarübung mit Stab I

- 30 min Zeit nehmen
- Raum so heizen, das Nacktsein ohne zu frieren möglich ist
- Den ganzen Körper berühren
- **Sophia: Aufnehmen Stab I-III (Ø 1,5 – 2,5 cm)**
- **Matthias: Erregung in Wellen, Orgasmusfreigabe**
- Auch hier Egoismus- und Vetoregel

Abb. 13: Einzelübung: Üben mit den Vaginaltrainern, Erregung in Wellen; Orgasmusfreigabe

Übungsaufgabe gewesen. Diese Situation wird genutzt, um deutlich zu machen, dass die größer werdende Kompetenz im Umgang mit der individuellen Sexualität für beide auch bedrohlich ist. Die Therapeutin spricht an, dass es in Partnerschaften wiederkehrend notwendig ist, sich zu entscheiden, wieviel Individuelles Bestand haben darf und muss, und wieviel Öffnung für Gemeinsames notwendig ist. Explizit wird formuliert, dass das Verschließen der Scheide symbolhaft für die Notwendigkeit stehen kann, das Eigene zu wahren, und dass auch die Rolle als Souverän in der Beziehung eine Möglichkeit ist, sich emotional zu entziehen. Sowohl Sophia als auch Matthias sind an dieser Stelle des therapeutischen Prozesses in der Lage, die eigene und Paardynamik kognitiv und emotional zu erfassen.

In der folgenden Übungssequenz kann Sophia den dritten Stab in der Einzelübung problemlos aufnehmen. Sicherheit im Umgang mit dem dritten Stab erlaubt ihr Stab IV auszuprobieren. Auch das ist schmerzfrei möglich, aber nur langsam mit spürbarem Widerstand der Scheidenwände. Beide praktizieren zwischendurch Selbstbefriedigung. In der Paarübung konnte Matthias Stab I und II einführen. Sophia fordert ihn auf, auch Stab III auszuprobieren. Er lehnt das ab, spürt Angst, ihr zu viel zuzumuten.

In der Therapiestunde rückt Matthias in den Fokus. Die Verunsicherung, die Matthias durch die Selbstverantwortung von Sophia erlebt, wird positiv konnotiert, da er emotional in der Paarbeziehung spürbar wird. Es ist ihm möglich, Verunsicherung nicht als Versagen zu erleben. Zu diesem Zeitpunkt sind wichtige therapeutische Verständnis- und Modifikationsschritte auf individueller und paardynamischer Ebene erreicht. Im Kern bedeutet das für Sophia die Verantwortungsübernahme für ihre Sexualität, eine Stärkung des Selbst durch eine verbesserte Kompetenz, Bedürfnisse wahrzunehmen und gegenüber dem Partner zu kommunizieren. Für Matthias wurde es möglich, seine eigenen Ängste und Unsicherheiten wahrzunehmen und sich dafür verantwortlich zu zeigen.

In den folgenden Einzelübungen kann Sophia den fünften Stab nicht ohne Probleme aufnehmen. Sie wird nochmals mit ihrem Druck zu funktionieren konfrontiert und auch mit der Angst, dass es mit dem Kinderkriegen nicht mehr klappt. Auch die Trauer, erst zu diesem Zeitpunkt

Hilfe zu bekommen, bekommt Raum. Matthias gewöhnt sich an Sophias Souveränität und kann in der Paarübung problemlos Stab III und IV einführen. Erneut wird es erforderlich, sich gegenüber den Ansprüchen der Familie abzugrenzen, um Zeitfenster für die „Übungen“ zu schaffen.

Nachdem Sophia den fünften Stab in der Einzel- und Paarübung aufnehmen kann, wird dem Paar die Integration der Stimulation und das Einführen des Penis in der Übungssituation erklärt. Der Penis soll nach dem Einführen der Stäbe ohne stimulierende Bewegungen aufgenommen werden. Matthias und Sophia halten sich nicht an die Regeln und führen den Penis in einer „Kuschelsituation“ erfolgreich ein. Sophia beschreibt, wie überwältigt sie von dieser Situation war, die sich mehrfach wiederholen ließ. Sich vom Übungssetting abzuwenden wird von der Therapeutin als Loslösungs- und Abgrenzungsprozess vom therapeutischen Setting interpretiert.

## Fazit

Die angeleiteten Verhaltensvorgaben ermöglichten dem Paar, den Zusammenhang zwischen dem Vaginismus und unzureichender Verantwortungsübernahme für die eigenen Emotionen und Bedürfnisse und für die individuellen sexuellen Empfindungen zu erkennen und zu

modifizieren, was letztlich dazu führte, dass der Vaginismus überflüssig wurde.

Das Ende des therapeutischen Prozesses wurde jedoch durch ein Rezidiv der Krebserkrankung von Sophias Mutter überschattet. Das Paar stellte sich nach drei Monaten wieder vor. Sophia war in der 6. Woche schwanger. Diese Schwangerschaft endete aber in der 10. Schwangerschaftswoche mit einer Fehlgeburt.

In dieser Krisensituation rückten sowohl Sophias als auch Matthias' Selbstverantwortung in den Hintergrund. Nach einem einmaligen Krisengespräch stellt sich das Paar nicht erneut in der Praxis vor. Insofern bleibt offen, ob es ihnen gelang, nach Bewältigung der Krise, weiterhin Selbstverantwortung in ihrer sexuellen Beziehung zu übernehmen.

## Literatur

- Arentewicz, G., Schmidt, G. (Hg.), 1980. Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie. Springer, Berlin/Heidelberg. 2. neu bearb. Auflage, 1986; 3. Auflage, 1993, Enke, Stuttgart.
- Hauch, M., 2006. Paartherapie bei sexuellen Störungen. Thieme, Stuttgart.
- Retzer, A., 2004. Systemische Paartherapie. Klett-Cotta, Stuttgart.

### Autorin

Dr. med. Annette Schwarte, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Praxis für Sexualtherapie und Psychotherapie, Leonhardstraße 23, 52064 Aachen, e-mail: mail@praxis-sexualtherapie-aachen.de



**Uwe Britten (Hg.), Ulrich Clement, Ann-Marlene Henning**  
**Wenn es um das Eine geht: das Thema Sexualität in der Therapie**  
 Vandenhoeck & Ruprecht 2018, 150 Seiten, br., 13,99 €

In vielen Psychotherapien geht es irgendwann einmal auch um Sexualität, selbst wenn sie nicht der Grund für die Aufnahme der Therapie war. Unser Verhältnis zum eigenen, aber auch zum Körper eines anderen Menschen wird schnell irritiert, wenn die psychische Balance insgesamt einmal verloren gegangen ist. Missverständnisse und Unsicherheiten, aber auch biografisch erworbene Schamgefühle und übernommene Tabus führen in der Sexualität schnell zu Frustration und Kränkung und damit zum Rückzug oder zur Vermeidung. Psychotherapeutinnen und -therapeuten müssen sich diesem Thema stellen können, haben allerdings selbst oft auch keine unverkrampfte Haltung zur Sexualität. Von wem also ließe sich besser lernen, über Sex zu sprechen, als von zweien, die tagtäglich mit sexuell verunsicherten Klientinnen und Klienten arbeiten. Nachdem die Vorstellung der Sexualität als »Trieb« historisch aufgegeben wurde, geht es heute darum, den Klienten zu vermitteln, dass Sexualität einem fortwährenden Aushandeln unterworfen ist – ein Prozess, der auch im Älterwerden einer Beziehung nie zum Stillstand kommt. Also gilt allem voran: Sprechen wir drüber!

# „Weil nur sein kann, was nicht sein muss!“ – Syndyastische Sexualtherapie als Emanzipation von sexuellem Leistungsdruck

Christoph Joseph Ahlers, Gerard Alfons Schaefer

„Because only what doesn't have  
to be, can be!“ – Syndyastic Sex  
Therapy as Emancipation from  
Sexual Pressure to Perform

## Abstract

This paper describes the characteristics of Syndyastic Sex Therapy in contrast to complementary approaches. It provides a classification of sex therapy within a taxonomy of sexological subdisciplines and an overview of the spectrum of services for sexual problems and disorders – from sexual counseling to sexual treatment to sexual therapy. Furthermore, it offers a derivation of sex therapy from general psychological therapy or psychotherapy, to include psychotherapy with couples (or couples therapy) and couples sex therapy. Finally, the particularities of Syndyastic Sex Therapy are identified and summarized with a presentation of sexological fundamentals and clinical backgrounds, along with a concise overview of the structure and process pertaining to Syndyastic Sex Therapy.  
Keywords: Sexual disorders, Sexual counseling, Sexual treatment, Sexual therapy, Syndyastic sex therapy

## Zusammenfassung

Dargestellt werden die Merkmale der Syndyastischen Sexualtherapie in Abgrenzung zu komplementären Ansätzen. Nach einer Einordnung der Sexualtherapie in eine Taxonomie sexualwissenschaftlicher Subdisziplinen erfolgt eine Übersicht über das Versorgungsspektrum sexueller Probleme und Störungen – von der Sexualberatung, über die Sexualbehandlung, bis zur Sexualtherapie – und anschließend eine Herleitung von der allgemeinen Psychologischen Therapie bzw. Psychotherapie, über die Psychotherapie mit Paaren bzw. Paartherapie bis hin zur Paar-Sexualtherapie. Hieran anschließend werden die Besonderheiten der Syndyastischen Sexualtherapie herausgearbeitet und zusammengefasst. Im Anschluss daran erfolgt eine Darstellung der sexualwissenschaftlichen Grundlagen und klinischen Hintergründe für die Entstehung und Entwicklung der Syndyastischen Sexualtherapie, und abschließend eine Übersicht über den Aufbau und den Ablauf einer Syndyastischen Sexualtherapie.

Schlüsselbegriffe: Sexualstörungen, Sexualberatung, Sexualbehandlung, Sexualtherapie, Syndyastische Sexualtherapie

## Merkmale der Syndyastischen Sexualtherapie

Um Syndyastische Sexualtherapie zu definieren und zu charakterisieren, fällt der Blick unweigerlich auf die anderen sexualtherapeutischen Modelle und Ansätze, die sich bisher im deutschsprachigen Mitteleuropa entwickelt bzw. etabliert haben. Dabei fällt auf, dass es bei allen derzeit verbreiteten Ansätzen mehr oder minder explizit um die Wiederherstellung, Steigerung oder Intensivierung von sexueller Erregung geht. Verlangen, Begehren, Erotik, Leidenschaft und Orgasmus sollen wieder ermöglicht und/oder wiederhergestellt werden (vgl. Maß & Bauer, 2016).

Damit besteht bei diesen Ansätzen eine Fokussierung auf die Erregungs-Funktion von Sexualität. Andere Funktionen, vor allem die Kommunikations-Funktion von Sexualität (Loewit, 1975) werden allenfalls implizit vorausgesetzt oder womöglich mit gemeint, werden aber nicht in den Mittelpunkt des therapeutischen Ansatzes gestellt und vor allem nicht selbst zur therapeutischen Intervention gemacht. Hierin besteht der zentrale Unterschied zwischen der syndyastischen und anderen Ansätzen der Sexualtherapie.

Syndyastische Sexualtherapie versteht sich zusammengefasst als erweitertes Verständnis von Sexualität als verleiblichter Beziehung und von sexueller Interaktion als Ausdrucksform partnerschaftlicher Kommunikation (Loewit, 1975). Im Kern geht der Ansatz davon aus, dass Sexualität in partnerschaftlichen Beziehungen vor allem auch als Form der Kommunikation zur Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse nach Zugehörigkeit, Angenommenheit, Geborgenheit und Nähe aufzufassen ist (Beier & Loewit, 2004). Erregung und Fortpflanzung, als die beiden anderen zentralen Aspekte, werden demgegenüber als nachrangige Funktionen von Sexualität betrachtet, die auch alleine sowie außerhalb von partnerschaftlichen Beziehungen erfüllt werden können (Ahlers, 2015).

Ziel einer Syndyastischen Sexualtherapie ist *nicht* die (Wieder-)Herstellung genitaler Reaktionen und sexueller Funktionen, sondern die (Wieder-)Erlangung partnerschaftlich-sexueller Beziehungszufriedenheit durch gelingende Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse durch sexuelle Körper- und Seelen-Kommunikation.

Dabei hat sich auch die Syndyastische Sexualtherapie in den 15 Jahren seit der Buchveröffentlichung von Beier und Loewit (2004) weiter konturiert (Loewit & Ahlers, 2013), was aufzuzeigen ein Anliegen dieses Beitrages ist. Zunächst soll hierzu eine Taxonomie sexualwissenschaftlicher Subdisziplinen dargestellt und eine Einordnung der Sexualtherapie in das Versorgungsspektrum sexueller Probleme und Störungen vorgenommen werden.

## Taxonomie sexualwissenschaftlicher Subdisziplinen

Die wissenschaftliche Fundierung aller Angebote zur Versorgung sexueller Probleme und Störungen bildet die *Sexualwissenschaft*. Die Sexualwissenschaft ist multidisziplinär ausgerichtet und generiert ihre Inhalte aus allen Bereichen der Lebens-, Human-, Sozial- und Gesundheits-Wissenschaften. Insbesondere aus den Fachbereichen der Biologie, Psychologie und Soziologie speist sich die inhaltliche Ausgestaltung dessen, was als Sexualforschung vor allem durch empirische Studien zu Häufigkeiten und Ausprägungen sexueller Verhaltensweisen in der Allgemeinbevölkerung sichtbar wird. Allen voran können hier die berühmten *Kinsey Reports* erwähnt werden, die Mitte des 20. Jh. alles auf den Kopf stellten, was bis dahin als sexuelle Normalität angesehen wurde (Kinsey, 1948).

Die Erkenntnisse dieser empirischen Sexualforschung bilden auch die Grundlage für das, was sich in Materialien und Maßnahmen zur Sexuaufklärung und Sexualkunde niederschlägt und als *Angewandte Sexualwissenschaft* bezeichnet wird. Beispiele hierfür sind die Beiträge und Materialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie die resultierenden Vorgaben für Sexualkundeunterricht an Schulen sowie sexualpädagogische Schulungs- und Unterrichts-Programme, auch in der Erwachsenenbildung.

Richtet sich das Bemühen auf den Umgang mit Problemen oder Störungen im Sexuellen, so kommen die Angebote der *Klinischen Sexualwissenschaft* ins Spiel, deren Grundlagen sich im Wesentlichen aus den fachlichen Beiträgen der Sozialpädagogik, der Medizin sowie der Klinischen Psychologie speisen. In den fachlichen Spezialisierungen münden sie in den jeweiligen Angeboten der *Sexualpädagogik*, der *Sexualmedizin* sowie der *Sexualpsychologie*, die dann in Form von *Sexualberatung*, *Sexualbehandlung* und *Sexualtherapie* das Versorgungsspektrum sexueller Störungen darstellen (Ahlers, 2010).

Die Abbildung 1 zeigt eine taxonomische Abfolge dieser Begriffsdifferenzierungen sexualwissenschaftlicher Subdisziplinen in der grafischen Veranschaulichung eines Flussdiagramms (Ahlers & Schaefer, 2010).

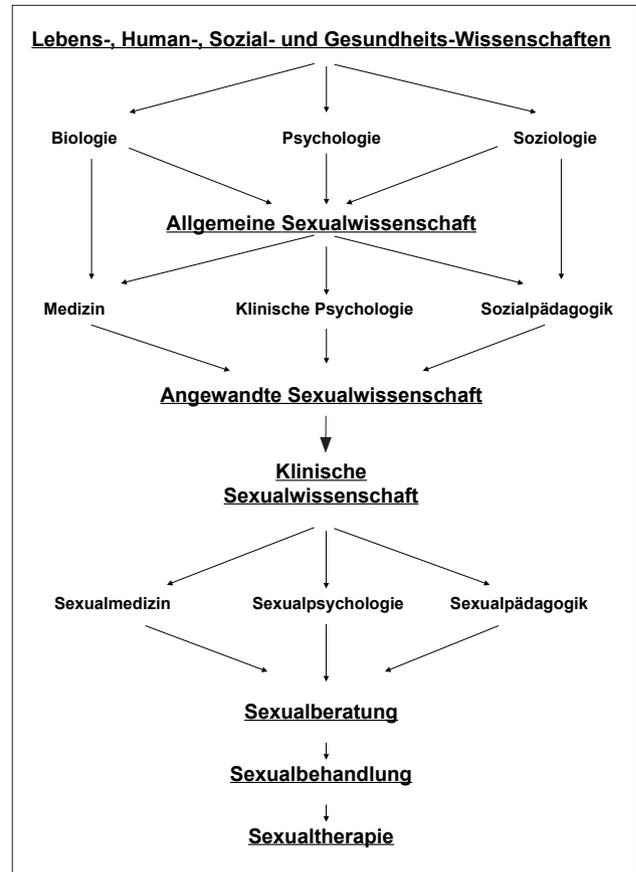


Abb. 1: Taxonomie sexualwissenschaftlicher Subdisziplinen (Ahlers & Schaefer, 2010)

## Versorgungsspektrum sexueller Probleme und Störungen

In den meisten Fällen kann davon ausgegangen werden, dass sexuelle Störungen gar nicht behandelt werden, weil Betroffene nicht wissen, dass es spezialisierte Hilfsangebote gibt, oder sich schämen und deswegen nicht trauen, Hilfe zu suchen bzw. in Anspruch zu nehmen. Wenn sie sich doch trauen, stoßen sie oft auf hilflose Helfer (Mediziner wie Psychologen), die nicht für die Diagnostik und Behandlung sexueller Störungen ausgebildet sind und deswegen mehr oder minder kompetent eher auf der Laien- als auf Experten-Ebene reagieren. Werden überhaupt Angebote unterbreitet, so erschöpfen sich diese häufig in „gut gemeinten Ratschlägen“ oder der Verordnung symptom-suppressiver Medikamente, die die ursächliche Problematik unberührt lassen und darum keine nachhaltige Wirksamkeit entfalten. Nur ein geringerer Teil der Betroffenen wird den Schritt zu einer Sexualberatung wagen und noch weniger den Weg in eine spezialisierte Sexualtherapie.

## Sexualpädagogische Beratung – Sexualberatung

Bei der *Sexualpädagogischen Beratung* bzw. *Sexualberatung* geht es im Wesentlichen um Informationsvermittlung und Aufklärung über physische, psychische und soziale Aspekte der sexuellen Entwicklung, wie z.B. um Geschlechtsreife, Geschlechtsidentität, Sexualidentität, Sexualpräferenz, Familienplanung und Empfängnis- bzw. Schwangerschafts-Verhütung, sexuell übertragbare Erkrankungen, über sexuelle Beziehungen und Praktiken sowie Veränderungen des sexuellen Erlebens und Verhaltens über die Lebensspanne, normale Alterungsprozesse und Anregungen für veränderte sexuelle Umgangsformen bei Erkrankungen u.s.w. (vgl. Buddeberg, 2005).

## Sexualmedizinische Behandlung – Sexualbehandlung

Unter *Sexualmedizinischer Behandlung* bzw. *Sexualbehandlung* werden symptom-suppressive, anwendungsbedingte (Wirkung nur bei Anwendung) und überwiegend genitalfokussierte Maßnahmen, vor allem bezogen auf sexuelle Funktionsstörungen, zusammengefasst, die mit körperorientierten Methoden der Medizin, der (Wieder-)Herstellung und Gewährleistung bzw. Optimierung sexueller Funktionalität und „Leistungsfähigkeit“ dienen (vgl. Deutscher Hausärzterverband, 2004).

Ein umfassender Überblick über die Angebote der Sexualmedizin lässt sich im Inhaltsverzeichnis des *Journal of Sexual Medicine* der *International Society for Sexual Medicine* gewinnen ([www.jsm.jsexmed.org](http://www.jsm.jsexmed.org)). Die Angebote der Sexualmedizin lassen sich im Wesentlichen in drei Kategorien unterteilen:

- Medikamente bzw. Substanzen: Tabletten, Salben, Spritzen, zur oralen Einnahme, vor allem PDE-5-Hemmer bei „erektiler Dysfunktion“ sowie Antidepressiva bei „Ejaculatio precox“, Präparate zur uretralen bzw. rektalen Anwendung, zur transdermalen Hormon-Applikation und -Substitution (vor allem „Geschlechtshormone“) sowie Betäubungssalben für die Eichel bei „Ejaculatio precox“, hormonelle „Geschlechtsumwandlung“, medikamentöse „Triebdämpfung“, intraurethral applizierbare Kapseln zur Erektions-Provokation, Injektionen in Scheide (Hyaluronsäure zur G-Punkt-Unterspritzung oder Botox bei Dyspareunie und Vaginismus) und Penis (Hyaluronsäure zur Penisverdickung sowie Prostaglandin/Alprostadil zur Erektions-Provokation „Erektion per Injektion“, sog. SKAT u.a.
- Apparate: Expander zur Penisverlängerung, physi-

kalische Erektionshilfen wie Vakuumpumpen und Penisringe, Dilatoren zur Scheidenweitung bei Vaginismus (z.B. Vaginal-Dilatations-Sets, sog. „Haegarstäbchen“) etc.

- Operationen: Chirurgische Nervendurchtrennungen am Penis sowie an der Eichel bei Ejaculatio praecox, chirurgische Bänderdurchtrennung zur Penisverlängerung, chirurgische Implantation von mechanischen und hydraulischen Erektionsprothesen (sog. „Penis-Prothesen“), chirurgische „Geschlechtsumwandlung“, laser- und skalpell-chirurgische Einschnitte in der Scheide bei Dyspareunie oder Vaginismus (sog. „Scheidensprengung“) sowie chirurgische Straffung der Scheide (sog. „Scheidenverjüngung“) oder des Hodensacks (sog. „Skrotum Lifting“) u.a.

## Sexualpsychologische Therapie – Sexualtherapie

Unter *Sexualpsychologischer Therapie* bzw. *Sexualtherapie* wird eine ursachenorientierte und nachhaltig wirksame Therapie sexueller Störungen mit gesprächsbasierten, seelenorientierten Methoden der Klinischen Psychologie bzw. Psychologischen Therapie (Psychotherapie) verstanden. Ziel von Sexualtherapie ist (im Gegensatz zur Sexualbehandlung) nicht die (Wieder-)Herstellung und Gewährleistung oder Optimierung sexueller Funktionalität und „Leistungsfähigkeit“, sondern die (Wieder-)Herstellung partnerschaftlich-sexueller Beziehungsgesundheit, unabhängig vom Status genitaler Reaktionen und sexueller Funktionen. Es handelt sich um eine gesprächsbasierte, kommunikationsorientierte, erlebnis- und erfahrungsbegründete, ressourcen- und potentialfokussierende (Psycho-)Therapie sexueller Störungen, als Hilfe zur Selbsthilfe für Alleinstehende und Paare.

Zusammengefasst kann man sich dieses Versorgungsspektrum sexueller Störungen also als Kontinuum vorstellen, das mit Sexualberatung beginnt, sich in Sexualbehandlung fortsetzt und in Sexualtherapie münden kann. Dieses Versorgungsspektrum sexueller Störungen kann damit als eine Abfolge potentiell aufeinander aufbauender Angebote verstanden werden.

Wenn es um Belange von Sexualaufklärung, Sexualkunde und Sexualerziehung geht, oder wenn Informations- oder Aufklärungsbedarf in sexuellen Belangen besteht oder wenn es klärungsbedürftige Probleme gibt, dann ist das eine Indikation für eine (psychiagogische bzw. psychoedukative) *Sexualpädagogische Beratung* bzw. *Sexualberatung*. Hier stehen Informationsvermittlung, Korrektur von Fehlvorstellungen, dysfunktionalen Einstellungen und Fehlinterpretationen im Vordergrund (Buddeberg, 2005).

Liegen hingegen behandlungsbedürftige Sexualstörungen vor, vor allem Störungen von Sexualfunktionen, so stellt sich die Frage, ob eine körper-, vor allem genitalbezogene, meist symptom-suppressive und anwendungsbedingte, *Sexualmedizinische Behandlung* bzw. *Sexualbehandlung* erfolgen soll, überwiegend zum Zwecke der (Wieder-)Herstellung und Gewährleistung bzw. Optimierung sexueller Funktionalität und „Leistungsfähigkeit“ (Medikamente, Apparate, Operationen; vgl. Sigusch, 2005).

Oder wird eine ursachenbezogene, nachhaltig wirksame *Sexualpsychologische Therapie* bzw. *Sexualtherapie* gewünscht, die *nicht* der (Wieder-) Herstellung und/oder Optimierung sexueller Funktionalität dient, sondern der (Wieder-)Herstellung partnerschaftlich-sexueller Beziehungsgesundheit, unabhängig vom Status genitaler Reaktionen und sexueller Funktionen?

Was die Versorgungslage der Allgemeinbevölkerung anbetrifft, so ist davon auszugehen, dass man sich dieses Versorgungsspektrum sexueller Störungen wie einen Trichter vorstellen kann: Relativ viele Menschen mit sexuellen Problemen können auf sexualpädagogische Informationen sowie Aufklärungsmaterialien zurückgreifen, manche womöglich auf Sexualberatung, z.B. bei karitativen oder kommunalen Trägern, wie z.B. *Pro Familia*.

Zumindest was Erektionsprobleme anbelangt, ist davon auszugehen, dass seit Beginn des 21. Jh., jeder Mann, der nämliche Beschwerden gegenüber einem Arzt erwähnt, mehr oder minder umstandslos sexualmedizinisch behandelt wird, indem er (bei fehlender Kontraindikation) PDE-5-Hemmer verordnet bekommt. Und dies unabhängig davon, ob bei der betreffenden Person tatsächlich die diagnostischen Kriterien einer Erektionsstörung gegeben sind oder nicht – Viagra zählt nicht zuletzt deswegen zu den bisher „erfolgreichsten“ Medikamenten des 21. Jh., und viele Pharmafirmen bemühen sich darum, andere sexualitäts-bezogene Präparate – vor allem für die „Lobido“ der Frau – zu entwickeln und auf den Markt zu bringen.

Am wenigsten häufig wird sicherlich Sexualpsychologische Therapie bzw. Sexualtherapie in Anspruch genommen, weil es sich (im Gegensatz zur Sexualmedizinischen Behandlung bzw. Sexualbehandlung) um ein psychotherapeutisches Herangehen handelt, welches eine Auseinandersetzung mit sich selbst, der eigenen Sexualität und (falls vorhanden) mit dem Partner und der partnerschaftlichen Beziehung erfordert, was für die meisten Menschen weniger Affinität verströmt, als beispielsweise die Einnahme von Medikamenten.

## Terminologischer Exkurs

In Lehrveranstaltungen zur Syndyastischen Sexualtherapie, von denen der Erstautor dieses Beitrages in den vergangenen 15 Jahren über 60 Fortbildungen (mit-) gestaltet hat, kommt immer wieder Verwirrung auf, weil die Begründer der Syndyastischen Sexualtherapie diese als „Sexualmedizin“ bezeichnen bzw. den Ansatz als „Sexualtherapie der Sexualmedizin“ deklarieren (vgl. Beier & Loewit, 2004). Abgesehen davon, dass diese Formulierung taxonomisch paradox ist (siehe oben), erscheint es vor dem Hintergrund langjähriger, einschlägiger Erfahrung mit diesen widersprüchlichen Begriffsverwendungen sinnvoll und notwendig zu erklären, was damit gemeint sein soll.

Loewit und Beier setzen sich seit Jahrzehnten hoch anerkennenswert und verdienstvoll dafür ein, dass Ärzte aller möglichen Disziplinen und Fachrichtungen im Umgang mit Sexualstörungen geschult werden können. Hintergrund ist die Tatsache, dass die mit Abstand meisten Personen mit sexuellen Problemen und Störungen sich zunächst nicht an spezialisierte Sexualberater, Sexualbehandler und Sexualtherapeuten wenden, sondern an niedergelassene Ärzte, vor allem der Fachbereiche Allgemeinmedizin, Urologie, Gynäkologie und Andrologie sowie der Dermatologie, seltener der Psychiatrie.

Da die Diagnostik und Behandlung sexueller Störungen kein Gegenstand der jeweiligen Facharztausbildungen ist (auch nicht in der Ausbildung von Psychotherapeuten), sind die meisten Mediziner mit der Problematik überfordert und nicht zu einer sachverständigen Handhabung befähigt. Deshalb braucht es niederschwellige Fortbildungsangebote, die Körpermediziner kompakte Kompetenzen in der klinischen Umgangsweise mit sexuellen Störungen vermitteln. Um diese Angebote von psychotherapeutischer Sexualtherapie zu differenzieren, erweitern Beier und Loewit den Begriff der Sexualmedizin um den Aspekt der sog. sprechenden Medizin und meinen damit insbesondere die als „Syndyastische Fokussierung“ bezeichnete Methode, die weiter unten dargelegt wird.

Abgesehen davon, dass der Topos „sprechende Medizin“ ungefähr dieselbe Kontingenz aufweist wie „operierende Psychologie“, entbirgt die Formulierung, dass es offensichtlich nicht die Regel ist, dass Mediziner mit ihren Patienten sprechen. Die Abrechnungs- und Gebührenordnung für Ärzte sieht ein Sprechen mit Patienten auch nicht als punktwerte Leistung vor und bestraft Mediziner, die (zumindest auch) sprechen, damit, dass sie weniger verdienen, als die Kollegen, die sich auf Körperuntersuchung, Laborbefunde, Bildgebung, Verordnung und Verabreichung beschränken.

Vor diesem Hintergrund ist es mehr als begründet und berechtigt, dass Beier und Loewit sich für (in diesem Ver-

ständnis gemeinten) sexualmedizinische Fortbildungsangebote engagieren. Die Bezeichnung „Sexualmedizin“ (in dem um „sprechende Medizin“ erweiterten Verständnis) bietet hierfür die ideale Plattform, auf der Körpermediziner aller Fachrichtungen sich auf diesen Tätigkeitsbereich einlassen und in diesem weiterbilden können, was bei dem Begriff „Sexualtherapie“ nicht in gleicher Weise der Fall ist, weil dieser unstrittig eine Spezialisierung im Bereich der Psychologischen Therapie bzw. Psychotherapie darstellt.

Taxonomisch und terminologisch unzulässig ist hingegen der Versuch, den Begriff „Sexualmedizin“ als Überbegriff gegen die eigentlichen multidisziplinären Überbegriffe „Sexualwissenschaft“ und „Sexualtherapie“ auszutauschen. Dieser Versuch ist nicht nur inhaltlich illegitim (siehe oben), sondern suggeriert, dass die Diagnostik und Behandlung sexueller Störungen hoheitliche Indikation der Medizin sei. Dies ist nicht nur sachlich falsch, sondern verschleiert auch die Tatsache, dass die Mehrheit aller Sexualwissenschaftler und vor allem Sexualtherapeuten nicht Mediziner, sondern überwiegend Psychologen, meist Psychotherapeuten sind. „Die Sexualmedizin“ als programmatischen Überbegriff gegen die eigentlichen Überbegriffe „Sexualwissenschaft“ und „Sexualtherapie“ auszutauschen, leugnet also die fachlichen und klinischen Realitäten, und diskriminiert die Mehrzahl aller Sexualwissenschaftler und Sexualtherapeuten als Nicht-Mediziner, indem sie diesen fachliche und indikationsbezogene Zuständigkeit und Kompetenz abspricht.

Abstruse Konstruktionen wie „die Sexualtherapie der Sexualmedizin“ helfen daher nicht nur nicht weiter, sondern schaden der eigentlich guten Sache, weil sie die Mehrzahl aller Sexualtherapeutinnen und Sexualtherapeuten dissoziieren. Sachorientierter und produktiv wäre es, auf jede Form von terminologischem Präventionsgebaren zu verzichten und stattdessen alle verfügbaren Kräfte in Sexualwissenschaft und Sexualtherapie zu bündeln, um das begründete und berechtigte Anliegen zu unterstützen, qualifizierte Fortbildungsangebote für Ärzte aller Fachrichtungen zu erweitern, die dann unter dem um „sprechende Medizin“ erweiterten Begriff der *Sexualmedizinischen Behandlung* bzw. *Sexualbehandlung*, zum Beispiel mit der Methode der „Syndyastischen Fokussierung“ ausgerichtet werden können.

Fachlich an Weiterbildung interessierte Psychotherapeuten (egal, ob Psychologen oder Mediziner) interessieren sich naheliegenderweise sowieso weniger für Sexualmedizin als viel mehr für gesprächsbasierte Methoden der Sexualpädagogik und Sexualpsychologie, und suchen von selbst Fortbildungsangebote in „Sexualberatung und Sexualtherapie“, weil diese ja unstrittig eine Spezialisierung in ihrem eigenen Fachbereich der Psychologischen Therapie bzw. Psychotherapie darstellen.

## Fachliche Fundierung der Paar-Sexualtherapie

Es herrscht Einvernehmen darüber, dass es sich bei Sexualtherapie um eine Spezialisierung im Spektrum der wissenschaftlich fundierten Psychologischen Therapie bzw. Psychotherapie handelt (vgl. Strauß, 2004; Sigusch, 2007; Hauch, 2013; Briken & Berner, 2014; Ahlers, 2015; Clement, 2016; Maß & Bauer, 2016; Hartmann, 2017). Den Übergang von allgemeiner Psychotherapie zur Sexualtherapie bildet die Paartherapie. Eine Paar-Sexualtherapie ist eine gesprächsbasierte, erlebnisorientierte und körperintegrierende Therapie, bei der Erfahrungsverabredungen der Patienten mit sich selbst und (wenn möglich) mit Partnerinnen und Partnern den wesentlichen Wirkfaktor darstellen.

Die Grundlagen der Paar-Sexualtherapie sind zunächst dieselben wie in der allgemeinen *Psychologischen Therapie* bzw. *Psychotherapie*; d.h., es bedarf als **Erstes** eines Überblicks über:

- soziodemographische und anamnestiche Hintergrundinformationen,
- Beschwerden, Probleme und Anliegen in den Worten der Patienten,
- prägende Aspekte der individuellen Lerngeschichte (kritische Lebensereignisse), den persönlichkeitspsychologischen und psychopathologischen Befund, differentialdiagnostische Einordnung des zentralen Störungsbildes,
- chronische und psychische Grunderkrankungen und deren Behandlung.

Als **Zweites** gilt es, einen Überblick über die Besonderheiten einer *Psychotherapie mit Paaren* bzw. *Paartherapie* zu gewinnen:

- spontane Beschwerdebekundung und Problembe-schreibung des Paares,
- Kennenlernen, Verliebtheit, Beginn der Partnerschaft,
- kritische Ereignisse, Konflikte, Krisen, Veränderungsauslöser,
- partnerschaftliche Interaktions- und Kommunikationsfertigkeit,
- partnerschaftliches Konflikt- und Problemlöseverhalten,
- partnerschaftlich-sexuelle Beziehungszufriedenheit,
- gemeinsames Anliegen und Therapiezielbenennung des Paares.

Als **Drittes** gilt es, sich einen Überblick über die Besonderheiten der *Allgemeinen* bzw. *Klassischen Sexualtherapie* zu verschaffen:

- individuelle, sexuelle Entwicklung der einzelnen Partner,
- sexuelle Einstellungen, Überzeugungen, Weltanschauungen,
- Entwicklung der partnerschaftlichen Sexualbeziehung,
- zentrale Aspekte des sexuellen Erlebens und Verhaltens (individuelle und partnerschaftliche sexuelle Betätigung und Interaktion, sexuelle Kompatibilität),
- differenzielle Analyse der Sexualpräferenz (*Drei-Achsen-Modell*, Ahlers et al., 2004),
- soziosexuelle Selbstunsicherheit: Leistungsdruck, Versagensangst, Vermeidung,
- differentialdiagnostische Einordnung des sexuellen Störungsbildes,
- bisherige Umgangsweise bzw. Versuche der Problemlösung (z.B. Medikamente, allgemeine Psychotherapie, Paartherapie, Seitensprung/Außen- bzw. Parallelbeziehungen, Pornographiekonsum und Prostitutionskontakte etc.).

Nach der *Klassischen Sexualtherapie* (Masters & Johnson, 1970) und deren Erweiterung durch Kaplan (1974) kam es zu einer Adaptation für das deutschsprachige Mitteleuropa (Arentevicz & Schmidt, 1980) mit Weiterentwicklung im *Hamburger Modell* (Hauch, 1993) und in der *Systemischen Sexualtherapie* (Clement, 2004) und schließlich zur *Syndyastischen Sexualtherapie* (Beier & Loewit, 2004). Seitdem sind weitere sexualtherapeutische Ansätze entstanden, wie der *Crucible Approach* (Schnarch, 2009) sowie *Sexocorporel* (Bischof, 2012) und als letztes das *Hannover Modell* (Hartmann, 2017).

**Besonderheiten** der Syndyastischen Sexualtherapie (SST):

- Erweitertes Verständnis von Sexualität als verleblichte Beziehung (Loewit, 1975),
- Sexuelle Interaktion als partnerschaftliche Kommunikation. Sexualität als Kommunikation zur Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse nach Zugehörigkeit, Angenommenheit, Geborgenheit und Nähe (Beier & Loewit, 2004),
- Nicht die (Wieder-)Herstellung genitaler Reaktionen und sexueller Funktionen ist Therapieziel, sondern die (Wieder-)Erlangung partnerschaftlich-sexueller Beziehungszufriedenheit durch gelingende Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse über sexuelle Körper- und Seelen-Kommunikation (Loewit & Ahlers, 2013).

## Modifizierte Konzepte / Begriffe

Die weiteste Verbreitung aller sexualtherapeutischen Ansätze hat die *Klassische Sexualtherapie* (Masters & Johnson, 1970) und deren Adaptation für das deutschsprachige Mitteleuropa im *Hamburger Modell* (Hauch, 2013) erlangt. In Abgrenzung zum *Hamburger Modell* haben sich im Verlaufe der Entwicklung der *Syndyastischen Sexualtherapie* modifizierte Konzepte bzw. Begriffe entwickelt (Ahlers, 2015), die hier tabellarisch dargestellt werden (Tab. 1).

Tab. 1: Übersicht über modifizierte Konzepte bzw. Begriffe im Vergleich zwischen Hamburger Modell und Syndyastischer Sexualtherapie (Ahlers, 2015)

Hamburger Modell	Syndyastische Sexualtherapie
Instruktiver Therapeut*	Konsultativer Therapeut*
Hausaufgaben / Übungen	Verabredungen / Erfahrungen
Koitus-Verbot	Stimulations-Verzicht
Egoismus-Regel	Selbstachtsamkeit
Veto-Recht	Vorabstimmung

\* Mit der Bezeichnung „Therapeut“ sind beide Geschlechter gemeint.

## Klinische Grundlagen der Syndyastischen Sexualtherapie

Sexuelles Erleben und Verhalten erfüllen verschiedene Funktionen, die sich um drei zentrale Aspekte gruppieren:

- a) Erregungs-Funktion: Verlangen, Begehren, Erotik, Stimulation, Leidenschaft, Orgasmus,
- b) Fortpflanzungs-Funktion: Zeugung, Empfängnis, Schwangerschaft, Geburt,
- c) Kommunikations-Funktion: Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse nach Zugehörigkeit, Angenommenheit, Vertrautheit, Geborgenheit, Intimität und Nähe durch sexuelle Körper- und Seelen-Kommunikation (Loewit, 1975; Begriffsmodifikation Ahlers, 2015).

Eine Entkoppelung der Sexualität von Erregung und Fortpflanzung und sexuelle Interaktion als soziale Kommunikation finden sich bereits bei Primaten wie den Zwergschimpansen und wurde bei Naturvölkern mit polygynandrischer Beziehungsorganisation beobachtet (vgl. Schiefenhövel, 2003).

Während die Bedeutung der Fortpflanzung nur während der Familiengründung relevant ist und die Bedeutung der Erregung mit zunehmendem Lebensalter nachlässt, bleibt die Bedeutung der Kommunikations-Funktion über die gesamte Lebensspanne stabil und relevant (Beier & Loewit, 2004). Syndyastische Sexualtherapie fokussiert konsequent auf die Kommunikations-Funktion von Sexualität, um Personen und Paaren die Möglichkeit zu geben, ein erweitertes Verständnis von Sexualität zu entwickeln und so in ihrem Streben nach Erfüllung ihrer psychosozialen Grundbedürfnisse durch sexuelle (Körper- und Seelen-)Kommunikation unabhängig zu werden von genitalen Reaktionen und sexuellen Funktionen. Diese therapeutische Vorgehensweise ist dem Umstand geschuldet, dass in allen Belangen unserer seelischen Vorgänge das psychologische Naturgesetz gilt, *dass nur sein kann, was nicht sein muss* (Ahlers, 2017). Wenn durch diese syndyastische Fokussierung (z.B. weg von Funktion – hin zur Kommunikation, s.u.) die Last von internalisiertem Leistungsdruck und resultierender Versagens- und Verlustangst nachlässt, stellen sich genitale Reaktionen und sexuelle Funktionen von selbst wieder ein, weil sie nicht mehr entstehen müssen. Das Anstreben von sexueller Leistungsfähigkeit bezogen auf Orgasmus- und Re-Produktion (Ahlers, 2017) stellt in diesem Konzept auslösende und aufrechterhaltende Faktoren dar, die die Ursache von Funktionsbeeinträchtigungen bilden und deswegen kein valides Therapieziel sein können.

## Fragmentierung allenthalben

Durch hormonelle Kontrazeption wurde Erregung von der Fortpflanzung entkoppelt. Durch Reproduktionsmedizin wurde Fortpflanzung von Erregung und Beziehung entkoppelt. Für Erregung und Fortpflanzung wird keine Partnerschaft benötigt. Erregung und Fortpflanzung lassen sich auch als Dienstleistung erwerben. Allein die körperliche und seelische Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse durch sexuelle Interaktion (Kommunikations-Funktion von Sexualität) ist nur in echten Beziehungen möglich und ist darum heute der bedeutendste Grund, warum Menschen noch Paare bilden (Ahlers, 2015).

## Leistung, die Leiden schafft

Die ätiopathogenetische Kernvariable sämtlicher Sexualfunktions-Störungen sind internalisierte Leistungsvorstellungen, mit resultierenden Versagensängsten und entsprechenden Vermeidungstendenzen, bezogen auf die eigene sexuelle Performanz („Sexual Performance

Anxiety“, Masters & Johnson, 1970). Dies gilt unabhängig davon, ob eine biophysiologische Mitverursachung vorliegt oder nicht. Die Angst vor eigener Unzulänglichkeit („Fear of Inadequacy“) ist das größte Hindernis für sexuelle Funktionalität und wird bis heute unterschätzt. Die Ursachen liegen in impliziten Erwartungen an das „richtige“ bzw. „adäquate“ sexuelle Funktionieren. Und dies vor dem Hintergrund des Bestrebens, sozialen (und sexuellen) Erwartungen gerecht zu werden, um Grundbedürfnisse nach Anerkennung und Annahme zu erfüllen (Apfelbaum, 1977).

Diese Leistungs-Konzeption von Sexualität reduziert den gesamten Lebens- und Erlebnisbereich auf die singulären Faktoren „Erregung“ und/oder „Fortpflanzung“. „Wenn Sex auf Orgasmus- und/oder Re-Produktion reduziert wird, dann muss das gesamte Kamel der Sexualität durch das Nadelöhr der penis-vaginalen (oder ggf. analen) Penetration!“ (Ahlers, 2017). So entsteht unweigerlich Leistungsdruck, mit resultierender Versagensangst, und entsprechender Vermeidungstendenz (Ahlers, 2015).

Während sich der Fokus der *Sexualbehandlung* auf die Genitalien richtet, durch deren Beeinflussung die Beseitigung fehlender genitaler Reaktionen bzw. die Herbeiführung und Optimierung sexueller Funktionen angestrebt wird, so fokussiert die *Sexualtherapie* konsequent auf das zentrale Sexualorgan, nämlich das *Gehirn*, weil dort die ursächlichen Prozesse für die Entstehung und Aufrechterhaltung sexueller Funktionsstörungen ablaufen. „Das Weh und Wohl unserer sexuellen Gesundheit entscheidet sich nicht zwischen unseren Schenkeln, sondern zwischen unseren Schläfen“ (Ahlers, 2017).

Ein unbeeinträchtigter sexueller Reaktionszyklus ist das Ergebnis von einem ausgewogenen Verhältnis zwischen Anspannung und Entspannung. Entspannung ist das Ergebnis von Angstfreiheit. Angstfreiheit kann man nicht erzwingen, sondern lediglich Rahmenbedingungen dafür schaffen, dass kein Angstgrund mehr aufkommen kann. Genitale Reaktionen und sexuelle Funktionen lassen sich nicht willentlich beeinflussen und schon gar nicht erzwingen.

Darum steht am Beginn der Syndyastischen Sexualtherapie die konsequente Emanzipation von sämtlichen Leistungs-, Funktions- und Produktions-Ambitionen im Bezug auf Sexualität, insbesondere bezogen auf Orgasmus- und Re-Produktion (Ahlers, 2017).

Paare werden darin unterstützt, sich von sämtlichen (internalisierten) Leistungsvorstellungen zu emanzipieren und die Vorhandenheit von Sexualfunktionsstörungen zu akzeptieren. Das bedeutet, aufzuhören, innerlich dagegen anzukämpfen, dass es so ist, wie es ist und aufzuhören anzustreben, dass es anders werden möge (vgl. Dialektisch-Behaviorale Therapie, DBT).

Die zugrunde liegenden Prinzipien unserer inneren Funktionsweise finden sich aus diesen Gründen in Sprichwörtern und Volksweisheiten: „Bewachte Milch kocht nicht!“, „Aufs Häuschen zu klopfen, führt nicht dazu, dass die Schnecke guckt!“ und „Gras wächst nicht schneller, wenn man daran zieht!“. Es geht also um Annehmen und Loslassen (Ahlers, 2017).

## Akzeptanz als Voraussetzung für Entwicklung

Die (implizite oder explizite) Beibehaltung einer Fokussierung auf genitale Reaktionen, sexuelle Funktionalität und Leistungsfähigkeit ist der zentrale aufrechterhaltende Faktor für Sexualfunktions-Störungen, mit und ohne körperlicher Mitverursachung. Erst die vollkommene Akzeptanz der Vorhandenheit der Sexualfunktions-Störungen eröffnet die Möglichkeit, sich von sexuellen Leistungsanforderungen und Produktionsambitionen authentisch emanzipieren zu können. Dazu bedarf es eines Bewusstseins für die Kommunikations-Funktion von Sexualität, damit die Paare wissen, was sie in ihrer sexuellen Interaktion überhaupt miteinander anfangen wollen, wenn im Rahmen der Therapie Erregung und Fortpflanzung „geparkt“ werden.

Eine psychotherapeutische Beispiel-Intervention zur Beförderung von Akzeptanz ist *Mentale Exposition*: „Stellen Sie sich vor, Ihr Partner/Ihre Partnerin hätte Genitalkrebs und es gäbe folglich keinen Penis bzw. keine Scheide mehr. Was würde das für Ihre Beziehung bedeuten?“ Erst, wenn beide Partner unter diesen Voraussetzungen die Beziehung würden fortsetzen wollen, folgt die nächste Frage: „Was würde das für Ihre sexuelle Beziehung bedeuten?“ Spätestens jetzt entsteht ein Bewusstsein für die Kommunikations-Funktion bzw. syndyastische Dimension von Sexualität: Sex als intimste Form der Kommunikation zur Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse, unabhängig von genitaler Stimulation und Penetration. Konsequente Emanzipation von jeglicher Form von Leistungsanforderungen im Sexuellen. Konsequente Aussetzung von sexueller Stimulation, vor allem von penis-vaginaler Penetration zur Orgasmus- und / oder Re-Produktion (Ahlers, 2017). Erst dadurch wird es möglich, absichtslose, erwartungsfreie, ausgangsoffene und nicht ziel- und ergebnisorientierte sexuelle Interaktion zur Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse zu erlernen. Das Wesentliche in der Syndyastischen Sexualtherapie passiert damit (wie in jeder Psychologischen Therapie bzw. Psychotherapie) im zentralen Sexualorgan zwischen den Schläfen und nicht zwischen den Schenkeln der Patienten, und zwar noch bevor ein Paar sich zum ersten Mal zum Streicheln verabredet (vgl. Ahlers, 2015).

## Aufbau und Ablauf einer Syndyastischen Sexualtherapie

### Ankommen und Einlassen – Die Erstberatung

- Spontanangaben der Patienten. Bei Paaren: Einer nach dem anderen und jeder für sich mit seinen eigenen Worten
- Erstexploration der Problematik durch Nachfragen des Therapeuten: Was hat der Patient bzw. das Paar? Liegt eine klärungsbedürftige Problematik oder eine behandlungsbedürftige Störung vor?

### Wer will was warum und auf welche Weise? – Die Ziel- und Werte-Klärung

- Erarbeitung eines Störungsmodells mit dem Paar: z.B. Internalisierter Leistungsdruck führt zu resultierender Versagensangst, die zu Verkrampfung und damit zu Funktionsstörung führt, was wiederum Vermeidungsverhalten und damit Entfremdung und Entzweiung provoziert, etc.
- Ziel- und Werteklärung: Wie lauten vor diesem Hintergrund realistische (weil erreichbare) Therapieziele? Sexuelle Funktionsreparatur und Leistungssteigerung scheiden aus, *weil nur sein kann, was nicht sein muss!* Stattdessen: (Wieder-)Erlangung partnerschaftlich-sexueller Beziehungszufriedenheit durch erwartungsfreie, absichtslose, ausgangsoffene, nicht ziel- und ergebnisorientierte, sexuelle Körper- und Seelen-Kommunikation, unabhängig von genitalen Reaktionen und sexuellen Funktionen. Können sich beide Partner authentisch darauf einigen?
- Ausblick auf die nächsten Schritte: Eingangsdagnostik. Differentielle Sexualdiagnostik (Sexualanamnese, ggf. im Einzel-, idealiter im Paarsetting), optionale Ergänzung um sexualpsychologische Fragebögen, danach Paardiagnostik, Rekapitulation der partnerschaftlich-sexuellen Beziehungsentwicklung im Paarsetting.

### Was liegt vor? – Die Eingangsdagnostik

- Sexualdiagnostische Exploration/Sexualanamnese Partner 1,
- Sexualdiagnostische Exploration/Sexualanamnese Partner 2,
- Paaranamnese: Verlauf der Beziehung in partnerschaftlicher und sexueller Hinsicht,
- Evaluation der paar- und sexualdiagnostischen Ergebnisse und ggf. Befunde im Paarsetting.

### Vom WAS zum WIE – Das Kommunikationstraining

- Evaluation der partnerschaftlichen Beziehungskommunikation: Weg vom *zusammen über Außen reden* – „Wie geht’s, wie war Dein Tag?“ –, hin zum *miteinander übereinander sprechen* – „Wie geht’s Dir mit mir bzw. mit uns?“
- Einüben der Grundregeln gelingender Kommunikation (Ahlers, 2015):
  - Fragen statt Sagen
  - Zuhören statt Zuquatschen
  - Ausreden lassen statt ins Wort fallen
  - Selbstauskunft statt Fremdanforderung (Zeigefinger einklappen und an die eigene Nase fassen)
  - Beschreiben statt Bewerten (Einhaltung strikter *Bewertungs-Abstinenz*, Ahlers, 2015),
  - Quittieren statt Kommentieren

Verbindliche Vereinbarungen für Verabredungen zu Hause (min. 2 x 45 Min. pro Woche), in denen geübt wird, miteinander übereinander zu sprechen. Merke: Keine Grundsatz-Diskussionen zum Lösen aller Beziehungsprobleme, sondern „Kommunikationskultur als soziale Fellpflege“.

### Vom WIR zum DU und ICH – Die Differenzierung von der Symbiose zur Syndyade

- Differenzierung zur Entsybiotisierung durch Auseinandersetzung. Auseinandersetzung heißt, sich auseinander zu setzen: Weg von „zusammen auf der Couch“, hin zu „miteinander am Tisch“. Erst so einsteht wieder Blickkontakt und ein Gegenüber.
- Fragen:
  - Wer bist Du für mich und wer bin ich für Dich?
  - Wer und was sind wir für- und miteinander?
  - Was bindet und was trennt uns?
  - Was eint und was entzweit uns?
  - Was wollen wir (in sexueller Hinsicht) eigentlich (noch) voneinander?
  - Was bedeutet Sex für uns?
  - Wollen wir eigentlich (noch) miteinander schlafen? Und, wenn ja, warum?
- Dadurch *Differenzierung von der Symbiose zur Syndyade* (Ahlers, 2015).

### Kein „um zu ...“ mehr – Die Stimulations-Verzichts-Vereinbarung

- Gelingt es den Partnern, offen und authentisch miteinander übereinander zu sprechen?
- Gelingt es den Partnern, sich mit Worten mitzuteilen, was sie übereinander denken und was sie für- und miteinander empfinden, auch in sexueller Hinsicht? Wenn ja:
  - Unterstützung des Paares bei der Erarbeitung einer „Stimulations-Verzichts-Vereinbarung“: Vorläufiger Verzicht auf jede Form von (intentionaler) Stimulation zur Provokation sexueller Erregung bzw. zur Produktion von Orgasmen
  - Ziel: Ausschaltung aller Druckquellen in der sexuellen Begegnung
  - Kein OrgasMUSST mehr! – Nichts MUSST mehr! (Ahlers, 2017)
  - Dadurch Abbau von internalisiertem Leistungsdruck und resultierender Versagensangst mit Vermeidungsreaktion
  - Einleitung der Erweiterung von der Paartherapie zur Sexualtherapie: Übergang zu regelmäßigen Verabredungen für körperliche und seelische Begegnungserfahrungen, durch absichtslose, nicht ergebnisorientierte, ausgangsoffene sexuelle Interaktion zu Hause.

### Vom Erreichen zum Erleben – Die Syndyastische Fokussierung

- Syndyastischer Fokus: Erweitertes Verständnis von Sexualität als verleiblichte Beziehung (Loewit, 1975): Evaluation der Erweiterung der verbalen Kommunikation um den Bereich der körperlichen Kommunikation – Sexuelle Interaktion als partnerschaftliche Kommunikation zur Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse nach Zugehörigkeit, Angenommenheit, Geborgenheit und Nähe (Beier & Loewit, 2004).
- Frage: „Wie können wir uns das, was wir füreinander empfinden, auch ohne Worte sagen?“ (Ahlers, 2015)
- Prinzipien der Syndyastischen Fokussierung (Ahlers, 2017):
  - weg von der Funktion – hin zur Kommunikation,
  - weg von der Störung – hin zur Entwicklung,
  - weg von der Handlung – hin zur Bedeutung,
  - weg von der Erregung – hin zur Beziehung,
  - weg vom Genital – hin zum Gehirn,
  - weg von zielgerichteter Selbstbefriedigung – hin zu liebevoller Selbstzuwendung,
  - weg von kurzfristiger sexueller Befriedigung – hin zu langfristiger emotionaler Erfüllung.

- Erarbeitung und Abstimmung der körperkommunikativen Erweiterung der Verabredungen,
- Vorbereitung des Einstiegs in *Sensate Focus* (Klassische Sexualtherapie),
- Abstimmung bzw. Vorab-Definition des Interaktionsrahmens, zur Vermeidung von „Veto-Situationen“
- Keine vollständige Absolvierung von „Streicheln 1–6“ (vgl. Hauch, 2013) und keine vorab definierbare Anzahl von Therapie-Stunden nötig, weil jedes Paar sein Therapieziel in jeder Verabredung erfüllen kann (Loewit & Ahlers, 2013).

## Literatur

- Ahlers, Ch.J., 2017. Weil nur sein kann, was nicht sein muss! – Syndyastische Sexualtherapie als Emanzipation von sexuellem Leistungsdruck. Vortrag, Jahrestagung der DGSM TW „Sexualtherapie crossover – Methoden, Ansätze, Perspektiven“ am 25.11.2017, Berlin.
- Ahlers, Ch.J., Schaefer, G.A., Beier, K.M., 2004. Erhebungsinstrumente in der klinischen Sexualforschung. *Sexuologie* 11 (3/4), 74–97.
- Ahlers, Ch.J., Schaefer, G.A., 2010. Taxonomie sexualwissenschaftlicher Subdisziplinen. [www.sexualpsychologie-berlin.de](http://www.sexualpsychologie-berlin.de)
- Ahlers, Ch.J., Lissek, M., 2015. Himmel auf Erden und Hölle im Kopf – Was Sexualität für uns bedeutet. Goldmann, München.
- Apfelbaum, B., 1977. Etiology of sexual Dysfunction. *J of Sex and Marital Th.* 3, 5–62.
- Beier, K.M., Loewit, K.K., 2004. Lust in Beziehung – Syndyastische Sexualtherapie. Unter Mitarbeit von Ch.J. Ahlers, A. Pauls. Springer, Berlin.
- Bischof, K., 2012. Sexocorporel in the promotion of sexual pleasure. In: Kontula, O. (Hg.), *Pleasure and Health. Proceedings of the Nordic Association for Clinical Sexology (NACS)*, 59–68.
- Briken, P., Berner, W., 2014. *Praxisbuch Sexuelle Störungen*. Thieme, Stuttgart.
- Buddeberg, C., 2005. *Sexualberatung*. 4. Aufl., Thieme, Stuttgart.
- Clement, U., 2004. *Systemische Sexualtherapie*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Deutscher Hausärzterverband (Hg.), 2004. *Manual Sexualmedizin*. Domomed, Emsdetten.
- Hartmann, U. (Hg.), 2017. *Sexualtherapie: Ein neuer Weg in Theorie und Praxis*. Springer, Berlin.
- Hauch, M., 2013. *Paartherapie bei sexuellen Störungen*. 2. Aufl., Thieme, Stuttgart.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E., 1948. *Das Sexualverhalten des Mannes*. S. Fischer, Frankfurt.
- Loewit, K.K., 1975. Der kommunikative Aspekt der Sexualität. *Sexualmedizin* 7, 971–975.
- Loewit, K.K., Ahlers, Ch.J., 2013. Sexualität ist mehr. *MMW-Fortschr Med* 155 (1).
- Masters, W., Johnson, V., 1970. *Human Sexual Inadequacy*. Little, Brown & Co., Boston.
- Maß, R., Bauer, R., 2016. *Lehrbuch Sexualtherapie*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Schiefenhövel, W., 2003. Geschlechterverhältnisse und Sexualität auf den Trobriand-Inseln. *Sexuologie* 10 (1), 2–13.
- Schnarch, D., 2009. *Die Psychologie sexueller Leidenschaft*. Piper, München.
- Sigusch, V., 2005. *Praktische Sexualmedizin*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
- Sigusch, V., 2007. *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Thieme, Stuttgart.
- Strauß, B., 2004. *Psychotherapie bei Sexualstörungen*. 2. Aufl., Thieme, Stuttgart.

## Autoren

Dr. rer. med. Dipl.-Psych. Christoph J. Ahlers, Dipl.-Psych. Gerard A. Schaefer, Praxis für Paarberatung und Sexualtherapie am Institut für Sexualpsychologie Berlin, Calvinstraße 23, 10557 Berlin-Tiergarten. [www.sexualpsychologie-berlin.de](http://www.sexualpsychologie-berlin.de)  
e-mail: [dr.ahlers@berlin.de](mailto:dr.ahlers@berlin.de)

# Die neue Sexualtherapie im Abriss\*

Uwe Hartmann

## The New Sex Therapy: An Outline

### Abstract

The text is a reprint of Chapter 3 of *Sexualtherapie – ein neuer Weg in Theorie und Praxis*, edited by Uwe Hartmann (2017). The selected chapter provides a concise introduction to the therapeutic approach of the Hanover Model and its individual elements. It becomes clear that the approach combines a return to the roots of classical sex therapy, with its guiding principle of an active and direct treatment of sexual dysfunctions, and various complementary components: (1) emotion-focused pair therapy; (2) insights from psychotherapy research; and (3) current knowledge on the neurobiology of sexuality and psychotherapy. In accordance with the convergence points of recent developments in psychotherapy, this new approach is dual-stranded, combining a structured set of general transdiagnostic principles and standard strategies (the „therapy cloak“) with a set of disorder-specific options for each sexual dysfunction. The therapeutic approach is experiential and emotion-focused and aims at activating and transforming maladaptive emotion schemes, with their inherent unmet basic needs, and dysfunctional interaction cycles as the central keys to a successful treatment of sexual dysfunctions. **Keywords:** Sexual disorders, Sexual therapy, Psychotherapy, Emotion-based pair therapy, Neurobiology

### Zusammenfassung

Der Text ist ein Abdruck des 3. Kapitels des 2017 von Uwe Hartmann herausgegebenen Buches *Sexualtherapie – ein neuer Weg in Theorie und Praxis*. Das ausgewählte Kapitel bietet einen kompakten Überblick über den therapeutischen Ansatz des Hannover-Modells und dessen einzelne Elemente. Deutlich wird, dass es sich gleichzeitig um eine Rückbesinnung auf die Wurzeln der klassischen Sexualtherapie handelt, nach denen sexuelle Dysfunktionen aufgrund ihrer funktionellen Autonomie „direkt“ und „aktiv“ behandelt werden müssen, und um eine Ergänzung dieser Grundprinzipien durch weitere Komponenten: durch Konzepte und Strategien der emotionsfokussierten Paartherapie, durch die Ergebnisse der Psychotherapieforschung und durch Erkenntnisse der Neurobiologie. Entsprechend den Konvergenzlinien der Psychotherapieforschung ist die Grundstruktur der neuen Sexualtherapie zweisträngig und bietet einen Rahmen aus störungsübergreifenden Prinzipien und Werkzeugen – den Therapiemantel – der ergänzt wird von dem störungs-

spezifischen Vorgehen für die einzelnen sexuellen Dysfunktionen. In ihrer erlebnis- und emotionsfokussierten Zielrichtung richtet sich die Therapie vor allem auf die Aktualisierung und Transformation maladaptiver emotionaler Schemata und die in ihnen gebundenen unerfüllten Grundbedürfnisse sowie auf die negativen Interaktionszyklen des Paares als Schlüssel für die erfolgreiche Behandlung sexueller Störungen.

**Schlüsselbegriffe:** Sexualstörungen, Sexualtherapie, Psychotherapie, emotionsfokussierte Paartherapie, Neurobiologie

In den Kap. 1 und 2 wurden Ausgangspunkt, Motive und Hintergründe für unseren neuen Sexualtherapieansatz und die wichtigsten Entwicklungslinien der Sexualtherapie seit ihren Anfängen in den 1970er-Jahren dargestellt. An dieser Stelle soll nun das neue Konzept in seinen Grundzügen und wesentlichen Merkmalen beschrieben werden, um so dem Leser einen basalen Überblick zu vermitteln und einen Rahmen anzubieten, in den die dann folgenden störungsübergreifenden Prinzipien und Module des Therapiemantels leichter eingeordnet werden können.

Wir hatten bereits darauf hingewiesen, dass es sich bei unserem Sexualtherapiekonzept um eine *Modellbildung durch theoretische Integration* handelt, bei der zunächst auf theoretischer und danach auf Praxisebene eine Synthese aus verschiedenen Komponenten vorgenommen wird. Andere Integrationsarten sind etwa die **Assimilation**, bei der in ein Grundmodell andere Ansätze aufgenommen werden oder der **technische Eklektizismus**, bei dem ohne die Intention zur Entwicklung eines theoretisch kohärenten Modells nach den jeweils optimal wirksamen therapeutischen Techniken und Interventionen für ein spezifisches Problem gesucht wird (Lutz & Bittermann, 2010). Eine grundsätzlich andere Art der Modellbildung fokussiert ganz auf die gemeinsamen Wirkfaktoren der Psychotherapie, deren optimale Umsetzung für eine erfolgreiche Therapie als notwendig und hinreichend betrachtet wird. Im deutschen Sprachraum ist dafür die „Allgemeine Psychotherapie“ von Grawe (1998, 2005) am bekanntesten, die allerdings nicht allein auf den später noch ausführlich dargestellten Psychotherapie-Wirkfaktoren beruht, die Grawe aus seinen Forschungen extrahiert hat, sondern auf der ebenfalls von ihm entwickelten Konsistenztheorie des psychischen Apparats und psychischer Störungen (Caspar, 2010).

In Abb. 1 sind die Hauptkomponenten grafisch dargestellt, die in unseren Sexualtherapieansatz eingeflossen sind. Neben der **klassischen Sexualtherapie** sind dies Erkenntnisse aus der **Neurobiologie**, und zwar in zweifacher Hinsicht: zum einen therapierelevante Grundlagen der

\* Der Text gibt das 3. Kapitel aus Hartmann, U. (Hg.), 2017. *Sexualtherapie – ein neuer Weg in Theorie und Praxis* (Springer, Berlin) wieder und ist lediglich an die formale Struktur der Sexuologie angepasst worden.

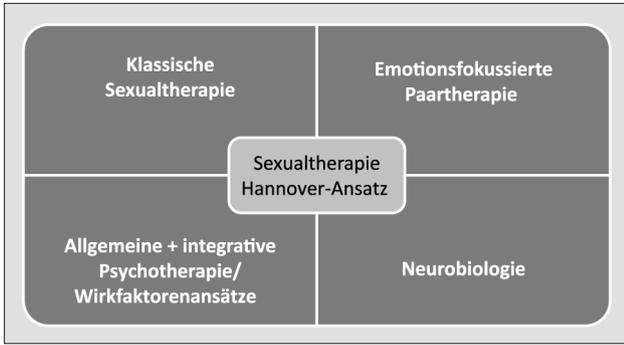


Abb. 1: Komponenten der neuen Sexualtherapie

Neurobiologie der menschlichen Sexualität und zum anderen aktuelles Wissen zur Neurobiologie der Psychotherapie. Zu einer weiteren entscheidenden Komponente hat sich während der Konzeption und Erprobung des Ansatzes die *emotionsfokussierte Therapie (EFT)* und dabei speziell die *emotionsfokussierte Paartherapie (EFT-P)* entwickelt (Greenberg, 2011; Greenberg & Goldman, 2008; Johnson, 2004). Wir werden die der EFT entlehnten Prinzipien und Strategien in ihrer von uns vorgenommenen sexualtherapeutischen Adaptation in zahlreichen Zusammenhängen in diesem Buch darstellen und praxisnah beschreiben. Die vierte Hauptkomponente besteht schließlich in den Erkenntnissen der internationalen **Psychotherapieforschung** zu den Faktoren, die Therapien wirksam machen. Zu diesen Variablen, die heute zunehmend nicht mehr „allgemeine Wirkfaktoren“, sondern „therapeutische Faktoren“ genannt werden (Duncan et al., 2010; Lambert, 2013b) sind in den letzten 40 Jahren eine Fülle von Ergebnissen vorgelegt worden, die bislang nur unzureichend rezipiert wurden und noch weniger in der Therapiepraxis „angekommen“ sind. Wir wissen heute sehr viel dazu, wie „Veränderung geht“ und welche Voraussetzungen und Prozessbedingungen dafür notwendig bzw. förderlich sind. Der entscheidende Schritt besteht nun darin, dieses Wissen umzusetzen und in unserem praktischen Tun anzuwenden (vgl. Duncan et al., 2010). Aus diesen Komponenten, die im weiteren Verlauf dieses Kapitels kurz umrissen und in den folgenden Kapiteln ausführlicher dargestellt werden, wurde die Grundstruktur der neuen Sexualtherapie mit dem **Therapiemantel** sowie dem *störungsspezifischen Vorgehen* nach bestimmten Prinzipien geformt, die an der in Kap. 1 erwähnten Pflichtenliste des neuen Ansatzes orientiert sind, die ihrerseits wiederum auf den eigenen Praxiserfahrungen sowie auf den Konvergenzlinien der Sexual- und Psychotherapieforschung und -entwicklung beruhen. Diese Konvergenzlinien sind am Beispiel von drei wichtigen neueren Verfahren, der Schematherapie, der emotions-fokussierten (Paar-)Therapie und der biografisch-systemischen Verhaltenstherapie (Gall-Peters & Zarbock, 2012) in Abb. 2 dargestellt.

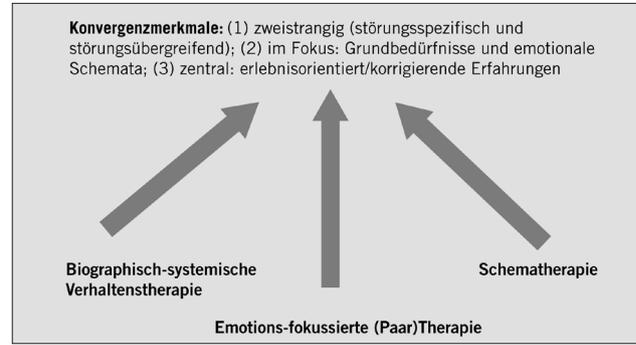


Abb. 2: Konvergenzlinien der Psychotherapieforschung

## Die Kernmerkmale der neuen Sexualtherapie

### Störungsübergreifender Rahmen und störungsorientiertes Vorgehen

Obwohl diese Psychotherapieverfahren eine unterschiedliche Herkunft haben – die Schematherapie und die biografisch-systemische Verhaltenstherapie entwickelten sich aus der kognitiven Verhaltenstherapie und die emotions-fokussierte Therapie (EFT) aus den humanistischen Verfahren – „landeten“ sie alle bei den gleichen Konvergenzmerkmalen. Deren Erstes besteht darin, dass sie jeweils *zweistrangig* sind und einen starken störungsübergreifenden theoretischen und praktischen Rahmen aufweisen, der die Grundprinzipien des Ansatzes und des konkreten Vorgehens enthält. Diesen störungsübergreifenden Rahmen haben sie (bislang in unterschiedlichem Maße) für bestimmte Störungsgruppen adaptiert und störungsspezifische Strategien bereitgestellt. Die Schematherapie hatte traditionell in dieser störungsspezifischen Achse ihren Schwerpunkt auf den Persönlichkeitsstörungen, die biografisch-systemische Verhaltenstherapie auf den klassischen verhaltenstherapeutischen Feldern (Angst- und Zwangsstörungen sowie Depressionen) und die EFT auf Beziehungs- und interpersonellen Problemen sowie ebenfalls auf den Depressionen. Diese Zweistrangigkeit mit den beiden Achsen des störungsübergreifenden Therapiemantels sowie des störungsorientierten Vorgehens bei den einzelnen sexuellen Störungen ist das erste Kernmerkmal unseres Ansatzes.

## Dysfunktionale emotionale Schemata im Fokus

Kernmerkmal Nummer 2 ist zugleich das zweite wichtige Konvergenzmerkmal der Psychotherapieentwicklung, nämlich der Fokus auf *dysfunktionalen bzw. maladaptiven Schemata* als ätiopathogenetische Basis psychischer und sexueller Störungen sowie als entscheidende Zielpunkte therapeutischer Veränderungen. Diese Schemata, die aus einer Amalgamierung von Emotionen, Kognitionen und Motiven bestehen und verhaltenssteuernd wirken, verweisen im Therapieprozess direkt auf unerfüllte bzw. frustrierte – kindliche und erwachsene – Grundbedürfnisse, dem zweiten essenziellen Kausalfaktor und Zielpunkt aller therapeutischen Bemühungen. Jenseits aller Therapie-schulen entsteht heute ein zunehmender Konsens, dass erfolgreiche Psychotherapieprozesse ohne substantielle Veränderungen dysfunktionaler bzw. maladaptiver emotionaler Schemata nicht möglich sind. Auch für uns wird daher die Frage, welche Schemata bei sexuellen Dysfunktionen hinsichtlich Verursachung und Aufrechterhaltung eine zentrale Rolle spielen und wie man diese verändern kann, eine essenzielle Bedeutung haben.

## Erlebnisorientierung und Prozessessteuerung

Kernmerkmal Nummer 3 unseres Ansatzes entspricht dem dritten Konvergenzmerkmal und hat direkt mit dem „Wie“ therapeutischer Veränderungen zu tun, indem es auf eines der wichtigsten und am besten gesicherten Resultate der Psychotherapieforschung rekurriert (Duncan et al., 2010; Grawe, 2004; Lambert, 2013a). Danach müssen diese *Schemata im Hier-und-Jetzt aktiviert* sein, um zugänglich und modifizierbar zu werden. Das erfordert zwingend ein **erlebnis- bzw. emotionsorientiertes Vorgehen** und eine entsprechende **Prozessessteuerung**, und zwar sowohl in den therapeutischen Sitzungen als auch in den Erfahrungsübungen, die die Patienten außerhalb der Sitzungen vollziehen. Konkret heißt das, dass nicht „über“ Gefühle gesprochen wird, sondern diese Gefühle im Therapiegeschehen aktualisiert werden müssen, was für Patient wie Therapeut „anstrengender“ und belastender sein kann und daher nicht selten intuitiv gescheut wird. Im Paarsetting potenziert sich das häufig noch, da neben den emotionalen Schemata beider Partner die dominierenden dyadischen Interaktionszyklen unmittelbar erlebbar gemacht werden müssen, die, als Folge oder Ursache der sexuellen Problematik, meist destruktiv, vorwurfsorientiert und dysfunktional sind. Gelingt dieser mutige Schritt aber, entsteht in der Sitzung gleichsam ein „Veränderungslabor“, das eine immense transformatorische Intensität und Dynamik entwickeln kann. Oft kön-

nen Patienten am Ende einer erfolgreichen Sexualtherapie solche Wendepunkte genau benennen und erinnern.

Gerade in diesem dritten Kernmerkmal konnte die Sexualtherapie mit ihrem direkten und aktiven Zugang zur sexuellen Erfahrungswelt grundsätzlich besonders gut „punkten“, hat in der Realität ihr Potenzial zumeist aber leider doch nicht ausgeschöpft. So bestand das konkrete therapeutische Vorgehen im Masters-&Johnson-Ansatz in seiner technisch-educativen Prägung eher in dem Versuch, „heiße“ Prozesse um (fast) jeden Preis zu vermeiden, was in ähnlicher Weise auch für den Stil von Helen Kaplan gilt, in dem zwar sexuelles Verhalten und Erleben ebenfalls direkt thematisiert wurden, das aber sehr verhaltensnah, symptomfokussiert und „klinisch-kühl“, während „tiefer verwurzelte“ Konflikte, emotionale Schemata etc. möglichst „umgangen“ werden sollten (der berühmt-berüchtigte Kaplan'sche „Bypass“). Dahinter steckte die Überzeugung, dass sexuelles Verhalten und Erleben unabhängig oder losgelöst von anderen psychischen Strukturbildungen und Problemen, gleichsam „aus sich heraus“ funktionieren kann, wenn die Sexualität von diesen Einflüssen befreit wird bzw. man ihr nur genügend Abstand zu ihnen verschafft, sodass sie von diesen nicht kontaminiert werden kann („*leave your problems at the bedroom door*“). Eine in dieser Weise natürlich ablaufende Sexualität wurde als der eigentliche „heiße Prozess“ gesehen, der alles verändern kann. Unverkennbar scheint hier der für die damalige Zeit charakteristische Glaube an die fundamentale und positive Kraft der Sexualität auf, die – wenn man ihr nur ihren „natürlichen“ Lauf ermöglicht – sich über diese Strukturen und Probleme hinwegsetzen kann.

Der nüchternere Blick von heute zeigt, dass es weniger die Überzeugung von der Veränderungsmacht positiver sexueller Erfahrungen war (die in jeder Sexualtherapie genutzt wird), die zu kurz griff, sondern die Konzeption hinsichtlich der Einbindung der Sexualität in den psychischen Apparat und ihre Beziehung zu emotionalen Schemata und dyadischen Interaktionszyklen. Hier haben uns die Forschung und insbesondere auch die Entwicklung der emotionsfokussierten Therapie weitergeführt, die darauf verweist, dass Sexualität ihre Energie hauptsächlich aus dem Affektsystem bezieht. Es sind Emotionen, die den sexuellen Antrieb anfeuern oder ihn abdämpfen und was das sexuelle Erleben im Kern energetisiert, ist die Emotion Erregung/Begeisterung (*excitement*), inklusive deren körperliche Komponenten, mit der die genitalphysiologische Erregung (*arousal*) nicht deckungsgleich sein muss. Aus diesem Umstand, dass Sexualität die Emotion Erregung/Begeisterung benötigt, erwächst gleichzeitig aber auch ihre Störbarkeit durch negative Affekte (Angst, Scham, Ärger etc.), die dann den Ablauf der sexuellen Interaktion und der sexuellen Reaktion leicht

unterbrechen können (Greenberg und Goldman, 2008). Diese Schemata und Strukturen in einer Sexualtherapie **nicht** zu bearbeiten, würde im besten Fall bedeuten, dass alle therapeutisch induzierten Symptomverbesserungen fragil und wenig nachhaltig sind, da ihre psychische Topographie nicht modifiziert wurde und Vulnerabilitäten oder destruktive Interaktionsmuster persistieren. Genau hier liegt auch eine der größten Begrenzungen der Pharmakotherapie sexueller Dysfunktionen.

Die unzureichende Aktualisierung von Emotionen und partnerschaftlichen Interaktionsmustern in der klassischen Sexualtherapie wird besonders deutlich im praktischen Umgang mit ihrer wohl wirkmächtigsten Intervention, dem *Sensate Focus*. Wir haben auf die ursprüngliche Intention und die weitere Entwicklungsgeschichte dieser Erfahrungsübung bereits in Kap. 2 kurz hingewiesen. Sowohl in der deutschen Bezeichnung (*Streichel-Übung*, *Sensualitäts-Training*) als auch in der Instruktion und schließlich in der typischen Bearbeitung der Erfahrungen des Paares werden diese Tendenzen zur Vermeidung oder Abschwächung von Affektaktualisierungen deutlich. Es wird überwiegend beschwichtigend, bemäntelnd und „bemüht positiv“ vorgegangen. Die Aufforderung „Erzählen Sie doch mal, wie es war ...“ führt in der Regel zu einem „darüber“ sprechen, häufig in einer eher oberflächlichen, verhaltensfixierten Art und Weise. Negative Gefühle, Interaktionen und Blockierungen werden zwar registriert, aber primär als Störfaktoren gewertet, die es möglichst rasch zu umgehen oder aus dem Weg zu räumen gilt. Hierfür werden meist Erklärungen im Sinne einer Psychoedukation, positive Umdeutungen, Aufmunterungen zu weiteren Erfahrungen etc. eingesetzt. Nichts davon ist für sich falsch, die (wie die Psychotherapieforschung belegt) notwendige Hier-und-Jetzt-Aktualisierung maladaptiver Emotionen oder destruktiver Interaktionen und die entsprechende therapeutische Prozesssteuerung wird so allerdings erschwert bis verhindert, was im Übrigen auch einen Gutteil der „zähen Therapieverläufe“ erklärt, die Clement (2004) als charakteristisch für die heutige Sexualtherapie ansieht.

## Basisvorgehen der erlebnisorientierten Sexualtherapie

Im Unterschied dazu folgt die *erlebnisorientierte Sexualtherapie* nach dem hier präsentierten Modell der Grundannahme humanistischer Psychotherapieverfahren, nach der man erst an einem bestimmten Ort ankommen muss, um ihn dann wieder verlassen zu können. Die in der EFT gebräuchliche Formel „*You have to feel it to heal it*“ (Greenberg, 2011) drückt dieses Prinzip sehr schön und

prägnant aus. Man spricht hier auch von der Paradoxie der Veränderung, womit die Erfahrungstatsache beschrieben wird, dass man nicht gleich mit dem Versuch der Veränderung von Emotionen beginnen darf, sondern die (schmerzhaften) Gefühle erst voll und ganz spüren und akzeptieren muss. Ihre Botschaft muss zunächst gehört und verstanden werden, bevor sie der Veränderung durch andere Emotionen zugänglich sind. Greenberg (2011) bringt es auf den Punkt, wenn er sagt, dass einer Selbst-Transformation immer eine Selbst-Akzeptanz vorausgeht, ein Prinzip, das übrigens auch aus der Pädagogik bekannt ist, wo gilt, dass nur wer sich selbst als die Person, die sie oder er ist, akzeptiert (fühlt), sich auch verändern kann.

Konkret heißt das, dass in der Sexualtherapie in das emotionale Erleben hineingegangen werden muss anstatt aus ihm heraus oder an ihm vorbei und dass der Therapieprozess in Richtung Affektaktualisierung bzw. -intensivierung gesteuert wird bzw. dem Patienten(paar) dabei Hilfestellung gegeben wird. Die Outcome-Studien verschiedener Therapierichtungen zeigen übereinstimmend einen klaren Zusammenhang zwischen Therapieerfolgen und der Intensität des emotionalen Erlebens in der Sitzung. Veränderung besteht letztlich immer in einer neuen bzw. anderen emotionalen Reaktion (nicht allein in Einsicht oder Verstehen).

Analog zu einem weiteren „Mantra“ der humanistisch-erfahrungsorientierten Therapieverfahren – „*Go through the Pain*“ – heißt das auch, dass schmerzhaftes Erleben, (Beziehungs-) Erfahrungen, Kränkungs-erlebnisse etc. behutsam, aber klar und differenziert exploriert und aufgearbeitet werden müssen. Dieses Aufspüren des „zentralen Schmerzes“ kennzeichnet v. a. die initiale Suchhaltung des Therapeuten. Durch die skizzierten Prozesse werden Emotionen mit Emotionen verändert und Erfahrungen mit Erfahrungen korrigiert, was – wie die Neurobiologie uns zeigt – auch bedeutet, dass damit in der „Sprache des Gehirns“ gesprochen wird. Dabei geht es nicht (primär) um eine *Verhaltensmodifikation*, sondern um eine *Transformation dysfunktionaler emotionaler Schemata* und letztlich um eine adäquatere und wirkungsvollere Bedürfnisbefriedigung. Das alles vollzieht sich in der Sexualtherapie sowohl in den Behandlungssitzungen als auch in den strukturierten Erfahrungen des Paares zuhause sowie in deren Bearbeitung. Wichtig ist dabei, dass der Therapeut abwechselnd folgt und führt und viel stärker *prozess-direktiv als inhalts-direktiv* ist, d. h. er bestimmt nicht, was das Paar emotional und sexuell fühlen oder erleben soll, sondern er versucht die Weichen dahin zu stellen, dass intensive und katalytische emotionale Prozesse möglich werden (vgl. Greenberg, 2011; Johnson, 2004), die dann in der Therapie gesteuert und in einen neuen, „funktionalen“ Bedeutungszusammenhang (das sog. Narrativ) gestellt werden.

Entsprechend den Strategien der EFT sind Emotionen dabei im gesamten Therapieprozess der *therapeutische Kompass*, mit dem gesteuert wird und der den direkten Zugang zu den unerfüllten bzw. verzerrt erfüllten (erwachsenen und kindlichen) Bedürfnissen ermöglicht, um die es in den sexuellen und partnerschaftlichen Problemen geht. Wenn den Patienten zugänglich ist, was sie „wirklich“ fühlen, können sie so wieder Kontakt zu ihren Bedürfnissen aufnehmen und sind motiviert, sie erfüllt zu bekommen. Dies wiederum ist Voraussetzung und Element des „Annäherungsmodus“ nach Grawe (2004) und der Bereitschaft, Veränderungsrisiken auf sich zu nehmen, ohne die eine Sexualtherapie nicht gelingen kann.

## Orientierung an Prozessmerkmalen und Patienten-Feedback

Wie diese gerade umrissenen Prozesse genau erfolgen können und in die konkrete sexualtherapeutische Arbeit münden, wird uns in praktisch allen folgenden Abschnitten beschäftigen. Schon an dieser Stelle soll allerdings dem möglichen Missverständnis vorgebeugt werden, dass es bei diesem erlebnisorientierten Vorgehen um eine Emotionsaktualisierung oder gar Konfrontation „um jeden Preis“ geht, so wie das mitunter bei bestimmten humanistischen Therapieansätzen der 1960er- und 1970er-Jahre der Fall war. Wenn man es zuordnen wollte, so wäre das erlebnisorientierte Vorgehen in unserem Ansatz näher an der klientenzentrierten Therapie eines Carl Rogers und entspricht damit auch den Ergebnissen der Psychotherapieforschung, dass nämlich therapeutische Beziehung und Arbeitsbündnis notwendige Voraussetzung und Motor von Veränderungen sind, und zwar auf der Basis eines empathischen „Verändern durch Verstehen“. In anderen Konzepten wird von komplementären bzw. bedürfnisbefriedigendem therapeutischen Arbeiten gesprochen (Caspar, 2010; Stucki und Grawe, 2007) oder auch von einer „Nachbeelterung“ (*reparenting*; Young et al., 2003), die dann von der zunehmenden Eigenverantwortung und Autonomie des Patienten in der Befriedigung seiner Bedürfnisse abgelöst wird. In unserem Sexualtherapiekonzept wird wie in den neueren prozesssteuernden Ansätzen der humanistisch-erlebnisorientierten Psychotherapieverfahren der **Aufbau einer kreativen Spannung** angestrebt zwischen der klientenzentrierten Betonung einer authentischen, empathischen und wertschätzenden therapeutischen Beziehung und einem aktiveren, aufgabenfokussierten und prozessfördernden Stil, der ein tieferes Erleben und eine daraus resultierende Veränderungsdynamik ermöglicht (vgl. Elliott et al., 2013).

Auch in den erlebnisaktivierenden Therapieelementen wie der Aktualisierung von Interaktionszyklen des

Paars oder in der sog. Stuhlarbeit geht es daher weniger um den „heißen Stuhl“ der Gestalttherapie (Perls, 1969), bei dem Abwehrstrukturen nicht selten radikal eingerissen wurden und es zu einer Affektüberflutung kommen konnte, sondern um ein behutsames Erlebbarmachen der Quellen seelischen Schmerzes und maladaptiver Emotionen – in ihrem Zusammenhang mit der sexuellen Problematik. Patient wie Therapeut werden dabei gefordert, aber nicht überfordert. Als Orientierungspunkte, Wegweiser und Geschwindigkeitsmesser können in diesem Geschehen neben dem durchgehenden „Einschwingen“ des Therapeuten auf das Erleben des Patienten bestimmte Prozessmerkmale (Marker) fungieren, die dem Therapeuten Hinweise darauf geben, was er wann und wie tun sollte (s. Kap. 6). Dieses „Marker-geleitete Vorgehen“ ist ein Charakteristikum der EFT und erleichtert die Orientierung in dynamischen (Paar-)Prozessen enorm, wird in unserem Konzept aber noch ergänzt durch eine Komponente, die sich in der Psychotherapieforschung als hoch bedeutsam erwiesen hat zur Steuerung von Therapien und zur signifikanten Verbesserung der Therapieergebnisse: die **kontinuierliche formalisierte Erfassung**, wie der **Patient** Prozess und Erfolg der Behandlung erlebt. Allein durch diese einfache Maßnahme, die am besten mithilfe eines einfachen Kurzfragebogens erfolgt (s. Abschn. 8.2.3), können die Rate klinisch relevanter Veränderungen verdoppelt, Drop-Out-Raten um die Hälfte und Verschlechterungsraten um ein Drittel gesenkt werden (Duncan et al., 2010). Man spricht auch von feedback-gesteuerter Therapie (FIT = *feedback-informed treatment*), für die es eine solide empirische Evidenz gibt. Warum reicht das klinische Urteil eines erfahrenen Therapeuten zur Beurteilung des Behandlungsverlaufs nicht aus? Die Psychotherapieforschung hat gezeigt, dass die **Qualität der Mitarbeit des Patienten** die wichtigste Determinante des Therapieergebnisses ist (Miller et al., 2010). Schlussendlich entscheiden die Veränderungen auf Seiten des Patienten über Erfolg oder Misserfolg einer Therapie, und wir Therapeuten neigen dazu, diese Veränderungen tendenziell zu positiv zu bewerten. Besonders deutlich und relevant wird diese Diskrepanz in kritischen Therapiephasen, bei einer fragilen therapeutischen Allianz und wenn die Patienten in ihrer Bilanz von Verlauf und Ergebnis der Therapie enttäuscht sind – dies in der Regel aber nicht oder zu spät rückmelden. So kommt es zu zahlreichen, oft vermeidbaren Therapieabbrüchen, denen man mit dieser formalisierten Zufriedenheitserfassung wirkungsvoll vorbeugen kann. Dieses kontinuierliche Feedback ist deshalb ein unverzichtbarer Bestandteil unseres Ansatzes.

## Weitere Kernmerkmale

Als weitere Kernmerkmale unseres Ansatzes, die ebenfalls wichtige Konvergenzmerkmale der Psychotherapieentwicklung darstellen, müssen noch die Begriffe „Persönlichkeit“ und „Beziehung“ genannt werden. Auf den Faktor „Beziehung“ werden wir im Abschnitt zur Psychotherapieforschung noch näher eingehen und können es hier mit dem kurzen Hinweis bewenden lassen, dass es überzeugende empirische Evidenz dafür gibt, dass *Beziehungsfaktoren* die wirksamsten Ingredienzien der Psychotherapie sind. Das verwundert nicht, wenn man bedenkt, dass sich in unseren primären und späteren Beziehungen herausformt, wer und wie wir sind und es dann die therapeutische Beziehungsmatrix ist, die uns korrigierende Erfahrungen und damit Veränderungen ermöglicht. Beziehung ist so in Gestalt der therapeutischen Beziehung **und** der Paarbeziehung unserer Patienten essenzielles Merkmal und Gegenstand der Sexualtherapie. Was den Faktor „Persönlichkeit“ angeht, so haben wir in Kap. 1 schon darauf hingewiesen, dass die Sexualtherapie der Gegenwart extrem **störungsfokussiert** ist und die Störungen von den Personen trennt. Die Diagnostik und das therapeutische Instrumentarium richten sich allein auf bestimmte Störungsbilder (Erektionsstörungen, Luststörungen, Schmerzstörungen etc.) und weniger auf einen bestimmten Persönlichkeits- bzw. Paartypus bzw. entsprechende Systeme. Das entspricht weder der realen klinischen Arbeit noch der Entwicklung der internationalen Psychotherapiekonzeptbildung. Tatsächlich ist der Umstand, welches Paar bzw. welcher Patient die sexuelle Störung hat, in vielen Fällen (auch prognostisch) bedeutsamer als welche Störung das Paar hat. Persönlichkeit und Paarsystem werden in unserem Ansatz daher entsprechend berücksichtigt und stellen neben der Störungsachse und der Auftragsklärung („worum geht es in der Therapie“) die dritte Dimension unseres „Universalmodells des Therapiezugangs“ dar (s. Abschn. 8.2.2). Diese Dimension erfordert die Einschätzung zentraler Strukturen und Merkmale der Persönlichkeit (inkl. der emotionalen Schemata, der wichtigsten Grundmotive/Grundbedürfnisse) und des Paarsystems bzw. der dyadischen Interaktionszyklen. Der Zugang und die Suchhaltung richten sich also darauf, was das individuelle oder paarspezifische an der bestehenden Problematik ist. Es geht um die individuellen (biografischen wie aktuellen) Merkmale in Entstehung, Verlauf oder Ausprägung der Problematik, die dann entscheidende Komponenten der sexualtherapeutischen Fallkonzeption und Therapieplanung sowie des Symptomverständnisses und der Veränderungsziele werden.

## Zur theoretischen Einordnung des neuen Sexualtherapieansatzes

Nach Beschreibung der Kernmerkmale und bevor zum Abschluss dieses Kapitels die Hauptelemente der neuen Sexualtherapie kurz skizziert werden sollen, bleibt als Aufgabe noch die Klassifikation und theoretische Einordnung unseres Ansatzes, auch im Vergleich zu anderen Konzepten. Wie also kann dieser durch die erwähnte Modellbildung durch theoretische und praktische Integration entwickelte Ansatz kategorisiert und zugeordnet werden?

Grundsätzlich kann ein *Therapiemodell* definiert werden als eine Sammlung von Ansichten bzw. eine verbindende Theorie darüber, was notwendig ist, um Veränderungen bei einem spezifischen Patienten in einem spezifischen Behandlungskontext zu induzieren (Anderson et al., 2010). Derartige Modelle arbeiten meist auf der Basis einer Struktur von Kernprinzipien, die dann spezifische Therapietechniken beinhalten oder hervorbringen. Modelle und Techniken stehen so in einem engen Zusammenhang, sind aber nicht identisch, denn ohne die tatsächlich stattfindende Behandlung sind alle Techniken – genauso wie die gemeinsamen Wirkfaktoren bzw. therapeutischen Faktoren – nur potenzielle bzw. nicht verwendete Zutaten. Erst im Rahmen der Behandlung – vergleichbar der Zubereitung eines Gerichts nach einem bestimmten Rezept – werden sie gleichsam „lebendig“ und formen so das kohärente und tragfähige Gesamtpaket, das man als Sexualtherapie oder Psychotherapie bezeichnet. An großen Modelltypen stehen sich das hinlänglich bekannte medizinische Modell und die gemeinhin weniger bekannten sog. kontextuellen Modelle gegenüber.

Beginnend mit den 1990er-Jahren gab es verstärkte Bemühungen, Psychotherapie und psychotherapeutische Interventionen wie medizinische Behandlungen (möglichst randomisierten) empirischen Überprüfungen zu unterziehen, um so zu „empirisch validierten“ Psychotherapieverfahren für bestimmte psychische Störungen zu gelangen. Wie wir noch zeigen werden (s. Kap. 5), ist dieses Unterfangen mehrfach „nach unten“ korrigiert worden und letztlich an der Realität gescheitert. Doch vergegenwärtigen wir uns an dieser Stelle zunächst kurz die Kernkomponenten dieses medizinischen Modells (Wampold, 2010): (1) Es gibt eine Störung oder ein Symptom; (2) es gibt dafür eine (psychologische und/oder medizinische) Erklärung; (3) die Erklärung für die Störung determiniert bestimmte notwendige Veränderungen; (4) diese Veränderungen legen bestimmte therapeutische Interventionen nahe; (5) diese therapeutischen Interventionen sind schließlich verantwortlich für die durch die Therapie erzielten Verbesserungen (und nicht etwa andere Ein-

flussgrößen wie die Beziehung zum Therapeuten, extratherapeutische Faktoren etc.). Diese letzte Komponente, die *Spezifität der eingesetzten Therapiemaßnahmen*, ist in vielerlei Hinsicht das Markenzeichen des medizinischen Modells. Das 5-Komponenten-Modell (Beschwerde, Erklärung, Veränderungsmechanismus, Therapieinterventionen, Spezifität) koppelte die Psychotherapieforschung an das medizinische Modell und an die medizinische Wirkungsforschung mit ihrem „Gold-Standard“ der randomisierten Doppelblindstudie und impliziert automatisch, dass es überlegene und unterlegene Therapiemodelle und -techniken gibt und führt ebenso zwangsläufig zur Konzentration auf die Frage: Welche Therapie bzw. Therapie-schule ist für welche Störung indiziert bzw. wirkungsüberlegen (vgl. Wampold, 2010)?

Die verschiedenen *Modelle gemeinsamer Wirkfaktoren* sehen dagegen die Kooperationsbeziehung von Therapeut und Patient im Zentrum und legen den Fokus weniger auf spezifische Interventionen, sondern auf den Therapeuten, den Patienten, die Interaktion zwischen beiden und auf die Struktur der angebotenen Behandlung. Sie gehen davon aus, dass es ein Set von allgemeinen Wirk- bzw. therapeutischen Faktoren gibt, die allen Therapieschulen gemeinsam und „in Wirklichkeit“ für die Effekte von Psychotherapie verantwortlich sind. Im deutschsprachigen Raum sind die von Grawe identifizierten vier psychotherapeutischen Wirkprinzipien am bekanntesten (Grawe et al., 1994): (1) Ressourcenaktivierung; (2) Problemaktualisierung (Prinzip der realen Erfahrung); (3) aktive Hilfe zur Problembewältigung (reale Bewältigungserfahrung); (4) therapeutische Klärung (über sich selbst klarer werden). Von anderen Autoren werden als zentrale gemeinsame Faktoren genannt: die Förderung von Hoffnung, die Möglichkeit zur Auslösung und Freisetzung von Emotionen, Exploration, Verständnis und Integration der eigenen Probleme, Unterstützung, Rat, und Ermutigung, neue Verhaltensweisen und Gedanken auszuprobieren. Eine noch feinere Unterteilung dieser therapeutischen Faktoren wird von Lambert (2013b) in die drei Kategorien „Unterstützungsfaktoren“ (*support factors*), „Lernfaktoren“ (*learning factors*) und „Handlungsfaktoren“ (*action factors*) geordnet.

Schon die Wirkfaktorenmodelle gehen davon aus, dass es sich bei Psychotherapie um ein einheitliches Geschehen handelt bzw. es eine „Allgemeine Psychotherapie“ (Grawe und Caspar, 2011) geben kann. Das *kontextuelle Modell* geht hier noch einen Schritt weiter. Als übergeordnetes oder Metamodell geht es davon aus, dass alle Psychotherapie-Verfahren eine vergleichbare Wirksamkeit (s. dazu Kap. 5) aufweisen, weil ihnen bestimmte Merkmale gemeinsam sind, und zwar vor allem (a) ein kurativ wirkendes Setting; (b) ein Rationale oder ein konzeptueller Bezugsrahmen, der eine konsistente Erklärung

liefert für die Probleme des Patienten und eine Methode, um sie zu lösen; (c) eine emotional tragfähige, vertrauensvolle Beziehung zum Therapeuten; (d) ein gemeinsames Vorgehen (*task collaboration*), welches das Engagement und die Mitwirkung beider Seiten benötigt, um die Verbesserung oder Auflösung der Probleme zu bewirken. Das kontextuelle Modell behauptet, dass therapeutische Veränderungen stattfinden, weil es eine bestimmte Theorie gibt, die glaubhaft und akzeptabel für Therapeut und Patient ist. Zugespielt könnte man auch zusammenfassen: Setting (= Kultur der Heilung) plus Rationale (= Mythos der Heilung) plus Technik (= Ritual der Heilung). Während Mythos oder Rationale das „Warum“ erklären, zeigen Ritual oder Technik das „Wie“.

Das kontextuelle Modell postuliert, dass es die Realisierung dieser „Kontextvariablen“ ist, die die Psychotherapie effektiv macht, und dass die Besonderheiten des einzelnen Ansatzes bzw. der einzelnen Therapierichtung unwichtig sind, solange eine Behandlung Sinn macht, akzeptiert wird und das *aktive Engagement des Patienten* fördert. Therapeutische Techniken sind so betrachtet bloß Verfahren zur Anwendung dieser kontextuellen Faktoren, die zum größten Teil durch den Einsatz von Hoffnung und Erwartung auf Seiten des Patienten wirken. Der Erfolg aller Therapiemethoden hängt so letztlich ab von der Überzeugung des Patienten, dass er dem Therapeuten wichtig ist und dieser sich seiner Probleme annimmt und die nötige Kompetenz besitzt, ihm zu helfen. Therapeutische Techniken und Beziehungsfaktoren lassen sich demnach nicht voneinander trennen, da eine therapeutische Allianz ohne eine (auf einer bestimmten Basis beruhenden und nach bestimmten Prinzipien ablaufenden) Behandlung nicht existieren kann. Genau wie bereits bei den Wirkfaktoren herausgestellt, sind die kontextuellen Faktoren keine Gewürze oder Zutaten, die man isoliert und nach Belieben „aus dem Regal“ ziehen kann, sondern sie müssen eingebunden sein in ein kohärentes Therapiemodell und in eine tatsächliche Behandlung. Duncan et al., (2010) verweisen darauf, dass das kontextuelle Modell das Erlernen von Techniken und Strategien keineswegs überflüssig macht. Vielmehr sollten Therapeuten in der Lage sein, viele verschiedene Behandlungsformen anzuwenden, um die therapeutischen Faktoren optimal und mit größtmöglicher Flexibilität mobilisieren zu können.

Halten wir fest: Das *kontextuelle Modell der Psychotherapie* sieht eine überzeugende Evidenz dafür, dass es nicht spezifische therapeutische Techniken oder gar ganze Psychotherapieverfahren oder -schulen sind, die Psychotherapie wirksam machen und die bei verschiedenen Gruppen von Störungen effektiv bzw. überlegen sind, sondern dass es bestimmte benennbare Merkmale (therapeutische Faktoren) gibt, die allen seriösen Verfahren gemein-

sam sind, die den Veränderungseffekten zugrunde liegen. Der Blick richtet sich also weniger auf störungsspezifische Techniken und Interventionen, sondern auf eine möglichst flexible, auf den individuellen Patienten zugeschnittene Anwendung dieser sog. Kontextvariablen, in denen die therapeutische Beziehung und der Therapeut-Patient-Konsens über die Ziele der Behandlung und die dafür notwendigen Veränderungsschritte eine essenzielle Stellung einnehmen. Therapieschulen und die leidenschaftliche Rivalität, die sie über viele Jahre hinweg im Zentrum des wissenschaftlichen Diskurses unterhielten, haben sich demnach definitiv überlebt und Psychotherapie muss als einheitliches, umfassendes Phänomen betrachtet werden, dessen Wirksamkeit von Faktoren abhängt, die allen Ansätzen gemeinsam sind (Miller et al., 2010).

Die Leser, die sich einer (oder gar mehr als einer) jahrelangen, mühseligen und kostspieligen Ausbildung in einem bestimmten Psychotherapieverfahren unterzogen haben, werden an dieser Stelle vielleicht Widerstand, Protest oder gar Empörung in sich spüren. Das wäre nur zu gut nachvollziehbar und nicht verwunderlich. Jedoch ist die empirische Evidenz für die kontextuellen Modelle überwältigend und kann nicht ignoriert werden (s. auch Kap. 5). Sie sind bereits dabei, die „Psychotherapielandschaft“ zu verändern und werden dies in Zukunft noch stärker tun. So spiegelt sich allein die Evidenz für die Rolle der Therapieallianz in mehr als 1000 Studien, die insgesamt zeigen, dass der Anteil an Therapieveränderungen, der auf die therapeutische Allianz zurückzuführen ist, 5- bis 7-mal größer ist als der von bestimmten Modellen oder Techniken (Lambert, 2010).

Weder Psychotherapiemodelle noch eine fundierte theoretische und praktische Ausbildung sind damit aber hinfällig oder überflüssig, da es ein verbreitetes Missverständnis ist, dass das Therapiemodell und die allgemeinen bzw. kontextuellen Wirkfaktoren etwas Getrenntes und Unterschiedliches sind. In Wirklichkeit sind die therapeutisch wirksamen Faktoren unauflösbar verflochten mit der theoretischen Orientierung des Therapeuten und der durchgeführten Behandlung. Es gibt sie nicht für sich allein oder „pur“. Wie Norcross (2010) hervorhebt, wirkt einer der wichtigsten Faktoren überhaupt, die therapeutische Beziehung, nur in einer konzertierten Aktion mit der Behandlungsmethode, den Patientenmerkmalen und der Qualifikation des Therapeuten. Alle diese Komponenten müssen bedacht und möglichst optimal kombiniert werden. Techniken erfolgreich anwenden heißt demnach, die *therapeutische Allianz in den Handlungsmodus* zu versetzen (Norcross, 2010). Noch wichtiger als die Merkmale, die verschiedene Psychotherapieverfahren gemeinsam haben, sind letztendlich die Faktoren, die *Therapien wirksam* machen, weil sie Veränderungen anstoßen, fördern und nachhaltig machen. Sie sind ver-

antwortlich für das, worum es am Ende geht: ein gutes Therapieergebnis (Miller et al., 2010).

Was hat all das nun mit unserem neuen Ansatz der Sexualtherapie zu tun? Könnte man sagen, der störungsübergreifende Therapiemantel folgt dem kontextuellen Modell, während das störungsorientierte Vorgehen sich am medizinischen Modell ausrichtet und wäre ein solcher „Modellmix“ überhaupt statthaft?

Tendenziell ist die soeben gemachte Aussage nicht falsch, sie trifft aber auch nicht den Kern, da das störungsorientierte Vorgehen weniger aus Interventionen und Techniken besteht, die für die einzelnen sexuellen Dysfunktionen als spezifisch betrachtet werden, sondern mehr in der Anwendung des Therapiemantels mit seinen Elementen und seiner Prozess-Steuerung auf die verschiedenen Funktionsstörungen. Das, was den Therapiemantel ausmacht, wird gleichsam auf die einzelnen Störungen „runtergebrochen“. Diese Dysfunktionen haben allerdings – zumindest zum Teil – unterschiedliche Ursachen, sind mit unterschiedlichen emotionalen Schemata und dyadischen Interaktionszyklen assoziiert, unterscheiden sich in ihrer unmittelbaren Pathogenese und benötigen daher verschiedene korrigierende Erfahrungen und Veränderungsprozesse. Hinzu kommt die bereits erwähnte „homogenisierende“ Wirkung der sexuellen Funktionsstörung selbst, durch die etwa Männer, die unter einer Erektionsstörung leiden, ein ähnliches Erleben und vergleichbare emotionale und Verhaltensmuster aufweisen (die ähnliche „emotionale Störungslogik“). Hier muss daher (auch) störungsorientiert vorgegangen werden, um die entsprechenden Veränderungen zu induzieren. Darüber hinaus liegen mit Erfahrungsübungen wie der Stopp-Start-Technik für den vorzeitigen Samenerguss oder mit den pharmakotherapeutischen Optionen Behandlungselemente vor, die bei einer bestimmten sexuellen Dysfunktion wirksam sind und bei einer anderen nicht. Es gibt in unserem Ansatz also sehr wohl störungsspezifische Interventionen oder Techniken, die aber – und das ist die Lehre, die wir aus Psychotherapieforschung und kontextuellem Modell ziehen müssen – nur in ihrer Einbettung in einen Therapiemantel, der die Faktoren, die alle Therapien wirksam machen, beinhaltet, auch ihr volles Veränderungspotenzial ausschöpfen können. Es kommt in unserer neuen Sexualtherapie deshalb nicht in erster Linie darauf an, eine gute therapeutische Intervention zu lancieren, sondern darum, einen *optimalen Wirkungskontext* herzustellen. Es sind diese Faktoren inklusive der veränderungserleichternden bzw. -optimierenden Prozesssteuerung und dem Fokus auf emotionalen Schemata, die das Besondere und Neue an unserem Ansatz der Sexualtherapie ausmachen und nicht etwa, dass er ein neues Technikinstrumentarium oder die optimale Mischung an Interventionen liefert, die allem Bisherigen überlegen ist.

Durch die spezielle Konzeption unseres Ansatzes und die auf Veränderungsoptimierung gerichtete Suchhaltung „was wirkt wie und wann bei wem und welcher Konstellation“ lassen sich die Widersprüche zwischen medizinischem und kontextuellem Modell zwar nicht vollständig auflösen, verlieren aber deutlich an Schärfe und Relevanz. Zudem sehen wir es weder als Aufgabe noch als Intention, eine ideologische Festlegung auf ein bestimmtes Modell vorzunehmen, sondern sehen uns eher in der Tradition der Sexualtherapie mit ihrer Kraft zur Integration und zum Brückenschlag, so wie es schon vor 40 Jahren in Kaplans Konzept mit seiner Verbindung psychodynamischer und behavioraler Elemente und dem Mehrebenen-Modell der Verursachung und Therapieplanung zum Ausdruck kam (Kaplan, 1974). Was neben dieser Tradition wirklich wichtig ist für unseren Ansatz, ist der auf den ersten Blick widersprüchlich und kontraintuitiv erscheinende Umstand, dass Technik und Therapiemodell zwar nach allen Resultaten der Psychotherapieforschung nur einen kleinen Beitrag zum Behandlungsergebnis leisten – und doch unverzichtbar sind, weil ohne sie die therapeutischen Faktoren eben nicht zum Klingen gebracht werden können und der Therapeut heimatlos und ohne Bezugsrahmen bleibt. Genau den wollen wir mit unserem Ansatz anbieten: ein kohärentes System mit einer klaren Struktur und klaren Vorgaben, das dennoch semi-permeabel ist und dem Therapeuten die nötigen kreativen Freiheitsgrade ermöglicht. Es sollte offen sein für Zusatzmodule oder „Plug-Ins“ und aufnahmefähig für Weiterentwicklungen, aber auch stabil und strukturiert genug, um nicht in einen technischen Eklektizismus abzugleiten. Genau dieser dominiert momentan die Behandlung sexueller Dysfunktionen, ist aber auch in der Psychotherapie in Gestalt der gegenwärtig sehr populären „Therapie-Tools“ oder „therapeutischen Schätze“ (Fliegel, 2015; Fliegel und Kämmerer, 2009) stark vertreten. Diese geben – ob sie wollen oder nicht – das verführerische Versprechen, dass es bewährte und überlegene Techniken oder Interventionen gibt, die wie kleine „Wunderwaffen“ immer wirken und universell einsetzbar sind. Wie wir gesehen haben, wird das von der Psychotherapieforschung nicht bestätigt, sondern all diese Techniken werden erst dann zu effektiven Tools, wenn sie im optimalen Wirkkontext eingesetzt werden, dessen Merkmale wir charakterisiert haben.

## Die Hauptkomponenten des neuen Sexualtherapieansatzes

Die Hauptkomponenten, die in die integrative Entwicklung der neuen Sexualtherapie eingeflossen sind, haben wir zu Beginn dieses Kapitels aufgelistet und kurz skizziert:

- die klassische Sexualtherapie,
- die Psychotherapieforschung und ihre Erkenntnisse zu den therapeutisch wirksamen Faktoren und Veränderungsprozessen,
- die Neurobiologie der Sexualität und die Neurobiologie der Psychotherapie,
- die emotionsfokussierte (Paar-)Therapie (EFT).

Bevor sie in den folgenden Kapiteln in ihrer Bedeutung und Funktion im Rahmen des störungsübergreifenden Therapiemantels und später auch im störungsorientierten Vorgehen eingehend beschrieben werden, sollen zum Abschluss dieses Übersichts Kapitels die wichtigsten Gründe genannt werden, die zur Auswahl genau dieser Komponenten geführt haben. Da wir die klassische Sexualtherapie bereits in Kap. 2 thematisiert und gewürdigt und uns im Verlauf dieses Kapitels eingehend mit der Notwendigkeit der Berücksichtigung der Ergebnisse der Psychotherapieforschung beschäftigt haben, bleiben noch Neurobiologie und EFT übrig. Vorab bleibt zu erwähnen, dass uns dabei sehr wohl bewusst ist, dass die besten Zutaten noch kein Garant für ein besonders gutes Gericht sind. Andererseits sind sich die besten und kreativsten Köche dieser Welt einig, dass eine Spitzenküche ohne exzellente Zutaten nicht möglich ist. Auch unsere Komponenten sind so notwendige, aber noch keine hinreichenden Bedingungen für einen effektiven Ansatz, der sich hinsichtlich seiner theoretischen Konsistenz und seiner Wirkstärke in der täglichen Praxis und in der empirischen Überprüfung bewähren muss.

### Die Neurobiologie der Sexualität und die Neurobiologie der Psychotherapie

Nachdem die Dekade der Neurowissenschaften nun schon einige Zeit hinter uns liegt und der große Hype um alles, was die Vorsilbe „Neuro-“ trägt oder vom Attribut „biologisch“ geschmückt wird, wieder abzuklingen scheint, lohnt sich ein unvoreingenommener und nüchterer Blick auf die Ergebnisse der neurobiologischen Forschung vielleicht umso mehr. Dabei zeigt sich, dass die Neurobiologie in den vergangenen ca. 20 Jahren tatsächlich substanzielle Beiträge zum Verständnis der menschlichen Sexualität und ihrer Störungen beitragen

konnte. Einen Abriss des aktuellen Kenntnisstands findet der Leser in Kap. 4.

Demgegenüber steckt die Neurobiologie der Psychotherapie noch in ihren Kinderschuhen, kann aber gleichwohl auch einige wichtige Beiträge zu unserem Konzept beisteuern, die vor allem den erlebnisorientierten Ansatz sowie den Fokus auf emotionalen Prozessen unterstützen. Die Neurobiologie kann uns zeigen, wie aus Erfahrungen (Gehirn-)Strukturen werden und wie diese am effektivsten durch korrigierende Erfahrungen wieder geändert werden können. Dabei zeigt die Forschung, dass aufgrund der Trägheit und Veränderungsresistenz unseres Gehirns für Veränderungen eine intensive emotionale Dynamik bzw. kraftvolle emotionale Aktivierungen benötigt werden. Weiterhin wird in den Ergebnissen deutlich, dass neue Erfahrungen an bestehende anknüpfen sollten, wir ein „Gehirn im Annäherungsmodus“ brauchen sowie Enthusiasmus bzw. Begeisterung, um uns auf neue Erfahrungen und Veränderungen einlassen zu können. Für die neue Sexualtherapie bedeutet das konkret, dass wir bei unseren Patienten(paaren) durch konstruktive und herausfordernde emotionale Prozesse und Reaktionen eine nachhaltige Dynamisierung des neurobiologischen Systems erreichen müssen – und zwar im Annäherungsmodus – ohne eine unkontrollierbare Belastungsreaktion zu induzieren. Je stabiler ein (Paar-) System, umso stärkere Interventionen benötigt man.

Unter dem vielzitierten Etikett „Neuroplastizität“ kann uns diese Forschung wertvolle Hinweise liefern, wie Veränderungsprozesse aus neurobiologischer Sicht am besten „funktionieren“, welche Voraussetzungen sie benötigen und welche Hemmnisse oder Begrenzungen zu berücksichtigen sind. Zu diesen Fragen und ihren Implikationen für die Psychotherapie liegen inzwischen eine Reihe von Einzel- und Übersichtsarbeiten sowie konzeptuelle Entwürfe vor (Cozolino, 2010; Förstl et al., 2006; Grawe, 2004; Schiepek, 2011).

Cozolino (2010) hat sich intensiv mit diesen Fragen befasst und geht davon aus, dass unsere frühen emotionalen Erfahrungen Strukturen formen, die einen lebenslangen Einfluss auf drei vitale und zentrale Bereiche haben:

- Bindung,
- Affektregulation,
- Selbstwert.

Auch Cozolino sieht nach seiner Analyse der neurobiologischen Forschungsergebnisse die *Reorganisation dysfunktionaler emotionaler Schemata* als zentrale Zielsetzung psychotherapeutischer Behandlungen. Diese müsse die folgenden Aspekte und Schritte enthalten:

- Empathisches Verstehen und eine empathische Beziehung als Grundzugang,
- Aktivierung der emotionalen Schemata auf einem optimalen Arousal-Niveau, was wiederum ermöglicht, den *sweet spot* der Plastizität zu treffen,
- Verbesserung von Aufbau von Affektmanagement und -regulation inklusive der Fähigkeit zur Selbstberuhigung (*self-soothing*),
- Kokonstruktion von neuen Narrativen, da neue Erfahrungen immer auch „neue Geschichten“ bzw. veränderte „alte Geschichten“ brauchen, um integrierbar und handlungsleitend sein zu können.

Dies mag an dieser Stelle als Begründung genügen, warum wir die neurobiologischen Forschungsergebnisse und Konzeptbildungen als wesentliche Komponente unseres neuen Sexualtherapieansatzes betrachten und sie entsprechend einbinden werden (s. dazu auch Kap. 4).

## Die emotionsfokussierte (Paar-)Therapie

Die Begründung, warum die emotionsfokussierte Therapie sowohl in ihrem Grundkonzept als auch in ihrer Variante der emotionsfokussierten Paartherapie (EFT bzw. EFT-P) zu einem zentralen Bestandteil der neuen Sexualtherapie geworden ist, muss in zwei Stufen erfolgen. Stufe 1 hat dabei die Erklärung dafür zu liefern, dass überhaupt ein gegenüber der klassischen Sexualtherapie neues oder fortentwickeltes Konzept der Paartherapie für notwendig gehalten wird, während Stufe 2 die Entscheidung für die EFT begründen muss.

Das Thema, dass und warum wir in der Sexualtherapie ein effektiveres Konzept für die Paartherapie brauchen, haben wir bereits in Kap. 2 gestreift und können es an dieser Stelle kurz halten, da dazu in der Fachwelt auch weitgehend Einigkeit besteht. Trotz der berühmten von Masters und Johnson (1970) geprägten Formel „Das Paar ist der Patient“ und dem Theorem, dass es bei sexuellen Funktionsstörungen keinen „unbeteiligten“ Partner gibt, hat die klassische Sexualtherapie für die Paartherapie weder ein ausreichendes Konzept noch ein entsprechendes Instrumentarium entwickelt. Dies gilt bei genauerer Betrachtung sowohl für die Arbeit von Masters & Johnson als auch für den Ansatz von Kaplan (1974), in dem im Original auch kaum von Paartherapie, sondern von einer gemeinsamen Behandlung beider Partner (*conjoint therapy*) die Rede ist. Damit soll die enorme Leistung und der mutige Fortschritt, den das Paarsetting und die konsequente Einführung der Paarperspektive für die Therapie sexueller Störungen bedeutet haben, in keiner Weise geschmälert werden. Schon in den 1980er-Jahren und speziell bei den damals immer stärker in den Fokus

rückenden Luststörungen wurde aber erkennbar, dass das psychotherapeutische und vor allem das paartherapeutische Rüstzeug der Sexualtherapie zu schmalbrüstig war, um es mit ausgeprägteren intrapsychischen Störungen und noch mehr mit komplexen Paarkonflikten und destruktiven Interaktionszyklen aufnehmen zu können. So „verpufften“ die bewährten Erfahrungsanteile wie der Sensate Focus nur allzu oft wirkungslos. Diese Einsicht und der Umstand, dass die Sexualtherapie einerseits und die Entwicklungslinien der Paartherapie andererseits mehr oder minder berührungslos nebeneinander liefen, führte Schnarch (1991) Anfang der 1990er-Jahre zu seinem „Sexual Crucible Approach“, der eben diesen Zustand überwinden wollte, letztlich dann aber in eine ganz andere und eigene Richtung ging (s. Kap. 2).

Fast 25 Jahre später stand auch unser Ansatz wieder bzw. immer noch vor einer sehr ähnlichen Herausforderung, wobei es in unserer neuen Sexualtherapie nicht das Hauptziel ist, die Partnerschaft zu therapieren, sondern die Paarbeziehung „therapeutisch“ und (wieder) funktional zu machen und sie als Motor neuer Erfahrungen und Veränderungen zu nutzen. Viele Paare mit sexuellen Funktionsstörungen haben basal keine Partnerschaftsprobleme, die über die üblichen Konflikte und Schwierigkeiten längerfristiger Beziehungen hinausgehen. Gleichwohl befinden sie sich – teils als Ursache, teils als Folge der Sexualstörung – in negativen Interaktionszyklen und destruktiven emotionalen Prozessen gefangen, die geeignet sind, das sexuelle Problem weiter zu exacerbieren. Deshalb benötigt die Sexualtherapie ein Verständnis und ein Instrumentarium, um diese Zyklen verstehen und verändern zu können.

Genau dafür eignet sich nach unseren praktischen Erfahrungen und nach den Ergebnissen der Psychotherapieforschung die emotionsfokussierte Paartherapie am besten. Wie wir in den folgenden Kapiteln noch im Detail zeigen werden, besitzt die EFT eine überzeugende theoretische Fundierung und empirische Evidenz (gerade auch für die Paartherapie). Sie stellt konsistentes konzeptuelles Wissen bereit, noch mehr aber das für die Therapiepraxis dringend notwendige prozedurale Wissen, da sie über eine ausgestaltete *theory of change* und ein entsprechendes Therapieinstrumentarium verfügt, wodurch auch auf unsere Grundfrage „wie geht therapeutische Veränderung“ eindeutige Antworten möglich werden. Die EFT sieht sexuelle Störungen eng mit maladaptiven emotionalen Schemata und unerfüllten (erwachsenen und/oder kindlichen) Bedürfnissen verknüpft, die in der Sexualtherapie verstanden, bearbeitet und transformiert werden müssen. Sexualität, Intimität und Paarbeziehung haben wichtige Funktionen für unsere Affektregulation und *vice versa*. So besteht ein wichtiger pathogenetischer Baustein sexueller Störungen darin, dass – sobald in der sexuellen Begegnung ein Verlust von Kontrolle droht –

fast immer der Zugang zu den Emotionen gekappt wird und/oder die Affektregulation nicht mehr adäquat funktioniert. Daher ist die Arbeit an und mit Emotionen so essenziell und deshalb sind Emotionen auch in der Sexualtherapie ein wichtiger „Therapiekompass“. Die EFT verfügt über eine überlegene Prozesssteuerung zur Aktivierung emotionaler Schemata und Interaktionszyklen.

Die Begründung für die EFT liegt jedoch nicht nur in dieser inhaltlichen Passung zu unserem Ansatz, auf die wir noch häufig zurückkommen werden, sondern auch in den „harten Fakten“ der Therapieforschung. Zur EFT liegen bislang 34 empirische Studien vor. Im Bereich der Partnerschafts- und interpersonellen Probleme gibt es danach für die EFT-Paartherapie eine besonders starke empirische Evidenz, da die mittlere Effektstärke bei Prä-Post-Vergleichen bei 1,27 und bei Studien, in denen mit Wartelisten- oder No-Treatment-Bedingung verglichen wurde, bei 1,39 lag (Elliott et al., 2013). Zum Vergleich sei erwähnt, dass die mittlere Effektstärke für die Psychotherapie generell bei ca. 0,8 liegt und für die humanistisch-erlebnisorientierten Verfahren bei 0,96. Darüber hinaus zeigte sich in diesen Studien, dass die EFT auch bei Einzelpatienten wirksam und spezifisch ist für unaufgelöste Beziehungsprobleme oder emotionale Verletzungen. In anderen Metaanalysen war die EFT-Paartherapie mit einer mittleren Effektstärke von 0,87 der KVT (0,54) und einer Behavioralen Paartherapie (0,78) überlegen. Sie konnte ihre Wirksamkeit u. a. für Depressionen und sexuelle Störungen belegen. Insgesamt erfüllt die EFT damit für Partnerschafts- und interpersonelle Probleme eindeutig die Kriterien einer wirksamen und spezifischen Behandlung (Elliott et al., 2013).

Insgesamt glauben wir, überzeugende Gründe dafür aufgeführt zu haben, dass die EFT zu einer wichtigen Komponente der neuen Sexualtherapie geworden ist. Gleichwohl handelt es sich bei unserem Ansatz um etwas anderes bzw. um mehr als um eine „emotionsfokussierte Sexualtherapie“. Zum einen ist die EFT nur eine von mehreren Komponenten, die die neue Sexualtherapie prägen und ausmachen und zum anderen gibt es auch im konkreten therapeutischen Vorgehen Unterschiede zur EFT, auf die wir an den entsprechenden Stellen eingehen werden. Hinweise darauf, dass eine emotionsfokussierte Paartherapie allein nicht ausreicht, um sexuelle Dysfunktionen wirkungsvoll zu behandeln, lassen sich auch der Datenlage zur Effektivität der EFT entnehmen: Eines der schlechtesten Ergebnisse überhaupt für diese Therapieform fand sich in einer Studie an Paaren, die über sexuelle Luststörungen klagten (Macphee et al., 1995). Das lässt erkennen, dass für die erfolgreiche Behandlung sexueller Störungen noch andere „Zutaten“ benötigt werden. Schließlich war es immer auch das *spezialisierte Wissen über die Sexualität* selbst und die **Professionalität im Umgang mit dem Thema Se-**

xualität, die die Sexualtherapie auszeichnet haben (Binik und Meana, 2009). Auch das steht im Zentrum unseres Ansatzes und unterscheidet diese neue Sexualtherapie von der EFT und anderen Verfahren. Unsere Suche nach den Voraussetzungen und Prozessen der wirkungsvollen Veränderung sexueller Störungen führt so automatisch zu weiteren wichtigen Fragen, die uns im Folgenden immer wieder beschäftigen werden. Sie lauten: Was macht einen exzellenten Sexualtherapeuten aus und wie kann man diese Effektivität erreichen und bei möglichst vielen Patienten nachhaltige Veränderungen erzielen?

## Literatur

- Anderson, T., Lunnen, K.M., Ogles, B.M., 2010. Putting models and techniques in context. In: Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E., Hubble, M.A. (Hg.), *The heart and soul of change* (2. Aufl.). American Psychological Association, Washington, 143–166.
- Binik, Y.M., Meana, M., 2009. The future of sex therapy: Specialization or marginalization? *Archives of Sexual Behavior* 38 (6), 1016–1027.
- Caspar, F., 2010. Wie allgemein ist Grawes „Allgemeine Psychotherapie“? PiD – Psychotherapie im Dialog 11 (01), 15–22.
- Cozolino, L.J., 2010. *The neuroscience of psychotherapy: Healing the social brain* (2. Aufl.). Norton, New York.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E., Hubble, M.A., 2010. *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2. Aufl.). American Psychological Association, Washington.
- Elliott, R., Greenberg, L.S., Watson, J.C., Timulak, L., Freire, E., 2013. Research on humanistic-experiential psychotherapies. In: Lambert M.J. (Hg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. Aufl.). John Wiley, Hoboken, 495–538.
- Fliegel, S., 2015. *Psychotherapeutische Schätze* (2. Aufl.). DGVT, Tübingen.
- Fliegel, S., Kämmerer, A., 2009. *Psychotherapeutische Schätze I*. DGVT, Tübingen.
- Förstl, H., Hautzinger, M., Roth, G., 2006. *Neurobiologie psychischer Störungen*. Springer, Heidelberg.
- Gall-Peters, A., Zarbock, G., 2012. *Praxisleitfaden Verhaltenstherapie: Störungsspezifische Strategien, Therapieindividualisierung, Patienteninformationen*. Pabst Science Publishers, Lengerich.
- Grawe, K., 1998. *Psychologische Therapie*. Hogrefe, Göttingen.
- Grawe, K., 2004. *Neuropsychotherapie*. Hogrefe, Göttingen.
- Grawe, K., 2005. Empirisch validierte Wirkfaktoren statt Therapiemethoden. *Report Psychologie* 7 (8), 311.
- Grawe, K., Caspar, F., 2011. *Allgemeine Psychotherapie*. In: Broda, M., Senf, W. (Hg.). *Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch* (5. Aufl.). Thieme, Stuttgart.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F., 1994. *Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession*. Hogrefe, Göttingen.
- Greenberg, L.S., 2011. *Emotion-focused therapy*. American Psychological Association, Washington.
- Greenberg, L.S., Goldman, R.N., 2008. *Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotion, love, and power*. American Psychological Association, Washington.
- Johnson, S.M., 2004. *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection* (2. Aufl.). Brunner-Routledge, New York.
- Kaplan, H.S., 1974. *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*. Brunner/Mazel, Oxford.
- Lambert, M.J., 2010. Yes, it is time for clinicians to routinely monitor treatment outcome. In: Duncan, B., Miller, S.D., Wampold, B.E., Hubble, M.A. (Hg.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2. Aufl.). American Psychological Association, Washington, 239–266.
- Lambert, M.J., 2013a. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. Aufl.). John Wiley & Sons, Hoboken.
- Lambert, M.J., 2013b. Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy* (Chicago, Ill.) 50 (1), 42–51.
- Lutz, W., Bittermann, A., 2010. Wie, wann und warum verändern sich Menschen in der Psychotherapie? *Psychotherapie im Dialog* 11 (1), 80–85.
- Macphee, D.C., Johnson, S.M., Van Der Veer, M.M.C., 1995. Low sexual desire in women: The effects of marital therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy* 21 (3), 159–182.
- Masters, W.H., Johnson, V.E., 1970. *Human sexual inadequacy* (1. Aufl.). Little, Brown, Boston.
- Miller, S.D., Hubble, M.A., Duncan, B.L., Wampold, B.E., 2010. Delivering what works. In: Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E., Hubble, M.A. (Hg.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2. Aufl.). American Psychological Association, Washington, 421–429.
- Norcross, J.C., 2010. The therapeutic relationship. In: Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E., Hubble, M.A. (Hg.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2. Aufl.). American Psychological Association, Washington, 113–141.
- Perls, F.S., 1969. *Ego, hunger and aggression: The beginning of Gestalt therapy*. Crown/Random House, New York.
- Schiepek, G. (Hg.), 2011. *Neurobiologie der Psychotherapie* (2. Aufl.). Schattauer, Stuttgart.
- Schnarch, D.M., 1991. *Constructing the sexual crucible: An integration of sexual and marital therapy*. Norton, New York.
- Stucki, C., Grawe, K., 2007. Motivational attunement. *Psychotherapeut* 52 (1), 16–23.
- Wampold, B.E., 2010. The research evidence for the common factors models: A historically situated perspective. In: Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E., Hubble, M.A. (Hg.), *The heart and soul of change* (2. Aufl.). American Psychological Association, Washington, 49–81.
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E., 2003. *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford, New York.

## Autor

Prof. Dr. Uwe Hartmann, Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Sexualmedizin, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, e-mail: Hartmann.Uwe@mh-hannover.de

# Das Konzept des Sexocorporel

Karoline Bischof

## The Sexocorporel Concept

### Abstract

Sexocorporel is a sex therapy method that understands the onset of sexual disorders as resulting from the interaction of the physiological, emotional, cognitive, and relationship components of a person's sexuality. Accordingly, the therapy relies on the resources within these components and encourages a strengthening of the less developed components. Particular consideration is given to the individual arousal habits (arousal modes), which have profound effects on the sexual experience. Certain patterns of muscle tension and stimulation can restrict couple sexuality due to their specificity and the neurophysiological consequences of tension. In therapy, the method takes advantage of the fact that emotions and cognition, like sexual arousal, are physical phenomena that can be modified through physical interventions and learning processes. With individually adapted learning steps and new movement patterns, the sexual function and sexual pleasure as well as the patient's evaluation of sexuality, erotic self-image and the relationship to the other can be therapeutically addressed. As a therapeutic method Sexocorporel is increasingly widespread in German and French-speaking Europe.

**Keywords:** Sexocorporel, Sex therapy, Arousal mode, Mindfulness, Sexual learning

### Zusammenfassung

Der Sexocorporel stellt eine Sexualtherapiemethode dar, die das Entstehen von sexuellen Störungen als Folge der Interaktion der physiologischen, emotionalen, kognitiven und Beziehungskomponenten der Sexualität einer Person versteht. Entsprechend stützt sich die Therapie auf die Ressourcen innerhalb dieser Komponenten ab und regt eine Stärkung der Komponenten an, die schwächer entwickelt sind. Besonders berücksichtigt werden die individuellen Erregungsgewohnheiten (Erregungsmodi), da sie tiefgreifende Auswirkungen auf das sexuelle Erleben haben. Insbesondere bestimmte Muster der Muskelanspannung und Stimulation können aufgrund ihrer Spezifität und aufgrund neurophysiologischer Folgen der Anspannung in der Paarsexualität Grenzen setzen. In der Therapie macht sich die Methode zunutze, dass Emotionen und Kognitionen ebenso wie die sexuelle Erregung körperliche Phänomene sind, die durch körperliche Interventionen und Lernprozesse modifiziert werden können. Dadurch können die Sexualfunktion und das Lusterleben ebenso wie die Bewertung der Sexualität, das erotische

Selbstbild und die Beziehung zum Gegenüber durch individuell angepasste Lernschritte und neue Bewegungsmuster therapeutisch angegangen werden. Der Sexocorporel als Therapiemethode findet im deutsch- und französischsprachigen Europa zunehmend Verbreitung.

**Schlüsselwörter:** Sexocorporel, Sexualtherapie, Erregungsmodus, Achtsamkeit, sexuelles Lernen

## Einleitung

Das Konzept des Sexocorporel beinhaltet eine Sichtweise der menschlichen Sexualität und eine davon abgeleitete sexualtherapeutische Methode. Als Grundlage dient ein Verständnis von emotionalem Erleben und Denkweisen als körperlich basierte Phänomene, die mit Veränderungen auf der Ebene der Muskulatur, der Hormone und des vegetativen Nervensystems einher gehen. Dies gilt für sexuelle Erregung und das lustvolle Erleben der Sexualität ebenso wie für das Gefühl, eine erotische Frau oder ein erotischer Mann zu sein und andere damit verbundene Emotionen. Die physiologischen Prozesse laufen automatisch ab, können jedoch teilweise willentlich beeinflusst werden. Körperliche Modifikationen der Motorik und Neurophysiologie ermöglichen neue sensorische und emotionale Erlebnisse, die eine Erweiterung der Wahrnehmung, des Lusterlebens und des Denkens über Sexualität darstellen, die sexuelle Funktionalität verbessern und die Partnerschaft bereichern können.

Die Wirksamkeit der Methode ist empirisch und theoretisch gut abgestützt. De Carufel und Trudel (2006) erzielten mit der Methode, ohne den Sexocorporel namentlich zu erwähnen, bei Männern mit frühzeitigem Samenerguss gleiche Erfolge wie mit der Stop-Start Methode. Obwohl weitere klinische Untersuchungen, die einen Wirksamkeitsnachweis erbringen wollen, erst angelaufen sind, erfreut sich die 84 Tage dauernde, berufsbegleitende Ausbildung zum Sexocorporel Therapeuten zunehmender Beliebtheit. In Deutschland, Österreich und in der deutschen Schweiz wird sie durch das ZISS angeboten (Näheres dazu auf [www.ziss.ch](http://www.ziss.ch)), in Genf sowie in Frankreich und möglicherweise bald auch in Italien durch andere Organisationen.

Die genitale sexuelle Erregung stellt die physiologische Basis der menschlichen Sexualität dar. Die damit einhergehenden körperlichen Veränderungen, von der genitalen Vasokongestion bis zum Anstieg des Blutdrucks, der Herzfrequenz und der Muskelspannung, sind gut untersucht

(Masters & Johnson, 1966). Erst neuere Forschung belegt jedoch, dass diese reflektorisch ablaufenden Prozesse nicht bei jedem Menschen das gleiche Lustempfinden auslösen, dass sich also sexuelle Erregung nicht mit lustvoll erlebter Sexualität gleichsetzen lässt (Meston & Gorzalka, 1995).

Auch Jean-Yves Desjardins, der Begründer des Sexocorporel, stieß auf dieses Phänomen. Er beobachtete dabei einen Zusammenhang zwischen dem subjektiven Erleben der Sexualität und der Art, wie Menschen bei der Steigerung ihrer sexuellen Erregung ihren Körper einsetzen. Empirisch konnte er feststellen, dass die Art des Körpereinsatzes, insbesondere bestimmter Muskelgruppen und der Atmung sowie des Stimulationsfokus, oft sehr spezifischen Mustern zu folgen scheint, den *sexuellen Erregungsmodi* (Chatton et al., 2005). Kinsey und vereinzelt weitere Autoren hatten ebenfalls solche Verhaltensmuster beschrieben, ohne dazu aber Überlegungen zu klinischen oder therapeutischen Konsequenzen anzustellen (Clifford, 1978; Kinsey et al., 1953; Leff & Israel, 1983).

Desjardins entwickelte daraus unter Einbezug neurophysiologischer Forschungsergebnisse ein eigenes therapeutisches Konzept (Desjardins et al., 2010). Dieses berücksichtigt, dass die meisten Sexualstörungen, wie Störungen der Erektion, des Orgasmus, des Verlangens, aber auch eingeengte Sexualpräferenzen und dranghaftes Sexualverhalten, mehr oder weniger direkt mit dem Einsatz von Muskelspannung, Atmung und Bewegung in Verbindung stehen (Bischof-Campbell et al., submitted). Klinisch ebenso bedeutsam ist, dass die sexuellen Erregungsmodi die Qualität der erlebten Lust färben, im weiteren aber auch das Denken über sich selbst und den Partner, die Bewertung der sexuellen Interaktion, und, zentral für die meisten Menschen in Partnerschaften, auch das Ausmaß an Intimität und Nähe, das in der sexuellen Begegnung erlebt werden kann. Daraus ergibt sich eine Vielzahl therapeutischer Möglichkeiten mit großem Potential, da körperliche Parameter wie Bewegung und Atmung der willkürlichen Einflussnahme oftmals direkter zugänglich sind als Emotionen und Gedanken.

Neurophysiologische Erkenntnisse und theoretische Überlegungen sollen im Folgenden diese Zusammenhänge verdeutlichen. Danach werden therapeutische Strategien des Sexocorporel anhand klinischer Beispiele aufgezeigt.

## Die sexuellen Erregungsmodi – Erlernte Fähigkeiten

Sexuelles Lernen beginnt früh. Das spontane Auftreten des sexuellen Erregungsreflexes ist bei Föten schon in utero nachweisbar, und im Säuglingsalter lassen sich bereits erste Formen der Selbststimulation beobachten. Auch wenn dies

bei manchen Eltern und selbst Kinderärzten Besorgnis auslöst, gilt es doch in der Pädiatrie unterdessen als normales Verhalten (Hansen & Balsley, 2009; Wunsch, 2017; Yang et al., 2005). Ab dem 4. Monat können Säuglinge auf ihre Genital- und Beckenregion Druck ausüben durch rhythmische Anspannung der Beine, später auch durch das Pressen gegen Objekte wie z.B. Kissen oder Spielzeug, und dabei vermutlich sexuelle Erregung auslösen. Dies geht einher mit stereotypen, spastischen Bewegungen, einem überspannten Körper und neurovegetativen Symptomen wie Grunzen, Schwitzen und Gesichtsröte, wie wir sie von der sexuellen Erregung Erwachsener kennen. Manchmal werden auch Spasmen einer Entladung beobachtet. Sobald die Säuglinge gezielte Handbewegungen ausführen können, lässt sich auch manuelle genitale Stimulation beobachten. Jegliche Berührungen und Bewegungen, welche die sexuelle Erregung auslösen und steigern, können durch Wiederholung zu konditionierten Mustern werden (Pfaus et al., 2016; Georgiadis et al., 2012).

So gehen wir davon aus, dass die sexuellen Erregungsmodi erlernt und konditioniert sind. Viele Menschen bleiben einem bestimmten oder wenigen Mustern lange treu, bisweilen seit der Kindheit. Denn eine Veränderung des Musters wird zunächst nicht automatisch mit Erregung assoziiert. Dieser Prozess erfordert eine neue Konditionierung und somit Übung (Perelman, 2001).

Desjardins kategorisierte die Erregungsmodi entsprechend der Art der Stimulation (Druck, Reibung oder Vibration) und dem spezifischen Aktivitätsmuster der Muskulatur (Anspannung mit Versteifung des Körpers oder Bewegung) (Desjardins et al., 2010). Klinisch zeigt sich, dass insbesondere das Ausmaß der Muskelspannung und Bewegung für das Erleben der Sexualität ausschlaggebend ist. Ein Anstieg der Muskelspannung ist sowohl Voraussetzung für als auch Folge von sexueller Erregung (Giuliano et al., 2002; Masters & Johnson, 1966). Offenbar ist dies aber nicht bei allen Individuen gleich ausgeprägt. Während die einen die Spannung rhythmisch steigern und über Bewegungen des Beckens und Rumpfes modulieren, benötigen andere eine kontinuierliche Anspannung, die sich vom Beckenbereich auf den Oberkörper und die Extremitäten ausdehnt.

Im Sexocorporel unterscheiden wir den *wellenförmigen* und den *ondulierenden* Erregungsmodus als diejenigen, die mit Bewegung einher gehen, während der *archaische* und der *mechanische* die Spannungsmodi sind. In der Realität gibt es Überlappungen und Zwischenformen, aber für unsere didaktischen und therapeutischen Überlegungen soll diese vereinfachte 4-Teilung genügen.

## Einfluss der Erregungsmodi auf die sexuelle Erregung

### Bewegungsmodi und sexuelle Erregung

Die Bewegungsmodi unterscheiden wir an der Art der Bewegung. Beim wellenförmigen Modus (WM) werden Becken und Oberkörper analog der Kopulationsbewegung höherer Säugetiere atemsynchron in der zentralen Körperachse bewegt („doppelte Schaukel“), so wie dies beim Lachen oder Husten geschieht. Dabei kommt es zu einer Krümmung der Wirbelsäule nach hinten beim Ausatmen (das Becken wird retrovertiert, das Geschlecht bewegt sich nach vorn, der Brustkorb sinkt ein) und nach vorn beim Einatmen (Anteversion des Beckens, das Geschlecht geht nach hinten, der Brustkorb füllt sich). Beim ondulierenden Modus (OM) „onduliert“, also bewegt sich der Körper variabel um die zentrale Körperachse. Die Bewegungen gehen beim WM vom Becken aus, mit dem Ziel, sich mit dem Genitale die Stimulation beim Gegenüber abzuholen. Beim OM sucht der ganze Körper über fließende Bewegungen Kontakt und lustvolle Berührung mit dem Gegenüber. Beiden Modi gemeinsam sind ein großer Atemraum und die Möglichkeit, die muskuläre Intensität zu variieren. Beim OM ist die Muskelspannung meist niedriger und weniger konzentriert auf den Beckenbereich, weshalb die Erregung auf diese Weise meist nicht bis zu einer Entladung gesteigert werden kann.

Beim WM ermöglicht die Bewegung vielfältige Kontakte und Stimulation der Genitalien, die bewusst gestaltet und variiert werden können, sowohl beim Koitus als auch bei anderen sexuellen Interaktionen. Dabei mobilisiert die kraftvolle Bewegung der Beckenschaukel Psoas- und Beckenbodenmuskeln, fördert die Durchblutung im Genitalraum und erleichtert dadurch die Erregungssteigerung bis zum Orgasmus. Der Frau vereinfacht dieses Bewegungsmuster den Zugang zur Wahrnehmung ihres vaginalen Innenraums und zur Erregungssteigerung durch vaginale Penetration (Bischof-Campbell, submitted; Clifford, 1978; de Bruijn, 1982; Leff & Israel, 1983). Der Mann kann mit diesem Modus die Intensität seiner Erektion modulieren und den Ablauf seiner Erregung bis zum Orgasmus aktiv gestalten.

### Spannungsmodi und sexuelle Erregung

Sowohl beim Druck- oder archaischen (AM) als auch beim mechanischen (MM) Erregungsmodus versteift sich der Körper mit zunehmender Erregung. Beim AM wird diese Anspannung direkt zur Erregungssteigerung genutzt, indem die sensorischen Tiefenrezeptoren im Beckenboden

und Genitalraum stimuliert werden. Dies kann bei der Selbststimulation geschehen, z.B. durch rhythmisches oder andauerndes Zusammenpressen der Vulva mit den Oberschenkeln oder durch Einklemmen des Penis zwischen den Oberschenkeln. Die Beine können dabei parallel oder überkreuz gehalten werden, die Spannung geht oft bis in die Füße. Oder es wird auf vielfältige andere Weisen Druck auf die Genitalregion ausgeübt, durch Pressen des Genitales in Bauchlage gegen den Boden oder Gegenstände wie Kissen, Möbel oder die Faust, durch direkte manuelle Stimulation mit starkem Druck, manchmal auch durch Drücken anderer Körperstellen wie der Leisten oder des Unterbauches oder durch isolierte Beckenbodenanspannung. Oft erfolgt aufgrund der Intensität der Stimulation die Erregungssteigerung rasch, und die Entladung führt zu einer angenehmen muskulären Entspannung.

Da dieser Erregungsmodus, wie eingangs beschrieben, auch schon von Säuglingen angewandt wird, nannte Desjardins ihn den archaischen Modus. Kommt der Modus auch in der Paarsexualität zur Anwendung, so wird meist eine sehr intensive Stimulation benötigt, um den gleichen Druck zu erzeugen. Durch heftige Stoßbewegungen kann die Frau den Druckkontakt mit Körperteilen des Gegenübers suchen, oder sie erlebt Druckstimulation der Beckenbodenmuskeln durch kräftige Penetration. Der Mann profitiert bei der Penetration von schrägen Eindringwinkeln, die den Penis abbiegen oder Druck auf die Basis ausüben, oder er unterstützt seine Erektion durch manuelles Zusammenpressen der Peniswurzel, durch einen Cockring oder andere Techniken.

Auch beim mechanischen Modus (MM) kommt Muskelspannung zur Anwendung, im Vordergrund steht hier aber die direkte Oberflächenstimulation von Vulva oder Penis durch Reibung – „mechanisch“ genannt, da die Reibung oft schnell, gleichförmig und wenig bewusst erfolgt, bei der Selbststimulation durch die eigene Hand, während der Körper kaum bewegt wird. Beim Koitus bewegt der Mann Becken, Oberkörper und Oberschenkel en bloc vor- und zurück, oft eher rasch, um die gleiche Art der Reibung in der Partnerin oder im Partner zu finden. Die Frau bleibt eher unbewegt. Wenn sie an mechanische Stimulation rund um die Klitoris gewöhnt ist, was beim MM die Regel ist, sucht sie diese Stimulation auch während vaginaler Penetration, z.B. indem sie sich selbst klitoral reibt, oder sie erfährt manuelle oder orale Erregungssteigerung und Entladung im Vor- oder Nachspiel. Auch bei der Stimulation mittels Vibratoren liegt in der Regel eine hohe Körperspannung bei wenig Bewegung vor.

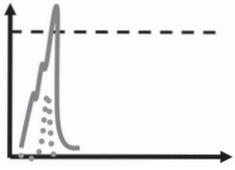
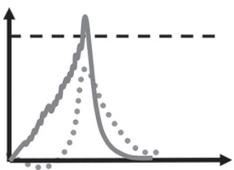
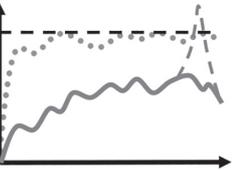
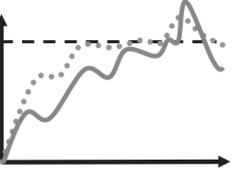
Spannungsmodi werden häufig angewandt. In nicht-klinischen Stichproben verwendeten in Italien 21 Prozent der Männer und 30 Prozent der Frauen (n = 345) den archaischen Erregungsmodus (Santarelli, 1987). Von 1.417 Schweizer Frauen benutzten ihn 47 Prozent zur Selbstbe-

friedigung und 19 Prozent beim Partnersex. Über 50 Prozent der Männer und 30 bis 40 Prozent der Frauen verwendeten dagegen überwiegend oberflächliches Reiben des Penis, der Vulva oder Klitoris im mechanischen Modus (Bischof-Campbell, 2012). Eine Übersicht der Modi findet sich bei Tab. 1.

In der Sprechstunde begegnen uns die Spannungsmodi gehäuft, da sie öfter zu Schwierigkeiten beim Partnersex führen. Die hohe Spannung im Beckenboden kann bei Frauen die vaginale Lubrikation einschränken und die Scheide einengen, was Erregungsprobleme, Schmerzen und Anorgasmie verursachen kann, sekundär auch Lustlosigkeit. Für Männer in diesem Modus ist der Druck, den Vagina oder Mund auf den Penis ausüben, oft zu wenig intensiv. So ziehen sie Analverkehr vor oder benötigen bei der Penetration manuellen Druck auf die Basis des Penis. Erektionsverlust beim Penetrieren ist in diesem Fall schon im jungen Alter möglich.

Zur Kompensation der ungenügenden Stimulation beim Partnersex wird die Intensität unter Umständen auf der Fantasieebene, in Rollenspielen oder in spezialisierten Szenarien gesucht. Das kann gut funktionieren, jedoch entstehen Probleme, wenn ein Partner mit den Inszenierungen nicht einverstanden ist. Bei Menschen mit sehr eingeschränkten Sexualpräferenzen (z.B. Fetisch) finden wir sehr oft einen archaischen Modus. Der mechanische Erregungsmodus funktioniert bei Männern oft lange sehr gut, quasi als Automatismus. Hat der Mann aber wenig investiert in das bewusste Wahrnehmen seines Penis, so können ab dem Zeitpunkt, wo der androgesteuerte Automatismus nachlässt, Erektionsprobleme auftreten.

Tab. 1: Stark vereinfachtes Schema der Erregungsmodi

	<b>Archaisch</b>	<b>Mechanisch</b>	<b>Ondulierend</b>	<b>Wellenförmig</b>
<b>Sexuelle Erregung durch Stimulation von</b>	Tiefenrezeptoren vorwiegend im Beckenbereich	genitale Oberflächenrezeptoren	Tiefen- und Oberflächenrezeptoren im ganzen Körper	Tiefen- und Oberflächenrezeptoren im ganzen Körper
<b>durch</b>	Druck und/oder sehr hohe Muskelspannung	gezieltes Reiben und hohe Muskelspannung	variable genitale Stimulation und Bewegung im ganzen Körper	variable genitale Stimulation und Bewegung im ganzen Körper
<b>Bewegungen</b>	Immobil oder minimal, rhythmisches Pressen / Verstärken von Muskelspannung	Hand bewegt, Körper immobil ("mechanischer" Automatismus)	groß, fließend, variabel, um Körperachse ondulierend	groß, fließend, variabel, in der Körperachse (Doppelte Schaukel)
<b>Rhythmus</b>	variabel	rasch	variabel	variabel
<b>Muskeltonus</b>	sehr hoch	hoch	variabel tief – mittel	variabel tief – hoch
<b>Atmung</b>	flache Brustatmung oft angehalten	flache Brustatmung, teils am Schluss angehalten	tiefe Bauchatmung	tiefe Bauchatmung
<b>Körperlicher Raum</b>	sehr eng	eng	weit	weit
<b>Wahrnehmungsfokus</b>	begrenzt, lokal im Genitalraum	begrenzt, lokal an Klitoris, Penis	global, auf vielen Ebenen	global, auf vielen Ebenen
<b>Genuss der Erregungssteigerung</b>	beschränkt, Ziel ist rasche Entladung und nachfolgende Entspannung	beschränkt, Ziel ist Entladung und nachfolgende Entspannung	sinnlich-lustvolles Genießen dank Diffusion der Erregung	lustvolles Genießen in hoher Intensität dank Diffusion der Erregung
<b>Entladung</b>	orgastisch, „kanalisieren“ durch lokales Pressen	orgastisch, „kanalisieren“ durch lokale Spannung	Orgasmus z.T. fehlend weil zu wenig Tonus im Becken	Orgasmus durch „kanalisieren“ in doppelter Schaukel
<b>Beispiele von Erregungskurven</b> (durchgehend = körperliche Erregung, gepunktet = Lustempfinden, Abszisse = Zeitachse, Ordinate = Intensität der Erregung, gestrichelt: Orgamusschwelle)				
Der archaisch-mechanische und der vibrationsinduzierte Erregungsmodus verhalten sich in ihren Eigenschaften analog dem archaischen Erregungsmodus mit zusätzlicher Oberflächenstimulation respektive Stimulation der Vibrationsrezeptoren.				

## Wahrnehmung der sexuellen Erregung als erlernte Fähigkeit

Sexuelle Erregung wird nicht in allen Situationen und nicht von allen Menschen gleich lustvoll erlebt. Bei Frauen fällt auf, dass die subjektiv empfundene Erregung mit der im Labor gemessenen vaginalen Vasokongestion oft nur relativ schwach übereinstimmt (Meston & Gorzalka, 1995), und auch von einigen Männern wird das Steigern der Erregung als wenig lustvoll oder anstrengend beschrieben (Apfelbaum, 1989). Anorgastische Frauen, die keine Gewohnheit der Selbstbefriedigung haben, erleben Berührungen am Geschlecht oft nicht stimulierend: „Habe ich überhaupt eine Klitoris? Ich spüre da nichts.“ Vermutlich führt – neurologisch betrachtet – erst wiederholte Stimulation der genitalen Sinnesrezeptoren zu entsprechenden Synapsen auf der Körperlandkarte und in den Lustzentren des Hirns. Viele sexuelle Stimuli sind nicht intrinsisch sexuell kompetent, sondern werden dies erst durch damit assoziierte positive Erfahrungen, setzen also entsprechende Lernprozesse voraus (Both et al., 2011). Viele Frauen wachsen jedoch auf ohne Gelegenheit, Erlaubnis oder gar Ermunterung dazu, mit ihren Genitalien zu spielen, um solche Lernschritte zu machen.

Dies ist ein Grund, weshalb Orgasmusprobleme, vor allem beim Partnersex, zu den häufigsten sexualtherapeutischen Anliegen von Frauen gehören. Bei Männern sind sie selten, denn diese haben in der Regel von klein auf häufiger taktilen und visuellen Kontakt mit ihrem Penis und profitieren zudem ab der Pubertät von hormonell ausgelösten Erektionen. Jedoch nutzen auch sie bei der Selbststimulation meist nicht das volle sensorische Potenzial ihres Genitals und können in der Paarsexualität mit der Erregung ebenfalls an Grenzen stoßen.

## Auswirkung der Muskelspannung auf das Erleben

Andauernde hohe Muskelspannung, wie sie bei den Spannungsmodi eingesetzt wird, beeinträchtigt die Durchblutung des Genitalraumes und des Beckenbodens. Der dadurch verursachte Sauerstoffmangel in der Muskulatur kann auf die Dauer unangenehm werden (Humphreys & Lind, 1963) und das Bedürfnis wecken, die Situation rasch zu beenden. Die Stimulation im Spannungsmodus ist daher meist zielorientiert. Für viele Menschen geht es dann – besonders bei der Selbstbefriedigung – nicht um Verweilen und Genießen, sondern darum, eine Entladung herbei zu führen. Die durch die Spannung bedingte Einschränkung der genitalen Vasokongestion kann eine erhöhte Störan-

fälligkeit der Erregung bewirken: bei einem kleinen Stimulationsfehler kann es schon zum Abfluss des Blutes und damit zum Erregungsabfall kommen. Bei den Männern steigt das Risiko einer Erektionsstörung, Frauen tendieren zur Anorgasmie, beide müssen einen größeren Aufwand an Konzentration auf die Erregungssteigerung betreiben. Die Reise zur orgasmischen Entladung wird dann manchmal als „Arbeit“ bezeichnet.

Bleibt die Muskulatur hingegen in Bewegung, wird der ganze Beckenraum stärker durchblutet, und die Erregung setzt sich auch bei Stimulationsunterbrüchen fort.

Auch das emotionale Erleben wird durch die Muskulatur beeinflusst. In der Forschung werden derzeit zugrunde liegende Mechanismen noch kontrovers diskutiert. Es gibt Anzeichen, dass hohe Muskelspannung die zentrale Verarbeitung nozizeptiver und vielleicht auch lustvoller Sinnesreize einschränken kann (Knost et al., 1999; Pluess et al., 2009). Das mag dazu beitragen, weshalb eine Person im Spannungsmodus genitale Berührungsreize bisweilen nur eingeschränkt wahrnehmen und zärtliche Berührungen sogar unangenehm erleben kann. Gestützt auf zahlreiche Therapieverläufe wissen wir, dass die gleiche Person, wenn sie beginnt, sich bei sexueller Erregung fließend zu bewegen, Berührungen differenzierter und lustvoller wahrnehmen und einen inniglichen Kontakt mit dem Gegenüber herstellen kann. So kann ein neurologisches Phänomen eine einfache Erklärung sein für ein „Intimitätsproblem“.

Eine generalisiert gesteigerte Muskelanspannung schränkt zudem die Atmung ein und führt zu einem Sauerstoffmangel im Körper. Dies aktiviert den sympathischen Strang des vegetativen Nervensystems, und zwar möglicherweise stärker, als für die sexuelle Erregung förderlich wäre (Ulrich-Lai et al., 2010, Lorenz et al., 2012). Der Sympathikus-bedingte Kampf-Flucht Zustand begünstigt nicht die prosoziale Interaktion und lässt sich daher auch schwer mit Intimitäts- und Verschmelzungserleben verbinden (Porges, 2015).

Der sympathisch ausgelöste Stress wirkt sich negativ aus auf das lustvolle sexuelle Erleben (Ter Kuile et al., 2007). Umgekehrt aktiviert die Bewegung der Beckenschaukel parasympathische Rezeptoren (Cottingham et al., 1988). Das gleiche gilt für die tiefe Bauchatmung der Bewegungsmodi. Tatsächlich ist die Aktivität des Vagusnervs bei Frauen mit intakter Sexualfunktion höher als bei solchen mit sexuellen Störungen (Stanton, 2017). So lässt sich postulieren, dass das klinisch im Vergleich zu den Spannungsmodi offensichtlich gesteigerte Lusterleben im wellenförmigen Erregungsmodus unter anderem durch dessen Einfluss auf das vegetative Nervensystem verursacht wird.

## Sexocorporel in der Sexualtherapie weiblicher Sexualstörungen

### Fallbeispiel 1

Frau M., 43j, seit 15 Jahren glücklich verheiratet, zwei Kinder (10 und 9), konsultiert, weil sie keine Lust auf Sex hat. Das Leben sei auch so schon anstrengend genug, die Kinder mit ihrem 75%-Job, einem aktiven Freundeskreis und diversen Hobbys zu koordinieren. Was sie jetzt in die Therapie bringe, sei ihre kürzlich gemachte Entdeckung, dass ihr Mann sich regelmäßig zu Pornos selbst befriedige, was sie kränkt und Verlustängste auslöst. Der Sex findet aktuell etwa einmal im Monat statt, meist auf ihre Initiative hin. Ihr Mann habe seine Vorstöße mehrheitlich aufgegeben. Als Grund für ihr monatliches Initiieren des Sex gibt sie emotionale Bedürfnisse an – hinterher fühle sie sich jeweils gut und finde die Beziehung und sich als Frau bestätigt. Sie fragt sich dann, weshalb sie es eigentlich nicht öfter tun, dennoch sinkt der Sex auf der Prioritätenliste gleich wieder ganz nach unten.

Das im Sexocorporel angewandte Modell sexuellen Begehrens geht, ähnlich wie das Dual-Control Model (Janssen & Bancroft, 2007) und das Anreiz motivierte („incentive motivated“) Modell (Toates, 2009), davon aus, dass sexuelles Begehren nicht aufgrund eines Mangelzustandes entsteht, sondern durch die Summe anziehender und hemmender Faktoren. Auf der einen Seite steht die Anziehungskraft der mit dem Sex verbundenen potentiellen Belohnungen. Je mehr Belohnung eine Handlung nach sich zieht, desto größer ist demnach das Verlangen danach, sie zu wiederholen.

Das sexuelle Erleben kann Belohnungen auf neurophysiologischer Ebene freisetzen – einerseits durch den Orgasmus als starken Auslöser, aber auch durch seine mögliche Angst- und Depressionsmindernde Wirkung (Janssen & Bancroft, 2007). Das Erleben generiert Erinnerungen und Fantasien, die später das sexuelle Begehren auslösen können. Desgleichen können unangenehme Erfahrungen im Zusammenhang mit sexueller Aktivität, wie z.B. Erregungs- und Orgasmusprobleme oder Schmerzen, aber auch negative Glaubenssätze über die Sexualität das sexuelle Begehren beeinträchtigen (Meston, 2000). Hemmend wirken sich auch Versagensangst oder Schuldgefühle aus (Toates, 2009). Für uns ist daher bei Personen, die über Unlust klagen, die Frage zentral, wie sie die Sexualität allein und im Paar erleben.

### Fallbeispiel 1 – Fortsetzung

Frau M. macht etwa alle 2 Wochen Selbstbefriedigung, meist wenn sie allein zuhause ist und sich entspannen möchte. Dabei stimuliert sie sich auf dem Rücken liegend klitoral mit rascher Reibung, die Beine aufgestellt

und fest abgespreizt. Vor der Entladung hebt sie das Becken von der Unterlage ab. Sie hat die Fähigkeit, durch Fantasien ihre Erregung zu unterstützen – sie stellt sich dabei vor, im Büro Arbeitskollegen zu verführen, die sie dann oral befriedigen. Sie findet Selbstbefriedigung OK für sich, hat aber auch ein schlechtes Gewissen, weil sie sie unkomplizierter findet und dem Sex mit ihrem Mann vorzieht – obwohl es mit ihm doch schöner sei. Mit ihrem Mann läuft der Sex üblicherweise so ab, dass nach einer kurzen Phase des gegenseitigen Vorspiels Herr M. seine Frau oral bis zu einer orgasmischen Entladung stimuliert, anschließend vaginal in sie eindringt und so zur Ejakulation kommt. Frau M. genießt ihren Orgasmus, erlebt aber die Reise dorthin unterschiedlich lustvoll. Wenn sie genügend „abschalten“ kann, findet sie die Berührungen ihres Mannes erregend. Öfter aber lenken sie Alltagsgedanken ab. Oder er trifft nicht den richtigen Punkt, was sie auch ärgerlich macht. Dann dauert es lang, bis die Erregung ansteigt. Sie sorgt sich, ob es für ihn nicht „zu lang“ geht, und bemüht sich, den Prozess über ihre sexuellen Fantasien zu beschleunigen, wobei sie darauf achten muss, sich zu konzentrieren und sich nicht von Umgebungsgläuschen ablenken zu lassen. Zugleich steigt die Anspannung in ihrem Körper stark, bis sich das Becken von der Unterlage abhebt und die Atmung nahezu stillsteht.

Die orgasmische Entladung kommt dann mit der nachfolgenden Entspannung als Erlösung. Gelegentlich kann sie sie nicht erreichen und täuscht auch mal einen Orgasmus vor. Die anschließende Penetration findet Frau M. schön, weil sie sich ihrem Mann dabei nahe fühlt. Sie bewegt sich dabei und streichelt ihn, vorwiegend ihm zu liebe, denn ihre Erregung flaut weiter ab. Es kann sein, daß sich, wenn er länger braucht, Langeweile oder Ungeduld bei ihr einstellen.

Welche Erinnerungen wird Frau M. von dieser sexuellen Interaktion haben? Auf der Belohnungsseite stehen der Orgasmus, ein Gefühl, eine gute Liebhaberin für ihren Mann zu sein, ihm einen Gefallen getan zu haben und die Beziehung bestätigt zu haben. Dem gegenüber stehen die Sorgen und Inkompetenzgefühle oder auch der Ärger bei der Erregungssteigerung, der Leistungsdruck, die fehlende Erregung beim Geschlechtsverkehr und die Langeweile. Die Muskelspannung, die sie bei der Erregungssteigerung aufbaut, ist im Grunde auch anstrengend, ebenso wie die Konzentration, die ihr die ganze Sache abverlangt. So ist die Schlussfolgerung naheliegend, nach einem anstrengenden Arbeitstag nicht auch noch Sex haben zu wollen.

Für die Erregungssteigerung benützt Frau M. einen mechanischen Erregungsmodus. Sowohl in der Selbstbefriedigung als auch bei der Paarsexualität steht für sie die Reibung einer umschriebenen Stelle der Klitoris

im Zentrum. Ebenso wichtig ist die Anspannung der Muskulatur bis zum Abheben des Beckens von der Unterlage. Zusammen mit der nahezu angehaltenen Atmung können wir hier einen neurologischen Zustand übermäßiger sympathischer Aktivierung vermuten. In solchen Zuständen ist das Hirn wachsam darauf ausgerichtet, die Situation zu bewerten hinsichtlich Gefahren und Lösungen – es ist also nicht verwunderlich, dass sie sich eher (selbst-)kritischen und Leistungsgedanken hingibt, sich gestresst oder verärgert fühlt und anfällig ist für Umgebungsgeräusche, statt in das Erleben der Erregung und der Interaktion mit dem Partner einzutauchen und sich lustvollen Sinnesreizen hinzugeben. Entsprechend fällt die abschließende Kosten-Nutzen-Analyse auf Ebene der zerebralen Belohnungs- und Appetenzzentren negativ aus: der Ertrag lohnt den Aufwand nicht.

Im Evaluationsgespräch ist auch deutlich geworden, dass vaginale Stimulation bei ihr nicht zur Erregungssteigerung beiträgt.

## Die Rolle der Vagina für die weibliche sexuelle Erregung

Die Frage der vaginalen Erregbarkeit wird wissenschaftlich und politisch noch heute kontrovers diskutiert. Rund 38% der Frauen haben beim vaginalen Geschlechtsverkehr selten oder nie einen Orgasmus, und ohne gleichzeitige klitonale Stimulation ist die Frequenz noch niedriger (Dunn et al., 2005; Fugl-Meyer et al., 2006; Kontula & Miettinen, 2016). Eine Reihe von Ursachen, so z.B. genetische oder anatomische, sind dafür postuliert worden, die nicht alle beeinflussbar sind. Für viele Frauen stellt dies kein Problem dar. Sie haben andere Möglichkeiten gefunden, um sich zu erregen. In der Therapie begegnen uns dagegen Frauen, bei denen die fehlende vaginale Erregbarkeit dazu führt, dass der Appetit auf den Sex vergeht, oder solche, die die Penetration erregend erleben möchten.

Daher ist die Frage interessant, ob die vaginale Erregbarkeit therapeutisch ausgebaut werden kann. Heute wissen wir, dass die Vagina intraepithelial nicht die gleiche Dichte an Nervenrezeptoren besitzt wie die hochsensible Klitoris, und somit für Reibung auch nicht gleich empfindlich ist (Meston et al., 2005). Das dürfte nebst dem schwierigeren anatomischen Zugang und den subtilen kulturellen Verboten ein Grund dafür sein, dass Frauen in ihrer Lerngeschichte die Klitoris viel eher entdecken und erotisch besetzen als die Vagina.

Nichtsdestotrotz verfügt auch die Vagina über Rezeptoren, die vor allem auf Dehnung und Druck reagieren. Die Verlagerung und Dehnung der Vagina bei der Penetration stimuliert zudem Propriozeptoren der umliegenden Muskulatur sowie viszerale Druckrezeptoren des Peritoneums und

angrenzenden Bindegewebes, vielleicht auch der Urethra (Salonia et al., 2010). Es besteht somit auch im vaginalen Innenraum ein reiches sensorisches Potential. Wie bereits diskutiert, kann diese Sensibilität jedoch erst genutzt werden, wenn sie durch Wiederholung und Übung wahrgenommen und als erotischer Reiz konditioniert wurde. Da die Vagina bei der Selbstbefriedigung häufig nicht einbezogen und „geübt“ wurde, erleben Frauen dann vaginale Stimulation nicht als erregend oder beschreiben die Vagina gar als „taub“.

Tatsächlich gelangen Frauen, die sich bei der Selbstbefriedigung klitonal stimulieren, beim vaginalen Geschlechtsverkehr seltener zum Orgasmus (Kontula & Miettinen, 2016). Dies deckt sich mit unserer klinischen Erfahrung, dass Frauen mit einem präzisen klitonalen Stimulationsmuster, wie bei den Spannungsmodi üblich, sich durch die vaginale Penetration eher abgelenkt fühlen und die Erregung eher verlieren. Muskelspannung und Beckenbewegungen scheinen auch selbst einen Einfluss auf die koitale Orgasmusfähigkeit zu haben (Clifford, 1978; de Bruijn, 1982; Leff & Israel, 1983). So vermindert erhöhte Muskelspannung möglicherweise die Wahrnehmung feinerer Sinnesreize in der Vagina, was zu Erregungsproblemen und koitaler Anorgasmie beiträgt (Brotto et al., 2016; Laan & Everaerd, 1995). Eine Untersuchung konnte zeigen, dass Frauen beim Geschlechtsverkehr durch Beckenbewegung auch ohne zusätzliche klitonale Stimulation leichter einen Orgasmus erreichen, als wenn sie den Körper still halten (Bischof-Campbell et al., submitted). Die Bewegung scheint die Stimulation der Vaginalwände, der internen klitonalen Strukturen und des Beckenbodens zu unterstützen, so dass die Frauen weniger auf externe klitonale Stimulation angewiesen sind (Bischof, 2012; Buisson & Jannini, 2013; Desjardins et al., 2010).

In der Klinik berichten „vaginal geübte“ Frauen zudem, dass sich durch die Beckenschaukelbewegung bei Erregung die Sinnesempfindung eines vaginalen Hohlraumes einstellt, was auch das Bedürfnis danach weckt, sich mit etwas zu füllen, also ein sensorisches Verlangen nach Penetration. Dagegen hemmt hohe andauernde Beckenbodenanspannung die vaginale Durchblutung, den durch die Vasokongestion bedingten vaginalen Zelteffekt sowie die vaginale Lubrikation.

Manche Frauen beschreiben entsprechend, dass sie auch bei starker Erregung kaum feucht werden und dass das Bedürfnis nach Penetration ausbleibt. Die Vagina wird dann weniger als Hohlraum denn als solider Körper erlebt, was keine Bilder von lustvoller Rezeptivität wachruft. Selbststimulation durch ruckartiges Pressen im archaischen Modus in Bauchlage kann sogar eher Fantasien aufsteigen lassen, selbst einen Penis zu besitzen und einzudringen – Fantasien, die für die Frau oft verstörend sind, für uns jedoch eine klare körperlich bedingte Logik besitzen. Die Einengung der Vagina und die Reduktion der vaginalen

Lubrikation durch die Beckenbodenanspannung können schließlich über die verstärkte Reibung auch zu Dyspareunie, zu wiederkehrenden vaginalen oder Blaseninfekten und manchmal auch zu sekundärem Vaginismus führen.

## Therapeutische Schritte

Bevor therapeutische Schritte eingeleitet werden, erfolgt im Sexocorporel stets ein umfassendes, eine bis drei Stunden dauerndes Evaluationsgespräch. Dabei werden alle für das Anliegen der Klientin relevanten physiologischen, kognitiven, emotionalen und Beziehungskomponenten erhoben (Tab. 2). Die so ermittelten Stärken und Grenzen innerhalb ihrer sexuellen Lerngeschichte lassen uns und sie verstehen, wodurch ihre Schwierigkeiten bedingt sind und welche Ressourcen wir in der therapeutischen Arbeit nutzen können.

### Fallbeispiel 1 – Fortsetzung

Frau M. wird im Evaluationsgespräch deutlich, dass ihre Lustlosigkeit damit zusammen hängt, wie sie den Sex erlebt: trotz befriedigendem Orgasmus und Momenten der Nähe gesamthaft eher als stressig. Sie hat viele Kompetenzen, die ihr eine Erregungssteigerung ermöglichen, allem voran eine sensorische Investition in ihre Klitoris. Auch die Fähigkeit, erotisch zu fantasieren und sich dabei als erotisch begehrenswerte Frau zu visualisieren, ist hilfreich. Den Stress beim Sex kreiert sie selbst – durch die Muskelspannung ihres mechanischen Erregungsmodus und dadurch, dass das Stimulationsmuster Präzision verlangt und störungsanfällig ist. Für ihr Selbstbild als gute Liebhaberin erwartet sie von sich, den Orgasmus zu erreichen, und setzt sich damit unter Druck. Andererseits kann sie, wenn dies nicht gelingt, den Druck durch ein Vorspielen des Orgasmus reduzieren. Dieses Vortäuschen wird ihr weniger peinlich,

Tab. 2: Kurze Übersicht über die Komponenten der Sexualität im Sexocorporel

Diese Komponenten umfassen die Grundvoraussetzungen für eine funktionierende Sexualität. Aus didaktischen oder therapeutischen Gründen können sie einzeln betrachtet werden. In der Realität sind sie jedoch überlappend und in enger Wechselwirkung miteinander. Ist eine Komponente geschwächt, beeinflusst sie stets die anderen.

#### Physiologische Komponenten: Erregungsfunktion

Intakte Anatomie und Physiologie	Gibt es medizinische Einschränkungen der Sexualfunktion?
Somatosensorische Repräsentanz der Genitalien	Wie weit hat die Person gelernt, ihre Genitalien und ihre sexuelle Erregung wahrzunehmen?
Wahrnehmung	Wie weit ermöglicht der Erregungsmodus ihr, ihre Erregung wahrzunehmen?
Erregungsreflex	Kann sie ihre sexuelle Erregung auslösen / erleben?
Orgastische Entladung	Kann sie ihre Erregung bis zur Entladung steigern?
Erregung und Entladung mit Partner	Erlaubt der Erregungsmodus ihr, eine Entladung in der Partnersexualität zu erleben?
Erregungsquellen	Verfügt sie über genügend Quellen, die ihre Erregung speisen?

#### Kognitive Komponenten

Kenntnisse	Weiß die Person, wie sie sich im Solo- und Partnersex erregen kann?
Wertesysteme	Findet sie Selbstbefriedigung und Sex gut für sich? Erlaubt sie sich, ein sexueller Mensch zu sein, Sex zu genießen? Bewertet sie die Genitalien und ihre Funktion positiv?
Ideologien	Übernimmt sie Verantwortung für ihr eigenes sexuelles Wohlbefinden? Erlaubt sie sich, sich auf ihr eigenes sexuelles Erleben zu konzentrieren, um ihr Lusterleben zu steigern?
Ideale	Sind ihre Ansprüche an die Sexualität und an ihre Leistungen realistisch?
Wissen	Weiß sie, dass guter Sex gelernt werden kann, und dass sie ihre Gefühle für ihren Partner beeinflussen kann?

#### Komponenten des emotionalen Erlebens

Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit	Wie weit kann die Person genügend innerhalb der kulturellen Normen handeln, sich kleiden, bewegen etc., um ihr Gefühl von Männlichkeit oder Weiblichkeit zu unterstützen? Als Mann: Kann er die Penetration genießen und sich dank dieser Fähigkeit männlich fühlen? Als Frau: Kann sie sich mit ihrer Vagina an der Penetration genussvoll erregen und sich dank dieser Fähigkeit weiblich fühlen?
Sexuelle Selbstsicherheit	Wie weit findet die Person sich und ihre Genitalien erotisch attraktiv?

Tab. 2: Kurze Übersicht über die Komponenten der Sexualität im Sexocorporel – Fortsetzung

Sexuelle Selbstsicherheit	Wie weit zeigt sich die Person gern und mit Stolz als Mann / Frau, auch in sexueller Erregung?
Sexuelles Lusterleben	Ermöglichen der Erregungsmodus, die Kognitionen und Beziehungsfähigkeiten der Person, Erregung und Orgasmus lustvoll zu erleben?
Sexuelles Begehren	Genießt die Person Sex genügend um Appetit darauf zu haben? Genießt sie ihr erotisches Gegenüber genügend, um ihn/sie zu begehren?
Sexuelle Anziehungscodes	Wie groß ist das Register an sexueller Orientierung und sexuellen Präferenzen? Was beinhaltet es?
Sexuelle Intensität	Wie weit kann die Person Spannung aufbauen und halten, um ihre Sexualität mit Leidenschaft zu leben?
Sexuelle Fantasien	Kann die Person ihre Realität erotisch erweitern mit sexuellen Bildern / Erinnerungen / Fantasien?
<b>Beziehungskomponenten</b>	
Verführungsfähigkeiten	Verfügt die Person über Strategien, ihr Gegenüber für ihre erotischen Projekte zu gewinnen?
Erotische Fähigkeiten	Weiß sie, wie sie ihr Gegenüber erotisch stimulieren und befriedigen kann?
Erotische Kommunikation	Kann sie sich verbal erotisch ausdrücken, ihre Wünsche formulieren?
Liebesfähigkeiten	Wie weit kann sie Intimität und Distanz sowohl aushalten als auch erotisieren?

als sie begreift, dass es eine entlastende Ressource darstellt. Den Geschlechtsverkehr kann sie nutzen, um ihre Nähebedürfnisse zu befriedigen und zur Selbstbestätigung als gute Liebhaberin, indem sie sich als lustvolle Frau ausgibt und ihrem Partner damit Genuss bereitet. Jedoch nährt sie ihre Bestätigung durch ihr Handeln, nicht ihr Erleben – auch hier kommt also Leistungsdruck ins Spiel. Dagegen macht der Geschlechtsverkehr erotisch für sie selbst wenig Sinn, da er sie nicht erregt. Wie eine erotisch wirklich kompetente Frau fühlt sie sich dabei nicht. Dafür kann sie sich zu wenig auf ihre Erregung verlassen. Dadurch wird verständlich, dass sie sich durch den Pornokonsum ihres Mannes bedroht fühlt – sie findet sich nicht so sexy wie die Frauen in den Filmen. Und obwohl sie froh ist, dass ihr Mann sie nicht mehr zum Sex auffordert, fühlt sie sich doch zugleich auch nicht mehr begehrt von ihm.

Im Verlaufe des Evaluationsgesprächs ist es auch wichtig, den KlientInnen aufzuzeigen, dass sie Möglichkeiten haben, auf ihr sexuelles Erleben, Begehren und ihr Gefühl eigener erotischer Attraktivität Einfluss zu nehmen, statt dem Gegenüber oder unvermeidlichen Alltagsstörfaktoren die Schuld zu geben – ein wichtiger Schritt in der Sexocorporel Therapie, da er die KlientInnen in die Selbstverantwortung nimmt und damit auch Selbstwirksamkeit in Aussicht stellt. Dadurch lässt sich ein Interesse dafür wecken, was sie tun können, um ihr Erleben auszubauen. Dies ist Voraussetzung für die Motivation zur Übungsbehandlung, auf die die Sexocorporel Therapie sich abstützt.

### Fallbeispiel 1 – Fortsetzung

Was sexuelle Erregbarkeit anbelangt, nutzt Frau M. noch nicht das volle sensorische Potential ihres Genitales. Ich schlage daher als erste Übung vor, zuhause die Selbststimulation auf ein breiteres Areal der Vulva auszuweiten, statt einem lieber drei Finger zu gebrauchen, und auch den Scheideneingang und -innenraum einzubeziehen, selbst wenn sich dies zu Anfang nicht erregend anfühlt. Dazwischen kann sie auch ohne Erregung ihr Geschlecht mit den Fingern achtsam erkunden. Was damit gemeint ist, üben wir in der Sprechstunde, indem ich sie einlade, ihre locker geballte Faust abwechslungsreich zu streicheln. Die Faust dient als Symbol fürs weibliche Geschlecht: Die Fläche zwischen Handgelenk und Fausthöhle als „Vulva und Klitoris“, die Fausthöhle selbst als „Vagina“. Ich lasse sie die Sinnesreize beschreiben, die sowohl in der berührenden Hand als auch in der Faust ausgelöst werden (Reibung, Druck, warm), ebenso wie die Empfindungen (angenehm, neutral) und Gedanken dabei (Benennungen: Finger, Knochen; Bewertungen: „Komische Übung!“, „Mach ich's richtig?“). Durch mein Nachfragen möchte ich Frau M., der die Analogie zwischen der Fausthöhle und ihrer Vagina längst aufgefallen ist, neugierig auf ihren Körper machen. Was erlebt wohl die Vagina, wenn ihr Finger sie auf diese Weise besucht?

Bei den meisten Körperübungen begleiten wir die KlientInnen, indem wir, sie spiegelnd, die gleiche Übung durchführen. Das Imitieren erleichtert uns das verbale Anleiten, auch können wir dabei das Erleben der KlientInnen nachfühlen. Unser selbstverständliches Mitmachen normalisiert

das Üben mit dem Körper, und die KlientInnen fühlen sich weniger allein und exponiert. In der Folgesitzung wird dann das sinnliche, emotionale und kognitive Erleben der Übungen zuhause detailliert besprochen. Durch das Verbalisieren werden Wahrnehmungen bewusst gemacht und Lernschritte gefestigt, außerdem ergibt sich daraus logisch der nächste Übungsschritt.

Bei Veränderungen des Stimulationsmusters erleben die KlientInnen die neuen Berührungen oftmals zunächst als nicht erregend. Die sensiblen Stellen zu kennen und ihnen besondere Aufmerksamkeit zu schenken, genügt dafür noch nicht (Chivers et al., 2010). Die Assoziation mit Erregung geschieht erst durch genügend oft wiederholte Stimulation und Verknüpfung mit Berührungen bereits erregender Stellen. Von den Rezeptoren her sind für die Vagina Druck- und Massageberührungen besser geeignet als Reibung. Ein Dildo kann hilfreich sein für die tiefe Stimulation. Vibratoren sind weniger zu empfehlen, da die Vibrationsrezeptoren ohne Anwenden des Gerätes beim Geschlechtsverkehr kaum stimuliert werden. Das langsame Anspannen und – genauso wichtig – Entspannen des Beckenbodens fördert ebenfalls die Innenwahrnehmung im kleinen Becken. Es unterstützt zudem die Durchblutung und somit die sexuelle Erregung.

#### Fallbeispiel 1 – Fortsetzung

Ich bespreche mit Frau M., wie oft sie sich realistisch dieser Selbstexploration der Vulva und der Vagina widmen möchte und kann. Damit die Aktivität nicht enttäuscht wieder abgebrochen wird, soll zunächst Erregung nicht das Ziel sein, sondern absichtsloses Spüren. Für die leistungsmotivierte Klientin stellt dies eine gewisse Herausforderung dar. Nach ein paar Wochen ist die Wahrnehmung deutlicher geworden, so dass Frau M. das Explorieren kombinieren kann mit der gewohnten Selbststimulation unter allmählicher Ausweitung des erregbaren Areals und Bereicherung des Stimulationsrituals. Parallel dazu lernt sie, ihr Becken zu schaukeln und zu kreisen und tief zu atmen dabei. Damit gelingt es ihr immer besser, ihre Vagina und ihre Vulva aktiv Berührungen suchen zu lassen und sich daran zu erregen.

Die Bewegung wirkt sich aus auf die Erregung, aber auch darauf, wie die Begegnung mit dem eigenen Finger, dann auch mit ihrem Mann erlebt wird. Die Bewegung und die daraus resultierende Erregung geben ihr das Gefühl, selbstwirksam und erotisch kompetent zu sein. Sie muss sich nicht mehr, wie früher, hinter der perfekten Liebhaberin verstecken, sondern kann sich in ihrem eigenen erotischen Erleben und Wollen ihrem Mann offenbaren. Dadurch erhält die Sexualität einen ganz anderen Stellenwert in ihrem Leben.

## Vagina und Erotik – Das Erotisieren der Rezeptivität

Das lustvolle Erleben der gemeinsamen Sexualität und – zumindest bei heterosexuellen Paaren – des Geschlechtsverkehrs ist oft ein Therapieziel, denn bei den meisten Sexualstörungen ist es eingeschränkt. Übungen wie die Selbstexploration und die Bewegung des Beckens und Beckenbodens, welche die erotische Besetzung des vaginalen Innenraumes unterstützen, sind darum sehr oft Bestandteil von Sexocorporel-Sexualtherapien bei Frauen. Bei Lust- und Orgasmusstörungen kommen sie ebenso zum Einsatz wie bei phobischem Vaginismus, wo der Innenraum gänzlich unbekannt ist und darum Verletzungsängste und Abwehrspannung wachruft. Aber auch bei Körperbildstörungen, schwachem sexuellem Selbstwertgefühl, sowie nach traumatischen Erlebnissen gehört die (Wieder-)Aneignung der Vagina zur Konstruktion als ganze Frau (Bischof, 2018).

Stehen Schmerzen im Vordergrund, sind auch differenziertere Beckenbodenwahrnehmungs- und Bewegungsübungen angezeigt, evt. mit physiotherapeutischer Unterstützung. Neben der Aneignung der Vagina und dem damit verbundenen Gefühl der erotischen Kompetenz spielt in der Sexualtherapie bei Frauen auch die Bewegung des wellenförmigen Modus eine große Rolle. Die Beckenschaukel lässt eine Frau entscheiden, wo am Körper sie ihr Gegenüber spüren möchte, wie langsam, schnell, heftig oder fein und an welchen Stellen ihres Geschlechts und Körpers sie ihm begegnen möchte.

Sich bewegen können heißt, Verantwortung für ihre eigene Erregung und ihr Lusterleben zu übernehmen und den Partner oder die Partnerin bewusst wahrnehmen und genießen zu können. Die Bewegung massiert ihre Vagina und lässt den Hohlraum spürbar werden, den sie in Erregung bildet. Das weckt ihren Appetit auf einen Besucher und unterstützt somit auch die Lust auf Sex und Penetration. In der Bewegung kann sie sich als erotische, sinnliche, „sexy“ Frau erleben und dadurch den eigenen Genuss steigern. Sie hat mit dieser sexuellen Selbstsicherheit auch eine Ausgangslage dafür, ihr Gegenüber für die Erfüllung ihrer erotischen Wünsche zu gewinnen. Die tiefe Atmung aktiviert den Parasympathikus und hilft ihr, sich selbst die Erlaubnis zur Lust zu geben. Und das Loslassen im Oberkörper ermöglicht einen intensiven Orgasmus.

## Sexocorporel in der Therapie männlicher Sexualstörungen

Für viele Männer spielt die Fähigkeit, (genügend lange) penetrieren zu können, eine zentrale Rolle für ihr Selbstverständnis als Mann. Diese Abhängigkeit von der Erektion – einem reflektorischen Geschehen! – hat viel Leiden zur Folge. Erektionsstörungen und frühzeitiger Samenerguss stellen eine oft tief gehende Verunsicherung der Identität als Mann dar und führen zu allerhand Bemühungen um das Funktionieren dieses Penis, die sich negativ auf die Beziehung auswirken oder zwang- oder dranghafte Züge annehmen können. Daher ist im Sexocorporel auch in der Therapie männlicher Sexualstörungen ein zentraler Pfeiler, wie man aus einem unwillkürlichen, automatisierten Reflex ein bewusst bewohntes, mit Stolz und erotisch besetztes Geschlecht machen kann.

### Fallbeispiel 2: Erektionsstörung, Anejakulation

Herr N: 40j., seit acht Jahren verheiratet in einer „sehr guten Partnerschaft“, konsultiert wegen einer Erektionsstörung. Seit etwa zwei Jahren verliert er beim Geschlechtsverkehr die Erektion, in letzter Zeit oft schon kurz nach dem Penetrieren. Im Weiteren ist es ihm über die Jahre mit seiner Frau wie auch mit vorangehenden Partnerinnen nur in Ausnahmefällen gelungen, beim Geschlechtsverkehr zum Höhepunkt zu kommen. Auch manuelle oder orale Stimulation durch die Partnerinnen bringe nicht den gewünschten Erfolg. In der Paarsexualität hat sich eine Routine mit wenig Vorspiel eingestellt. Zunächst konnte er beim Geschlechtsverkehr seine Erektion genug lange aufrecht halten, um damit der Partnerin einen Höhepunkt zu ermöglichen. Derzeit ist dies nur mit der Unterstützung von Phosphodiesterase(PDE)-5 Hemmern möglich. Anschließend reibt er dann selbst seinen Penis bis zur Ejakulation. Sein Wunsch – und auch der seiner Frau – wäre aber, in ihr ejakulieren zu können. Auch will er nicht auf Dauer auf die Medikamente angewiesen sein. Ihn stört außerdem, dass er zur Erregungssteigerung regelmäßig Fantasien benötigt, deren Inhalte (er stellt sich vor, fremden Frauen, meist Prostituierten, ins Gesicht zu ejakulieren) er nicht mit seiner Partnerin in Verbindung bringen will. Er fühlt sich unfähig, seiner Frau beim Geschlechtsverkehr nahe zu sein, was ihn quält, weil er durchaus Verschmelzungswünsche hegt und sich fragt, ob etwas mit ihm nicht stimme. Urologische Abklärungen ergaben keine Pathologie. Mit dem PDE-5 Hemmer funktionieren die Erektionen besser, jedoch bleibt die Anejakulation, wie zu erwarten, unverändert. Selbstbefriedigung macht er regelmäßig, und seit seiner Jugendzeit immer auf ähnliche Weise. Dabei stimuliert

er sich mit Hilfe von Pornos und Fantasien, zunächst im Sitzen, dann aufgerichtet kniend, indem er sehr kräftig und rasch mit der ganzen Hand den Schaft seines Penis reibt, wobei er den Penis nach unten drückt. Auf den Knien lehnt er sich zurück und erzeugt so eine sehr hohe Spannung im ganzen Körper. Nur auf diese Weise kann er zur Entladung gelangen. Die gleiche Art der Stimulation nutzt er zusammen mit der Partnerin, und die wenigen Male, wo er beim Koitus entladen konnte, hatte er die Partnerin kniend von hinten penetriert und einen Eindringwinkel gewählt, bei dem der Penis ebenfalls nach unten gebogen wurde.

Beim Evaluationsgespräch wird ihm bewusst, dass er für den Unterhalt seiner Erektion eine außerordentlich hohe Körperspannung aufbaut. Diese lässt beim Koitus wenig Raum für zärtliche Interaktion und erzeugt, durch die Fantasien noch verstärkt, eine emotionale Distanz zu seiner Frau. Die heftige Stimulation, wie er sie bei der Masturbation in einem archaisch-mechanischen Modus erlebt, kann er beim Geschlechtsverkehr nicht reproduzieren. Die Ejakulation bleibt aus und neuerdings auch die Erektion.

Das Ejakulieren aus einem hoch tonischen Körper spiegelt sich in den Fantasien, die ebenfalls „hochtonisch“ und heftig sind – wie dies bei Spannungsmodi öfter der Fall ist. Die Kraft und Anspannung des Körpers lassen entsprechende innere Bilder aufsteigen, nicht selten auch mit Gewalt-, Dominations- oder Unterwerfungsinhalten. Macht der Körper dabei keine Penetrationsbewegung – sondern ist starr, ist zudem Penetration auch in der Fantasie nicht oder nur wage vorhanden. So hat er zwar ein Bild von sich als kraft- und lustvoll ejakulierender Mann, nicht aber als ein Mann, der eindringt, eine Frau nehmen, ihr in der Penetration begegnen kann.

In der Literatur finden sich vereinzelte Berichte ähnlicher Situationen. So beschrieb Perelman (2001) bei rund 100 von Anejakulation betroffenen Männern „idiosynkratische Masturbationsmuster“, die dem archaisch-mechanischen Erregungsmodus entsprechen (u.a. Reiben des Penis an der Unterlage, über der Kleidung, mit sehr intensivem Druck und Reibung bis hin zu Hautverletzungen, in hoher Körperspannung und in spezifischen Körperpositionen). Ihm fiel auf, wie präzise die Stimulationsmuster waren und wie resistent sie sich verhielten auch schon kleinsten Veränderungen gegenüber.

In Perelmans Behandlungen kamen nebst Psycho- und Pharmakotherapie veränderte Masturbations- und Partnerstimulationstechniken zum Einsatz, mit denen er von einer 80% Erfolgsrate berichtete. Auch im Sexocorporel verfolgen wir die Strategie, den Erregungsmodus in der Selbststimulation zu verändern, so dass diese mehr dem Koitus ähnelt, allerdings nicht nur durch eine Variation der

Art, wie der Penis berührt wird, sondern auch durch Veränderung der Muskelspannung, Atmung und Bewegung.

#### Fallbeispiel 2 – Fortsetzung

Bei Herrn N. gehen die ersten therapeutischen Schritte, wie oft in der Sexocorporel Behandlung, von seinem im Solosex gut funktionierenden Erregungsmodus aus. Er soll bei der Selbstbefriedigung kleine Veränderungen ausprobieren – bei der Körperhaltung, bei der Art, wie er den Penis berührt, durch ein Spiel mit mehr oder weniger Spannung in verschiedenen Muskelgruppen. Parallel dazu setzt er sich mit dem brachliegenden sensorischen Potenzial seines Penis auseinander, das er durch tägliche achtsame Berührungen außerhalb der sexuellen Erregung erkundet und erweitert.

Eine andauernde Muskelanspannung beeinträchtigt auch die Wahrnehmung und die Durchblutung des Penis. Deshalb ist es für Männer mit Erektionsstörungen zentral, den Körper in Bewegung zu setzen. Die Bewegung der Beckenschaukel ist – da sie auch die Beckenbodenmuskeln mobilisiert – besonders gut geeignet, die Vasokongestion der Schwellkörper zu fördern. Wie bei der Frau wird die Bewegung der Beckenschaukel zunächst vom Ablauf her eingeübt und dann in der Selbstbefriedigung eingesetzt. Am Anfang ist mit einem Rückgang der Erektion zu rechnen, was die Übungsmotivation eindämmen kann. Wie schon erwähnt, führen oft auch schon kleine Abweichungen von einem gut eingeschliffenen Erregungsmodus erst zu einer Abschwächung der Erregung, weshalb eine genaue Evaluation des Modus und sämtlicher Erregungsquellen Voraussetzung für eine individuell an die Ressourcen angepasste Übungsverschreibung ist.

#### Fallbeispiel 2 – Fortsetzung

Dank kleinerer Zwischenschritte, reduzierter Erwartungen und mit einem vorübergehenden Einsatz von PDE-5 Hemmern auch bei der Selbstbefriedigung gelingt unserem Klienten schließlich eine sehr tonische Beckenbewegung mit kleiner Amplitude, die er graduell ausweiten kann. Sie gefällt ihm zunehmend, sie vermittelt ihm tatsächlich das Gefühl, ein kraftvoll penetrierender Mann zu sein. Nur um zur Ejakulation zu gelangen, muss er länger noch auf den alten Modus zurück greifen. Erstmals treten auch spontan Penetrationsfantasien auf. Es folgt eine Phase der bewussten Auseinandersetzung mit dem weiblichen Genitale, das er bislang wenig erotisiert hat. Er beginnt, die Vulva und Vagina seiner Frau im Vorspiel zu erkunden, sie mit den Fingern und der Zunge zu penetrieren, während er zugleich sein Becken schaukelt und dadurch eine Assoziation mit seiner Erektion herstellt. Beim Geschlechtsverkehr lässt er seinen Penis die Vagina

erkunden und neue, erregende Sinnesreize erleben, anstatt auf das Erreichen einer Entladung hin zu arbeiten.

## Die Bedeutung der „oberen Schaukel“

Ein wirklich lustvolles Erleben der Sexualität entsteht, wenn genitale Erregung mit intensiven Emotionen verbunden werden kann. Die Intensität der Emotionen lässt sich steigern durch Beweglichkeit in Brustkorb, Nacken und Gesicht. Ein Ausruf der Begeisterung, bei dem der ganze Körper bewegt wird, ist intensiver als einer mit starrem Kiefer, Oberkörper und Gesichtsausdruck. Im archaischen oder mechanischen Erregungsmodus ist der Oberkörper bei hoher Erregung sehr rigide. Diese Rigidität begrenzt die emotionale Intensität bei der Erregung und die Spasmen der emotionalen Entladung beim Orgasmus. Manche Personen entladen ihre emotionale Spannung dann hinterher in den Spasmen des Lachens oder Schluchzens. Die obere Schaukel des wellenförmigen Erregungsmodus ermöglicht ein kräftiges emotionales Loslassen parallel zur genitalen Entladung. Sie ist oft schwieriger zu erlernen als die Beckenschaukel.

#### Fallbeispiel 2 – Fortsetzung

Herrn N. fällt es schwer, tief zu atmen, da dies nur durch ein Entspannen der Bauchmuskulatur zu bewerkstelligen ist. Auch das Loslassen im Oberkörper stellt eine Herausforderung dar. Dank Anleitungen in mehreren Übungssitzungen mit auf ihn angepassten Entspannungs- und Mobilisierungsübungen kommt allmählich Bewegung in seinen Brustkorb und das Zwerchfell. Das führt aber wieder dazu, dass die Erektionen schwächer werden – er benötigt genügend Kraft im Becken für die Erregungssteigerung trotz gleichzeitiger Entspannung im Oberkörper. Er lernt, im Stehen durch Schaukelbewegungen des Beckens mit seinem Penis in die bewegungslose Hand zu penetrieren und dabei laut und tief auszuatmen. So erlebt er sich auf kraftvolle Weise männlich, und seine Erregung wird durch eine neue Dimension der Leidenschaft intensiviert. Er steuert die Beckenbewegung zunehmend vom Penis aus statt mit dem Kopf. In seiner Wahrnehmung ist der Penis dabei länger geworden. Die Selbstbefriedigung fühlt sich nun an „wie Sex“. Bei der Umsetzung im Geschlechtsverkehr benutzt er zunächst noch das Medikament als „Rettengring“, kann aber bald darauf verzichten. Die ersten Ejakulationen in der Missionarsstellung hat er auf den Knien, in Anlehnung an seinen alten Modus. Er kann sein Repertoire danach zunehmend erweitern. Bei der Nachkontrolle gibt er an, dass erektile Dysfunktion kein Thema mehr sei und die koitale Anejakulation nur noch selten. Er genieße den Sex mit seiner Frau weit mehr als früher und fühle sich ihr auch mehr verbunden.

## Penetration und Erotik: Erotisierung der Intrusivität

Viele Männer funktionieren in der Sexualität, ohne eine erotische oder emotionale Dimension darin entwickelt zu haben. Die Erregungssteigerung im mechanischen Modus wird als Arbeit erlebt, der Wahrnehmungsfokus ist beim Ort des Reibens. Das Ziel ist dann das angenehme Erleben der Entspannung, welche der Ejakulation folgt. Fehlende emotionale Befriedigung wird durch Häufigkeit kompensiert. Probleme ergeben sich dann, wenn der Penis mit der Zeit in der Vagina nicht mehr wahrgenommen wird, weil die Sinnesreize dort feiner sind als bei der Selbstbefriedigung. Erektionsstörungen treten bei dieser Funktionsweise oft im Alter von 40–50 Jahren auf. Im Kampf um das Überleben als (erigierter) Mann geht dann die Suche nach stärkeren Erregungsquellen los, extremeren Szenarien, jüngeren Frauen, kräftigerer Stimulation. Viele Männer, die sich viel oder dranghaft zu Pornos stimulieren, funktionieren ebenfalls so. Der Aufmerksamkeitsfokus liegt dann bei den visuellen Stimuli und der Suche nach noch geilere Filmen. Die Ejakulation wird heraus gezögert, da sie das Ende des Höhenflugs bedeutet und den Mann zurücklässt mit den Gefühlen der Leere, Langeweile oder Beziehungsfrust, denen er damit ausweichen wollte. Über einen Ausbau des sensorischen Potentials ihres Körpers und eine Erweiterung des Erregungsmodus kann es diesen Männern gelingen, mehr Sicherheit in ihrer Erektion zu erlangen und die genitale Erregung mit emotionalem Erleben zu verbinden. Die bewusste Auseinandersetzung mit sich selbst über die Wahrnehmung und Bewegung hilft auch, sich als erotischen und sexuell selbstsicheren Mann zu konstruieren und schafft damit eine andere Ausgangslage für den Umgang mit den Herausforderungen der Beziehung und des Lebens.

Umgekehrt gibt es auch Männer, die sehr wenig in ihr genitales Erleben investiert haben und Sex suchen aus dem Bedürfnis nach Nähe. Dann findet die Penetration im Dienste der Liebe und der Verschmelzung statt und ist nicht erotisiert; die männliche Intrusivität ist oft sogar eher negativ besetzt. Aus Verlustangst kann ein tägliches Bedürfnis nach Sex entstehen, was bei den PartnerInnen oft eher Distanzwünsche auslöst und den Mann dann noch weiter verunsichert. Selbstbefriedigung findet in einem Spannungsmodus statt, als Notlösung bei Partnermangel oder bei zunehmender Verunsicherung. Die Aufmerksamkeit liegt dann bei Pornos oder Fantasien, die Unterwerfungsszenarien beinhalten können, das Tragen von Windeln oder weiblichen Kleidungsstücken, etc. Auch hier sind Erektionsstörungen häufig.

Bei der Behandlung steht das Herstellen einer positiven Beziehung zum Penis, zur Männlichkeit und zur Autonomie im Vordergrund. Bei anderen Männern kann die hohe emotionale Spannung im Zusammenhang mit dem

Geschlechtsverkehr zu früh- oder vorzeitigem Samenerguss führen. Neben der Autonomieförderung stellen dann Atmung und Bewegung auch ein gutes Mittel zur Regulation der emotionalen Spannung dar.

Das Erotisieren der Intrusivität ist in der Sexualtherapie von Männern oft das Ziel, also die Fähigkeit, das Penetrieren eines andern Körpers real und in der Fantasie lustvoll erleben zu können. Im wellenförmigen Modus kann sich der Mann kraft- und lustvoll penetrierend erleben, mit sexueller Aggressivität und sexueller Hingabe, in hoher Intensität. Zugleich ist er fähig, subtil zu steuern und der Partnerin oder des Partners gewahr zu sein bis hin zum Loslassen in einem intensiven Orgasmus. So kann seine Sexualität die Befriedigung vielfältiger Bedürfnisse ermöglichen und ist weniger störanfällig bei Stress oder Gesundheitsproblemen.

## Schlussfolgerungen

Der Sexocorporel stellt eine Therapiemethode dar, die das Entstehen von sexuellen Störungen versteht als Folge der Interaktion der physiologischen, emotionalen, kognitiven und Beziehungskomponenten der Sexualität einer Person. Entsprechend stützt sich die Therapie auf die Ressourcen innerhalb dieser Komponenten ab und regt eine Stärkung der Komponenten an, die schwächer entwickelt sind. Besonders berücksichtigt werden die individuellen Erregungsgewohnheiten, da sie tiefgreifende Auswirkungen auf das sexuelle Erleben haben. Dabei macht sich die Methode zunutze, dass Emotionen und Kognitionen ebenso wie die sexuelle Erregung körperliche Phänomene sind, die durch körperliche Interventionen und Lernprozesse modifiziert werden können. Dadurch können die Sexualfunktion und das Lusterleben, aber auch die Bewertung der Sexualität, das erotische Selbstbild und die Beziehung zum Gegenüber durch individuell angepasste Lernschritte und neue Bewegungsmuster therapeutisch angegangen werden.

## Literatur

- Apfelbaum, B., 1989. Retarded ejaculation: A much-misunderstood syndrome. In: Leiblum, S.R., Rosen, R.C. (Eds.). *Principles and practice of sex therapy: Update for the 1990s*. Guilford Press, New York, 168–206.
- Bischof-Campbell, A., 2012. Zusammenhänge des sexuellen Erlebens von Frauen. Masterarbeit, Universität Zürich.
- Bischof-Campbell, A., Hilpert, P., Burri, A., Bischof, K., submitted. Body movement is associated with orgasm during vaginal intercourse in women.
- Bischof, K., 2012. Sexocorporel in the promotion of sexual pleasure. In: Kontula, O. (Ed.). *Pleasure and Health (Pro-*

- ceedings of the Nordic Association for Clinical Sexology NACS), 59–68). NACS, Helsinki.
- Bischof, K., 2018. Sexocorporel-Sexualtherapie nach sexuellen Gewalterfahrungen. In: Büttner, M. (Hg.). *Sexualität und Trauma*. Schattauer, Stuttgart.
- Both, S., Brauer, M., Laan, E., 2011. Classical Conditioning of Sexual Response in Women: A Replication Study. *The Journal of Sexual Medicine* 8 (11), 3116–3131.
- Brotto, L.A., Chivers, M.L., Millman, R.D., Albert, A., 2016. Mindfulness-Based Sex Therapy Improves Genital-Subjective Arousal Concordance in Women with Sexual Desire/Arousal Difficulties. *Archives of Sexual Behavior* 45(8), 1907–1921.
- Buisson, O., Jannini, E.A., 2013. Pilot Echographic Study of the Differences in Clitoral Involvement following Clitoral or Vaginal Sexual Stimulation. *The Journal of Sexual Medicine* 10 (11), 2734–2740.
- Chatton, D., Desjardins, J.-Y., Desjardins, L., Tremblay, M., 2005. La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle – Cairn.info. *Psychothérapies* 25 (1), 3.
- Chivers, M.L., Seto, M.C., Lalumière, M.L., Laan, E., Grimbos, T., 2010. Agreement of self-reported and genital measures of sexual arousal in men and women: A meta-analysis. *Arch Sex Behav.* 39, 5–56.
- Clifford, R., 1978. Development of masturbation in college women. *Archives of Sexual Behavior* 7 (6), 559–573.
- Cottingham, J.T., Porges, S.W., Richmond, K., 1988. Shifts in pelvic inclination angle and parasympathetic tone produced by Rolting soft tissue manipulation. *Physical Therapy* 68 (9), 1364–1370.
- de Bruijn, G., 1982. From masturbation to orgasm with a partner: how some women bridge the gap – and why others don't. *Journal of Sex & Marital Therapy* 8 (2), 151–167.
- de Carufel, F., Trudel, G., 2006. Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation. *Journal of Sex & Marital Therapy* 32 (2), 97–114.
- Desjardins, J.-Y., Chatton, D., Desjardins, L., Tremblay, M., 2010. Le sexocorporel. La compétence érotique à la portée de tous. In: El Feki, M. (Ed.). *La sexothérapie: Quelle thérapie choisir en sexologie clinique?* (2. ed.), De Boeck, Bruxelles, 63–103.
- Dunn, K.M., Cherkas, L.F., Spector, T.D., 2005. Genetic influences on variation in female orgasmic function: A twin study. *Biology Letters* 1 (3), 260–263.
- Fugl-Meyer, K.S., Oberg, K., Lundberg, P.O., Lewin, B., Fugl-Meyer, A., 2006. On orgasm, sexual techniques, and erotic perceptions in 18- to 74-year-old Swedish women. *The Journal of Sexual Medicine* 3 (1), 56–68.
- Georgiadis, J.R., Kringelbach, M.L., 2012. The human sexual response cycle: Brain imaging evidence linking sex to other pleasures. *Progress in Neurobiology* 98(1), 49–81.
- Giuliano, F., Rampin, O., Allard, J., 2002. Neurophysiology and Pharmacology of Female Genital Sexual Response. *Journal of Sex & Marital Therapy* 28 (sup1), 101–121.
- Hansen, J.K., Balslev, T., 2009. Hand activities in infantile masturbation: A video analysis of 13 cases. *European Journal of Paediatric Neurology* 13 (6), 508–510.
- Humphreys, P.W., Lind, A.R., 1963. The blood flow through active and inactive muscles of the forearm during sustained hand-grip contractions. *The Journal of Physiology* 166 (1), 120–135.
- Janssen, E., Bancroft, J., 2007. The Dual-Control Model: The Role of Sexual Inhibition and Excitation in Sexual Arousal and Behavior. In: Janssen, E. (Ed.), *The Psychophysiology of Sex*. Indiana University Press, Bloomington, 197–222.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E., Gebhard, P.H., 1953. *Sexual Behavior in the Human Female*. W.B. Sanders, Philadelphia.
- Knost, B., Flor, H., Birbaumer, N., Schugens, M.M., 1999. Learned maintenance of pain: muscle tension reduces central nervous system processing of painful stimulation in chronic and subchronic pain patients. *Psychophysiology* 36 (6), 755–764.
- Kontula, O., Miettinen, A., 2016. Determinants of female sexual orgasms. *Socioaffective Neuroscience & Psychology* 6 (1), 316f.
- Laan, E.T.M., Everaerd, W.T.A.M., 1995. Determinants of female sexual arousal: Psychophysiological theory and data. *Annual Review of Sex Research* 6, 32–76.
- Leff, J.J., Israel, M., 1983. The relationship between mode of female masturbation and achievement of orgasm in coitus. *Archives of Sexual Behavior* 12 (3), 227–236.
- Lorenz, T.A., Harte, C.B., Hamilton, L.D., Meston, C.M., 2012. Evidence for a curvilinear relationship between sympathetic nervous system activation and women's physiological sexual arousal. *Psychophysiology* 49 (1), 111–117.
- Masters, W.H., Johnson, V.E., 1966. *The Human Sexual Response*. Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore.
- Meston, C.M., 2000. The psychophysiological assessment of female sexual function. *Journal of Sex Education and Therapy* 25 (1), 6–16.
- Meston, C.M., Gorzalka, B.B., 1995. The effects of sympathetic activation on physiological and subjective sexual arousal in women. *Behaviour Research and Therapy* 33 (6), 651–664.
- Meston, C.M., Goldstein, I., Davis, S., Traish, A., 2005. *Women's sexual function and dysfunction: Study, diagnosis and treatment*. CRC Press, Boca Raton, Florida.
- Perelman, M.A., 2001. Integrating sildenafil and sex therapy: Unconsummated marriage secondary to erectile dysfunction and retarded ejaculation. *Journal of Sex Education and Therapy* 26 (1), 13–21.
- Pfaus, J.G., Quintana, G.R., MacCionnaith, C., Parada, M., 2016. The whole versus the sum of some of the parts: Toward resolving the apparent controversy of clitoral versus vaginal orgasms. *Socioaffective Neuroscience Psychology*, 6, 325–78.
- Pluess, M., Conrad, A., Wilhelm, F.H., 2009. Muscle tension in generalized anxiety disorder: A critical review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders* 23 (1), 1–11.
- Porges, S.W., 2015. Making the world safe for our children: Down-regulating defence and up-regulating social engagement to 'optimise' the human experience. *Children Australia* 40 (2), 114–123.
- Salonia, A., Giraldi, A., Chivers, M.L., Georgiadis, J.R., Levin, R., Maravilla, K.R., McCarthy, M.M., 2010. Physiology of women's sexual function: Basic knowledge and new findings. *The Journal of Sexual Medicine* 7 (8), 2637–60.
- Santarelli F., 1987. *Ricerca sui modi eccitatori*. Unveröff. Studie, Genova.
- Stanton, A.M., Pulverman, C.S., Meston, C.M., 2017. Vagal Activity During Physiological Sexual Arousal in Women with and without Sexual Dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy* 43 (1), 78–89.
- ter Kuile, M.M., Vigeveno, D., Laan, E., 2007. Preliminary evidence that acute and chronic daily psychological stress

- affect sexual arousal in sexually functional women. *Behaviour Research and Therapy* 45 (9), 2078–89.
- Toates, F., 2009. An integrative theoretical framework for understanding sexual motivation, arousal, and behavior. *Journal of Sex Research* 46 (2–3), 168–93.
- Ulrich-Lai, Y.M., Christiansen, A.M., Ostrander, M.M., Jones, A.A., Jones, K.R., Choi, D.C. Krause, E.G, Evanson, N.K., Furay, A.R., Davis, J.F., Solomon, M.B., de Kloet, A.D., Kellie, L., 2010. Pleasurable behaviors reduce stress via brain reward pathways. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 107 (47), 20529–34.
- Wunsch, S., 2017. Le développement des activités autoérotiques. Une analyse transdisciplinaire et transculturelle. *Sexologies* 26 (1), 24–35.
- Yang, M.L., Fullwood, E., Goldstein, J., Mink, J.W., 2005. Masturbation in infancy and early childhood presenting as a movement disorder: 12 cases and a review of the literature. *Pediatrics* 116 (6), 1427–32.

#### Autorin

Dr. med. Karoline Bischof, Klinische Sexologin, Institut Sexocorporel International (ISI), Fachärztin Frauenheilkunde, Zürcher Institut für klinische Sexologie und Sexualtherapie (ZISS), Minervastrasse 99, 8032 Zürich, [www.ziss.ch](http://www.ziss.ch), e-mail: [karoline.bischof@ziss.ch](mailto:karoline.bischof@ziss.ch)



**Katharina Sass (Hg.): Mythos „Sexarbeit“**  
**Argumente gegen Prostitution und Sexkauf.**  
**PapyRossa Verlag 2017, 159 Seiten, kart., 13,90 €**

Seit einigen Jahren wird in Deutschland wieder verstärkt über Prostitution diskutiert. Die weitreichende Liberalisierung des Prostitutionsmarkts, die 2002 erfolgte, ist gescheitert. Die neuen Gesetze von 2016 stellen ein Wunderwerk an Regulierung dar, lösen jedoch nicht die Probleme. Denn zu den grundsätzlichen Fragen nehmen sie keine klare Haltung ein. Ist Prostitution »Arbeit« und sollte normalisiert und »professionalisiert« werden? Oder ist sie ein patriarchales Unterdrückungsverhältnis, dessen langfristige Überwindung es anzustreben und dessen Opfer es konsequent zu schützen gilt? Ist Sexkauf die Inanspruchnahme einer »Dienstleistung«? Oder ist er eine Form sexueller Gewalt, die gravierende Traumata verursacht? Die Autorinnen argumentieren für letztere Sichtweise und untermauern dies mit Erkenntnissen aus Trauma- und Prostitutionsforschung. Die Erfahrungen mit den nordischen Sexkaufverboten und die innerlinke Debatte dazu werden ebenso dokumentiert wie die internationale Bewegung gegen Prostitution. Neben der Herausgeberin haben Ingeborg Kraus, Manuela Schon, Marie Merklinger und Huschke Mau Beiträge in diesem Band.



**Sandra Konrad**  
**Das beherrschte Geschlecht. Warum sie will, was er will**  
**Piper 2017**  
**384 Seiten, geb. mit Schutzumschlag, 24 €**

Sexualität ist mehr als nur Sex – es geht um Rollenzuschreibungen, Regeln und Rechte. Also wie frei, gleichberechtigt und sexuell selbstbestimmt sind Frauen im 21. Jahrhundert? Hat weibliche Sexualität sich emanzipiert oder lediglich maskulinisiert? Und wie viel wissen Frauen wirklich über ihre eigene sexuelle Identität? Was ist »normal«, und wer bestimmt das?

Um diese Fragen zu beantworten, stellt Sandra Konrad die Geschichte weiblicher Sexualität dar und entlarvt bis heute wirksame Geschlechterklischees. Dabei verbindet sie psychohistorische Erkenntnisse mit aktuellen Forschungsergebnissen aus der Sexualwissenschaft und zahlreichen Interviews mit jungen Frauen, die zeigen, wie unbewusste Rollenvorgaben auch heute noch das Geschehen im Schlafzimmer prägen.

# Unsere Buchtipps



Julia Velten  
**Sexuelle Funktionsstörungen bei Frauen**

(Reihe: „Fortschritte der Psychotherapie“, Band 68)  
2018, VI/96 Seiten,  
€ 19,95 / CHF 26.90  
(Im Reihenabonnement  
€ 15,95 / CHF 21.50)  
ISBN 978-3-8017-2837-3  
Auch als eBook erhältlich

Der Band liefert eine praxisnahe Darstellung der psychotherapeutischen Behandlung sexueller Funktionsstörungen bei Frauen. Neben der Sexual- und Psychoedukation sowie sexualtherapeutischen Partnerübungen, werden körperbezogene Selbsterfahrungsübungen, kognitive und Achtsamkeitsinterventionen vorgestellt. Darüber hinaus werden Hinweise für den Umgang mit Schwierigkeiten im Behandlungsverlauf gegeben. Ein ausführliches Fallbeispiel veranschaulicht die Umsetzung der dargestellten Interventionen in der klinischen Praxis.



Janine Breil / Rainer Sachse  
**Klärungsorientierte Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung**

(Reihe: „Praxis der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen“, Band 9)  
2018, 303 Seiten,  
€ 32,95 / CHF 42.90  
ISBN 978-3-8017-2808-3  
Auch als eBook erhältlich

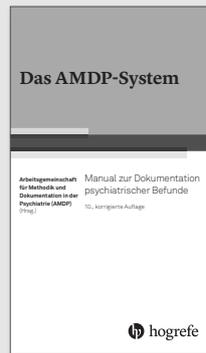
Viele Therapeuten wünschen sich für die Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Störung wirksame Unterstützung für den Umgang mit dem typischen dysfunktionalen Interaktionsverhalten. Genau dies können die Konzepte der Klärungsorientierten Psychotherapie bieten. Das Buch erläutert das Vorgehen bei der Therapieplanung und Beziehungsgestaltung und veranschaulicht die konkreten Schritte anhand von Beispielen und Transkripten.



Martin Hautzinger  
**Ratgeber Depression**  
Informationen für Betroffene und Angehörige

(Ratgeber zur Reihe Fortschritte der Psychotherapie, Band 13). 2., akt. Auflage  
2018, 76 Seiten, Kleinformat,  
€ 8,95 / CHF 11.90  
ISBN 978-3-8017-2860-1  
Auch als eBook erhältlich

Der Ratgeber klärt über die Symptome, den Verlauf, die Ursachen und die Behandlungsmöglichkeiten von Depressionen auf. Außerdem werden Selbsthilfemöglichkeiten vorgestellt. Der Ratgeber hilft dabei, die eigene Krankheit bzw. die Krankheit eines Angehörigen oder Freundes besser zu verstehen. Er eignet sich auch dazu, begleitend zu einer bereits laufenden Behandlung gelesen zu werden und damit die Therapie zu unterstützen.



Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP)  
(Hrsg.)

**Das AMDP-System**  
Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde

10., korr. Auflage 2018,  
204 Seiten, Kleinformat,  
€ 24,95 / CHF 32.50  
ISBN 978-3-8017-2885-4  
Auch als eBook erhältlich

Das AMDP-System zur Dokumentation psychiatrischer Befunde und anamnestischer Daten kann erfolgreich zur Aus- und Weiterbildung von Medizin- und Psychologiestudierenden eingesetzt werden und in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen als Nachschlagewerk dienen. Bei der nun vorliegenden 10. Auflage handelt es sich um eine korrigierte Ausgabe der 9. Auflage, in der sowohl der Psychische Befund als auch der Somatische Befund überarbeitet sowie mit Zusatzmerkmalen ergänzt wurde.

# Altchinesische Sexualtherapie. Charakteristika und klinische/bildungsspezifische Relevanz

An Lele 安乐乐 Kremer, Wolfgang Mastnak

## Ancient Chinese Sex Therapy. Features and Clinical/Educational Relevance

### Abstract

Archaeological objects shed light on the meaning of sexuality in ancient China. In this early period, sexuality was socially and culturally embedded, and unimpeded by taboos. The present article is not a historical study in sinology, but rather a hermeneutic meta-synthesis of ancient Chinese sex philosophies and practices with implications for contemporary sex therapies. Associated considerations involve the so-called *Book of Changes*, the oldest surviving Chinese script, as well as the historical dynamics of sexual life in socio-cultural contexts such as the political and moral concepts of Confucianism. Taking the multifaceted evolution of China into account, the article also discusses sexual perspectives of Buddhism and highlights the terms „Joining Energy“ and the „Joining of Essences“ that go hand in hand with sex-paradigms in Taoism and their spiritual and medical relevance. With regard to clinical indications of applied ancient Chinese sex therapy, difficulties with sexual practices, subjective attitudes towards sexuality, and issues of „sex and the self“ are discussed along with related sex-educational and socio-cultural challenges.

**Keywords:** Cross-cultural sex therapy, Chinese Medicine TCM, Taoism, Sexual energy, Body awareness

### Zusammenfassung

Archäologische Funde werfen ein differenzierendes Licht auf die Bedeutung von Sexualität im antiken China, das mit diesem Sujet, welches künstlerisch und sozial integriert war, gerade in der Frühzeit sehr offen umgegangen sein dürfte. Die vorliegende Arbeit versteht sich nicht als sinologisch-historische Studie. Vielmehr versucht sie, indem sie alte Quellen untersucht, altchinesische Sexualphilosophien und -praktiken für die heutige Szene der Sexualtherapie zu erschließen. Dabei fließen Aspekte aus dem *Buch der Wandlungen*, der ältesten überlieferten chinesischen Schrift, ebenso ein wie kulturelle und soziale Verankerungen von Sexualität, die hier auch mit Blick auf die konfuzianische Gesellschaftsordnung zur Sprache kommt. Im Hinblick auf die facettenreiche Sozial- und Kulturgeschichte Chinas kommen dabei sexuelle Dimensionen des Buddhismus ebenso zur Sprache wie die Begriffe von

„Joining Energy“ und „The Joining of Essences“, die eng mit taoistischer Sexualpraxis in Verbindung stehen und spirituelle sowie medizinische Aspekte einschließen. Im Hinblick auf Indikationen zur Applikation altchinesischer Sexualtherapie kommen individuelle Schwierigkeiten mit Sexualpraktiken, subjektive Einstellungen zur Sexualität und der Problembereich „Sex und Selbst“ zur Sprache, was sexualedukativen und sozio-kulturelle Herausforderungen thematisiert.

**Schlüsselwörter:** Transkulturelle Sexualtherapie, Chinesische Medizin TCM, Taoismus, sexuelle Energie, Körperbewusstsein

## Einleitung

Die New Yorker Columbia University beherbergt ein chinesisches Tonggefäß aus der Zeit von etwa 3000 vor Christus, das mit Vagina-Darstellungen übersät ist. Das ist allerdings nicht verwunderlich. Kulturen, die heute unter „antikes China“ subsumiert werden, standen sexuellen Praktiken oft erstaunlich offen gegenüber, was allerdings auch gesundheitsphilosophisch verstanden werden muss. So war Geschlechtsverkehr mit Prostituierten ein probates Mittel, um Energie zu tanken, und keineswegs unmoralisch.

Insgesamt gehören Erotik und Sexualität unabtrennbar zur chinesischen Kulturgeschichte, was auch den Kern dieser Arbeit zur altchinesischen Sexualtherapie bildet. Es war eine Sternstunde der archäologischen Sexuologie, als in den 1980er Jahren Wang Binghua in der Provinz Xinjiang (Uighur) 3000 Jahre alte Reliefs mit „Sexorgien“ fand (Davis-Kimball, 2001; Wang, 2007); auffällig die weiblichen Gestalten mit gigantischen dreieckigen Oberkörpern (Spitze nach unten) und mit wesentlich größerer Statur als die Männer, die ihrerseits fast alle mit erigiertem Penis abgebildet sind. Die jener 康家石门子生殖崇拜岩画<sup>1</sup> zugrunde liegenden Mythen werfen Fragen auf (vgl. Hu et al., 2009) und könnten auf eine matriarchalische Gesellschaft hindeuten.

<sup>1</sup> 康家石门子 Kangjia Shimenzi (Name), 生殖 shengzhi (Fortpflanzung), 崇拜 chongbai (Bewunderung), 岩画 yanhua (Höhlenmalerei).

Ein Blick zurück in die Geschichte Chinas spricht Bände über die damaligen Einstellungen zur Sexualität: von der Praxis, Gästen die eigene Frau zum Geschlechtsverkehr anzubieten, weil dies neues Blut in die Familie und eine glücklichere Zukunft brächte, bis hin zu der Prinzessin Shan Yin (山阴公主) der Song Dynastie, auch als Liu Chuyu (刘楚玉) bekannt, die ein Bett für 30 Männer hatte, um sozusagen Simultansex zu genießen. In der Geschichtsschreibung gilt sie als obszön und grenzenlos (淫乱无止境), lässt sich aber aus heutiger Perspektive als emanzipatorisch deuten. Machthaber konnten damals über 100 Frauen gleichzeitig haben. Das Energische könnte Shan Yin von ihrem Vater, dem Kaiser Xiaowu geerbt haben. Insgesamt ist solches aber keine Einzelercheinung, denn auch die Herrscherin Wu Zetian (武则天) aus dem 7. Jh. hatte einen Männerharem. Zudem dürfte auch die älteste Sexliteratur aus China stammen (Ruan, 1991).

Sexualität im alten China ist sinologisch gut gearbeitet. Die bahnbrechende Arbeit von Robert van Gulik (2002) aus dem Jahr 1961 liefert eine facettenreiche Synopse, die, etwa auch zusammen mit Richard Burgers journalistisch-historisch-soziologischem Aufriss (2012), gravierende Unterschiede zum Westen verortet. Zudem gibt es am Health Science Centre der Universität Peking ein 2006 gegründetes Zentrum für Sexologie, das diese Themen in einen medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Relevanzrahmen stellt.

Zieht man die Komplexität sinologisch-sexologischer Studien in Betracht, dann wird klar, dass man Sex im alten China nicht an ins Auge stechenden, plakativen Einzelheiten festmachen darf. Vielmehr geht es gerade im Hinblick auf unser Metier darum, Erotik und Sexualität in einem ganzheitlichen Kontext von Kultur, Philosophie und Medizin zu sehen. Dabei geht es hier allerdings nicht so sehr um einen analytisch-hermeneutischen Rückblick, sondern um die Frage, wie jene Erkenntnisse für Sexualtherapien, Sexualerziehung und sexuelle Gesundheit in der Gegenwart – besonders auch des Westens – genutzt werden können.

## Methodik

Die vorliegende Arbeit versteht sich nicht als eine kulturhistorische, sondern in erster Linie als hermeneutische Metasynthese mit Hypothesen generierender Charakteristik. Die Daten aus alten Quellen wurden dabei (konstruktivistisch) in einen Systemzusammenhang gestellt, der das Modell einer „altchinesischen Sexualtherapie“ plausibel machen und Umsetzungen in die Praxis ermöglichen soll.

Dabei spielen textkritische Zugänge eine prägende Rolle. Diese gehen über ausschließlich etymologische Fragestellungen hinaus und binden zentral die Frage ein, wie

Texte auf dem Hintergrund der sie einbettenden Kultur zu verstehen sind und wie weiters epistemologische „Selbstverständlichkeiten“ in die Interpretation eingehen. Wenn es so zum Beispiel heißt, dass es so viele Versionen des auch für diesen Beitrag essentiellen altchinesischen „Buchs der Wandlungen“, des *易经*, gibt wie Leser (Smith, 2008), dann wird damit implizit auch dem Paradigma der Objektivität Relevanz abgesprochen. Diese Idee von Wahrhabung des Seins rückt in die Nähe künstlerischer Interpretation und erinnert zudem an den Weg des Lösens von Zen Koans, dessen Wert allein im individuellen Entschlüsseln und nicht in einer normierten Beantwortung liegt (vgl. Wu, 2001, 227). Diese Abwendung von normierter Wahrheit ist auch dem Wesen patientenzentrierter Therapie nahe (Stewart et al., 2003) und geht deutlich in die Richtung dessen, wie wir altchinesische Sexualtherapie verstehen.

Diese Perspektiven führen unmittelbar zur Frage nach dem Verhältnis zwischen westlicher und (alt-)chinesischer Logik (Kurtz, 2011), was wahrheits- und erkenntnistheoretischer Studien bedarf (Guo, 2018, 169). Auch wenn wir hier mit Generalisierungen ausgesprochen vorsichtig umgehen müssen, sehen wir in der chinesischen Kulturgeschichte eine deutliche Tendenz zu einer ganzheitlichen Wahrhabung von Welt, die einer bloßen Ja-Nein-Logik und der (westlichen) Neigung zur Kategorisierung und Zerteilung von Welt fremd gegenübersteht. Damit rückt sie aber stark in die Nähe einer „Logik des Sex“, die nicht mehr mit der üblichen Rationalität der Welt von heute (Harford, 2008) zusammenpasst.

Das führt unmittelbar zur Problematik apodiktischer Standpunkte. Empirische Wissenschaft tendiert – wenn auch wissenschaftstheoretisch und epistemologisch reflektiert – dazu, den ihr eigenen Anspruch an Wahrheit über das Sein des untersuchten Objekts zu stellen. Wenn wir allerdings jene Zugänge aus dem Blickwinkel alter chinesischer Philosophien betrachten, dann sind sie zunächst einmal nicht mehr als eine Perspektive unter vielen, eine Möglichkeit, die Wirklichkeit zu sehen, aber keineswegs deren absolute Repräsentanz. Zudem ergeben sich durch disziplinäre Schienungen zwangsläufig Schiefklagen und im Zuge von Abstraktion wird das So-Sein transformiert, was informationstheoretisch zu Verlusten führen kann. Wenn wir altchinesische Philosophie zum Maßstab nehmen, dann steigt Wissenschaft vielfach als ein simplifiziertes Konstrukt aus. Diese Überlegungen zeigen Parallelen zur Philosophie von Jean Gebser und seiner Forderung eines aperspektivischen Wahrhabens von Welt (1996).

Für Anwendungen altchinesischer Sexualtherapie im Westen ist Systemkompatibilität des hier vorgestellten Konstrukts mit westlichen Sexualtherapien ein zentrales Problem. Dabei stehen Ansätze wie emotionsfokussierte (Hartmann, 2017/2018) oder systemische Sexualtherapie (Clement, 2004) unserem Weg nahe. Das betrifft insbeson-

dere Selbstregulation, sofern sie nicht auf Sexualfunktionen reduziert ist, sondern auf Selbst-Exploration und einem Yin-Yang-Response zwischen Mann und Frau beruht. Aus kognitions- und neuropsychologischer Sicht steht Selbstexploration immer mit Informationsverarbeitung und -integration in das Selbst in Verbindung – bewusste Selbst-Reflexion ist dabei sexualtherapeutisch von Relevanz, wobei der Modus der Reflexion auch altchinesisch geprägt sein kann.

Studien zur Systemkompatibilität stellen hier allerdings noch ein empfindliches Desiderat dar und empirische, evidenzbasierte Evaluationen stehen gleichermaßen aus. Im Moment liegt nur eine heuristische Fundierung altchinesischer Sexualtherapie vor.

## Sex im alten China: Kultur – Philosophie – Spiritualität

Der Präsident des Qingdao Yuren Hospitals, Qinghua Wang, hat über die letzten 20 Jahre über 3000 Objekte aus der chinesischen Kulturgeschichte zum Thema Sex gesammelt und hebt hervor, dass die 5000 Jahre chinesischer Zivilisation voll von Sexualität seien. Sexualität stehe mit Gesundheit und Spiritualität in engem Zusammenhang und finde heute (wieder) ihren Niederschlag in der sexuellen Gesundheit Chinas (Wang, 2017). Unser Ansatz und Wangs immens profunde Arbeit zeigen im Kern der Sache deutlich wechselseitige Affinität.

Im alten China gehörte Sex unabtrennbar zur Kultur und war – ebenso wie etwa die Literatur oder die Landschaftsmalerei – eine Kultur für sich. Sex war im antiken China keineswegs ein Tabuthema, was Historiker lange Zeit im Grunde gänzlich ignoriert haben (Goldin, 2002).

Die altchinesische Kultur lässt sich dabei nicht von der Philosophie trennen, die in gewissem Sinne den geistigen Lebensraum der damaligen Zivilisation schuf und mit der Psychologie jener Zeit Hand in Hand ging. Dabei spielte die Trias 心 性 情<sup>2</sup>, was in etwa mit Geist/Psyche, Natur/Sexualität und Emotion/Affekt übersetzt werden kann, eine zentrale Rolle (vgl. Virág, 2017). Wir finden hier also eine gewisse Herz-Emotions-Sexualpsychologie, deren Wesen sehr weit von der heutigen Kognitionspsychologie entfernt gewesen sein dürfte.

Es ist schwierig, explizit von einer chinesischen Sexualphilosophie zu sprechen. Nicht, weil sich Sexualität jenseits der Philosophie befunden hätte, sondern vielmehr deshalb, weil das holistische Denken insbesondere

im alten China eine scharfe Trennung der menschlichen Interaktionsmodi nicht vorsah.

## Das Buch der Wandlungen

Das *Buch der Wandlungen* (易经) ist eine kryptisch-prophetische Schrift und gilt als der älteste chinesische Klassiker. Seine Ursprungszeit ist umstritten, allerdings gibt es dazu seit 2500 Jahren schriftliche Kommentare, die dessen Substanz auch als Spiegel des menschlichen Geistes bezeichnen (vgl. Smith, 2009, 2).

In dieser frühen Schrift wird die Interaktion zwischen Menschen nicht kategorisiert – sie beinhaltet also auch Sexualkontakt – und geht wesentlich vom Prinzip von Stimulation und Response aus:

„Reciprocity is a matter of stimulation. Here the soft and yielding [...] is above and the hard and strong [...] is below. The two kinds of material force [gemeint ist Qi 气] stimulate and respond and so join together [...] it is by the mutual stimulation of Heaven and Earth that the myriad things are created [...]“ (Lynn, 1994, 329)

Hier werden drei Aspekte deutlich, die für eine altchinesische Sexualphilosophie essentiell sein dürften:

- Stimulus und Response in einer sinnlichen und nicht behavioristisch verstandenen Weise, eine iterative Reziprozität, die zur inneren Verbindung/Ver-schmelzung führt;
- Das Prinzip sich diametral gegenüberliegender und sich ergänzender Qualitäten, das sich insbesondere im Yin/Yang (阴阳) findet, schließt unterschiedliche, auch sexuelle Energien bzw. Energiequalitäten mit ein und determiniert Erotik und Sexualität;
- Der Sexualakt steht in einem universellen Zusammenhang von Interaktion, die auch die Beziehung zwischen Himmel und Mensch betrifft.

Hinsichtlich des dritten Aspekts hebt Chen Xuewen (2007) die enge Verbindung zwischen Sexualpraktiken und der „korrelativen Resonanz“ zwischen Himmel und Mensch hervor, was in deutlichem Gegensatz zur bisweilen körperfernen Einstellung der christlich geprägten Welt des Abendlands steht. Das hat biblische (z.B. Gen 3,6) wie auch mittelalterliche Ursprünge und gründet in der Annahme, dass der Körper insgesamt schlecht sei und sein Lustbedürfnis überwunden werden müsse, was sich auch im gegenwärtigen Sexualverhalten widerspiegelt (vgl. Pedersen, 2014).

<sup>2</sup> Die Aspekte von 心 性 情 spielen zudem in einer laufenden Forschungsarbeit von An Lele zur Erotik und Sexualität in der (schulischen) Musikpädagogik eine zentrale Rolle.

## Sexualität im Konfuzianismus

Hier kommen letztlich auch chinesische Sozialregeln und Ethiken aufs Tapet. So plädiert die konfuzianische Philosophie für geordnete Beziehungen als Grundlage einer funktionierenden Gesellschaft. Dabei fand bei Konfuzius (551–479 v. Chr.) Sexualität als zur Natur des Menschen gehörig Wertschätzung und im *Buch der Riten* (Confucius, 1979) wird sexuelles Verlangen hochgehalten. Mencius, einer der großen konfuzianischen Gelehrten, unterstrich zudem, dass das Erleben sexueller Lust und Befriedigung im Grunde ein Menschenrecht sei: „If your Majesty loves beauty and sex, let the people be able to gratify the same feeling [...]“ (Ruan, 1991, 20).

Sehr verallgemeinernd kann man sagen, dass Sexualität im Konfuzianismus eine wichtige Rolle spielt, sich aber in ein soziales Regelsystem einpassen muss. Er steht, so wie wir es sehen, damit in etwa zwischen dem Buddhismus und dem Taoismus, die beide in ähnlich profunder Weise in die chinesischen Denk- und Verhaltensstrategien eingreifen.

## Sexualität im Buddhismus

Zunächst kann die Gesamtkonzeption des Buddhismus als dem Sex abgewandt interpretiert werden. Buddha-worte sprechen Sexualpraktiken nicht die momentan erlebte Lust ab, sehen Sex aber als Gefahr für persönlichen Ruin und als Hindernis, zu Höherem aufzusteigen, was besonders im buddhistischen *Kama Sutta*, *Sutta Nipata*, in dem es zentral um sexuelle Lust geht, zum Ausdruck kommt (vgl. Saddhatissa, 1985; Norman, 2001).

Das allerdings relativierte Maurice Walshe, Vorsitzender des English Shagha Trust (1975), indem er festhält, dass es im Buddhismus keine unbedingt zwingenden, mit „Thou shalt not [...]“ beginnenden Regeln gibt – und er betont zudem, dass Buddhismus nichts mit Schuldgefühlen in Bezug auf Sex zu tun hat.

Im Hinblick auf die fünf Grundsätze des Buddhismus (Bullitt, 2005) betont Higgins (o.J.), dass in Bezug auf Sex vor allem Abstand von sexueller Gewalt, Manipulation und Täuschung gemeint seien. Diese Regeln oder Silas haben Ähnlichkeit mit den 10 Geboten des Judentums bzw. Christentums und umfassen: nicht töten, nicht stehlen, kein sexuelles Fehlverhalten, nicht lügen, keine Einnahme berauschender Mittel. Insgesamt ist Sexualität im Buddhismus sehr differenziert zu sehen.

Dennoch spielt die Frage um Sexualität im Buddhismus keine geringe Rolle (Faure, 1998) und wird sogar mit Erleuchtung in Zusammenhang gebracht (Shaw, 1994).

Zudem gibt es das buddhistische „Sexual Yoga“ (vgl. Wile, 1992) mit seinen zahlreichen Differenzierungen, wobei manche sich nur auf meditative Visualisierungen beziehen (vgl. Laird, 2006), während andere (tibetische) Sichten die physische Praxis von Sex-Yoga als notwendig auf dem Weg zu den höchsten Ebenen im Buddhismus erachten (vgl. Keown & Prebish, 2010).

## Sexualität im Taoismus

Hinsichtlich altchinesischer Sexkultur ist unserer Meinung nach allerdings der taoistische Ansatz über die Geschichte der chinesischen Dynastien hinweg am deutlichsten ausgeprägt. Zudem gibt es zur Zeit eine Unmenge von Aktivitäten um das „Tao des Sex“: von Methoden zum multiplen Orgasmus (Chia et al., 2000) bis hin zur Regulation von Sexualenergie – wobei auch Institutionen wie die *BBC* (2009) oder *Psychology Today* (Mitchell, 2012) kräftig mitmischen.

Insgesamt wird Taoistische Sexualpraxis oftmals mit den Begriffen „Joining Energy“ oder „The Joining of the Essences“ beziehungsweise Fang Zhong Shu (房中术), was oftmals als „the bedroom arts“ übersetzt wird, gleichgesetzt. Dabei wird Sexualität positiv im Kontext von Spiritualität, Gesundheit und einem langen Leben gesehen (Chang, 1977; Chang, 1986; Reid, 1989). Auf repräsentative Details wird im Abschnitt zu Praxismodalitäten eingegangen.

Im Zuge der Trends um das „Tao des Sex“ gerät die Frage nach dessen Ursprüngen und Quellen leicht ins Hintertreffen. Sie zu beleuchten ist schwierig und bindet archäologische, kulturhistorische und philosophische Fragestellungen ein. Die frühesten taoistischen Texte, die das Thema Sexualität betreffen, sind (siehe oben) das *Buch der Wandlungen* und das *Dao De Jing* (道德经), das Laozi (老子, gest. 531 v. Chr.) zugeschrieben wird. Die ältesten, uns heute erhaltenen Exemplare stammen aus den 1972 entdeckten Mawangdui-Gräbern (chinesische Provinz Hunan) der Westlichen Han-Dynastie (ca. 2. Jh. v. Chr.).

Daoistisch orientierte sexuelle Künste und Sexkultur dürften über 1000 Jahre zwischen der Han-Dynastie und Tang-Dynastie (618–907) eine starke soziale Verankerung gehabt haben, was später unter erstarkenden konfuzianischen Ansichten deutliche Einbußen erlebte (vgl. Gulik, 2002). Die weiter unten beschriebenen Praktiken altchinesischer Sexualtherapie sind taoistischer Natur und haben eng mit Darstellungen aus der Tang-Zeit zu tun.

## Schlüsselbegriffe chinesischer Sexualtherapie

Dem altchinesischen Denken sind Termini wie „Schlüsselbegriffe“ und Kategorisierungen fremd. Dennoch erscheinen sie hier sinnvolle Instrumente, um die Idee eines theoretischen Konstrukts altchinesischer Sexualtherapie zu verdeutlichen:

- **Sex ist Leben.** Im hier vorgestellten Modell ist Sexualität nicht auf punktuelle Aktionen beschränkt, sondern ein Lebensprinzip, eine sinnliche, genussoffene und interaktive Grundhaltung, die keineswegs mit der Oberflächlichkeit einer Spaßgesellschaft zu verwechseln ist und Ähnlichkeiten zur 400 v. Chr. datierenden kyrenaischen Schule des Hedonismus aufweist. Sexualität versteht sich hier als Grundessenz und -qualität menschlichen Seins und lässt sich nicht auf einen biologisch-pragmatischen Mechanismus zur Fortpflanzung und Arterhaltung reduzieren.
- **Qi (气) und Jing (精).** Qi ist ein alles durchdringendes energetisches Fluidum und kann in Bezug auf den Menschen als Lebenskraft verstanden werden (vgl. Bruce, 2008). Qi bildet zusammen mit Jing und Shen (神) die drei Schätze der (daoistischen) chinesischen Medizin (Cleary, 2012). Während Shen das Geistig-Spirituelle bezeichnet, wird Jing als die dichteste Materie des Körpers gesehen und mitunter – modern anverwandelt – als Träger der DNA interpretiert. Jing wird gemäß dieser Auffassung in Körpersäften, insbesondere im Samen, gespeichert und kann auch verloren gehen. Aus diesem Grund empfehlen etliche taoistische Richtungen Ejakulationsabstinenz. Andere hingegen raten zu maximaler Frequenz von Samenerguss (vgl. Wile, 1992, 92). Im Koitus, der in der Han Dynastie als He Qi (合气) bezeichnet wurde und im heutigen englischen Standard als „Joining of the Essences“ wiedergegeben wird, kann allerdings Jing erzeugt werden. Generierung und Transformation von Energien im Sexualakt spielen insgesamt eine zentrale Rolle für Gesundheit und Lebenserwartung.
- **Yin und Yang (阴阳).** Diese komplementären Qualitäten, die auf keinen Fall die Polarität von gut und schlecht widerspiegeln, haben im Taoismus sowie in der Chinesischen Medizin eine große Bedeutung und sollen sich im Sexualakt in einem interaktiven Flow befinden. Balance ist wichtig. Sie bindet das Moment von Hu Dong (互动), einer gleichsam empathisch-komplementären Reaktivität und Resonanz, ein und widerspricht damit grundlegend einer Sexualpraxis, in der jeder nur auf sich selbst bezogen ist. Das dem zugrunde liegende Prinzip meint weiters ein sich ge-

genseitiges Ergänzen im ursprünglichen Sinne von „ganz werden“. Diese Qualität des Einsseins unterscheidet sich signifikant von anderen Modalitäten der „Einigung“ wie etwa einem verbalen Sich Verstehen oder dem positiven Resultat eines kognitiven Diskurses.

- **„Sexualikonographie“.** Dieser Begriff taucht nach unserer Kenntnis nicht in der dazu einschlägigen Literatur auf, ist aber im Hinblick auf die chinesische Kulturgeschichte von hoher Relevanz und erhält beispielsweise die Bilder des Fang Zhong Shu (房中术) und deren soziokulturelle Funktion. Allgemein bedeutet das ikonographische Prinzip in der Kunst einen Modus der imitierenden Nachschöpfung, der sich maßgeblich von einer bloßen Kopie unterscheidet. Gestalten, die als ideal anerkannt sind, werden vermittels individueller Mikrovariationen bei hoher Ich-Identität quasi-authentisch wiedererschaffen. Genau dieses trifft aber auch für die „Techniken“ taoistischer Sexualpraktiken zu, die sich damit klar von mechanistischem Stellungskopieren unterscheiden. Ihre gelingende Ausführung bedarf sowohl ausgereifter Selbstexploration – hier als Ti Yan (体验) bezeichnet – und sexueller Kreativität.
- **Sinnlichkeit und Symbolik.** Sexueller Genuss bedarf gebildeter Sinne, was in etwa mit dem ästhetischen Genuss von Musik vergleichbar ist – Sex braucht Bildung. Gleichzeitig ist sexueller Genuss kulturbezogen und bindet erotische Symboliken und Symbolspiele mit ein. Hier hat beispielsweise auch die chinesische Liebeslyrik einen Sitz.

## Praxismodalitäten altchinesischer Sexualedukation – Sexualkompetenz

Bezogen auf Gesundheitsförderung und klinische Relevanz rücken wir Sexualedukation in den Mittelpunkt und lassen primäre symptomorientierte Therapie zunächst an der Peripherie unserer Diskussion. Wir gehen dabei mit starkem Bezug auf Sichtweisen der chinesischen Medizin davon aus, dass therapeutisch relevante Sexualprobleme vielfach – außer etwa bei genetischen Fehlern oder klar physisch bedingten Problemen – von einem gewissen Defizit an „Sexualkompetenz“ herrühren. Sexualedukation soll hier pathogene Negativa beheben und den Horizont der Sexkultur erweitern.

Dabei geht es auf keinen Fall um das isolierte Erlernen von Sextechniken, sondern um ein sinnhaft-ganzheitliches Erschließen eines persönlichkeitskompatiblen Sexualverhaltens. Dabei spielt die Symbolik altchinesi-

scher erotischer Literatur eine zentrale Rolle, etwa die älteste chinesische Gedichtsammlung, das *Buch der Lieder*, im Englischen als *Canon of Odes* oder *The Book of Odes* (o.J.) bezeichnet, die sinologisch sehr gut aufbereitet ist (Zhao, 1989; Hong, 2002; Chen, 2007; Rusk, 2012) und seit langem in Übersetzungen vorliegt (z.B. Pound, 1954).

Diese Anthologie beinhaltet etwa 300 lyrische Werke aus der Zeit des 11. bis 7. Jh. v.Chr. und unterscheidet drei Gedicht- bzw. Liedtypen: Feng (160 Volkslieder), Ya (105 Festlieder/Oden) und Song (Hymnen)<sup>3</sup>. Die erotische Literatur gehört zur ersten Kategorie und ist voll von kodierter erotischer Symbolik. So bedeutet „Fisch essen“ in diesen Gedichten in der Regel Sexualverkehr. Damit wird die Frage, ob man denn nur Brasse und Karpfen, die als besonders delikate galten, essen will, zur Frage: „Muss guter Sex denn immer nur mit einer Frau aus gutem Hause sein?“

Die kulturelle Perspektive ist hier auch interdisziplinär von hohem Belang. So lassen sich Erotik und Sexualität etwa durchaus mit Musik vergleichen. So können wir zum Beispiel am Klavier Spieltechniken erlernen und uns musiktheoretisches Wissen aneignen – aber ohne den Zauber zu spüren, der Rhythmen und Klängen innewohnt, wird Musik in ihrem Wesen letztlich nicht erfahrbar werden. Und wie (professionelle) Musik die gesamte Persönlichkeit einfordert, so ist auch Sexualität – zumindest aus altchinesischer Perspektive – nicht auf den technisch-biologischen „Sexualvollzug“ verkürzbar.

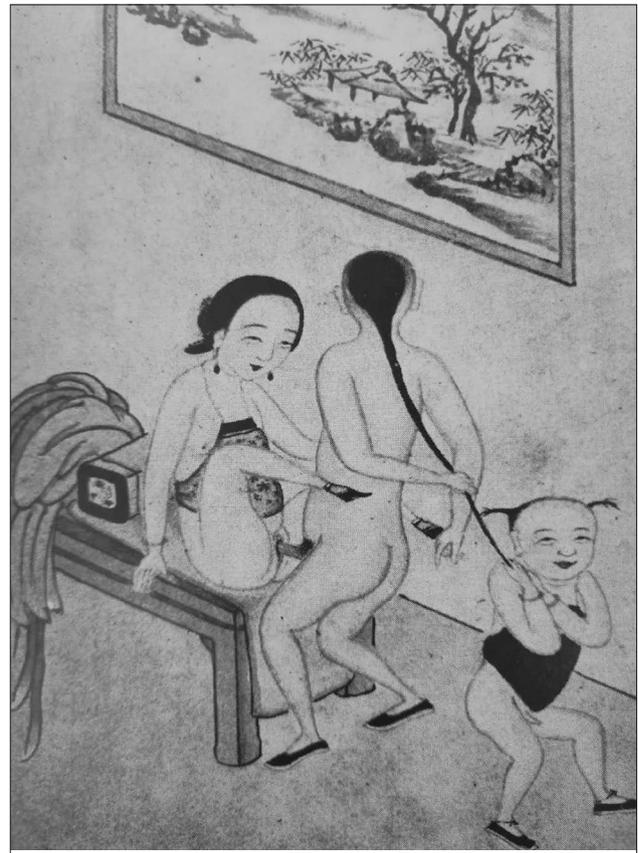
Die äußere Gestalt der Praxismodalitäten lässt sich – in gewissem Maß – an Darstellungen des Fang Zhong Shu (房中术)<sup>4</sup>, einer Sammlung von Texten und Bildern, nachvollziehen, die in ihrer Gesamtheit Eckpfeiler der Sexualmedizin und des Sexual-Gesundheitswesens im alten China darstellen. Die Fülle illustrativer Modelle ist dabei allerdings nicht als Konvolut von Technik-Rezepten misszuverstehen. Vielmehr geht es um sexualtypische Wege zur Harmonisierung von Yin und Yang, um energetische Balance, Gesundheit und ein vitales Leben. Das damit assoziierte Verhalten bzw. der sexuelle Akt selbst werden die „Verbindung der Essenzen“ genannt.

Dabei wird häufig betont, dass der Mann eine Ejakulation vermeiden solle<sup>5</sup>, was allerdings in der Schriftsynopse nicht konsistent ist. Es ginge, so jene Texte weiter, vielmehr darum, dass sich der Mann durch erotisches Sich Reiben an der Frau und durch Massagepraktiken deren Jing-Energie einverleibt. Durch diese Praxis in verschiedenen Stellungen soll dem Mann seine jugendliche

Kraft erhalten bleiben. Im sexuellen Austausch gibt der Mann Qi-Energie an die Frau ab und erhält von ihr im Gegenzug Jing-Essenz.

Jedenfalls ist die Frau nicht bloß Lust-Objekt des Mannes, vielmehr müssen beide sexuelle Befriedigung erfahren. Dadurch gelingt es der Frau, Jing-Energie zu produzieren, die der Mann braucht, aber nicht selbst generieren kann. Dennoch lässt sich eine gewisse untergeordnete Stellung der Frau vermuten, nicht zuletzt auch, weil ihre Sexualität zum Gesundheitspool des Mannes, also in gewissem Sinn funktionalisiert wird. Zudem sind, soweit wir wissen, alle diese Schriften von Männern verfasst, was die Beschreibung der weiblichen Gefühlswelt verzerren dürfte.

Die nachfolgenden Abbildungen 1–3 sind entnommen aus: Lo Duca (Hg.). *Die Erotik in China* (1966, 126, 87, 99) und stellen eine Auswahl dar, aus der besonders auch die Sexualpraxis in der Gruppe transparent wird. Die Abbildung 4 schematisiert eine mögliche Praxisumsetzung unseres Modells altchinesischer Sexualtherapie.



<sup>3</sup> feng 风 – ya 雅 – song 颂

<sup>4</sup> 房中术 Fang Zhong Shu, wörtlich „Kunst aus der Mitte des Hauses“, teils auch als 房内术 bezeichnet. Fang Zhong Shu bezeichnet keine Monographie, sondern ist ein Sammelbegriff.

<sup>5</sup> Vgl. obige Ausführungen zu Qi und Jing.

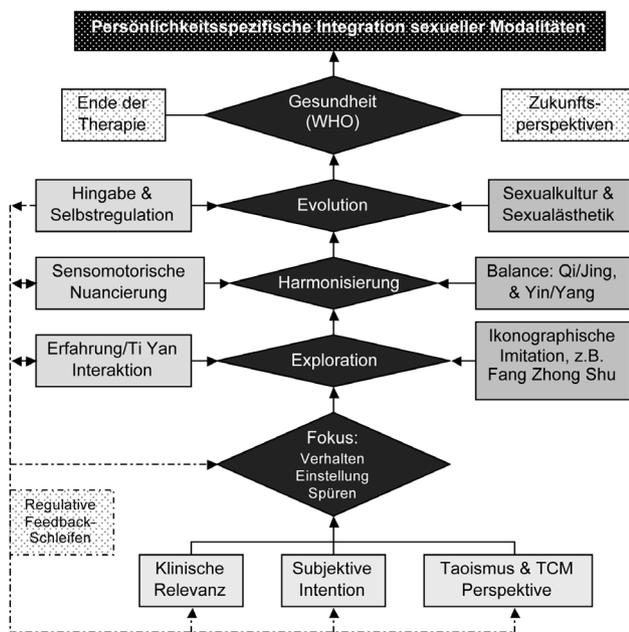


Abb. 4: Aus altchinesischer Sexualkultur sind Materialien, aber keine Modelle überliefert. Das hier gezeigte stellt eine Möglichkeit der modernen, sexualtherapeutischen Umsetzung dar. Kompatibilität mit westlichen Therapiemodellen, Feedback-gesteuerte Prozessdynamik und Klientenzentrierung spielen eine zentrale Rolle.

## Indikationen

Indikationen im Sinne oder in der Qualität von S3-Leitlinien lassen sich ohne entsprechende robuste evidenzbasierte Ergebnisse nicht stellen. In dieser Hinsicht ist zur altchinesischen Sexualtherapie Forschungsdesiderat zu verorten. Dennoch können Indikationen plausibel abgeschätzt werden, wobei grundsätzlich zu beachten ist: das gegenwärtige Verständnis von Störungen gemäß ICD-10 und DSM-5 unterscheidet sich massiv von einer altchinesischen Sicht, die nicht nur einen anderen Forschungsstand zur Verfügung hatte, sondern auch von einem ganz anderen Krankheits- und Gesundheitsbegriff ausging (vgl. Hong, 2016).

Zunächst sehen wir altchinesische Sexualtherapie keineswegs als Allheilmittel, sondern eine Interventionsmöglichkeit an, die zunächst allerdings eine differentialdiagnostische Abklärung erfordert. Hier müssen auch soziale Bedingungen wie etwa Arbeitslosigkeit oder finanzieller Notstand berücksichtigt werden, zumal es dadurch – teils über die Schiene der Depression – zur Abnahme wie auch zur Zunahme von Sexualaktivität kommen kann (vgl. Kamndaya et al., 2015). Dieser komplexe Zugang entspricht – wenn auch mit anderen Perspektiven – der Art chinesischer Problemanalysen.

Eine solche Abklärung dient auch zur Identifikation bzw. zum Ausschluss physiologischer Ursachen sexueller Probleme, zum Beispiel von chronischer Prostatitis oder NIH Kategorie III Prostatitis, die zu erektiler Dysfunktion, Ejakulationsschmerz und/oder vorzeitiger Ejakulation führen können (Tran & Shoskes, 2013). Westlich-ätiologisch gesehen können verschiedenste Erkrankungen sexualmedizinische Komplikationen im Schlepptau führen, so zum Beispiel Diabetes-induzierte erektile Dysfunktion (Tamás & Kempler, 2014) oder mit kardiovaskulären Erkrankungen assoziierte Erektionsstörungen (Vlachopoulos et al., 2013). Aus chinesischer Sicht stehen diese aber oftmals in einem Systemzusammenhang, bei dem physiologische Parameter bestenfalls Ausdrucksformen einer tieferen Dysbalance sind.

Sexualmedizinisch relevante Co-Morbidität betrifft auch ein breites Spektrum psychiatrischer Erkrankungen wie etwa Schizophrenie und schizoaffektive Störungen (Bushong et al., 2013). Dabei sind, etwa bei Depression, mitunter auch komplexe Wechselwirkungen in Betracht zu ziehen. Erektile Dysfunktion verstärkt Depression, Antidepressiva haben oftmals nachteilige Auswirkungen auf die Erektion, Depression verschlimmert Erektionsstörungen und Therapie von Erektionsstörungen hat therapeutisch positive Effekte auf die Depression (Porto, 2014). Aus der Sicht chinesischer Medizin sind grundsätzlich auch Interdependenzen zwischen psychischen und sexuellen Störungen ins Kalkül zu ziehen bzw. wieder in einem komplexen Systemzusammenhang zu sehen (vgl. Maciocia, 2009).

Auf jeden Fall sind sexuelle Problematiken multifaktoriell und systemisch unter die Lupe zu nehmen. Das betrifft auch genetische/kongenitale Faktoren sexuellen Verhaltens (Jannini et al., 2015). Dabei spielen indirekte Dynamiken wie etwa genetisch bedingte Zusammenhänge zwischen der Pharmakokinetik Selektiver Serotonin Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) und sexueller Dysfunktion (Stevenson & Bishop, 2014) ebenso hinein wie Störungen mit sowohl genetischem als auch umweltspezifischem Entstehungshintergrund (Clayton & Groth, 2013). Auch wenn zunächst Genetik und chinesische Medizin weit auseinander zu liegen scheinen, der oben eingeführte Begriff von Jing (精) wurde immer wieder mit der DNA-Substanz in Verbindung gebracht und bei genauem Hinsehen liegen Vergleiche zwischen Genetik und TCM nahe, was Forschung in diesem Bereich auslöst hat (Ling et al., 2014).

Ziehen wir in Betracht, dass sich auch eine Fülle psychischer Störungen – was letztlich ja nicht verwunderlich ist – negativ auf sexuelle Funktionen auswirkt, dann kommt in diesem Formenkreis auch die Psychotherapie gewichtig ins Blickfeld, so etwa bei Angststörungen, die Sexualprobleme generieren können (Dèttore et al., 2013).

Kurz gesagt: Auch bei sexuellen Störungen erscheint es wichtig zu sein, das Pferd von der richtigen Seite aufzuzäumen, also die Bedingungen einer Störung zu identifizieren und entsprechend therapeutische Schritte zu setzen. Das erscheint zwar trivial, findet in der Praxis – gerade auch der sexualtherapeutischen – nicht immer ihren entsprechenden Niederschlag. Dabei erscheinen psychische Störungen aus verschiedenen Blickwinkeln unterschiedlich, womit hier die psycho-emotionalen Aspekte chinesischer Medizin (Rossi & Caretto, 2007) relevant werden.

Insgesamt erachten wir altchinesische Sexualtherapie vor allem dann als indiziert, wenn aus altchinesischer Perspektive Probleme von inadäquaten Sexualpraktiken herühren. Das kann Stress erzeugender Leistungsanspruch ebenso sein wie funktional-mechanistische Erfüllung der „Ehepflicht“. Das kann eine Dysbalance zwischen dem qualitativen Erregungsprofil der Frau und dem des Mannes ebenso meinen wie eine schal gewordene Stereotypie im Koitus. Das kann sich aber auch auf einen Mangel an Zärtlichkeit und eine unzureichende spirituelle Verbindung beziehen. Wenn also etwas, was zentral im Profil altchinesischer Sexualtherapie auftaucht, Grund für eine therapeutisch relevante Sexualproblematik wird, dann können wir (wahrscheinlich) von Indikation sprechen.

## Diskussion

Altchinesische Sexualtherapie berührt im Grunde ein allgemeines soziokulturelles Problem, das mit funktionalen Verhaltensreduktionismen, extern determinierten Zwängen, Einfluss auf urmenschliche Bedürfnisse, Regulationsverlust und Ähnlichem zusammenhängt. Ziehen wir Momente wie körperliche Selbstexploration oder sinnliche Genussfähigkeit ins Kalkül, dann wird rasch transparent, dass altchinesische Sexualtherapie kein switch-on/switch-off Medium ist. Hier geht es vielmehr um eine facettenreich gelebte Erotik und darum, wie diese mit ihrer soziokulturellen Einbettung verträglich ist. Das betrifft nicht zuletzt auch das Problem, dass die Welt von heute weitgehend den Lebensstil und das Ich des Menschen determiniert, und nicht mehr der Mensch seinen Lebensraum nach menschlichen Kriterien ausrichten kann.

Das zieht letztlich auch pädagogische Implikationen nach sich und hat eng mit dem extrem breiten Feld von Sexualerziehung und Sexualpädagogik zu tun. Es meint hier aber nicht so sehr kognitive Aufklärung, wie es Alex Stevenson (2014) pointiert kritisiert: „Telling it how it is: But has sex education been too mechanical?“ Die Autoren dieses Artikels würden diese Frage mit einer starken Tendenz zu „Ja“ beantworten. Damit müsste es im Un-

terricht auch um Prozesse der Selbstexploration gehen, um Körperwahrnehmung, um Sinnhaftigkeit, Genussfähigkeit und – nicht zuletzt auch um sexuell bezogene – Kreativität.

Analog kritisiert Erika L. Sánchez (2013) ein Schulsystem, das die Kreativität erstickt: „Rigid curriculums that focus on right and wrong answers teach children to see the world in Binaries. These methods don't encourage creativity or innovation.“ Diese allgemeine Reduktion auf ein richtig-falsch-Denken durchzieht auch unheilvoll das Sexualleben. Das generell implantierte kognitive Pattern „nur keinen Fehler machen“ untergräbt sexuelles Lusterleben ähnlich wie eine Klavierpädagogik, die vor allem auf die Vermeidung von Fehlern abzielt, ein Erfahren des ästhetischen Reizes der Musik bereits im Keim erstickt.

In der Medizin stellt sich letztlich die Frage nach dem Verhältnis westlicher und chinesischer Ansätze und Theorien und nach deren Harmonisierung. Das ist ein Weg, der etwa in der Kardiologie (de Sá Ferreira & Lopes, 2013) schon längst beschritten wurde und auch Erfolg verspricht – der Arbeitseinsatz aber ist enorm. Umgelegt auf unsere Thematik zielt das auf den Brückenschlag zwischen der hier vorgestellten altchinesischen Sexualtherapie und der westlichen Sexualmedizin sowie westlicher Sexualtherapien ab.

## Literatur

- BBC, 2009. A Look at Taoist Teachings on Sex. [www.bbc.co.uk/religion/religions/taoism/practices/sex.shtml](http://www.bbc.co.uk/religion/religions/taoism/practices/sex.shtml)
- Bruce, F., 2008. *The Chi Revolution: Harnessing the Healing Power of Your Life Force*. Blue Snake Books, Berkeley, CA.
- Bullitt, J., 2005. *The Five Precepts: Pañca-sila*. Access to Insight (BCBS Edition).
- Burger, R., 2012. *Behind the Red Door: Sex in China*. Earnshaw Books, Hong Kong.
- Bushong, M.E., Nakonezny, P.A., Byerly, M.J., 2013. Subjective quality of life and sexual dysfunction in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy* 39 (4), 336–346. DOI: 10.1080/0092623X.2011.606884
- Chang, J., 1977. *The Tao of Love & Sex. The Ancient Chinese Way to Ecstasy*. Wildwood House, London.
- Chang, S.T., 1986. *The Tao of Sexology: The Book of Infinite Wisdom*. Tao Publishing, Pune.
- Chen, X.W., 2007. Historical account of “sexual life”. *中国新科学 The Chinese Journal of Sexuality*, 1, 38–40. DOI: 10.3969/j.issn.1672-1993.2007.01.016
- Chen, Z., 2007. *The Shaping of the Book of Songs: From Ritualization to Secularization*. Monograph Series LII. Institute Monumenta Serica, Sankt Augustin, Dtl.
- Chia, M., Chia, M., Abrams, D., Abrams, R.C., 2000. *The Multi-Orgasmic Couple. Sexual Secrets Every Couple Should Know*. Harper Collins, New York.
- Clayton, A.H., Groth, J., 2013. Etiology of female sexual dysfunction. *Women's Health (London, UK)* 9 (2), 135–137. DOI: 10.2217/whe.13.6
- Cleary, T., 2012. *Die drei Schätze des Dao: Basistexte der inneren Alchemie* (übers. v. I. Fischer-Schreiber). Edition Steinrich, Berlin.
- Clement, U., 2004. *Systemische Sexualtherapie*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Confucius, 1979. *The Analects (Classics)*. Penguin Books, London.
- Davis-Kimball, J., 2001. *Fertility Rituals: The Kangjiashimenzi Petroglyphs and the Cucuteni Dancers*. BAR International Series, 953, 27–44.
- de Sá Ferreira, A., Lopes, A.J., 2013. Pulse waveform analysis as a bridge between pulse examination in Chinese medicine and cardiology. *Chinese Journal of Integrative Medicine* 19 (4), 307–314. DOI: 10.1007/s11655-013-1412-z
- Dèttore, D., Pucciarelli, M., Santarnecchi, E., 2013. Anxiety and female sexual functioning: An empirical study. *Journal of Sex & Marital Therapy* 39 (3), 216–240. DOI: 10.1080/0092623X.2011.606879
- Faure, B., 1998. *The Red Thread: Buddhist Approaches to Sexuality*. Princeton University Press, Princeton, NJ.
- Gebser, J., 1996. *Ursprung und Gegenwart (3 Bde)*. dtv, München.
- Goldin, P.R., 2002. *The Culture of Sex in Ancient China*. University of Hawai'i Press, Honolulu.
- Gulik, R. v., 2002. *Sexual Life in Ancient China: A Preliminary Survey of Chinese Sex and Society from ca. 1500 B.C. till 1644 A.D.* Brill, Leiden.
- Guo, Q.Y., 2018. *Studies on Contemporary Chinese Philosophy (1949–2009)*. Series Modern Chinese Philosophy. Brill, Leiden.
- Harford, T., 2008. *The Logic of Life*. Hachette Digital, London.
- Hartmann, U. (Hg.), 2017/2018. *Sexualtherapie. Ein neuer Weg in Theorie und Praxis*. Springer, Berlin. Das E-Book ist 2018 erschienen.
- Higgins, W., o.J. *Buddhist sexual ethics*. [www.buddhanet.net/winton\\_s.htm](http://www.buddhanet.net/winton_s.htm)
- Hong, H., 2016. *Principles of Chinese Medicine. A Modern Interpretation*. Imperial College Press, London.
- Hong Z.H. 洪湛侯, 2002. *Shijing Xueshi 诗经学史*. Zhonghua Shuju, Peking.
- Hu, J. 胡笏, Zhong, X.Z. 钟习政, Chen C.L. 陈春蕾, 2009. *Kangjia Shimenzi Yanhua Beihou de Gushi 康家石门子岩画背后的故事*. Xinjiang Renwen Dili (Han), 6, 110–116.
- Jannini, E.A., Burri, A., Jern, P., Novelli, G., 2015. Genetics of human sexual behavior: Where we are, where we are going. *Sexual Medicine Reviews* 3 (2), 65–77. DOI: 10.1002/smri.46
- Kamndaya, M., Kazembe, L.N., Vearey, J., Kabiru, C.W., Thomas, L., 2015. Material deprivation and unemployment affect coercive sex among young people in the urban slums of Blantyre, Malawi: A multi-level approach. *Health & Place* 33, 90–100. DOI: 10.1016/j.healthplace.2015.03.001
- Keown, D., Prebish, C.S. (Eds.), 2010. *Encyclopedia of Buddhism*. Routledge, Abingdon, UK.
- Kurtz, J., 2011. *The Discovery of Chinese Logic*. Brill, Leiden.
- Laird, T., 2006. *The Story of Tibet. Conversations with the Dalai Lama*. Grove Press, New York.
- Ling, C.Q., Wang, L.N., Wang, Y., Zhang, Y.H., Yin, Z.F., Wang, M., Ling, C., 2014. The roles of traditional Chinese medicine in gene therapy. *Journal of Integrated Medicine* 12 (2), 67–75. DOI: 10.1016/S2095-4964(14)60019-4
- Lynn, R.J., 1994. *The Classic of Changes: A New Translation of the I Ching as Interpreted by Wang Bi*. Columbia University

- Press, New York.
- Maciocia, G., 2009. *The Psyche in Chinese Medicine: Treatment of Emotional and Mental Disharmonies with Acupuncture and Chinese Herbs*. Churchill Livingstone, London.
- Mitchell, M., 2012. Tantric and Taoist practices to improve sex. Both Tantric and Taoist principles consider sexual energy the same as life force. <https://www.psychologytoday.com/blog/heart-and-soul-healing/201210/tantric-and-taoist-practices-improve-sex>
- Pedersen, W., 2014. Forbidden Fruit? A Longitudinal Study of Christianity, Sex, and Marriage. *Journal of Sex Research* 51(5), 542–550. DOI: 10.1080/00224499.2012.753983
- Porto, R., 2014. Dépression et sexualité. *La Presse Médicale* 43 (10 Pt 1), 1111–1115. DOI: 10.1016/j.lpm.2014.07.001
- Pound, E., 1954. *The Classic Anthology Defined by Confucius*. Harvard University Press, Cambridge.
- Reid, D.P., 1989. *The Tao of Health, Sex & Longevity*. Simon & Schuster, London.
- Rossi, E., Caretto, L., 2007. *Shen: Psycho-Emotional Aspects of Chinese Medicine*. Churchill Livingstone (Elsevier), London.
- Ruan, F.F., 1991. *Sex in China. Studies in Sexology in Chinese Culture*. Springer Science+Business Media, New York.
- Rusk, B., 2012. *Critics and Commentators: The Book of Poems as Classic and Literature*. Harvard University Asia Centre, Cambridge.
- Saddhatissa, H., 1985. *The Sutta-Nipata*. Curzon Press, London.
- Sánchez, E.L., 2013. America's dumbest idea: creating multiple-choice test generation. *The Guardian*, 12. Nov. 2013.
- Shaw, M., 1994. *Passionate Enlightenment: Women in Tantric Buddhism*. Princeton University Press, Princeton, NJ.
- Smith, R.J. 2008. *Fathoming the Cosmos and Ordering the World: The Yijing and Its Evolution in China*. University of Virginia Press, Charlottesville.
- Smith, R.J., 2009. *The Book of Changes as a Mirror of the Mind: The Evolution of the Zhouyi in China and Beyond*. Paper for the Fourth International Conference of Analytical Psychology and Chinese Culture. Fudan University 复旦大学, Shanghai.
- Stevenson, A., 2014. British sex education: A messy history in ten awkward steps. [www.politics.co.uk/comment-analysis/2014/08/26/british-sex-education-a-messy-history-in-ten-awkward-steps](http://www.politics.co.uk/comment-analysis/2014/08/26/british-sex-education-a-messy-history-in-ten-awkward-steps)
- Stevenson, J.M., Bishop, J.R., 2014. Genetic determinants of selective serotonin reuptake inhibitor related sexual dysfunction. *Pharmacogenomics* 15 (14), 1791–1806. DOI: 10.2217/pgs.14.114
- Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W.W., McWhinney, I.R., McWilliam, C.L., Freeman, T.R., 2003. *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*. Radcliffe Medical Press, Abingdon, UK.
- Tamás, V., Kempler, P., 2014. Sexual dysfunction in diabetes. *Handbook of Clinical Neurology* 126, 223–232. DOI: 10.1016/B978-0-444-53480-4.00017-5
- The Book of Odes*, o.J. mit englischer und französischer Übersetzung unter: [wengu.tartarie.com/wg/wengu.php?I=Shijing](http://wengu.tartarie.com/wg/wengu.php?I=Shijing)
- Tran, C.N., Shoskes, D.A., 2013. Sexual dysfunction in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *World Journal of Urology* 31(4), 741–746. DOI: 10.1007/s00345-013-1076-5
- Virág, C., 2017. *The Emotions in Early Chinese Philosophy*. Oxford University Press, New York.
- Vlachopoulos, C., Jackson, G., Stefanadis, C., Montorsi, P., 2013. Erectile dysfunction in the cardiovascular patient. *European Heart Journal* 34 (27), 2034–2046. DOI: 10.1093/eurheartj/ehd112
- Walshe, M. O'., 1975. *Buddhism and Sex*. <http://www.accestoinsight.org/lib/authors/walshe/wheel225.html>
- Wang, B. 王炳华, 2007). *Xinjiang Fanggu Sanji 新疆仿古散记*. Zhonghua Shuju, Peking.
- Wang, Q.H., 2017. Chinas ancient sexual culture impacts modern sexual health idea. *The Journal of Sexual Medicine* 14 (5 Suppl 4), e.327.
- Wile, D., 1992. *Art of Bedchamber. The Chinese Sexual Yoga Classics Including Women's Solo Meditation Texts*. State University of New York Press, Albany, NY.
- Wu, K.M., 2001. *On Metaphoring. A Cultural Hermeneutic*. Brill, Leiden.
- Zhao, P.L. 赵沛霖, 1989. *Shijing Yanjiu Fansi 诗经研究反思*. Jiaoyu Chubanshe, Tianjin.

---

#### AutorInnen

An Lele 安乐乐 Kremer, Hochschule für Musik und Theater München, e-mail: [lele.kremer@googlemail.com](mailto:lele.kremer@googlemail.com)  
 Prof. Dr.Dr.Dr. Wolfgang Mastnak (chinesischer Name 老马), Klinikum der Tongji Universität Shanghai,  
 Shanghai Conservatory of Music, e-mail: [wolfgang.mastnak@hmtm.de](mailto:wolfgang.mastnak@hmtm.de)

---

# Die Medikalisierung der Sexualität und ihrer Störungen\*

Reinhard Maß

## The Medicalization of Sexuality and Sexual Disorders

### Abstract

The present text describes the profit-oriented influence of the pharmaceutical industry on the understanding of sexuality and sexual disorders. The understanding of sexuality is influenced by culture, and pharmaceutical marketing can be considered a strong cultural factor. When defining „healthy“ or „normal“ sexuality and what should be regarded as pathological deviations requiring treatment, the pharmaceutical industry prioritizes business interests over scientific aspects. With the aim of increasing or creating sales markets, it systematically pathologizes sexuality, and thus creates new harmful standards. This widespread application of the medical disease model to sexual problems is inappropriate and leads to a simplified, mechanistic understanding of sexuality that is scarcely compatible with a psychotherapeutic approach.

Keywords: Pharmaceutical industry, Medicalization of sexuality, Culture, Sex therapy

### Zusammenfassung

In diesem Text wird die profitorientierte Einflussnahme der Pharmaindustrie auf das Verständnis von Sexualität und sexuellen Störungen beschrieben. Das Verständnis von Sexualität ist sehr kulturabhängig, und das Pharma-Marketing kann als ein starker kultureller Faktor betrachtet werden. Bei der Definition dessen, was als „gesunde“ bzw. „normale“ Sexualität gelten darf und was als pathologische und behandlungsbedürftige Abweichung zu betrachten ist, werden nicht wissenschaftliche, sondern allein betriebswirtschaftliche Aspekte zugrunde gelegt. Mit dem Ziel, Absatzmärkte zu vergrößern oder zu schaffen, kommt es zu einer systematischen Pathologisierung von Sexualität. Hierdurch entstehen neue schädliche Normen. Die dabei massiv propagierte Anwendung des medizinischen Krankheitsmodells auf sexuelle Probleme ist unangemessen und führt zu einem simplifizierenden, mechanistischen Verständnis von Sexualität, welches mit einem psychotherapeutischen Herangehen kaum kompatibel ist.

Schlüsselwörter: Pharmaindustrie, Medikalisierung von Sexualität, Kultur, Sexualtherapie

## Einführung

Die New Yorker Sexualwissenschaftlerin Leonore Tiefer beschrieb die Medikalisierung der Sexualität als einen

„[...] Prozess sozialer Kontrolle, durch den festgelegte Normen menschlichen Verhaltens in einen medizinischen Diskurs eingebracht werden [...]. Bei der Medikalisierung von Sexualität werden sexuelle Normen im Rahmen von Gesundheit und Krankheit definiert, wobei man sich einer biowissenschaftlichen Sprache und der entsprechenden Rituale bedient [...]. Die Darstellung einer leicht verständlichen Sicht der Medikalisierung wird dann von autorisierten Experten und den Massenmedien übernommen“ (Tiefer, 2004, 122).

Die Definition von Krankheit ist ein zentraler Ansatzpunkt der Pharmaindustrie; sehr gern werden zuvor als normal geltende Körperfunktionen durch Verschiebung von Grenzwerten pathologisiert, oder es werden völlig neue Diagnosen geschaffen (Payer, 1992; Illich, 1995; Blech, 2004; Conrad, 2007; Schneider, 2013). Im Englischen hat sich dafür der Begriff „Disease Mongering“ eingebürgert.

Ist die neue Diagnose in der Welt, wird dafür so gleich eine geeignete Behandlungsmethode angeboten. Meistens handelt es sich um ein neues Medikament, für das ein Patentrechtsschutz besteht, so dass es zu einem oft exorbitant hohen Preis angeboten werden kann. Ziel der Pharmaindustrie ist die Profitmaximierung, zu diesem Zweck sollen neue Märkte geschaffen werden, in denen die eigenen Produkte abgesetzt werden können.

Ohne eine Vorstellung davon, was beispielsweise „normales sexuelles Verlangen“ ist, kann es keine Definition von „zu viel“ oder „zu wenig“ sexuellem Verlangen geben. Darum benötigt gerade die Pharmaindustrie Normwerte für sexuelles Erleben und Verhalten. „Normales sexuelles Verlangen“ ist jedoch kein wissenschaftlich definierter Terminus, sondern ein kulturelles Konstrukt. Hier eine Grenze zwischen gesund und krank zu ziehen, wäre ebenso, als würde man festlegen, was die richtige Länge eines Rockes ist.

Zur Medikalisierung sexueller Störungen gehört auch die ungerechtfertigte, weil verkürzende oder gar verfälschende Anwendung medizinischer Erklärungs-

\* Dieser Text ist eine Überarbeitung zweier Kapitel aus dem *Lehrbuch Sexualtherapie* (Maß & Bauer, 2016).

delle auf sexuelle Symptomentwicklungen. Medizinische Krankheitsmodelle sind per se nicht besser oder schlechter als psychologische Krankheitsmodelle. Entscheidend ist, welches Modell bei welcher Störung angewendet wird. Das medizinische Störungsmodell besagt, dass es einen eindeutig definierten Krankheitszustand gibt, z.B. eine Bronchitis, sowie eine eindeutige Ursache, z.B. eine Infektion mit Krankheitserregern; die Behandlung zielt auf die weitmögliche Wiederherstellung des vor der Infektion gegebenen Zustandes (Gesundheit) durch Bekämpfung der Ursache. Das Modell ist für die meisten somatischen Erkrankungen angemessen.

Angewandt auf sexuelle Störungen hat es jedoch erhebliche Nachteile, da es einseitig die biologisch-physiologischen Aspekte betrachtet und sämtliche psychischen und sozialen Faktoren ausblendet, obwohl sie ursächlich zumeist ein viel größeres Gewicht haben und als Behandlungsansatzpunkte von entscheidender Bedeutung sind. Das Ziel einer Sexual-Psychotherapie ist am Anfang meistens noch gar nicht klar, aber die Wiederherstellung des früheren Zustandes ist es meistens nicht, weil genau darin die Ursachen für die Herausbildung der Symptome liegen.

Das medizinische Störungsmodell ist beileibe nicht nur auf die Ärzteschaft beschränkt, vielmehr gibt es auch in der Psychotherapie Tendenzen, sich daran zu orientieren, wie es sich z.B. in der aktuellen Diskussion um „Nebenwirkungen von Psychotherapie“ (z.B. Linden & Strauß, 2012; Ladwig et al., 2014) zeigt. Auch viele Patienten, die psychotherapeutische Hilfe aufsuchen, haben zunächst ein medizinisches Störungsmodell im Sinn. Kanfer und Mitarbeiter weisen auf dessen negative Konsequenzen für die Selbstverantwortung der Patienten hin, da

„das medizinische Modell eine hierarchische Rollenverteilung impliziert, bei dem der Arzt als aktiver Experte auftritt, während sich der Patient passiv in eine Krankenrolle begibt und seine Verantwortung abgibt (bzw. ihm diese Verantwortung sogar aberkannt wird)“ (Kanfer et al., 2012, 65f).

Diese Rollenvorstellung kann eine von verschiedenen Grundüberzeugungen des Patienten über die Entstehung und Behandlung seiner Erkrankung sein, die als „Health Beliefs Models“ beschrieben worden sind (Rosenstock, 1974). Obwohl diese Überzeugungen dem Patienten zumeist nicht bewusst sind, haben sie erheblichen Einfluss auf den Verlauf und das Ergebnis seiner Psychotherapie.

## Sexualität als kulturelles Phänomen

Der seit den späten 1950er Jahren in den USA entwickelte Behandlungsansatz von Masters und Johnson implizierte, dass Sexualität natürlich und gut sei. Aus heutiger Sicht klingt das trivial, jedoch war diese Botschaft in den damaligen sexualrestriktiven Gesellschaften fast revolutionär. Das therapeutische „Permission Giving“ half den Paaren, sich von den hemmenden Moralvorstellungen ihrer Zeit zu lösen. Das Konzept war auch deswegen so wirksam, weil es die Paare von dem Druck befreite, funktionieren zu müssen, und sie hin zu Vergnügen und Genuss beim Sex führte.

Die Liberalisierung der westlichen Gesellschaften und insbesondere der Erfolg der Frauenbewegung führten zu einer Änderung der Geschlechterrollen. Die alten Stereotypen wurden teilweise aufgelöst, Frauen erlangten gesetzlich eine völlige, sozial eine weitgehende Gleichstellung mit den Männern. Frauen drängten zunehmend in zuvor allein von Männern besetzte Domänen. Die sexuelle Revolution hob viele restriktive Normen, denen Männer und Frauen unterworfen waren, weitgehend auf. Frauen haben heute in der Sexualität dieselben Rechte wie Männer, und sexuell ist heute alles gestattet, was freiwillig zwischen Erwachsenen erwünscht ist. Dass Homosexualität heute in den westlichen Gesellschaften nicht mehr, wie in früheren Zeiten, als Krankheit und/oder als Straftat gilt, liegt keineswegs an neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen o.Ä., sondern einzig und allein an der Liberalisierung der Sexualität, also an dem kulturellen Wandel.

Wenn im Bett alles legitim sein kann, was zwei Erwachsene freiwillig miteinander machen wollen, so muss dies auch ausgehandelt werden. Mit der sexuellen Liberalisierung ging somit die Tendenz einher, in die Sexualität eine *Political Correctness* einzuführen, die alles Unberechenbare, Riskante und Aggressive der Sexualität kontrollieren soll. Das funktioniert – bis zu einem gewissen Punkt. Die Verhandlungssexualität kann nach Clement (2004) auch eine gewisse Langeweile mit sich bringen.

## Kulturabhängigkeit des sexuellen Begehrens

Masters und Johnson behandelten Männer mit Erektionsstörungen und Ejaculatio praecox bzw. tarda sowie Frauen mit Vaginismus oder Orgasmusstörung; mangelndes sexuelles Verlangen war als Diagnose noch unbekannt. Sie tauchte erstmals 1980 im DSM-III als „Inhibited Sexual Desire Disorder“ auf. Auch bei der

Entwicklung des Hamburger Modells (Arentewicz & Schmidt, 1980) spielte mangelndes sexuelles Verlangen keine Rolle. Seither hat der Stellenwert dieses Phänomens allerdings rasant zugenommen. In einem Vergleich der in einer sexualtherapeutischen Ambulanz vorstellig gewordenen Fälle der Zeiträume 1975–1977 und 1992–1994 war der Anteil bei den Frauen von 8% auf 58% angestiegen, bei den Männern von 4% auf 16% (Schmidt, 1998). Hayes et al. (2007) fanden in einer umfangreichen Prävalenzstudie an europäischen (N = 1998) und US-amerikanischen (N = 1591) Frauen im Alter zwischen 20 und 70 Jahren in verschiedenen Altersgruppen für die „Hypoactive Sexual Desire Disorder“ Prävalenzraten von 6–13% (Europa) bzw. 12–19% (USA). Wie ist das zu verstehen?

Tiefer und Hall weisen auf die Kulturabhängigkeit dieses diagnostischen Konstrukts hin:

„We believe that there can *never* be a successful way to define good/normal/healthy/correct sexual desire outside of cultural standards for the simple reason that sexual desire is a product of human psychobiological development and expression permanently controlled, contained, and constructed by cultural context“ (Tiefer & Hall, 2010, 116).

Schmidt (1998) erklärt die Zunahme des mangelnden sexuellen Verlangens damit, dass hinter den „klassischen“ Funktionsstörungen auch früher immer schon ein „ich will nicht“ stand, das nur nicht eingestanden werden durfte. Gerade die Frauen haben sich mit der Emanzipation die Freiheit erkämpft, ihr fehlendes Interesse offen einzugestehen, statt in funktionelle Störungen „fliehen“ zu müssen. Schmidt nimmt außerdem an, dass Sexualität in vielen Partnerschaften als Ausdruck und Nachweis der Liebe verstanden und damit überfrachtet und erdrückt wird. Die womöglich wechselseitige Erwartung eines Paares, seine Liebe durch permanentes Begehren beweisen zu müssen, schafft einen Druck, der diesem Begehren sogar noch entgegenwirkt. Auch die Tabuisierung aggressiver Dynamik der Sexualität kann Erotik und Leidenschaft ersticken. Die Sanktionierung von sexueller Aggression als Ergebnis der Diskussion um das Geschlechterverhältnis hat demnach nicht bei den intolerablen Formen von offener Gewalt, Zwang und Ausbeutung haltgemacht, sondern undifferenziert auch andere Manifestationen sexueller Offensivität betroffen, die man früher z.B. forsch, fordernd, mutig, unziemlich oder flirtend genannt hat (vgl. Hollstein, 2004; Retzer, 2007).

Jedoch wäre es ein Fehler, die gewiss notwendige Rehabilitation der sexuellen Aggressivität als „Allheilmittel“ bei mangelndem sexuellen Verlangen zu betrachten. Allein schon deshalb, weil sich in der sexualtherapeutischen Praxis immer wieder zeigt, dass in der persönlichen Ent-

wicklungsgeschichte vieler Männer und Frauen die oben skizzierte gesamtgesellschaftliche sexuelle Liberalisierung nicht nachvollzogen wurde. Auch wenn in einer liberalen Gesellschaft mehr Möglichkeiten zur sexuellen Selbstbestimmung gegeben sind als früher, so bedeutet das nicht automatisch, dass diese Möglichkeiten auch von jedem einzelnen genutzt werden können. Weder die Botschaft von Kinsey, Masters, Johnson, Kaplan und anderen Aufklärern, dass Sex natürlich und gut ist, noch die Tabuisierung von Gewalt und Zwang sind in allen Köpfen angekommen. Insbesondere gilt das für Angehörige anderer Kulturkreise, in denen noch heute patriarchalisch-autoritäre Gesellschaftsformen existieren, die weder von einer sexuellen Revolution noch von einer emanzipatorischen Frauenbewegung erreicht wurden, z.B. viele Staaten mit islamischem Hintergrund.

## Einfluss der Pharmaindustrie auf Politik, Gesundheitswesen und Forschung

Das Wirken der Pharmaindustrie stellt eine besondere Form des kulturellen Einflusses auf die Sexualität dar. Diese erfolgt auf vielen Ebenen, teils legal oder in einem juristischen Graubereich, oft genug auch mit illegalen Methoden. Die staatlichen Kontrollmechanismen funktionieren nur mangelhaft (Avorn, 2007; Sieber, 2010). Die verfügbaren Finanzmittel der Pharmaindustrie sind nahezu unbegrenzt. Gagnon und Lexchin (2008) berichteten, dass US-amerikanische Hersteller von Medikamenten im Jahr 2004 insgesamt 57.5 Milliarden Dollar in Werbemaßnahmen investierten, etwa in die Verteilung kostenloser Produktproben, Anzeigen, Briefe, Besuche bei Ärzten und die Durchführung von Seminaren zur Vorstellung neuer Medikamente. Für Forschungs- und Entwicklungsausgaben wurden 31.5 Milliarden Dollar ausgegeben. Das bedeutet, die Firmen investierten von den 235.4 Milliarden Dollar, die sie 2004 durch den Verkauf ihrer Produkte eingenommen hatten, 24.4% in Werbung, aber nur 13.4% in Forschung und Entwicklung. Dabei stehen im Zweifelsfall die Marketinginteressen der Pharmaindustrie deutlich über ihren wissenschaftlichen Interessen. Ein zentraler Ansatzpunkt der Einflussnahme der Pharmaindustrie ist der Forschungsbetrieb (vgl. Maß, 2010); dabei geht es darum, die Ergebnisse von Wirksamkeitsstudien zu manipulieren oder Publikation unerwünschter Ergebnisse zu verhindern. Trotz eigentlich hoher methodischer Standards (RCT: Randomized Controlled Trial; gemeint sind Studiendesigns mit Placebo-Kontrollgruppe, randomisierter Zuweisung und Doppelblindbedingungen) gibt es bei den von der Pharma-

industrie unterstützen Studien Publikationstendenzen, die den mühsam aufgebauten Anschein wissenschaftlicher Objektivität ad absurdum führen (Melander et al., 2003).

So wird eine erfolgreiche Studie oft mehrfach publiziert, so, als handele es sich um mehrere Untersuchungen; Studien, in denen die Wirksamkeit eines Medikaments gezeigt wird, werden mit viel größerer Wahrscheinlichkeit publiziert als solche, in denen keine signifikanten Wunschergebnisse erscheinen (Turner et al., 2008). Diese Verzerrung führt zu einer systematischen und gewollten Überschätzung der Wirksamkeit der untersuchten Medikamente. Selbst Bemühungen, durch die Berücksichtigung nur methodisch hochwertiger Studien einen objektiven Eindruck der pharmakologischen Effekte zu erreichen, sind aufgrund dieser Publikationstendenzen in Frage gestellt, weil die nicht publizierten Studien, in denen keine Effekte nachweisbar waren, mit viel geringerer Wahrscheinlichkeit in den betreffenden Übersichtsarbeiten auftauchen. Auf diese Weise ermittelte empirische Wirksamkeitsnachweise beweisen in Wirklichkeit gar nichts (vgl. Revenstorf, 2014).

## Medikalisierung der Sexualität am Beispiel von *Pink Viagra*

Ein Wendepunkt des Prozesses der Medikalisierung der Sexualität war die Zulassung von Sildenafil (Viagra™, Pfizer, Inc.) durch die US-amerikanische Food and Drug Administration (FDA) im März 1998. Damit wurde die medizinische Sichtweise männlicher Sexualprobleme in der Öffentlichkeit lanciert und der schon vorher bestehende Anspruch der Urologie auf die Kontrolle der Versorgung aller Patienten mit sexueller Dysfunktion gefestigt.

Wie der Einfluss der Pharmaindustrie die sexuellen Normen verändert, wird von Conrad aufgezeigt:

„[...] impotence and sexual performance difficulties have in all likelihood been human afflictions for eons. But with the introduction of Viagra and its fellow medications for erectile dysfunction (ED), the expectations of sexual performance have grown, especially among older man. Men now can expect to be sexually active until well into old age, not always to the joy of their partners [...]. The medicalization of ED has changed expectations about male sexual performance“ (Conrad, 2007, 149f).

Viagra ist das meistverkaufte pharmazeutische Produkt aller Zeiten. Die Suche nach einer Entsprechung für die weibliche Sexualität hatte bei der Einführung von Viagra

bereits begonnen. Es gab frühe Versuche, neue Krankheitsbilder für Frauen zu definieren, die ein Analogon zur männlichen Erektionsstörung bildeten, z.B. Schwelungsinsuffizienz der Vagina oder erektile Insuffizienz der Klitoris (Park et al., 1997; vgl. Tiefer, 2004). Der Begriff „Female Sexual Dysfunction“ (FSD) wurde mit massiver Beteiligung durch die Pharmaindustrie geprägt (Basson et al., 2001) – ein Sammelbegriff, der für den Mediengebrauch wie geschaffen ist (vgl. Moynihan, 2003). Er klingt ähnlich wie der zuvor etablierte Begriff „Erectile Dysfunction“ (ED) und suggeriert, dass es sich um ein medizinisches Problem handelt, für das eine medizinische Lösung gefunden werden muss.

Gegen diese Versuche, die weibliche Sexualität zu medikalisieren, regte sich feministischer Widerstand. Unter dem Namen „New View“ wurde im Jahr 2000 eine Kampagne ins Leben gerufen, die sich den verzerrenden und übersimplifizierenden Botschaften der Pharmaindustrie über die menschliche Sexualität entgegenstellt ([www.newviewcampaign.org](http://www.newviewcampaign.org); vgl. Kaschak & Tiefer, 2002).

Dann wurde Flibanserin eingeführt, eine ursprünglich von Boehringer Ingelheim zur Behandlung von Depression entwickelte Substanz, die auf Serotonin-Rezeptoren teils agonistisch, teils antagonistisch wirkt. Da sich in klinischen Studien keine antidepressive Wirkung zeigte, wurde nach einem neuen Verwendungszweck gesucht. Dies hat nachvollziehbare Gründe. Bis ein neuer, potentieller Wirkstoff über die Synthetisierung des Moleküls, über Tierversuche und die Erprobung an freiwilligen Versuchspersonen etc. schließlich zum ersten Mal an Patienten eingesetzt wird („Phase-IV-Studien“), sind viele Jahre vergangen und Millionenbeträge in die Entwicklung investiert worden. Aufgrund bestimmter, zuvor beobachteter Nebenwirkungen wurde es schließlich bei Frauen mit mangelndem sexuellen Verlangen erprobt. Auch hier waren die Effekte so minimal und die potentiellen Risiken so groß, dass die FDA die Zulassung 2010 ablehnte und Boehringer im Oktober 2010 bekannt gab, keine weiteren Versuche machen zu wollen. Das US-amerikanische Unternehmen Sprout Pharmaceuticals übernahm dann die weitere Vermarktung von Flibanserin.

Eine wichtige Strategie von Sprout war dabei die „Even the Score“-Kampagne, die von Moynihan (2014) beschrieben wurde. „Even the Score“ bedeutet übersetzt etwa „das Gleichgewicht wiederherstellen“. Mit dem Habitus und den Formulierungen einer Frauenrechtsbewegung wird argumentiert, dass es für Männer 26 Medikamente zur Verbesserung sexueller Funktionen gebe, für Frauen jedoch kein einziges, obwohl 46% aller Frauen unter sexuellen Funktionsstörungen litten. Das sei eine Benachteiligung von Frauen, die das gleiche Recht auf sexuelle Gesundheit hätten wie Männer; der FDA wurde eine frauenfeindliche Haltung unterstellt.

Obwohl auf der Internetseite ([www.eventhescore.org](http://www.eventhescore.org)) der Anschein erweckt wird, als handle es sich um eine von vielen Verbänden getragene und breit aufgestellte feministische Bewegung, die den Frauen Amerikas eine Stimme geben will, wird die ganze Kampagne von Sprout finanziert und gesteuert. Das einzige Ziel war, durch den Sexismus-Vorwurf Druck auf die FDA auszuüben und eine Zulassung von Flibanserin durchzusetzen.

Tiefer et al. (2015) beschreiben die Vorgänge bei einer FDA-Konferenz, die vorentscheidend für die Zulassung von Flibanserin war. Sprout nutzte alle Möglichkeiten der Manipulation aus. Unter anderem wurden Patientinnen instrumentalisiert, die sich als „öffentliche Stimmen“ ausgaben, jedoch von ihren Ärzten geschickt, auf Kosten der Pharmaindustrie herangeschafft und für den Auftritt auf der Konferenz geschult worden waren.

Der so aufgebaute Druck verfehlte seine Wirkung nicht. Im August 2015 erfolgte die Zulassung durch die FDA. Flibanserin ist nun unter dem Namen Addyi™ in den USA erhältlich. Es wird bezeichnenderweise auch „Pink Viagra“ oder „Viagra für die Frau“ genannt; zwar wirkt Flibanserin völlig anders als ein PDE-5-Hemmer, aber der Wunschtraum der Pharmaindustrie kommt gut zum Ausdruck.

Was die tatsächliche Wirksamkeit von Flibanserin betrifft, so gibt es bereits ernüchternde Berichte. Jaspers et al. (2016) zeigen in einer Meta-Analyse, dass Flibanserin zu einer geringfügigen Zunahme befriedigender sexueller Ereignisse führt (knapp ein Ereignis in zwei Monaten), während die Betroffenen auf der anderen Seite über Nebenwirkungen wie Schwindel, Übelkeit und Müdigkeit klagen.

## Profitorientierte Definition sexueller Krankheitsbilder

Es ist in diesem Zusammenhang von Interesse, dass im DSM-5 – anders als z.B. im DSM-IV und in der ICD-10 – der Mangel an sexueller Appetenz bei Männern und Frauen unterschiedlich definiert wird. Für die Männer werden zwei diagnostische Merkmale genannt (Mangel an Gedanken/Phantasien sowie Mangel an Verlangen), die beide vorhanden sein müssen. Demgegenüber gibt es für die Frauen sechs Merkmale (mangelndes Interesse, Mangel an Gedanken/Phantasien, mangelnde Initiative, mangelnde Erregbarkeit während sexueller Aktivitäten, mangelnde Reaktion auf sexuelle Reize, Mangel an körperlichen Empfindungen während sexueller Aktivitäten), von denen mindestens drei gegeben sein müssen.

Es findet sich im DSM-5 keine Begründung für dieses Vorgehen. Rein statistisch folgt allerdings daraus, dass

es für eine Frau wahrscheinlicher ist, diese Diagnose zu bekommen. Wenn man annimmt, dass die beiden für Männer genannten Merkmale unabhängig voneinander sind und jeweils bei 10% der Normalbevölkerung vorkommen, so ergibt sich daraus, dass durchschnittlich 1% aller Männer das Kriterium für die Diagnose erfüllen. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung der USA sind das grob geschätzt ca. 1.000.000 männliche Personen zwischen 15 und 64 Jahren. Wenn man hinsichtlich der Verteilung dieselben Annahmen bei den sechs Merkmalen für die Frauen macht, so folgt aus der Forderung, dass drei oder mehr Merkmale vorliegen müssen, dass das Kriterium von 1.59% aller Frauen erfüllt wird. Allein aufgrund der unterschiedlichen Definition – unabhängig von inhaltlichen Erwägungen – wird die Diagnose bei Frauen mit einer um ca. 60% höheren Wahrscheinlichkeit gestellt werden. In den Vereinigten Staaten sind das ca. 1.600.000 weibliche Personen zwischen 15 und 64 Jahren, also ca. 600.000 mehr als bei den Männern.

Es sieht ganz so aus, als zeige sich auch hier die erfolgreiche Lobbyarbeit der Pharmaindustrie, die für das in den USA zugelassene Flibanserin eine geeignete Diagnose mit möglichst hoher Prävalenz benötigt. Diese Art von Einflussnahme der Pharmaindustrie auf die Definition und Klassifikation psychischer Krankheitsbildern (sowie auf die Leitlinien für deren Behandlung, die medizinische Ausbildung, die Fachkonferenzen etc.) ist nicht die Ausnahme, sondern die Regel (Rothman et al., 2009; Norris et al., 2011; Cosgrove & Krinsky, 2012).

Ein weiteres aktuelles Beispiel für die von der Pharmaindustrie betriebene Medikalisierung sexueller Symptome findet man bei der Ejaculatio praecox. Dapoxetine ist ein SSRI, das seit April 2009 in Deutschland zur Behandlung des vorzeitigen Samenergusses zugelassen ist und unter dem Handelsnamen Priligy™ von der Janssen-Cilag GmbH vertrieben wird. Auf einer Homepage von Janssen-Cilag heißt es dazu:

„Im Gegensatz zu Erektionsstörungen ist der vorzeitige Samenerguss ein Problem, das in allen Alterskategorien vorkommt. Schätzungsweise 20% aller Männer leiden darunter [...]. Lange Zeit wurde vorzeitiger Orgasmus als eine sexuelle Erkrankung mit einer psychischen Ursache betrachtet, die mit Verhaltenstherapie behandelt werden musste. Die Vorstellung, dass das Problem ‚im Kopf‘ verankert sei und durch Übung und Gespräche gelöst werden könne, hat jedoch zu großer Enttäuschung und viel Verdruss geführt. So mancher Mann mit vorzeitigem Samenerguss, der diese Art der Hilfe gesucht hat, hat enttäuscht feststellen müssen, dass Psychotherapie nicht hilft, den Samenerguss zu verzögern. Wissenschaftliche Untersuchungen der letzten Jahre haben

inzwischen gezeigt, dass der vorzeitige Samenerguss ein (neuro)biologisches Phänomen ist, das mit Priligy adäquat behandelt werden kann.“

An anderer Stelle ist zu lesen, dass Ejaculatio praecox „[...] von Medizinern durch eine Zeit ab Beginn des Geschlechtsverkehrs bis zur Ejakulation von maximal zwei Minuten [...] definiert“ werde (siehe auch die Werbekampagne [www.laenger-geniessen.de](http://www.laenger-geniessen.de)). Das Kriterium von zwei Minuten ist willkürlich; in den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 und im DSM-IV werden für die Ejaculatio praecox gar keine Zeitkriterien angegeben. Sommer und Korda schreiben Ähnliches im Vorwort ihres Buches, *Ejaculatio praecox* (2010):

„Lange Zeit glaubte man, dass die vorzeitige Ejakulation das Resultat einer psychosomatischen Störung sei, entsprechend spielten für viele Jahre verhaltenstherapeutische Maßnahmen eine Schlüsselrolle in der Behandlung der Ejaculatio praecox. In den letzten Jahren hat sich der Fokus zunehmend auf die neurobiologische Ebene verlegt und der erstmalige Zulassung einer medikamentösen Therapie für die vorzeitige Ejakulation lässt uns hoffnungsvoll in die Zukunft blicken.“

Das Werk von Sommer und Korda soll wie ein Fachbuch wirken, wurde jedoch von Janssen-Cilag finanziert und gleicht inhaltlich einem aufwendigen Werbespektakel. Abgesehen davon, dass mit Prävalenzangaben wie „20% aller Männer“ mehr als vier Millionen Männer in Deutschland zu Kranken erklärt werden, werden in den Texten eine Vielzahl systematischer Falschinformationen und implizite Normvorstellungen vermittelt:

- eine Ejakulation darf nicht früher als zwei Minuten nach Coitusbeginn erfolgen;
- Ejaculatio praecox ist eine neurobiologische, keine psychische Erkrankung;
- Ejaculatio praecox muss pharmakologisch, nicht psychologisch behandelt werden.

Allen J. Frances, ein US-amerikanischer Psychiater, der federführend am DSM-IV mitgearbeitet hat, übt massive Kritik am DSM-5. Er befürchtet, dass mit dem DSM-5 die diagnostischen Grenzen der Pathologie in vielen Fällen weit in das bisher als gesund geltende hinein verschoben werden, so dass es zu einer Übertherapie kommt (Frances, 2013). Dazu passt, dass das DSM-5 erstmals ein Zeitkriterium für die Diagnose der Ejaculatio praecox enthält. Zwar handelt es sich dabei um eine Minute, nicht um zwei, dennoch kann dies als Erfolg der Lobbyarbeit der Pharmaindustrie betrachtet werden. Eine objektive

wissenschaftliche Begründung für irgendeinen Grenzwert gibt es nicht.

Conrad hat auf die Tatsache hingewiesen, dass die Anzahl der diagnostizierbaren psychischen Störungen von 106 Diagnosen im DSM-I (1952) auf 297 Diagnosen im DSM-IV (1994) zugenommen hat (Conrad, 2007). Dieser Anstieg hat wenig zu tun mit wissenschaftlichem Fortschritt und neu entdeckten Krankheiten, analog etwa zur Zoologie, in der immer wieder neue Spezies entdeckt werden. Psychische Störungen sind mehr oder weniger modifizierbare Konstrukte, keine objektiv identifizierbaren Einheiten. Die inflationäre Zunahme der Diagnosen kann also ebenfalls als Hinweis auf die Tendenz zu Medikalisierung interpretiert werden.

## Medikalisierung der Psychotherapie

Die Hauptgefahr der Medikalisierung ist nicht die massenweise Verordnung überflüssiger Medikamente, die bestenfalls keinen Nutzen haben, möglicherweise aber auch Schaden anrichten. Bedeutend schlimmer und folgenreicher ist die mit der Medikalisierung einhergehende Simplifizierung von psychologischen Krankheitskonzepten – insbesondere dann, wenn es sich um psychische Störungen und sexuelle Symptome handelt. Minderungen des sexuellen Verlangens von Frauen werden z.B. als eine Stoffwechselstörung des Gehirns betrachtet, eine Imbalance im serotonergen Neurotransmittersystem. Die psychologische Bedeutung des Symptoms ist bei der medikalisierten Perspektive irrelevant. Medikalisierung ist die gezielte Absage an das Verstehen des Zusammenhangs, in dem ein Symptom steht, die Negierung möglicher Bedeutungen und Funktionen eines Symptoms. Es ist zu befürchten, dass die politisch gewollte und bereits beschlossene „ordnungspolitischen Angleichung“ der Psychotherapieausbildung an die anderen heilkundlichen Tätigkeitsfelder (Medizin, Zahnmedizin und Pharmazie) zu einer grundlegenden Medikalisierung der Psychotherapie führen wird. Diese sogenannte Direktausbildung wird von vielen Experten äußerst kritisch beurteilt (Übersicht bei Sulz, 2014; 2015).

Auch für die Methodik der Psychotherapieforschung besteht die Gefahr der Medikalisierung. Revenstorf (2014) weist auf die massiven methodischen Probleme hin, die sich ergeben, wenn das pharmakologische RCT-Paradigma auf die Untersuchung der Effekte von Psychotherapie übertragen wird. Um ein einfaches Beispiel zu nennen: Die randomisierte Zuordnung zu Untersuchungsgruppen wäre bei einer Psychotherapiestudie sinnlos und realitätsfern, da die Entscheidung eines Patienten und eines Psychotherapeuten, sich auf die therapeutische Beziehung einzulassen, alles andere als ein zufälliger Vorgang ist.

Die Übertragung pharmakotherapeutischer Terminologie auf die Psychotherapie birgt das Risiko, implizit auch die dahinterliegenden, aber inadäquaten Konzepte zu übernehmen. Es ist seit einiger Zeit üblich geworden, von „Risiken und Nebenwirkungen“ der Psychotherapie zu sprechen (s.o.). Es gibt auch ein Themenheft der Zeitschrift *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* (Heft 3/2012) mit dem Schwerpunkt „Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie“. Weder die Herausgeberin der Zeitschrift, die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), noch die Autoren stehen auch nur im Geringsten im Verdacht, Interessenvertreter der Pharmalobby zu sein. Dennoch suggeriert die Formulierung „Risiken und Nebenwirkungen“, dass man die Gabe eines Medikaments mit dem komplexen Geschehen in einer Psychotherapie vergleichen könnte.

Eine medikalisierte Sprache kann zu medikalisiertem Denken führen. Der psychotherapeutische Prozess verläuft aber oft unvorhersehbar und ist in weiten Teilen ergebnisoffen; die Unterscheidung zwischen Wirkung und Nebenwirkung ist daher nicht leicht, vielleicht sogar sinnlos. Es kann nicht das Ziel sein, bestimmte Normen und Standards zu erfüllen, vielmehr geht es um Selbstbestimmung. Um entscheiden zu können, welche Ziele man sich im Rahmen einer Sexualtherapie setzt, muss man seine eigenen Bedürfnisse und Grenzen kennen. Viele Patienten sind am Anfang einer Therapie dazu nur begrenzt in der Lage – dieser Umstand hat oft sogar zur Entwicklung der Störung beigetragen.

Wenn ein Patient im Verlauf einer Therapie neue Einsichten gewonnen hat und nun z.B. besser auf seine Grenzen achtet, so wird dies nicht nur zum Rückgang jenes Symptoms führen, welches der Anlass für den Beginn der Therapie war (z.B. ein Libidoverlust), fast zwangsläufig wird diese Veränderung auch Auswirkungen in anderen Lebensbereichen haben (z.B. Trennung aus einer unglücklichen Ehe, Kündigung eines Arbeitsplatzes), die zu Beginn der Therapie nicht absehbar waren. Clement und Schmidt (1986) berichteten, dass drei Jahre nach Abschluss einer Sexualtherapie 15% aller Paare sich getrennt hatten und die Partner symptomfrei in anderen Beziehungen lebten. Ist die Trennung eine Nebenwirkung? Ist dieses Therapieergebnis ein Erfolg oder ein Misserfolg? Im Verlauf des psychotherapeutischen Änderungsprozesses treten unvermeidlich auch heftige aversive Emotionen wie Angst, Wut oder Traurigkeit auf, aber es wäre absurd, dies als unerwünschte Nebenwirkungen einzuordnen.

Wir halten es für zwingend notwendig, die Auswirkungen von Psychotherapie umfassend zu untersuchen, dabei insbesondere auch die Therapiemisserfolge zu analysieren (z.B. Jacobi et al., 2011), Indikationen kritisch zu hinterfragen, Übergriffe aufzudecken (Schleu, 2014) und sich mit Behandlungs- und Kunstfehlern auseinanderzu-

setzen (Ruff et al., 2011). Dies muss aber auf einem der Komplexität des psychotherapeutischen Geschehens angemessenen theoretischen Niveau und mit einer adäquaten wissenschaftlichen Methodik und unabhängig von Profitinteressen geschehen.

## Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie?

In vielen sexualtherapeutischen Konzepten wird die gleichzeitige Anwendung pharmakologischer und psychologischer Interventionen empfohlen (Beier & Loewit, 2004; Gehrig, 2010; Hartmann, 2017). Das klingt zwar vernünftig, ist aber mit Problemen verbunden. Denn die damit implizit vermittelten Krankheitsmodelle stehen potentiell in Widerspruch zueinander.

Mangelndes sexuelles Verlangen der Frau ist, wie oben ausgeführt, im medizinischen Krankheitsmodell die Folge einer Hirnstoffwechselstörung im serotonergen Neurotransmittersystem. Das Flibanserin soll diese chemische Imbalance korrigieren. Die Patientin ist in der passiven Rolle, die Verantwortung für den Therapieerfolg liegt beim Arzt bzw. beim Medikament. Aus psychologischer Sicht kann das mangelnde sexuelle Verlangen z.B. die Folge eines chronischen Beziehungskonflikts, eines Autonomie-Abhängigkeits-Konflikts oder einer Überforderung durch mangelnde Abgrenzungsfähigkeit u.a. sein; auch die ökonomischen Rahmenbedingungen können eine Rolle spielen (Christensen et al., 2011).

Die psychologische Behandlung fordert daher die Bereitschaft der Patientin, bisherige Denk- und Verhaltensmuster zu hinterfragen und ggf. zu verändern, sie muss dabei aktiv mitwirken und die Angst vor Veränderung tolerieren. Der Therapeut bzw. die Therapeutin sagt ihr nicht, was das Ziel der Behandlung ist, die Verantwortung auch dafür liegt bei der Patientin.

Weil die Rolle des Patienten im medizinischen Krankheitsmodell völlig anders als im psychologischen ist, sind beide Modelle schwer in Einklang zu bringen. Sehr leicht ist mit der Pharmakotherapie eine implizite Einladung zu Passivität und Verantwortungsdelegation verbunden, welche den Erfolg der Psychotherapie erschwert.

## Das Oberbergische Modell der Sexualtherapie

Das Oberbergische Modell (Maß & Bauer, 2016) ist eine Modifikation des Masters-Johnson-Ansatzes, bei dem der Sensate Focus von zentraler Bedeutung ist. Dabei sind aktuelle empirische Befunde zum Hamburger Modell ebenso eingeflossen wie konzeptuelle Überlegungen. Die Erfolge von Masters-Johnson-Therapien bei gestörtem sexuellen Verlangen fallen häufig schwächer aus als bei den „klassischen“ Funktionsstörungen (de Amicis et al., 1985; Hawton et al., 1991; Maß, 2016; Maß & Briken, 2017). Eine Erklärung dafür ist, dass das therapeutische „Permission Giving“ von Masters und Johnson unter den Bedingungen einer sexualrestriktiven Gesellschaft ein wesentlicher Wirkfaktor ist (Clement, 2004). In der „post-sexualrevolutionären“ Gesellschaft ist diese Erlaubnis nicht nur überflüssig, weil bereits gegeben, vielmehr kann sie den Druck auf die betroffenen Paare noch verstärken.

Ein wesentliches Merkmal des Oberbergischen Modells ist die von Weiner und Avery-Clarke (2014) empfohlene Aufteilung der initialen Sensate-Focus-Übungen in zwei Phasen: In Phase I geht es explizit nicht um die Herbeiführung von Genuss und Entspannung, sondern zunächst um Achtsamkeit und Akzeptanz, auch und gerade hinsichtlich der aversiven Zustände, die bei einem Paar auftreten können. Dies kann insbesondere bei mangelndem sexuellen Verlangen hilfreich sein. Denn gerade diese Patientinnen und Patienten leiden zumeist unter dem Problem, ein Gefühl entwickeln zu sollen, dass sich spontan nicht einstellt („Response Anxiety“; Apfelbaum, 1988). Es passiert in einer Therapie allzu leicht, dass sich diese Zwangssituation wiederholt, indem die Patienten sich unter den Druck setzen, den Sensate Focus positiv zu erleben (Eck, 2014), wobei auch Therapeuten unbeabsichtigt zu diesem Druck beitragen können. Erst ab Phase 2 werden die Paare aufgefordert, im Sensate Focus gezielt für Entspannung und Wohlbefinden zu sorgen.

Was den Einsatz von Psychopharmaka im Rahmen einer Sexualtherapie nach dem Oberbergischen Modell betrifft, so sind wir aus den o.g. Gründen sehr skeptisch.

### Fallbeispiel: Folgen einer inadäquaten Anwendung des medizinischen Krankheitsmodells auf ein sexuelles Problem

Der 56-jährige Patient Herr A. erschien wegen mangelnden sexuellen Verlangens in der Sprechstunde. Er sei gut drei Jahre zuvor wegen eines Prostata-Karzinoms

operiert worden. Danach habe er seine Erektionsfähigkeit weitgehend verloren. Bis dahin habe er ca. zweimal pro Woche mit seiner Frau verkehrt. Vom Urologen seien ihm zunächst PDE-5-Hemmer verschrieben worden. Diese hätten zu schwachen, aber zum Coitus hinreichenden Erektionen geführt. Die Nebenwirkungen (Kopfschmerzen, Mundtrockenheit) hätten ihn nicht gestört, der Umstand, sich zum Sex mit seiner Frau verabreden zu müssen, allerdings um so mehr. Seiner Frau habe das nichts ausgemacht, aber er sei sich wie ein „Bittsteller“ vorgekommen.

Er habe dann die Schwellkörper-Autoinjektionstherapie (SKAT) probiert, hierbei seien die Erektionen stärker gewesen, er sei jedoch für jede Spritze zum Arzt gefahren, so dass es für ihn „das Gleiche in grün“ gewesen sei, außerdem habe er die Injektionen selbst bezahlen müssen. Daher habe er sich in Absprache mit seiner Frau ein knappes Jahr nach der Prostataoperation eine Penisprothese einsetzen lassen. Damit habe er jederzeit eine Erektion herbeiführen können und sei anfangs sehr zufrieden gewesen. Inzwischen sehe er an diesen Erektionen „nichts Menschliches mehr“. Er habe keine Ejakulationen mehr, nach einiger Zeit sei beim Orgasmus Urin ausgetreten. Für seine Frau sei auch das kein Problem, sie habe vorgeschlagen, Kondome zu verwenden. Ein halbes Jahr nach dem Einsetzen der Penisprothese habe er sein sexuelles Verlangen verloren; die Initiative gehe nur noch von seiner Frau aus.

Aus seiner weiteren Vorgeschichte berichtet der Patient, dass er 22 Jahre lang als Anlagenführer in einer Schmiede gearbeitet habe. Er leide seit Jahren unter Bandscheibenproblemen, sei zweimal operiert worden (zuletzt vor fünf Jahren), habe weiterhin Beschwerden (Schmerzen, Taubheit im rechten Bein, er nehme deswegen bis heute täglich Schmerzmittel), eine dritte Operation stehe derzeit im Raum. Ihm sei vor vier Jahren wegen der vielen Krankheitszeiten gekündigt worden, noch heute sei er deswegen wütend auf seinen damaligen Vorgesetzten. Er habe über Jahre viele Auseinandersetzungen geführt (Arbeitsamt, MDK), zeitweise Geldsorgen gehabt, habe letztendlich vor drei Monaten erfahren, dass er rückwirkend frühberentet werde.

Er sei seit der Prostata-Operation depressiv, werde seit einem Jahr mit Duloxetin behandelt (z.Zt. 60 mg/die), sei vor einem halben Jahr für sechs Wochen in teilstationärer psychiatrischer Behandlung gewesen. Seine Frau arbeite seit vier Jahren in der Altenpflege, inzwischen in Vollzeit. Er habe „die Rolle der Frau“ übernommen, kümmere sich um den Haushalt und den 14-jährigen Sohn.

In einem psychologischen Krankheitsmodell kann das mangelnde sexuelle Verlangen, mit dem Herr A. in die Sprechstunde kam, als Folge einer massiven Schwä-

chung seines männlichen Selbstbildes durch zahlreiche Verluste der letzten Jahre verstanden werden. Der Patient verlor mit seiner körperlichen Gesundheit und Kraft (Bandscheibenprobleme, Prostata) und seiner Arbeit wesentliche Quellen von Bestätigung, er trat seine traditionelle Rolle als Versorger der Familie und „Mann im Haus“ faktisch an seine Frau ab.

Dies alles erlebte er als wiederholte narzisstische Kränkung, er entwickelte ein erhebliches Wut- und Empörungspotential, welches indirekt in Form der Depression zum Ausdruck kommt, die viel Verbitterung aufweist. So kann das mangelnde Verlangen auch als eine Art der indirekten Verweigerung interpretiert werden. Denn seine Wut kann sich auch auf seine Frau richten, die scheinbar problemlos alle Schwierigkeiten meistert und ihn umso mehr mit seinen Unzulänglichkeiten konfrontiert. (Zusätzlich kann die Libidominde- rung auch als Nebenwirkung des Antidepressivums interpretiert werden, obwohl eine Dosisreduktion von 90 auf 60 mg/die keine Änderung zeigte.)

Während für die Behandlung des Prostata-Karzinoms und der resultierenden Erektionsstörung das medizinische Krankheitsmodell angemessen erscheint, war es für das Verständnis der nachfolgenden Probleme nicht adäquat. Die Anwendung eines psychologischen Modells hätte an mindestens zwei Stellen zu anderen Konsequenzen geführt. Erstens: Der Patient hatte von dem PDE-5-Hemmer ausreichend profitiert. Das einzige Problem war, dass er sich zum Sex mit seiner Frau verabreden musste; er fühlte sich damit als Bittsteller und lehnte diese subjektive Rolle ab. Möglicherweise hätten einige Paargespräche genügt, hier einen Perspektivenwechsel herbeizuführen, vielleicht wäre auch eine längere Einzeltherapie notwendig gewesen, welche auf das Selbstwertproblem von Herrn A. zielt. Zweitens: Der Versuch mit der SKAT scheiterte, weil der Patient die Injektionen nicht selbst vornahm, wie es eigentlich sein soll. Es ist unklar, wieso der behandelnde Arzt sich darauf einließ, die Paarsexualität zu einem öffentlichen Ereignis zu machen, was für Herrn A. natürlich unerträglich beschämend war. Eine entsprechende ärztliche Anleitung und ggf. beratende Gespräche hätten vermutlich genügt, Herrn A. oder seine Frau in die Lage zu versetzen, die Injektionen selbst vorzunehmen. Stattdessen wurden in einem invasiven chirurgischen Eingriff die eigentlich funktionsfähigen Schwellkörper entfernt.

Nun ist der Patient jederzeit in der Lage, auf mechanischem Wege Erektionen beliebiger Dauer zwar herbeizuführen. Da bei dem ganzen Procedere alle psychischen Aspekte grob vernachlässigt wurden, ging diese Rechnung nicht auf, und er verlor sein sexuelles Verlangen.

## Literatur

- Apfelbaum, B., 1988. An ego-analytic perspective on desire disorders. In: Leiblum, S.R., Rosen, R.C. (Hg.). *Treating Sexual Desire Disorders*. Guilford Press, New York/London, 75–104.
- Arentewicz, G., Schmidt, G. (Hg.), 1980. *Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie*. Springer, Berlin/Heidelberg/New York.
- Avorn, J., 2007. Paying for drug approvals – who’s using whom? *New England Journal of Medicine* 356 (17), 1697–1700.
- Basson, R., 2001. Human Sex-Response Cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy* 27 (1), 33–43.
- Beier, K.M., Loewit, K., 2004. *Lust in Beziehung. Einführung in die Sexualtherapie*. Springer, Berlin.
- Blech, J., 2004. *Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden*. Fischer, Frankfurt.
- Christensen, B.S., Grønbaek, M., Osler, M., Pedersen, B.V., Graugaard, C., Frisch, M., 2011. Sexual Dysfunctions and Difficulties in Denmark: Prevalence and Associated Sociodemographic Factors. *Archives of Sexual Behavior* 40 (1), 121–132.
- Clement, U., 2004. *Systemische Sexualtherapie*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Clement, U., Schmidt, G., 1986. Therapieergebnisse. In: Arentewicz, G., Schmidt, G. (Hg.). *Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie*. Zweite, neu bearb. Aufl. Springer, Berlin/Heidelberg/New York, 61–112.
- Conrad, P., 2007. *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Cosgrove, L., Krinsky, S., 2012. A comparison of DSM-IV and DSM-5 panel members’ financial associations with industry: A pernicious problem persists. *Public Library of Science (PLoS)*. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001190
- de Amicis, L.A., Goldberg, D.C., LoPiccolo, J., Friedman, J., Davies, L., 1985. Clinical follow-up of couples treated for sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior* 14 (6), 467–489.
- Eck, A., 2014. *Der erotische Raum. Weibliches Begehren in der systemischen Sexualtherapie*. Zeitschrift für Sexualforschung 27 (3), 258–277.
- Frances, A., 2013. *Saving Normal. An insider’s look at what caused the epidemic of mental illness and how to cure it*. William Morrow, New York. Dt. Ü.: *Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen*, 2013. DuMont, Köln.
- Gagnon, M.A., Lexchin, J., 2008. The Cost of Pushing Pills: A New Estimate of Pharmaceutical Promotion Expenditures in the United States. *Public Library of Science (PLoS)*. *Medicine* 5(1): e1. DOI:10.1371/journal.pmed.0050001
- Gehrig, P., 2010. Erektionsstörung – erektile Dysfunktion – ED. *Sexualtherapie und Sexualberatung*. In: Gehrig, P., Bischof, K. (Hg.). *Leitfaden Sexualberatung für die ärztliche Praxis*. Pfizer AG, Zürich.
- Hartmann, U. (Hg.), 2017. *Sexualtherapie. Ein neuer Weg in Theorie und Praxis*. Springer, Berlin.
- Hawton, K., Catalan, J., Fagg, J., 1991. Low sexual desire: Sex therapy results and prognostic factors. *Behaviour Research and Therapy* 29 (3), 217–224.
- Hayes, R.D., Dennerstein, L., Bennett, C.M., Koochaki, P.E., Leiblum, S.R., Graziottin, A., 2007. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertility and Sterility* 87 (1), 107–112.
- Hollstein, W., 2004. *Geschlechterdemokratie. Männer und Frauen: Besser miteinander leben*. Verlag für Sozialwissenschaften,

- Wiesbaden.
- Illich, I., 1995. *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisation des Lebens*. Beck, München.
- Jacobi, F., Uhmann, S., Hoyer, J., 2011. Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 40 (4), 246–256.
- Jaspers, L., Feys, F., Bramer, W.M., Franco, O.H., Leusink, P., Laan, E.T.M., 2016. Efficacy and safety of flibanserin for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association – Internal Medicine* 176 (4), 453–462.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H., Schmelzer, D., 2012. *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (5., korrig. und durchges. Auflage). Springer, Berlin/New York.
- Kaschak, L., Tiefer, L. (Hg.), 2002. *A New View of Women's Sexual Problems*. Routledge, London.
- Ladwig, I., Rief, W., Nestoriuc, Y., 2014. Welche Risiken und Nebenwirkungen hat Psychotherapie? – Entwicklung des Inventars zur Erfassung Negativer Effekte von Psychotherapie (INEP). *Verhaltenstherapie* 24, 252–263.
- Linden, M., Strauß, B. (Hg.), 2012. *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Maß, R., 2010. Wes Brot ich ess', des Lied ich sing. Anmerkungen zur Bedeutung von Sponsoring und anderen Zuwendungen der Pharmaindustrie. *Zeitschrift für Sexualforschung* 23 (2), 165–169.
- Maß, R., 2016. Zum Prinzip der Selbstverantwortung beim Hamburger Modell der Sexualtherapie. Eine Hypothese zur Erklärung der eingeschränkten Wirksamkeit des Hamburger Modells bei Störungen des sexuellen Verlangens. *Familiendynamik* 41 (1), 62–69.
- Maß, R., Bauer, R., 2016. *Lehrbuch Sexualtherapie*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Maß, R., Briken, P., 2017. Evaluation of the Hamburg model of couple therapy in the treatment of low sexual desire and vaginismus. A prospective group comparison. *Sexual and Relationship Therapy* 32 (1), 46–57.
- Melander, H., Ahlqvist-Rastad, J., Meijer, G., Beermann, B., 2003. Evidence based medicine – selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: Review of studies in new drug applications. *British Medical Journal* 326, 1171–1173.
- Moynihan, R., 2003. The making of a disease: Female sexual dysfunction. *British Medical Journal* 326, 45–47.
- Moynihan, R., 2014. Evening the score on sex drugs: Feminist movement or marketing masquerade? *British Medical Journal* 349:g6246. DOI: 10.1136/bmj.g6246
- Norris, S.L., Holmer, H.K., Ogden, L.A., Burda, B.U., 2011. Conflict of interest in clinical practice guideline development: A systematic review. *Public Library of Science (PloS) One*. DOI: 10.1371/journal.pone.0025153
- Park, K., Goldstein, I., Andry, C., Siroky, M.B., Krane, R.J., Azadzoi, K.M., 1997. Vasculogenic female sexual dysfunction: The hemodynamic basis for vaginal engorgement insufficiency and clitoral erectile insufficiency. *International Journal of Impotence Research* 9, 27–37.
- Payer, L., 1992. *Disease-mongers: How doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick*. Wiley & Sons, New York.
- Retzer, A., 2007. *Systemische Paartherapie. Konzepte – Methode – Praxis*. 3. durchges. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Revenstorf, D., 2014. Das Kuckucksei. Über das pharmakologische Modell in der Psychotherapie-Forschung. In: Sulz, S. (Hg.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* CIP-Medien, München, 126–152.
- Rosenstock, I., 1974. Historical origins of the health belief model. *Health Education & Behavior* 2 (4), 328–335.
- Rothman, D.J., McDonald, W.J., Berkowitz, C.D., Chimonas, S.C., deAngelis, C.D., Hale, R.W., Nissen, S.E., Osborn, J.E., Scully Jr., J.H., Thomson, G.E., Wofsy, D., 2009. Professional medical associations and their relationships with industry. A proposal for controlling conflict of interest. *Journal of the American Medical Association* 301(13), 1367–1372.
- Ruff, W., von Ekesparre, D., Grabenstedt, Y., Kaiser-Livne, M., Längl, W., Nagell, W., 2011. Behandlungs- und Kunstfehler in der Psychoanalyse. *Forum der Psychoanalyse* 27 (1), 43–60.
- Schleu, A., 2014. Sexuelle Übergriffe in der Psychotherapie. Prävention, Beratung und Lösungsansätze. *Psychotherapie im Dialog* 15 (1), 54–57.
- Schmidt, G., 1998. „Wir sehen immer mehr Lustlose!“ Zum Wandel sexueller Klagen. *Familiendynamik* 23 (4), 348–365.
- Schneider, W., 2013. Medikalisation sozialer Prozesse. *Psychotherapeut* 58 (3), 219–236.
- Sieber, U., 2010. *Gesunder Zweifel: Einsichten eines Pharmakritikers – Peter Sawicki und sein Kampf für eine unabhängige Medizin*. Berlin Verlag, Berlin.
- Sommer, F., Korda, J.B., 2010. *Ejaculatio praecox*. UNI-MED-Verlag, Bremen/London/ Boston.
- Sulz, S. (Hg.), 2014. *Von der Psychotherapie-Wissenschaft zur Kunst der Psychotherapie*. CIP-Medien, München.
- Sulz, S. (Hg.), 2015. *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* CIP-Medien, München.
- Tiefer, L., 2004. Offensive gegen die Medikalisation weiblicher Sexualprobleme. *Familiendynamik* 29 (2), 121–138.
- Tiefer, L., Hall, M., 2010. A skeptical view of desire norms and disorders promotes clinical success. In: Leiblum, S.R. (Hg.). *Treating sexual desire disorders. A clinical casebook*. Guilford Press, New York/London, 114–132.
- Tiefer, L., Laan, E., Basson, R., 2015. Missed opportunities in the patient-focused drug development public meeting and scientific workshop on female sexual dysfunction held at the FDA, October 2014. *Journal of Sex Research* 52 (6), 601–603.
- Turner, E.H., Matthews, A.M., Linardatos, E., Tell, R.A., Rosenthal, R., 2008. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine* 358 (3), 252–260.
- Weiner, L., Avery-Clark, C., 2014. *Sensate Focus: Clarifying the Masters and Johnson's model*. *Sexual and Relationship Therapy* 29 (3), 307–319.

---

#### Autor

Prof. Dr. phil., Dipl. Psych. Reinhard Maß, Zentrum für Seelische Gesundheit Marienheide, Leppestraße 65-67, 51709 Marienheide, e-mail: reinhard.mass@klinikum-oberberg.de

---

# Der Alltagstest als Vorbedingung für geschlechtsangleichende Maßnahmen aus Sicht transsexueller Menschen – eine quantitative und qualitative Erhebung

Mira Werndl, Katrin Schulz, Claudia Luck-Sikorski

## The „Real Life Experience“ („Alltagstest“) as Prerequisite for Sex Reassignment Treatment – A Quantitative and Qualitative Survey of Transsexual Persons

### Abstract

In contrast to the international Standards of Care (SOC) for transsexuals, the treatment guidelines of the German Medical Service of the Federation of Health Insurance Funds (MDS) prescribe the „real life experience“ („Alltagstest“) as a prerequisite for hormone therapy and sex-reassignment operations paid for by public health insurance programs. Until now empirical evidence of the effectiveness of the German regulation has been lacking. The present study, which was undertaken at the SRH University of Applied Health Sciences in Gera in 2016/17, analyzes the perceptions of the „real life experience“ of German transsexuals. 102 persons (average age: 40 years) were surveyed by means of an online questionnaire which consisted of qualitative and quantitative questions; 76 (74.5%) of the 102 respondents had previously undergone the test.

The results of the study are mixed: While 53 of the 76 (69.7%) who had taken the test evaluated the experience in general as good, 50% perceived it as burdening. 62 (81.6%) reported that the „real life experience“ did not influence their decision for or against sex reassignment. One-fifth saw no benefit in the experience.

**Keywords:** Trans\*, Transsexualität, „Real life experience“ („Alltagstest“), Burden, Sex reassignment measures, Therapy guidelines for transsexuals

### Zusammenfassung

Im Gegensatz zu den internationalen Leitlinien Standards of Care (SOC) für Transsexuelle stellen die deutschen Behandlungsrichtlinien den Alltagstest als Vorbedingung jeglicher geschlechtsangleichenden Maßnahmen, die auf Kosten der Solidargemeinschaft ausgeführt werden sollen. Für die Effektivität des deutschen Verfahrens fehlte bislang

empirische Evidenz. Die vorliegende Studie, die 2016/17 an der SRH Hochschule für Gesundheit Gera durchgeführt wurde, erfasst die Sicht transsexueller Menschen auf ihre Erfahrungen mit dem Alltagstest. Es wurden 102 Personen (Durchschnittsalter: 40 Jahre) mittels eines Online-Fragebogens, der aus qualitativen und quantitativen Fragen bestand, zu ihren Ansichten und Erfahrungen mit dem Alltagstest befragt. Von den teilnehmenden Personen hatten 76 (74.5%) einen Alltagstest schon erlebt.

Die Ergebnisse der Erhebung sind uneinheitlich: Während 53 der 76 mit Alltagstest (69,7%) bewerteten die Erfahrung im Allgemeinen als gut, erlebte die Hälfte der Befragten den Alltagstest als belastend. Knapp 82% (62) gaben an, dass der Alltagstest sie nicht in ihrer Entscheidung für oder gegen geschlechtsangleichende Maßnahmen beeinflusst habe. Ein Fünftel sah im Alltagstest keinerlei Nutzen.

**Schlüsselwörter:** Trans\*, Transsexualität, Alltagstest, Belastung, geschlechtsangleichende Maßnahmen, Behandlungsrichtlinien für Transsexuelle

## Hintergrund

### Geschlechtsdysphorie

Der Begriff Geschlechtsdysphorie bezeichnet und beschreibt Belastungen, die sich aus einer Diskrepanz zwischen dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht einer Person und der gefühlten geschlechtlichen Identität ergeben (American Psychiatric Association, 2015, 619). Transsexualität gilt als die stärkste Ausprägung einer Genderdysphorie (vgl. Kaufmann, 2014). Bei Transsexualität besteht der Wunsch, in dem jeweils anderen Geschlecht zu leben, einhergehend mit dem Bedürfnis, durch geschlechtsangleichende Maßnahmen den Körper der Transidentität anzupassen. Zur Abgrenzung der Begriffe gibt Tab. 1 einen Überblick über deren Verwendung.

Tab. 1: Überblick über die Begrifflichkeiten und deren Verwendung

Begriff	Definition
<b>Trans*</b>	Kategorisierender Oberbegriff für Menschen, die Diskrepanz zu bei Geburt zugewiesenem Geschlecht erleben (Begriff v.a. aus der Community, auch Non-Binaries, siehe unten) (Nieder et al., 2013)
<b>Geschlechtsidentitätsstörung</b>	Oberbegriff im ICD-10 für Störungen wie Transsexualismus, aber auch Transvestismus (Dilling et al., 2011, Sektion Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, F64)
<b>Transsexualismus</b>	Störung im ICD-10: „Der Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit Unbehagen oder dem Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen anatomischen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen“ (Dilling, 2011, F64.0, 241)
<b>Transidentität</b>	Als Abgrenzung zur Transsexualität Betonung der Identifikation mit dem anderen Geschlecht/einem anderen Geschlecht als dem bei Geburt zugeschriebenen, Betonung des Identitätserlebens (Nieder et al., 2013)
<b>Transgender</b>	Oberbegriff für Personen mit Geschlechtsinkongruenz; Betonung der sozialen Konstruktion von Geschlecht durch den Begriff „gender“ (im Unterschied zu „sex“), Anstreben körperlicher Veränderungen nur bei einem Teil der Personen (Nieder et al., 2013)
<b>Geschlechtsdysphorie</b>	Vom DSM-5 eingeführter Begriff, der Leidensdruck aufgrund des bei Geburt zugeschriebenen Geschlechts beschreibt und in Diskrepanz zum empfundenen und/oder gelebten Geschlecht steht (American Psychiatric Association, 2015, 619)
<b>Non-Binaries</b>	Menschen, die sich nicht einer binären Geschlechtsidentität zugehörig fühlen und ihre Identität außerhalb des geläufigen binären Systems „weiblich/männlich“ wiederfinden (Callis, 2014)

## Unterschiedliche Auffassungen von der Behandlung Transsexueller

Geschlechtsangleichende Maßnahmen bestehen im Regelfall aus Hormonbehandlungen sowie geschlechtsangleichender Operation (Kaufmann, 2014). Der Zugang zu diesen Maßnahmen und auch ihre Kostenerstattung folgen nationalen Lösungen und werden international sehr unterschiedlich umgesetzt.

In Deutschland sollen die Hormonbehandlung sowie die operativen Geschlechtsangleichungsmaßnahmen erst nach einer psychiatrisch/psychotherapeutisch begleiteten Alltagserprobung (Alltagstest) vorgenommen werden. Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft veröffentlichten 1997 Standards zur Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen (Becker et al., 1997). Ihre Kriterien wurden später vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen als Grundlage für eine Begutachtungsrichtlinie übernommen. Entsprechend diesen Standards sowie der Begutachtungsrichtlinie soll eine Hormonbehandlung nach frühestens zwölf Monaten Psychotherapie und Alltagserprobung begonnen werden; geschlechtsangleichende Operationen sollen erst nach 18 Monaten Psychotherapie und Alltagserprobung und sechs Monaten Hormontherapie erfolgen (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen – MDS, 2009).

Dieser Ansatz wird in wissenschaftlichen Abhandlungen einerseits unterstützt (z.B. Gooren, 2011), andererseits von Behandlern und anderen Wissenschaftlern jedoch zunehmend kritisch diskutiert. Gefragt wird, inwieweit diese Leitlinien und ihre sozialrechtliche Umsetzung heute noch Bestand haben. Eine Individualisierung der Behandlung und Behandlungspfade wird von Seiten der Psychotherapeuten gefordert (Nieder et al., 2013), da diese im Besonderen in die Begleitung von Trans\* Menschen eingebunden sind.

Auch die Autoren der 1997 erschienenen deutschen Standards sprachen in der Folgezeit von der Notwendigkeit einer Überarbeitung der damaligen Kriterien, Änderungen, die in den internationalen Behandlungsleitlinien (Standards of Care, SOC) auch Berücksichtigung gefunden haben (World Professional Association for Transgender Health – WPATH, 2012; vgl. Becker, 2009). Unterschiede zwischen den beiden Richtlinien ergeben sich aus der Trennung (SOC) bzw. Nicht-Trennung (MDS) der Begriffe und Behandlungsschritte von Psychotherapie und klinisch-diagnostischer Einschätzung. Auch der Alltagstest, international unter dem Begriff „real life experience“ bekannt, unterscheidet sich in den internationalen und deutschen Leitlinien. In den deutschen stellt er ein Mittel dar, um die Festigkeit der Entscheidung zu prüfen und zu verhindern, dass Transsexuelle Hormonbehandlungen und vor allem geschlechtsangleichende Operationen später bereuen könnten bzw. die vorge-

nommenen Schritte rückgängig machen lassen möchten (Becker et al., 1997). Die WPATH hält diese Gefahr für gering (Gooren et al., 2008).

In der siebten Auflage (2012) der internationalen Leitlinien (SOC) wird nur bei geschlechtsangleichender Operation ein einjähriger Alltagstest gefordert, nicht aber bei Hormontherapie oder Teilschritten der Angleichung, wie Brustabnahme oder -aufbau (WPATH, 2012). In Einzelfällen sieht die Leitlinie individuelle Möglichkeiten zur Anpassung dieser Alltagserprobung vor, die dem klinischen Urteil und auch den Wünschen und Möglichkeiten der Trans\*Menschen eine größere Rolle einräumen.

Die Umsetzung des Alltagstests variiert stark von Land zu Land: Während in manchen Ländern die Behandlungslinien längere Alltagserprobungen vorsehen (wie auch im deutschen System), gibt es Länder, in denen gänzlich darauf verzichtet wird. Der Alltagstest wird international kritisch diskutiert.

## Eine kritische Meinung aus der Schweiz: Die Altdorfer Empfehlungen

Die „Altdorfer Empfehlungen“ des Schweizer Psychiaters Horst-Jörg Haupt (Haupt, 2011; 2014) stellen den Wert des Alltagstests in Frage – „für dessen Nutzen [gibt] es keinerlei wissenschaftlichen Beleg“ – und bezeichnen die Zwangsverordnung des Alltagstests als menschenrechtswidrig (Haupt, 2014, 15). Hierin folgen sie der Feststellung des Europarats und vor allem des Europäischen Kommissars für Menschenrechte, die 2010/2011 Teile der Behandlung transsexueller Menschen als Menschenrechtsverletzung einstufen und auch die Standards of Care (SOC) der WPATH kritisierten, da sie Transsexualität weiterhin als psychische Störung betrachten, was die Psychopathologisierung von Transsexualität zur Folge habe. Auch die Fortführung der Diagnose im DSM-5 (vgl. Tab. 1) wird kritisiert. Haupt plädiert für die Entpathologisierung von Trans\*Menschen durch Annahme einer Normvariantentheese (Transsexualität als an sich gesunde Normvariante menschlichen Erlebens) sowie für ein klares Engagement gegen Diskriminierung und Transphobie. Die „Empfehlungen“ stellen einen menschenrechtskonformen Ansatz für die Betreuung und Therapie transsexueller Menschen dar.

Wie die Altdorfer Empfehlungen feststellen, gibt es kaum systematische Forschungsergebnisse zum Alltagstest selbst sowie zur psychischen Belastung für die Betroffenen. Die Sicht der Trans\*Menschen soll in dieser Studie untersucht werden.

## Die Studie

### Methode

Der Studie lag ein eigens konstruierter Fragebogen zu Grunde, welcher über das Online-Fragebogen-Tool „LimeSurvey“ erstellt wurde, und sowohl quantitative als auch qualitative Fragen einschloss. Der Fragebogen ist im Anhang abgebildet. Die quantitativen Fragen befassten sich mit dem (1) Stand der jeweiligen geschlechtsangleichenden Maßnahmen (ob Hormontherapie bzw. operative Maßnahmen schon begonnen oder abgeschlossen wurden), (2) mit konkreten Aspekten des unternommenen Alltagstests (zur Durchführung und Dauer) und (3) mit Erfahrungen mit dem Alltagstest (allgemein, eingeschätzte Meinung anderer Trans\*Menschen zum Test, Einschätzung der Belastung durch den Alltagstest).

Mittels qualitativer Fragen mit offenem Antwortformat wurden die Befragten gebeten zu beschreiben: (1) welche Vorteile bzw. positiven Aspekte sie im Alltagstest sehen, (2) welche unnützen/negativen Aspekte sie im Alltagstest sehen, sowie (3) welche Änderungen sie sich hinsichtlich des Alltagstests wünschen würden.

Die fragebogenbasierte Erhebung fand im Zeitraum von 11.12.2016 bis 15.01.2017 deutschlandweit statt. Der Link zum Fragebogen wurde per E-Mail an verschiedene LGBT-Vereine und Selbsthilfegruppen versandt; im Begleitschreiben hieß, dass es sich um eine Befragung zum Alltagstest handle. Folgende Vereine und Selbsthilfegruppen wurden kontaktiert: Jena Transhilfe Thüringen; KISS Erfurt; different-people e.V. Chemnitz; Rosalinde e.V. Leipzig; Gerede e.V. Dresden; Transsexuelle Selbsthilfegruppe „4te Etage“ Essen e.V., KISS Zwickau (Verein Gesundheit für alle e.V.), Transgender Stammtisch Wolfsburg, TransInterQueer e.V. Berlin, Trans-Ident e.V., Viva Trans\*Selbsthilfe München e.V.; transidentX e.V. Stuttgart; Transmann e.V. Stuttgart; Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität e.V. Eine direkte Rückmeldung folgte nur von einigen Vereinen/Selbsthilfegruppen und einige waren nicht bereit, den Fragebogen weiterzuleiten. Es gab auch eine relativ hohe Rate an begonnenen, aber nicht ausgefüllten Fragebögen (37%).

### Stichprobe

Die vorliegende Stichprobe umfasst 102 Personen. Die Personen waren im Mittel 40,19 ( $SD=14.47$ ) Jahre alt. Von den 102 Personen hatten 76 (74,51%) eine Form des Alltagstests schon absolviert. Tab. 2 gibt einen Überblick über weitere soziodemographische Variablen der Befragten.

Tab. 2: Soziodemographische Charakteristika der Gesamt-Stichprobe (n=102)<sup>1</sup>

Variable	N (%)
<b>Bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht:</b>	
Weiblich	37 (36,3)
Männlich	63 (61,8)
<b>Hormonelle Eingriff geplant?</b>	
Ja	95 (93,1)
Nein	3 (2,9)
Weiß nicht	4 (3,9)
<b>Operative Maßnahmen</b>	
Abgeschlossen	32 (31,3)
Begonnen	10 (9,8)
Geplant	42 (41,1)
Nicht geplant bzw. noch nicht entschieden	18 (17,6)
Alter bei Diagnose	Mittelwert: 34,33 (Standardabweichung: 15,8)
0-29 Jahre	43 (38,4)
30+ Jahre	58 (51,8)
<b>Dauer Alltagstest in Monaten</b>	Mittelwert: 15,34 (Standardabweichung: 10,5)
Bis ein Jahr	41 (41,2)
Bis zwei Jahre	18 (17,6)
Über zwei Jahre	8 (7,8)
Keine Angabe zur Dauer des Alltagstests	9 (8,8)
Noch im Alltagstest	1 (0,9)
Kein Alltagstest geplant/nicht entschieden	25 (23,5)
<b>Dauer psychotherapeutische Behandlung in Monaten</b>	Mittelwert: 20,52 (Standardabweichung: 20,1)
Keine psychotherapeutische Behandlung trotz Alltagserprobung	5 (4,9)
Bis ein Jahr	25 (23,5)
Bis zwei Jahre	29 (28,4)
Über zwei Jahre	17 (16,7)
Keine psychotherapeutische Behandlung	25 (23,5)

<sup>1</sup> An 100% fehlend: Keine Angabe (ohne Angabe von Gründen); Diskrepanzen zwischen den Angaben zu einem erfolgten Alltagstest und operativen Maßnahmen erklären sich durch die unterschiedlichen Kategorien. So haben zwar 76 Teilnehmer den Test abgeschlossen, aber auch unter den Probanden, die diesen noch nicht absolviert haben, planen Personen operative Maßnahmen.

## Auswertung

Die Auswertungen der Datensätze erfolgten quantitativ mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS 2011, und qualitativ, indem Kodiersysteme für gewählte Fragen erstellt wurden. Zur Analyse der quantitativen Daten wurden deskriptive Statistiken erstellt. Es erfolgte zudem eine Einteilung zur Diagnosestellung nach Alter der Befragten (Kindheits- bis frühes Erwachsenenalter 0–29 Jahre vs. 30+ Jahre) (Oerter & Montada, 2002). Um die Signifikanz der Unterschiede zwischen den zwei Altersgruppen zu berechnen, wurde der Chi-Quadrat-Test verwendet.

Auf der Grundlage der qualitativen Fragen wurden Kategorien definiert. Es wurde eine kombinierte induktive und deduktive Vorgehensweise gewählt, z.B. Nutzen des Alltagstests, deduktives Vorgehen. In der Sichtung der qualitativen Antworten als Datenmaterial erfolgte dann die Zuordnung der schriftlichen Äußerungen zu Paraphrasen und weiter zu Kategorien (Mayring, 2010). Bei der Oberkategorie „Nutzen des Alltagstests“ wurden Äußerungen wie z.B. „Um sich, wer Zweifel hat, genauso damit auseinander zu setzen“ (sic) der Kategorie „Unsicherheiten beseitigen“ zugeordnet. Die Zuordnung geschah mit dem elektronischen Programm f4analyse. Im Mixed-Methods-Ansatz wurde zudem eine Auszählung der qualitativen Kategorien vorgenommen. Alle Zuordnungen wurden im Studententeam besprochen und finalisiert.

## Ergebnisse

### Deskriptive Analysen

Von den 102 Befragten hatten 76 Personen (74,5%) eine Alltagserprobung/einen Alltagstest schon absolviert, 75 (73,5%) mit Diagnose der Transsexualität im Vorfeld. Eine Person hatte sich dem Test ohne vorherige Diagnose unterzogen.

Die Erfahrung mit dem Alltagstest im Allgemeinen wurde von 53 der 76 Befragten (69,7%) mit insgesamt gut (Antwortmöglichkeiten: eher gut, gut, sehr gut) bewertet, dagegen war für 23 (30,3%) die Erfahrung schlecht (eher schlecht, schlecht, sehr schlecht). Die Hälfte der Befragten fand im Kontrast dazu den Alltagstest als belastend (Antwortkategorien: eher belastend bis sehr belastend), während die anderen ihn als nicht belastend (eher nicht belastend und nicht belastend) einstufen. Die Verteilung der Wahrnehmung von Belastung war zwischen den definierten Altersgruppen verschieden: Bei Personen, die im Alter von 0–29 Jahren diagnostiziert worden waren,

lag der Anteil derjenigen, die durch den Alltagstest Belastung empfunden haben, bei 67,9%, während er bei Befragten, die eine Diagnose im Alter von 30+ Jahren erhalten hatten, nur bei 40,4% lag. Hier konnte ein signifikanter Unterschied ( $p=.022$ ) festgestellt werden.

Ebenfalls gegensätzlich waren die Angaben zur erwarteten Sicht auf den Alltagstest durch andere (Frage: Wie wird Ihrer Einschätzung nach der Alltagstest im Allgemeinen von anderen Betroffenen empfunden?). 58 der 102 Teilnehmer (56,6%) waren der Meinung, dass der Alltagstest durch andere Transsexuelle negativ wahrgenommen werde, während nur ein Drittel ein positives Bild bei anderen vermutete.

Auf die Frage, inwieweit der Alltagstest die Entscheidung für bzw. gegen hormonelle und/oder operative Eingriffe beeinflusst habe, antworteten 62 der 76 mit Alltagstest (81,6%), dass sie dadurch in ihrer Entscheidung nicht beeinflusst worden wären (Antwortkategorien: kaum, gar nicht), während er die anderen Befragten (17,1%) beeinflusst hat (ziemlich, außerordentlich). Es liegt kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Altersgruppen vor.

Rückblickend würden sich 40 der 76 mit Alltagstest (52,6%) gegen die Alltagserprobung entscheiden, hätten

sie erneut die Wahl. Nur 20 (26,3%) würden sich auf jeden Fall wieder dafür entscheiden; 16 (21%) gaben an, mit einigen Einschränkungen und Änderungen auch erneut einen Alltagstest zu absolvieren.

## Qualitative Auswertungen

Tabellen 3-6 listen jeweils die vier häufigsten Antworten nach Ableitung aus den Kodiersystemen der qualitativen Inhaltsanalyse auf. Neben den wahrgenommenen positiven und negativen Aspekten werden auch Angaben wiedergegeben, die erkennen lassen, was die befragten Trans\*Personen über die Begründung der Notwendigkeit des Alltagstests wussten, und wie sie den gemeinten Nutzen von Psychotherapeuten und Behandlern beurteilten. Deutlich wird, dass frei geäußert vor allem kritische Aspekte des Alltagstests aufgegriffen und artikuliert wurden. Vor allem bei der Kategorie „Positive Aspekte/Nutzen“ wurde dies offenbar: Die häufigste freie Antwort (derjenigen, die dieses Feld nicht leer ließen, sondern schriftlich antworteten) war, dass der Alltagstest keinen empfundenen Nutzen habe.

Tab. 3: Häufigste Nennungen bei den qualitativen Auswertungen zu positiven und negativen Aspekten (n=76, Mehrfachnennungen möglich)

Genannte positive Aspekte/Nutzen	Häufigkeit der Nennung	Beispiele der Antworten
keinen Nutzen/keine positiven Aspekte	23,7%	„Kein Nutzen, ist völlig sinnlos.“
Unsicherheiten/Zweifel (z.B. auf das Trans*-Sein, auf das Outing u.a.) zu beseitigen und somit die richtige Entscheidung für oder gegen geschlechtsangleichende Maßnahmen zu treffen.	21,1%	„Um sich, wer Zweifel hat, genaustens damit auseinander zu setzen“; „Nichts zu überstürzen, was nicht wieder rückgängig gemacht werden kann.“
Chance zur Überprüfung der Lebbarkeit des gefühlten Geschlechts und zur Sozialisierung in diesem.	19,7%	„In meinem Fall hat der ‚Alltagstest‘ geholfen, mir meiner Geschlechtsidentität bewusst zu werden bzw. sicherzugehen, dass ich tatsächlich trans* bin.“
Möglichkeit, sich in der angestrebten Geschlechterrolle auszuprobieren und Alltagserfahrungen zu sammeln.	16,8%	„Sich auszutesten im Alltag, wie es ist, wenn man im gewünschten Geschlecht lebt.“
<b>Genannte negative Aspekte</b>		
Fehlende Anpassung bzw. schlechtes Passing dadurch, dass der Alltagstest vor Genehmigung der Hormontherapie und den operativen Maßnahmen stattfindet und es oft nicht möglich ist, in der Rolle zu leben, ohne in dieser auch erkannt zu werden.	34,2%	„Oft ist eine gute Alltagserprobung schwierig, da noch sehr viele Merkmale vorhanden sind, z.B. Bart, Muskeln.... Sollte [sic!] dann schon vorher Hormone/Angleichungen gegeben werden um überhaupt in die Nähe eines Alltags zu kommen.“
Große Belastung	22,4%	„Sehr große Belastung [...]“; „Es wird [...] zum Spießrutenlaufen, zu einem echten Härtetest, den nicht alle heil überstehen (Suizid; persönlich 3 Suizidversuche).“
Erleben von erhöhter Diskriminierung, Anfeindungen und Mobbing	21,1%	„Diskriminierungen, Verhöhnungen und Anfeindungen sind an der Tagesordnung.“

Tab. 4: Häufigste Nennungen bei den qualitativen Auswertungen zu vermuteten offiziellen Gründen (n=76, Mehrfachnennungen möglich)

Vermutete offizielle Gründe	Häufigkeit der Nennung	Beispiele der Antworten
Sicherstellung der Lebbarkeit der gewünschten Geschlechterrolle und der Erprobung im Alltag.	30,3%	„Für sich selbst feststellen zu können, tatsächlich eine transsexuelle Person zu sein oder eben nicht.“
Sicherstellung der Transsexualität für die Betroffenen selbst. Sie sollen sich selbst sicher sein, trans* zu sein und in ihrer Identität gefestigt werden.	18,4%	„Man will sichergehen, bevor medizinische Maßnahmen ergriffen werden (wie Hormontherapie, und OPs), dass man auch wirklich in der gefühlten Rolle im Alltag und auf der Arbeit zurechtkommt.“
Sicherstellung der Diagnose für Ärzte u.a. und der Ausschluss anderer Erkrankungen.	17,1%	„Festigung der Diagnose“; „Ausschluss von anderen Erkrankungen“
Vermeidung, dass Betroffene im Nachhinein ihre Entscheidung für die Maßnahmen bereuen und rückgängig machen wollen.	14,5%	„Das Risiko soll reduziert werden, dass Patienten bzw. Patientinnen ihre Transition nachträglich bereuen.“

Tab. 5: Häufigste Nennungen bei den qualitativen Auswertungen zu wahrgenommenem Nutzen durch Behandler (n=76, Mehrfachnennungen möglich)

Wahrgenommener Nutzen von Behandlern	Häufigkeit der Nennung	Beispiele der Antworten
Diagnosesicherheit von Psychotherapeuten u.a.	19,7%	„Ein Zeitgewinn um sich selbst [der Behandler] in der Diagnose sicherer zu werden und ihren Klienten Zeit für eine feste Entscheidung einzuräumen.“
Möglichkeit, Betroffene offiziell begleiten zu können und ihnen helfend zur Seite stehen zu können, um ihnen u.a. bei der Auseinandersetzung mit aufkommenden Problemen und deren Bewältigung helfen zu können.	18,4%	„Um sich Unterstützung zu holen, Dinge oder Probleme gemeinsam in Gesprächen zu bewältigen. Quasi als mentale Stütze, da man dies nicht immer von Freunden oder der Familie erwarten kann.“
keinen Nutzen oder die Betroffenen wissen nicht, was Behandelnde für einen Nutzen sehen könnten	18,4%	„Mit Transsexualität erfahrene Psychotherapeuten sehen meiner Beobachtung nach keinen Nutzen darin.“
Unsicherheiten und Zweifel der Betroffenen beseitigen und sie somit die richtige Entscheidung für oder gegen geschlechtsangleichende Maßnahmen treffen können.	14,5%	„Feststellen, ob es wirklich gewünscht wird, dass man dauerhaft im anderen Geschlecht leben möchte.“

Tab. 6: Häufigste Nennungen bei den qualitativen Auswertungen zu Wunschgestaltung (n=76, Mehrfachnennungen möglich)

Wunschgestaltung Alltagstest	Häufigkeit der Nennung	Beispiele der Antworten
Diagnosesicherheit von Psychotherapeuten u.a.	29,0%	„Es würde keinen Alltagstest geben, lediglich eine Überprüfung in Form eines psychologischen Gutachtens.“
Nicht mehr als Pflicht, sondern als freiwillige Möglichkeit	13,2%	„Es sollte keine Pflicht sein.“
Nicht mehr Voraussetzung für geschlechtsangleichende Maßnahmen, sondern als Zusatz, der allerdings keinen Einfluss auf deren Genehmigung hat	11,8%	„Bartepilation sofort nach Diagnose (ohne Wenn und Aber), man kann einer Frau nicht zumuten mit Bartschatten auf die Straße zu gehen.“
Variabel gestaltbar und anpassbar	10,5%	„Die Dauer sollte flexibel an die jeweilige Lebenssituation der Betroffenen angepasst werden, mit der Möglichkeit, Widerspruch einzulegen, falls der Zeitraum den Betroffenen zu kurz oder zu lang erscheint.“

## Diskussion

Die vorliegende Studie untersuchte im deutschsprachigen Raum mittels einer Online-Befragung die Sicht transidenter bzw. transsexueller Personen auf den Alltagstest. Die Ergebnisse zeigen ein heterogenes Bild und heterogene Einstellungen. Knapp 70% der Teilnehmer mit Alltagstest bewerteten den Test mit „insgesamt gut“. Die Hälfte der befragten Absolventen empfand den Alltagstest nicht als belastend, ein ebenso großer Anteil als belastend. Etwas mehr als die Hälfte (ca. 53%) würde sich retrospektiv dagegen entscheiden. Interessanterweise war die subjektive Einschätzung der Einstellung anderer Trans\* Menschen negativer; die Befragten vermuteten, dass der Alltagstest von der Mehrheit abgelehnt werde – was in dieser Studie nicht der Fall war. Es zeigte sich, dass der Alltagstest bei den meisten Beteiligten (knapp 82%) schließlich keinen Einfluss auf ihre Entscheidung für oder gegen geschlechtsangleichende Maßnahmen hatte.

Dies stellt ein wichtiges Resultat dar, da der Zweck des verordneten Alltagstests, dass Trans\* Menschen ihre Entscheidung überprüfen, an Bedeutung verliert. Die internationalen Richtlinien (SOC), die keinen Alltagstest vor Beginn der Hormontherapie vorsehen, stützen sich auf Befunde, dass selbst Behandelte, die Komplikationen erfahren, nur selten den Schritt der geschlechtsangleichenden Operation bereuen (vgl. Lawrence, 2006).

Einerseits gab es Personen, die durch die genannten positiven Aspekte zeigten, dass sie den Alltagstest durchaus als positiv empfanden und davon profitieren konnten. Diese Gründe geben dem Alltagstest eine gewisse Legitimation. Die Rolle der begleitenden Psychotherapie dürfte hier maßgeblich sein (Bockting, 2008; Becker, 2009). So kann diese dabei helfen, mit den belastenden Erlebnissen während des Alltagstests umzugehen, und gleichzeitig die Entscheidung der Trans\* Person stützen. Dies könnte auch den vermeintlich paradoxen Umstand unserer Ergebnisse erklären, dass ein Teil der Befragten den Test als belastend, ihre Gesamterfahrung aber als eher gut einstufen.

Dem gegenüber wurden negative Aspekte, bis hin zur Forderung seiner Abschaffung, geäußert. Als besonders belastend wurde erlebt, dass im deutschen System der Alltagstest vor Beginn der Hormontherapie stattfinden muss. Transsexuelle befürchten und erleben teilweise eine Art Zwangsouting verbunden mit Diskriminierungserfahrungen, die mit einer möglichen Exazerbation der Psychopathologie einhergehen können. Das Dilemma, psychotherapeutisch begleitet einen Alltagstest durchzuführen, um sich für die Kostenübernahme der Hormontherapie zu qualifizieren, wird dadurch verstärkt, dass davor keine Leistungen zur äußerlichen Anpassung (Perücke, Kleidung) übernommen werden.

## Belastungswahrnehmung

In der Studie konnte im Ansatz gezeigt werden, dass es unter Umständen vulnerable Personen gibt, für die der Alltagstest eine besondere Belastung darstellt. So gaben v.a. jüngere Menschen an, dass sie diesen als bedrückend empfunden haben. Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass Menschen durch mehr Lebenserfahrung bei Diagnosestellung besser gelernt haben, mit Problemen umzugehen, also bereits Coping-Strategien zum Umgang mit einer diskriminierenden Umwelt entwickelt haben, wenn sie sich dann dem Alltagstest unterziehen.

Belastung und somit die Stresswahrnehmung werden durch verschiedene Faktoren beeinflusst. So haben transsexuelle Personen – der Stresssammel von Kaluza (2015) zufolge – ähnliche Stressoren wie in der Allgemeinbevölkerung, jedoch können sie ganz unterschiedliche „individuelle Stressverstärker in Form von persönlichen Motiven, Einstellungen und Bewertungen“ haben, welche dazu beitragen, „dass Stressreaktionen ausgelöst oder verstärkt werden. Sie stellen gewissermaßen den ‚eigenen Anteil‘ des Betroffenen am Stressgeschehen dar“ (Kaluza, 2015, 17). Diese persönlichen Stressverstärker und die darauf folgenden Reaktionen können eine mögliche Ursache für die allgemeine unterschiedliche Belastungswahrnehmung über die Altersgruppen hinweg darstellen.

## Diskrimination und Transphobie

In Deutschland weiß die Antidiskriminierungsstelle des Bundes zu berichten, dass viele Trans\* Menschen den Alltagstest als „problematisch [sehen] und als Anlass von Diskriminierungen, wenn ihr soziales Umfeld das gewählte Geschlecht ohne Veränderung des Körpers nicht wahrnimmt oder nicht akzeptiert“ (Franzen & Sauer, 2010, 17). Eine Studie der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA) aus dem Jahr 2012 beschäftigte sich mit der erlebten Diskriminierung von LGBT Personen europaweit. Die Ergebnisse zeigten, dass Trans\* Menschen innerhalb dieser Minderheiten das höchste Level an Diskriminierung, Belästigung und Gewalt erleben (Bakowski, Lilienkamp, Shreeves, 2015). Der Begriff der Transphobie, der verwendet wird, um Vorurteile und Diskriminierung, ebenso wie körperliche Gewalthandlungen gegenüber Trans\* Menschen zusammenfassend zu beschreiben, wird beispielsweise in einem Projekt der Vereinigung Transgender Europe (TGEU) untersucht. Im Trans Murder Monitoring Projekt werden Kapitalverbrechen an Trans\* Menschen dokumentiert und gezeigt, dass diese überdurchschnittlich häufig Opfer werden (TvT Research Project, 2016).

## Modell der „Informierten Zustimmung“

Eine Individualisierung der Behandlung, auch im Rahmen von „Shared Decision Making“-Ansätzen, scheint auch hier, zumindest bei der Hormontherapie, indiziert, um die Akzeptanz des Alltagstests zu stärken. Ein Konzept aus den USA könnte in diesem Zusammenhang als mögliche Alternative erwogen werden. Das Modell der „Informierten Zustimmung“ bietet transsexuellen Menschen die Möglichkeit, Hormonbehandlungen ohne psychotherapeutische Begleitung zu erhalten. Das Modell beruft sich auf eine möglichst autonome, aber informierte Entscheidung des Trans\*Menschen, ohne eine Evaluation durch Psychotherapeuten. Es gibt auch medizinischen Ansprechpartnern die Möglichkeit, gemeinsam mit dem Transsexuellen eine Entscheidung für oder gegen Behandlungsmaßnahmen zu treffen (Cavanaugh et al., 2016). Eine Studie zu diesem Modell hat eine Rate des Bedauerns der durchgeführten Hormonbehandlung von 0,8% ergeben. Es wurden lediglich drei Fälle dokumentiert, bei denen eine Geschlechtsangleichung umgekehrt wurde (Radix & Eisfeld, 2014). Dies ist eine niedrige Anzahl und fällt in das Spektrum der von der WPATH genannten Rate von 0,5 bis 3% (Gooren et al., 2008), ein Indiz, dass transsexuelle Menschen ohne verpflichtende Psychotherapie vor der Hormontherapie nicht öfter ihre Entscheidung bereut haben, als Menschen mit Psychotherapie und/oder Alltagserprobung. Auch die Altdorfer Empfehlungen betonen, dass eine Begleitung, die primär an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert ist, aktiv und gemeinsam mit betreuenden Therapeuten stattfinden soll (Haupt, 2011; 2014). Diese Individualisierung des Prozesses durch Präferenz des Betroffenen erfordert ein umsichtiges und flexibles Case-Management, der dazu führen kann, dass Trans\*Menschen die Verantwortung gut informiert selbst übernehmen können.

## Limitationen

Wie jedes Survey unterliegt auch die vorliegende Studie Limitationen. So wurde zwar eine ausreichend große Stichprobe erreicht; jedoch ist davon auszugehen, dass durch die Art der Befragung bestimmte Gruppen nicht erfasst werden konnten (ältere Trans\*Menschen, Trans\*Menschen, die sich nicht in Selbsthilfegruppen o.Ä. engagieren). Ein Indikator für die notwendige (auch sprachliche) Sensibilität beim Erstellen solcher Befragungen ist die Rate an begonnenen, aber nicht zu Ende ausgefüllten Fragebögen in der vorliegenden Studie.

## Implikationen für Gesellschaft und Praxis

Für Behandler ist zentral, die besonderen Umstände und möglichen Belastungen, die durch den Alltagstest entstehen können, zu bedenken; bei der Begleitung muss man individualisiert vorgehen. Die Trans\*Menschen müssen über den Sinn und Zweck des Alltagstests und die Therapieschritte gut aufgeklärt werden. In dieser Studie wurde deutlich, dass es Menschen gibt, die besonders vulnerabel für negative Begleiterscheinungen des Alltagstests sind. Diese gilt es zu identifizieren und besonders zu unterstützen.

Weitere Forschung und empirische Erhebungen sind notwendig, um die Effektivität und Akzeptanz des Alltagstests zu evaluieren.

## Anhang: Fragebogen der Studie

1. Alter: \_\_\_\_\_ Jahre
2. Bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht: \_\_\_\_\_
3. Geschlechtliche Identität:
4. Beruf: \_\_\_\_\_
5. Haben Sie eine Diagnose/Diagnosen erhalten und wenn ja welche?  
\_\_\_\_\_
6. In welchem Alter erhielten Sie die Diagnose(n)?  
\_\_\_\_\_
7. Wurden Sie in eine der folgenden Kategorien eingeordnet? Wenn ja, in welche?
  - a. Sogenannte „primäre Transsexualität“
  - b. Sogenannte „sekundäre Transsexualität“
  - c. keine
8. Streben Sie hormonelle Eingriffe an?
  - a. Ja
  - b. Nein
  - c. Weiß ich noch nicht
9. Haben Sie bereits hormonelle Eingriffe begonnen?
  - a. geplant
  - b. bereits begonnen
10. Streben Sie operative Eingriffe an?
  - a. Ja
  - b. Nein
  - c. Weiß ich noch nicht
11. Haben Sie bereits operative Eingriffe begonnen oder hinter sich?
  - a. geplant
  - b. bereits begonnen
  - c. abgeschlossen
12. Sind oder waren Sie in der Phase der Alltagserprobung?
  - a. Ja, ich befinde mich aktuell noch in der Alltagserprobung
  - b. Ja, die Alltagserprobung habe ich bereits abgeschlossen
  - c. Nein
13. Wie lang war diese Alltagserprobung/ist sie angestrebt/geplant?  
\_\_\_\_\_ Monate

14. Wie lange sind/waren Sie in psychotherapeutischer Behandlung?  
\_\_\_\_\_ Monate

15. Wie war gesamt gesehen Ihre Erfahrung mit dem Alltagstest im Allgemeinen?  
Sehr gut O gut O eher gut O eher schlecht O schlecht O sehr schlecht O

16. Wie wird Ihrer Einschätzung nach der Alltagstest im Allgemeinen von anderen Betroffenen empfunden?  
Sehr gut O gut O eher gut O eher schlecht O schlecht O sehr schlecht O weiß ich nicht O

17. Inwieweit empfanden Sie den Alltagstest als belastend?  
Sehr belastend O eher belastend O belastend O eher nicht belastend O nicht belastend O

18. Welchen Nutzen/welche positiven Aspekte sehen Sie an der Alltagserprobung?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19. Welche unnützen/negativen Aspekte sehen Sie an der Alltagserprobung?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

20. Welchen Nutzen sehen Ihrer Meinung nach Psychotherapeuten u.a. in der Alltagserprobung?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

21. Was sind die Ihnen offiziell bekannten Gründe für die Alltagserprobung?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

22. Inwieweit hat der Alltagstest Ihre Entscheidung für/gegen hormonelle und/oder operative Eingriffe beeinflusst?  
Gar nicht O kaum O mittelmäßig O ziemlich O außerordentlich O

23. Könnten Sie sich im Nachhinein für oder gegen die Alltagserprobung entscheiden, wofür würden Sie sich entscheiden und warum?  
Dagegen, weil... O dafür, weil... O  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

dafür, jedoch mit folgenden Einschränkungen O  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

24. Wenn Sie den Alltagstest ausschließlich nach Ihren Wünschen gestalten könnten, wie würde dieser aussehen? Was würden Sie ändern, was beibehalten? (Bezüglich der Dauer, Inhalte usw.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hier ist nun Platz für Ihr Feedback zum Fragebogen und für weitere Anmerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vielen herzlichen Dank für Ihre Zeit und Hilfe!

### Literatur

American Psychiatric Association, 2015. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-5). Hrsg. von P. Falkai und H.-U. Wittchen. Hogrefe, Boston.  
Bakowski, P., Lilienkamp, M., Shreeves, R., 2015. The Rights of LGBTI People in the European Union. European Parliamentary Research Service (EPRS). <http://www.europarl.europa.eu/EPRS/EPRS-Briefing-557011-Rights-LGBTI-people-EU-FINAL.pdf>  
Becker, S., 2009. Transsexuelle Entwicklungen: Verlaufsdiagnostik, Psychotherapie und Indikation zu somatischen Behandlungen. Psychotherapie im Dialog 10 (1), 12–18.  
Becker, S., Bosinski, H.A.G., Clement, U., Eicher, W., Goerlich, T.M., Hartmann, U., Kockott, G., Langer, D., Preuss, W.F., Schmidt, G., Springer, A., Wille, R., 1997. Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen. Standards der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. Psychotherapeut 42, 256–262.  
Bockting, W.O., 2008. Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. Sexologies 17 (4), 211–224. DOI: 10.1016/j.sexol.2008.08.001  
Callis, A.S., 2014. Where Kinsey, Christ, and Tila Tequila meet: Discourse and the Sexual (Non)-Binary. Journal of Homosexuality 61 (12), 1627–1648.  
Cavanaugh, T., Hopwood, R., Lambert, C., 2016. Informed Consent in the Medical Care of Transgender and Gender-Nonconforming Patients. AMA Journal of Ethics 18 (11), 1147–1155.  
Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hg.), 2011. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern.  
Franzen, J., Sauer, A., 2010. Benachteiligungen von Trans\*Personen, insbesondere im Alltagsleben. Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Berlin.

- Gooren, L.J. et al., 2008. Long-Term Treatment of Transsexuals with Cross-Sex Hormones: Extensive Personal Experience. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 93, 19–25.
- Gooren, L.J., 2011. Care of Transsexual Persons. *N Engl J Med* 364, 1251–1257. DOI: 10.1056/NEJMcp1008161
- Haupt, H.-J., 2011. Transsexualität. Grundlegende neurowissenschaftlich-medizinische, menschenrechtskonforme Positionsbestimmungen und daraus abzuleitende Empfehlungen für die Begleitung, Betreuung und Therapie transsexueller Menschen („Altdorfer Empfehlungen“). Sozialpsychiatrischer Dienst Kanton Uri. <http://www.peterkeins.de/Altdorfer.pdf>
- Haupt, H.-J., 2014. Drei Jahre Altdorfer Empfehlungen – eine Bilanz. Verein trans-evidence. Gersau, Schweiz. [http://www.trans-evidence.com/3\\_Jahre\\_Altdorfer\\_Empfehlungen\\_Version1\\_15062014.pdf](http://www.trans-evidence.com/3_Jahre_Altdorfer_Empfehlungen_Version1_15062014.pdf)
- Kaluza, G., 2015. Stressbewältigung. 3. voll. überarb. Aufl. Springer, Berlin/Heidelberg.
- Kaufmann, U., 2014. Transsexualität – Gender-Dysphorie. *Der Gynäkologe* 47 (2), 104–110. DOI: 10.1007/s00129-013-3207-x
- Lawrence, A.A., 2006. Patient-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior* 35 (6), 717–727. DOI: 10.1007/s10508-006-9104-9
- Mayring, P., 2010. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 11., aktual. und überarb. Aufl. Beltz Verlag, Weinheim/Basel.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), 2009. Begutachtungsanleitung Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität. <http://www.mds-ev.org>
- Nieder, T.O., Briken, P., Richter-Appelt, H., 2013. Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. *PSYCH up2date* 7, 373–389. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1349534>
- Oerter, R., Montada L., 2002. Entwicklungspsychologie. Beltz PVU, Weinheim.
- Radix, A., Eisfeld, J., 2014. Informierte Zustimmung in der Trans\*-Gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Sexualforschung* 27 (1), 31–43. DOI: 10.1055/s-0034-1366129
- TvT Research Project, 2016. Trans Murder Monitoring, “Trans-respect versus Transphobia Worldwide” (Project website: [www.transrespect.org/en/research/trans-murder-monitoring/](http://www.transrespect.org/en/research/trans-murder-monitoring/))
- World Health Organisation (WHO), 2017. International Classification of Diseases ICD-11 Beta Draft. <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcid%2fentity%2f411470068>
- World Professional Association for Transgender Health (WPATH), 2012. Standards of Care: Versorgungsempfehlung für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen. (7. Vers.). [www.wpath.org](http://www.wpath.org)

#### Autorinnen

Mira Werndl, MA Studiengang Gesundheitspsychologie, SRH Hochschule für Gesundheit Gera, Neue Str. 28–30, 07548 Gera, e-mail: [mirawerndl@hotmail.de](mailto:mirawerndl@hotmail.de)

Prof. Dr. Katrin Schulz, MA Studiengang Gesundheitspsychologie, SRH Hochschule für Gesundheit Gera, Neue Str. 28–30, 07548 Gera, e-mail: [katrin.schulz@srh.de](mailto:katrin.schulz@srh.de)

Prof. Dr. habil. Claudia Luck-Sikorski, Psychische Gesundheit und Psychotherapie, SRH Hochschule für Gesundheit Gera, Neue Str. 28–30, 07548 Gera, e-mail: [claudia.luck-sikorski@srh.de](mailto:claudia.luck-sikorski@srh.de)

Annemie Vanackere  
Sarah Reimann

Bibliothek 100 Jahre Gegenwart

## UTOPIE UND FEMINISMUS

**Annemie Vanackere (Hg.), Sarah Reimann (Hg.)**

**Utopie und Feminismus**

**Reihe: HKW - 100 Jahre Gegenwart Bd. 008**

**Matthes & Seitz 2018, 328 Seiten, geb., 18,00 €**

Die Russische Revolution schuf das fortschrittlichste, gänzlich geschlechtsneutrale Ehe- und Familienrecht, das die moderne Welt je gesehen hatte. Homosexualität, deren Propagierung im heutigen Russland unter Strafe steht, wurde im Russland des Jahres 1918 legalisiert. Die Anfänge der Russischen Revolution waren nicht nur ihrer, sondern auch unserer Zeit voraus. Ihre Träume wie ihre Praxis sind nicht nur schon wieder gegenwärtig, sondern auch immer noch zukünftig. Der gemeinsam mit dem Theater HAU Hebbel am Ufer entwickelte Band beschäftigt sich, ausgehend von den Texten der feministischen Autorin Alexand-ra Kollontai und den Produktionen von Künstler\*innen, die vom HAU Hebbel am Ufer eingeladen wurden, mit dem Wandel historischer Utopien der Gleichheit in den letzten hundert Jahren.

# Cerebrasthenie durch Onanie

Ernst Holzbach

## Cerebrasthenia as a Result of Masturbation

### Abstract

The present article traces the changing understanding and assessment of sexuality, in particular masturbation, and its effects on physical and mental health from antiquity through the 20th C. The ancient world believed that physical and mental diseases were caused by either too much or too little sexual activity. In the Middle Ages sexuality in general was held in low regard; masturbation was considered sinful and was severely punished. In the medical treatises of the Enlightenment the anatomic and pathogenetic theories of antiquity were combined with the moral beliefs of the Middle Ages, which resulted in abstruse notions of moral depravity and descriptions of diseases caused by masturbation. In the late 19th C. Wilhelm Griesinger disputed that physical diseases could be traced to masturbation, but the Psychoanalytic Society meeting in Vienna in 1910 still could not reach agreement on the question of masturbation as the cause of physical and mental diseases. Even after the psychoanalyst Wilhelm Stekel (1910) and the psychiatrist Auguste Forel (1913) emphatically rejected the idea of masturbation-caused diseases, acknowledging mental „damage“ only as a result of adverse psychological processing, it was still an uphill struggle before masturbation lost its medical and moral ignominy.

**Keywords:** Masturbation, Masturbation as medical and moral indication, Wilhelm Griesinger, Wilhelm Stekel, Auguste Forel

### Zusammenfassung

Der vorliegende Artikel zeichnet das veränderte Verständnis und die Bewertung der Sexualität, insbesondere der Masturbation, und ihre Auswirkungen auf die körperliche und geistige Gesundheit von der Antike bis ins 20. Jahrhundert. Während noch in der Antike in Betracht gezogen wurde, dass sowohl zu viel geschlechtliche Betätigung als auch zu wenig zu körperlichen und geistigen Krankheiten führt, wurde im Mittelalter die Sexualität überhaupt abgewertet. Insbesondere galt Onanie als widernatürlich und daher sündhaft und war empfindlichen Strafen unterworfen. Skurrilerweise verbanden sich dann in den medizinischen Schriften der Aufklärung anatomische und pathogenetische Auffassungen aus der Antike mit dem moralischen Standpunkt des Mittelalters zu abstrusen Vorstellungen der sittlichen Verworfenheit und zu schrecklichen Aufführungen verschiedenster Krankheiten durch Onanie. Nachdem Wilhelm Griesinger 1876 keine körperlichen Schäden durch Onanie mehr annahm, war sich

die Psychoanalytische Gesellschaft in Wien im Symposium von 1910 noch nicht einig, ob nicht doch körperliche und geistige Schäden durch Onanie entstehen würden. Auch nachdem der Psychoanalytiker Wilhelm Stekel 1910 und der Psychiater Auguste Forel 1913 organische Schäden durch Onanie entschieden verneinten und „Schäden“ nur durch ungünstige psychische Verarbeitung annahmen, war es noch ein mühsamer Weg, bis die Onanie den medizinischen wie moralischen Schrecken verlor.

**Schlüsselwörter:** Onanie, Onanie als medizinische und moralische Krankheit, Wilhelm Griesinger, Wilhelm Stekel, Auguste Forel

## Das Corpus Hippocraticum

Nach Hippokratischer Auffassung entsteht das Sperma aus Körperflüssigkeiten, die sich im Gehirn und Rückenmark sammeln und von dort aus in das Genitale abgeleitet werden. Durch die Dominanz des Corpus Hippocraticum in der europäischen Medizin hielt sich diese Auffassung bis weit in die Neuzeit. Hier drei Lehrsätze aus dem Corpus Hippocraticum:

„Die Flüssigkeit ergießt sich aus dem Gehirn, nach der Lende, dem ganzen Körper und nach dem Rückenmark [...]. Ist der Samen in dieses Rückenmark gelangt, so nimmt er seinen Weg an den Nerven vorbei, von den Nerven her gelangt er durch die Mitte der Hoden in den Geschlechtsteil“ (Corpus Hippocraticum: De semine, 1).

„Die Rückenmarksschwindsucht rührt von dem Rückenmark her. Sie befällt vor allem zu früh Verheiratete und dem Geschlechtsgenuss Ergebene“ (Corpus Hippocraticum: De morbis II, 51).

„Das Rückenmark vertrocknet besonders auch infolge geschlechtlicher Ausschweifung“ (Corpus Hippocraticum: De affectionibus interioribus, 12).

Diese Lehrsätze des Hippokrates aus drei verschiedenen Abhandlungen (Kapferer & Sticker, 1995) hatten ihre Gültigkeit und ihre Auswirkungen bis ins 20. Jh. Noch 1928 konnte man in einem Buch über Kranken-Physiognomik ein Bild eines armen „Onanisten“ betrachten, der ausgezehrt kurz vor der „Rückenmarksschwindsucht“ stand (Baumgärtner, 1928, 92, vgl. Abb. 1).



Abb. 1: Kachexie eines Onanisten (K.H. Baumgärtner, 1928, 92, Abb. 13)

## Verhältnisse in der Antike

Den antiken Ärzten ging es um Maßhalten – nicht Zuviel und nicht Zuwenig – um Gesundheit aufrechtzuerhalten oder Gesundheit wieder zu erlangen. (Die philosophische Entsprechung dieser Auffassung findet sich in der Nikomachischen Ethik des Aristoteles). Deshalb wurde geschlechtliche Betätigung bei den einzelnen Krankheiten mal empfohlen, mal verboten; schon Hippokrates empfahl bei Rückenmarkphthisis und Melancholie Enthaltensamkeit (De morbis II, 51), lobte geschlechtliche Tätigkeit andererseits als „kräftigend“ bei vielen inneren Erkrankungen (Vict. II, 58, Kapferer & Sticker, 1995). Dikles von Karystos wog die empfohlene Häufigkeit der geschlechtlichen Aktivität nach Alter und Typus ab (Kollersch, 1994, 192–193). Rufus von Ephesus schrieb sexuellem Handeln „Wunderwirkung“ zu, während Soranus von

Ephesus geschlechtliche Tätigkeit als Therapie grundsätzlich ablehnte (Holzbach, 2017). Celsus beschrieb Erkrankungen bei unmäßiger sexueller Tätigkeit (Scheller, 1846, 141–143), und Aretaeus von Kappadokien betrachtete das Zurückhalten des Samens als kräftigend für Denken und Handeln (Mann, 1838) und exzessive Entleerung des Spermas als zu Asthenie und Hirnabbau führend (Roccataglia, 1986, 226).

Im antiken Schrifttum spielte die Masturbation im Eigentlichen jedoch kaum eine Rolle. Man erklärt sich das dadurch, dass es in der Antike genügend Gelegenheit gab für sexuelle Betätigung, so dass Onanie keine bedeutende Rolle spielen musste (Ellis, 1900). Galen, der sich ganz der Lehre des Hippokrates hingab, meinte, dass der Samen-Stau giftig wirken könne („ex retento semine noxa evenire posse“), indem er eine Dysbalance der Säfte hervorruft (Kühn, 1828, 418). Er empfahl Onanie bei Melancholie und führte in diesem Zusammenhang den Kyniker Diogenes an, der öffentlich Hand anlegte, um sich Erleichterung zu verschaffen. In seinen anatomischen Studien näherte sich Galen schon den tatsächlichen Verhältnissen, indem er die Samenproduktion im Plexus pampiniformis annahm (Simon, 1997, 118). Trotzdem blieb die „vis a tergo“, also der Abfluss der Samenkräfte aus dem Gehirn. Und um eine Hirnschädigung zu vermeiden, war Samenentleerung genauso wichtig wie Vermeidung von häufiger geschlechtlicher Betätigung.

## Tradierung im Mittelalter

Hippokrates und Galen waren im Mittelalter die maßgebenden medizinischen Autoren. Bei der Verdammung alles Sexuellen, es sei denn, es diene der Zeugung, stand in der „Sünde wider die Natur“ die Masturbation an oberster Stelle (Laharie, o.J., 73); in den Penitenzbüchern soll für Masturbation die Höchststrafe gegolten haben (Taylor, 1977, 49–54). Damit kam man medizinisch aber in Konflikt mit der Lehre der antiken Autoren. Als getreue Anhängerin des Hippokrates versicherte Hildegard von Bingen in ihrem medizinischen Lehrbuch, dass „Männer, die ihren Samen nicht entleeren können“ krank im Kopfe werden und „dahinschleichen wie Sterbende“ (Schipperges, 1957, 138). Am Beginn der Neuzeit lehnte der Humanist Paracelsus die Viersäfetheorie des Hippokrates ab, wahrscheinlich deshalb findet man in seinen Werken auch keine Erwähnung der Onanie. Ihm war aber klar, dass die Sexualität in die Ehe gehört und dass „Gott Keuschheit gehalten will“ (Peuckert, 1967, 71). Das größte „Laster“ liegt bei ihm aber nicht in der Sexualität, sondern im „Eigennutz“ (Peuckert, 92).

## Fortsetzung in der Neuzeit

Die Erfolgsgeschichte von Hippokrates und Galen ließ sich nicht aufhalten, obwohl im ausgehenden Mittelalter und in beginnender Neuzeit auch andere antike Autoren übersetzt wurden (Schöffler, 1531). In dem berühmten Werk über die Melancholie von Robert Burton (1621) finden wir die Hippokratische Auffassung, dass zurückgehaltener wie verschleuderter Samen krank machen würde, unreflektiert wieder. Für die krankmachende Wirkung fehlender sexueller Betätigung zog Burton u.a. das Auftreten von Melancholie bei Mönchen und Nonnen als Beweis heran (Horstmann, 1988, 179–180). Berühmte Ärzte wie Thomas Sydenham (Sydenham, 1736) und Herman Boerhaave (vgl. Ackerknecht, 1985) gaben sich als Schüler des Hippokrates bzw. Galen.

In der medizinischen Sexualauffassung wären kaum Schrecken erzeugt worden – denn neben der „schädigenden“ Wirkung der zu häufigen geschlechtlichen Aktivität war zur Erhaltung der Gesundheit auch die „Samenentleerung“ notwendig –, wenn nicht 1713 in London ein Buch anonym erschienen wäre, das in ganz Europa Aufsehen erregte: *Onania; or the Heinous Sin of Self-Pollution and all its Frightful Consequences in both Sexes*. In Deutschland allein erlebte es 17 Auflagen mit dem Titel *Onania, oder die erschreckliche Sünde der Selbstbefleckung mit allen ihren entsetzlichen Folgen, so dieselbe bei Beyderley Geschlecht nach sich ziehen pflegt* (Anonym, 1754).

Da das Buch anonym erschienen war, hätte man schon hellhörig werden müssen. Später hatte man die Vermutung (Ellis, 1900), dass die darin enthaltenen Fallbeschreibungen erfunden und eher pornographisch gemeint waren. Der Schweizer Arzt Auguste Tissot fußte aber auf diesem Buch mit seiner Abhandlung *L'Onanisme* (1760), die 1774 als *Die Onanie und ihre gesundheitlichen Folgen* in Deutschland erschien. Viele antike Autoren wurden von Tissot herangezogen, vornehmlich Hippokrates und Galen. Auch zeitgenössische Autoren werden zitiert, wie z.B. Hoffmann (Tissot, 1777, 56f), der im Gehirn wie im Hoden eine ähnliche weiße gallertige Flüssigkeit sah und damit die Hippokratische These bestätigt sah. Eine Liste der verschiedensten Krankheiten, die durch die Onanie entstanden sein sollen, wird aufgeführt. Da die Onanie weit verbreitet war, konnte für jede Krankheit die oder wenigstens eine Ursache gefunden werden, wenn der Patient seine Scham überwinden konnte und darüber berichtete (Tissot, 1777). Später klärt Heinrich Meng über die Schädlichkeit des Buches von Tissot auf und berichtet, dass viele Jugendliche dadurch in den Tod getrieben wurden (Meng, 1929, 247–50).

## Die Zeit der Aufklärung

Ein weites Schrifttum über die Gefährlichkeit der Onanie schloss sich an. Auch die Philosophen interessierten sich für das Thema. Kant redete bei Onanisten von „Selbstmördern“ und „Schändung der Menschheit in seiner eigenen Person“ (Kant, 1797, 306–308). Rousseau schrieb 1762 in *Emile*: „Wenn ein Jugendlicher diesen gefährlichen Ersatz kennenlernt, ist er verloren. Geist und Körper werden kraftlos bis ans Grab“ (Rousseau, 1790, 196–197). Auch Goethe sah sich in dieser Gedankenwelt verfangen und missdeutete eine reaktive Depression auf Grund von Liebesenttäuschung als Schwächung durch Onanie (Ellis, 1900, 270).

Dass gerade in der Zeit der Aufklärung auf Grund altertümlicher Theorien und mittelalterlicher Moralvorstellungen solche Horrorszenarien entworfen wurden, dafür sieht Axel Karenberg in der Literatur der Zeit den Ruf der Eigenverantwortung, den Calvinismus (Tissot war Calvinist), Puritanismus und Pietismus, für welche Religionsgemeinschaften die Verdammung sexueller Praktiken willkommenes Thema war (Karenberg, 2005). Man könnte es auch im Kontext des Rousseau'schen „Zurück zur Natur“ sehen: Nach der Künstlichkeit des Barock und der relativen sexuellen Freizügigkeit gab es ein Besinnen auf natürliches Leben, wobei die Masturbation als widernatürlich angesehen wurde – obwohl auch in der Natur die Onanie verbreitet ist (vgl. Ford & Beach, 1968). Eine interessante Deutung gibt John Money: Nach Entdämonisierung der Erkrankungen in der Zeit der Aufklärung bedurfte es einer (pseudo)wissenschaftlichen Erklärung, die das Selbstverschulden des Patienten miteinschloss und den Arzt von Fehlleistung frei sprach, der dann auch eine Rechnung für den Samenverlust stellen konnte (Money, 1996).

## Das 19. Jahrhundert

Eine Unzahl von medizinisch-wissenschaftlichen wie von populär-aufklärerischen Schriften ist von Anfang bis Ende des 19. Jh. erschienen, die die gesundheitlichen Gefahren der Onanie aufzeigten, die moralische Verwerflichkeit verdeutlichten, und die abstrusesten therapeutischen Maßnahmen vorschlugen. Im ersten amerikanischen Psychiatrie-Lehrbuch schrieb Benjamin Rush 1812 von „Rückenmarksschwund, Gedächtnisschwund, Einfältigkeit und Tod“ durch Onanie (Hare, 1962, 23; Schmidbauer & Kemper, 1986, 99). In Deutschland verfasste D.S.G. Crusius ein *Not- und Hilfsbüchlein für alle, die in der Liebe oder durch Selbstbefriedigung ausgeschweif haben* (Crusius, 1829). Wenig später wurde in Frankreich

in der zur Wissenschaft erwachten Psychiatrie das Thema bereitwillig aufgenommen. In seinem Werk *Des maladies mentales* (1838) verwarf der Pariser Psychiater J.E.D. Esquirol die Masturbation als die „Geißel des menschlichen Geschlechts“ (Esquirol, 1838, 28; 1968, 52) und als die Ursache von Geisteskrankheiten bei Exzessen (wohingegen – hier dachte er an Hippokrates – die Enthaltensamkeit sehr selten Ursache von Geisteskrankheiten sei).

Anonym erschien 1848 ein Buch über die Prostitution in Berlin, in dem der Onanie u.a. „Siechtum und Dahinwelken“ zugeschrieben werden (Anonym, 1848, 207). Der italienische Arzt Paolo Mantegassa prophezeite „Verworfenheit und Niedergang einer ganzen Nation“ durch Onanie (Mantegazza, 1888, 94).

## Cerebrasthenie

Genauso heftig formulierte am Anfang des 20. Jh. der Leipziger Mediziner Hermann Rohleder, der die Onanie als die „allerverbreitetste Volkskrankheit“ und zwar auf der ganzen Welt erkennen wollte. Er führte auch den Begriff der „Cerebrasthenie“ durch Onanie ein und führte viele hauptsächlich psychische Krankheiten „bis zur Psychose“ darauf zurück (Rohleder, 1902, 195–251). Der Sexualforscher Krafft-Ebing, der sich als Wissenschaftler verstand, schrieb noch in der 12. Auflage (1903) seiner berühmt gewordenen *Psychopathia sexualis* (1886) bei Onanisten von „Sündern“, „sexueller Verkommenheit“ und „verdorbenem Individuum“ (Krafft-Ebing, 1903, 227). Selbst der fortschrittlich denkende Sexualwissenschaftler Magnus Hirschfeld übernahm den Begriff der „Cerebrasthenie“ und spricht u.a. von „Psychasthenie“ bei exzessiver Onanie (Hirschfeld, 1916, 148). Welche therapeutischen Maßnahmen bei Onanie empfohlen wurden – von Festbinden bis Infibulation und Clitoridektomie – davon gibt Schmidbauer einen Überblick (Schmidbauer & Kemper, 1986, 99–103; vgl. Duffy, 1963). Wie auch in neuerer Zeit noch restriktive Maßnahmen gegen Onanie ärztlich empfohlen wurden, davon berichtet Volkmar Sigusch (Sigusch, 1973; 1984).

## Die Wende in der Psychiatrie im späten 19. und 20. Jahrhundert

Der Psychiater und Neurologe Wilhelm Griesinger scheint der erste gewesen zu sein, der hier den ausufernden Schreckensbildern Einhalt geboten hat. Für ihn war die Onanie zwar auch eine „Unart“, er sah die „Schädi-

gung“ aber nicht im Somatischen, sondern meinte, dass es nur psychische Folgen gebe, weil „in dem Zwiespalt zwischen Scham und Reue und den guten Fortsätzen“ der Patient seine Unterlegenheit spüre (Griesinger, 1876, 178). Der englische Sexualforscher Havelock Ellis folgte der Meinung von Griesinger, wollte aber doch eine leichte Augenkrankheit, die schon Hippokrates beschrieben hat, sowie „Neurasthenie“ als Onanie-Folge aufrecht halten (Ellis, 1900).

Auf jeden Fall wurden im ausgehenden 19. Jh. Psychosen durch Onanie weitgehend ausgeschlossen (Maßmann et al., 1998; Sigusch, 1973; Pape, 2005). Auguste Forel sprach sich in seinem Buch *Die sexuelle Frage* (1913) für die Harmlosigkeit der Onanie aus. Er meinte, nur bei übermäßiger Onanie käme es zu körperlicher und geistiger Erschöpfung, sah sich aber damit im Widerspruch zum Don-Juanismus, bei welchem Phänomen trotz übermäßiger sexueller Betätigung volle Vitalität erhalten sei (Forel, 1913, 126–129). Die Psychoanalytische Gesellschaft in Wien setzte 1910 das Thema auf die Tagesordnung. Wilhelm Stekel hielt einen Vortrag über die Ungefährlichkeit der Onanie wie bei anderer sexueller Betätigung (Stekel, 1910), fand aber keine Zustimmung, auch nicht bei Freud. In Freuds Zusammenfassung der Onanie-Diskussion wird doch noch an der Neurasthenie als Onanie-Schädigung festgehalten (Freud, 1912).

In der Folgezeit allerdings nahmen moralische Bedenken sowie Auffassungen von Folgeschäden durch die Onanie immer mehr ab. Bezüglich der Organschäden bei Onanie wurde von „Irrlehre“ gesprochen, wiewohl aber bei exzessiver Onanie noch Schäden erkannt wurden (Plazek, 1926, 172). Constantin von Monakow sah die Onanie im Rahmen einer Entwicklungsphase, warnte aber vor Schädigung der Instinktwelt (Monakow, 1930). Alfred Hoche schrieb in seinem *Handbuch der Gerichtlich-psychiatrie* 1934: „Die kolossale Verbreitung der Onanie hat dazu geführt, mit moralischer Entrüstung sparsamer umzugehen.“ Er sah aber doch noch gewisse Schäden wie „verhängnisvolle Wandlung im geschlechtlichen Empfinden“, weil dem Onanisten das „Schamgefühl verloren geht“ (Hoche, 1934, 333–334). Wilhelm Weygandt schrieb in seinem *Psychiatrischen Lehrbuch* 1935, dass bei der „Selbstbefleckung“ die Gefahren übertrieben worden seien, dass aber doch „die körperliche und seelische Frische“ verloren gehe (Weygandt, 1935, 633–637).

Wenn man sich in der Nachkriegsliteratur weiter von der krankmachenden Wirkung der Onanie distanzierte (Gruhle, 1947), später auch auf Grund neuerer Forschungen (Kinsey, 1969; Spitz, 1973; Sigusch, 1973; Lantman, 1979), und sie als eigenständige Krankheit aus den Diagnosekatalogen gestrichen wurde, so hatte die Onanie doch nicht ganz ihre Bedenklichkeit verloren: Es blieben Fixierung (Bräutigam, 1977), süchtige Entwicklung

(Gebattel, 1967; Kobs et al., 2011), hypochondrische und schuldhafte Verarbeitung (Wieck, 1967; Bleuler, 1969; Schulte & Tölle, 1973; Huber, 1974). Im ICD-10 taucht die exzessive Onanie noch unter der Rubrik: „emotionale Verhaltensstörung“ auf, im DSM-III-R stehen Schmerzen bei der Onanie unter „nicht näher bezeichnete sexuelle Störungen“. Erst seit etwa 20 Jahren ist die Onanie – vielleicht mit Ausnahme der Impulskontrollstörung – in den psychiatrischen Lehrbüchern kein Thema mehr (Hartmann, 1991; Kasper, 2009; Remschmidt, 2005; Vorderholzer & Hohagen, 2014).

## Literatur

- Ackerknecht, E.H., 1985. Kurze Geschichte der Psychiatrie. Enke, Stuttgart.
- Anonym, 1713. Onania; or the Heinous Sin of Self-Pollution and all its Frightful Consequences in both Sexes. Printed by Eliz. Rumbell, London.
- Anonym, 1754. Onania, oder die erschreckliche Sünde der Selbst-Befleckung mit allen ihren entsetzlichen Folgen, so dieselbe bei Beyderley Geschlecht nach sich zu ziehen pflegt. Heckel, Frankfurt/Leipzig. Dt. Übers. von Anonym, 1713.
- Anonym, 1846. Die Prostitution in Berlin. Hoffmann und Campe, Berlin.
- Baumgärtner, K.H., 1928. Krankenphysiognomik. Madaus, Berlin.
- Berger, M., 2005. Psychiatrische Erkrankungen. Klinik und Therapie. Urban und Fischer, München.
- Bleuler, M., 1969. Lehrbuch der Psychiatrie. Springer, Berlin/Heidelberg/New York.
- Bräutigam, W., 1979. Sexualmedizin im Grundriss. Georg Thieme, Stuttgart.
- Crusius, D.S.G., 1829. Ein Noth- und Hilfsbüchlein für Alle, welche in der Liebe oder Selbstbefriedigung ausgeschweifft haben. Friedrich Fleischersche Buchhandlung, Leipzig.
- Detmar, B., 1939. Die natürliche Behandlung und Heilung der Nervenkrankheiten. Hippokrates-Verlag Marquardt & Cie, Stuttgart.
- DSM-III-R, 1987. Beltz, Weinheim/Basel.
- Duffy, J., 1963. Masturbation and Clitoridectomy. A Nineteenth-Century View. JAMA 186 (3), 246–248.
- Ellis, H., 1900. Geschlechtstrieb und Schamgefühl. G.H. Wiegands, Leipzig.
- Esquirol, J.E.D., 1838. Die Geisteskrankheiten in Beziehung zur Medizin und Staatsarzneykunde. Verlag der Voss'schen Buchhandlung, Berlin. Nachdruck 1968, hrsg. von Erwin H. Ackerknecht. Von den Geisteskrankheiten. Hans Huber, Bern/Stuttgart. Franz. Originaltext: Des maladies mentales, Frénésie, Paris, 1838.
- Ford, C.S., Beach, F.A., 1968. Formen der Sexualität. Das Sexualverhalten bei Mensch und Tier. Rowohlt Taschenbuch-Verlag, Reinbeck b. Hamburg.
- Forel, A., 1913. Die sexuelle Frage. Eine naturwissenschaftliche, psychologische, hygienische und soziologische Studie für Gebildete. Ernst Reinhardt, München. Erstveröffentlichung 1905.
- Freud, S., 1912. Schlusswort der Onanie-Diskussion. In: Gesammelte Schriften, hrsg. von A. Freud u. A.J. Storfer. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig/Wien/Zürich, Bd. 3, 326–327.
- Friedländer, M.D., 1819. Über die körperliche Erziehung des Menschen. Leopold Voß, Leipzig.
- Gebattel, V.E. v., 1932. Süchtiges Verhalten im Gebiet sexueller Verirrungen – über Onanismus. In: Giese, H., 1967. Die sexuellen Perversionen. Akad. Verlagsgesellschaft, Frankfurt a.M., 203–221.
- Griesinger, W., 1867. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Friedrich Wreden, Braunschweig.
- Gruhle, H.W., 1947. Grundriss der Psychiatrie. J.F. Bergmann, München.
- Hare, E.H., 1962. Mastubatory insanity: The history of an idea. J Ment Sci 108, 1–25.
- Hartmann, U., 1991. Sexuelle Störungen. Stand der Diagnostik und Therapie. notamed, Melsungen.
- Hirschfeld, M., 1916. Sexualpathologie. Marcus und E. Webers Verlag, Bonn.
- Hoche, A., 1934. Handbuch der Gerichtlichen Medizin. J. Springer, Berlin.
- Holzbach, E., 2017. Von der Phytopharmaka-Therapie zur Beschäftigungstherapie. Therapie der Melancholie in der griech.-röm. Antike. In: Karenberg, A., Armbruster, J. (Hg.), Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde. Kamphausen und Neumann, Würzburg, Bd. 23, 497–505.
- Horstmann, U., 1988. Robert Burton: Anatomie der Melancholie. Artemis, Zürich/München.
- Huber, G., 1974. Psychiatrie. Schattauer, Stuttgart/New York.
- ICD-10, 2011. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.
- Kant, I., 1797. Von der wohlküstigen Selbstschändung. In: Kant, I., Metaphysik der Sitten. Philipp Reclam jr., Stuttgart, 2016.
- Kapferer, R., Sticker, G., 1995. Die Werke des Hippokrates. Band I–III. Eick, Anger.
- Karenberg, A., 2005. Amor, Äskulap und Co. Klassische Mythologie in der Sprache der modernen Medizin. Schattauer, Stuttgart/New York.
- Kasper, S., Volz, H.P., 2009. Psychiatrie und Psychotherapie. Thieme, Stuttgart.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E., 1964. Das sexuelle Verhalten des Mannes. S. Fischer, Berlin/Frankfurt a.M.
- Kobs, J., Spenhoff, M., Martmann, U., 2011. Sexsucht – Diagnose, Differentialdiagnose und ein Fallbeispiel. Sexuologie 18 (1–2), 72–80.
- Kollesch, J., 1994. Antike Heilkunst. Reclam jun., Stuttgart.
- Krafft-Ebing, R. v., 1903. Psychopathia sexualis. Mathes und Seitz, München.
- Kühn, C.G., 1828. Claudii Galeni Opera omnia. Bd 8. Car. Cnobloch, Leipzig.
- Laharie, M., o.J. La Folie au Moyen Age XI.–XIII. Siècle. Ed. Le Léopard d'Or, Paris.
- Lantman, R., 1979. Sexuelle Restriktion und sozialer Konformismus. In: Bornemann, E. (Hg.). Sexualität. Materialien zur Sexualforschung. Beltz, Weinheim/Basel, 107–123.
- Lütkehaus, L., 1992. „O Hölle, o Wollust“. Die Onanie – Stationen einer Inquisition. Fischer, Frankfurt a.M.

- Mann, A., 1838. *Schriften des Kappadokiens Aretaeus*. Pfeiffer, Halle.
- Mantegazza, P., 1888. *Anthropologisch-kulturhistorische Studien über die Geschlechtsverhältnisse des Menschen*. Hermann Costenoble, Jena.
- Maßmann, A., Kowohl, S., Weig, W., 1998. Schizophrenie und Sexualität. Die Bedeutung der Sexualität in den Theorien endogener Psychosen. *Sexuologie* 5 (2), 82–90.
- Meng, H., 1929. Das Problem der Onanie von Kant bis Freud. In: Storfer, A. (Hg.). *Almanach für das Jahr 1929*. Int. Psychoanalytischer Verlag, Wien.
- Merzbach, G., 1909. *Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes*. Alfred Hölder, Wien/ Leipzig.
- Monakow, C. v., Mourgue, R., 1930. *Biologische Einführung in das Studium der Neurologie und Psychopathologie*. Hippokrates-Verlag, Stuttgart/Leipzig.
- Money, J., 1996. „Sag's laut, wenn Du masturbierst!“ Oder: Wie sicher muss Safer Sex sein? *Sexuologie* 3 (3), 176–185.
- Morgenthaler, F., 1984. *Homosexualität, Heterosexualität, Perversion*. Qumran, Frankfurt a.M./Paris.
- Pape, B., 2005. *Sexualität im Wandel vom 18. Jhd. über die Untersuchung der Entstehungsursachen der Anti-Onanie-Bewegung bis in unsere Zeit*. GRIN, Norderstedt.
- Peuckert, W.E., 1967. *Theophrastus Paracelsus Werke*, Bd. 4. Wiss. Buchgesellschaft, Darmstadt.
- Plazek, X., 1926. *Das Geschlechtsleben des Menschen*. Georg Thieme, Leipzig.
- Remschmidt, H., 2005. *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Thieme, Stuttgart.
- Roccatagliata, G., 1986. *A History of Ancient Psychiatry*. Greenwood Press, New York/Westport/ London.
- Rohleder, H., 1902. *Die Masturbation*. Fischers Medizinische Buchhandlung H. Kornfeld, Berlin.
- Rosenbaum, J., 1945. *Die Onanie, oder Selbstbefleckung, nicht wohl Laster und Sünde, sondern eine wirkliche Krankheit*. Gebauer, Leipzig.
- Rousseau, J.J., 1790. *Emile oder Über die Erziehung*. Übers. v. G.F. Cramer. Teil III., Verlag der Rellstabschen Buchdruckerei, Berlin, 196–197. Nachgedruckt in: Lütkehaus, L., 1992. „O Hölle, o Wollust“. *Die Onanie – Stationen einer Inquisition*. Fischer, Frankfurt a.M., 246–261.
- Scheller, E., 1846. *Aulus Cornelius Celsus: Über die Arzneiwissenschaft*. Bd. 34. Vieweg u. Sohn, Braunschweig.
- Schipperges, H., 1957. *Hildegard von Bingen: Heilkunde*. Otto Müller, Salzburg.
- Schmidbauer, W., Kemper, J., 1986. Ein ewiges Rätsel will ich bleiben mir und anderen. C. Bertelsmann, Gütersloh.
- Schöffner, J., 1531. *Celsus: De medicina libri octo*. Repro bei Kölbl, Grünwald.
- Schulte, W., Tölle, R., 1973. *Psychiatrie*. Springer, Berlin/ Heidelberg/New York.
- Sigusch, V., 1973. *Medizin und Sexualität. Sieben Thesen zur kritischen Reflexion ihres Verhältnisses*. In: Sigusch, V. (Hg.). *Ergebnisse zur Sexualmedizin*. Wissenschaftsverlag, Köln.
- Sigusch, V., 1975. *Therapie sexueller Störungen*. Georg Thieme, Stuttgart.
- Sigusch, V., 1984. *Vom Trieb und von der Liebe*. Campus, Frankfurt a.M./New York.
- Simon, M., 1997. *Sieben Bücher Anatomie des Galen*, Bd. 2. Biblio Verlag, Osnabrück.
- Spitz, R.A., 1973. Zum Problem des Autoerotismus. In: Kentler, H. (Hg.). *Texte zur Sozio-Sexualität*. Leske, Opladen.
- Stekel, W., 1910. *Die Onanie*. In: Lütkehaus, L., 1992. „O Hölle, o Wollust“. *Die Onanie – Stationen einer Inquisition*. Fischer, Frankfurt a.M., 246–261.
- Sydenham, T., 1736. *Opera Medica*. Fratres de Tourne, Genf.
- Taylor, G.R., 1977. *Kulturgeschichte der Sexualität*. Fischer, Frankfurt a.M.
- Tissot, S., 1777. *Die Onanie, oder Abhandlung über die Krankheiten, die von der Selbstbefleckung herrühren*. Buchenröder und Ritter, Hamburg. Originaltext: *L'Onanisme. Dissertation sur les maladies produites par la masturbation*, Marc Chapuis, Lausanne, 1760.
- Vorderholzer, U., Hohagen, F., 2004. *Therapie psychiatrischer Krankheiten*. Urban und Fischer, München.
- Weygandt, W., 1935. *Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten*. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle.
- Wieck, H.H., 1967. *Lehrbuch der Psychiatrie*. Schattauer, Stuttgart.

---

**Autor**

Priv. Doz. Dr. Ernst Holzbach, Johanniterstr. 2a, 46145 Oberhausen, e-mail: holzbach-langenberg@t-online.de

---

# Die Inszenierung des Sexuellen im Leben und Werk des Dramatikers Frank Wedekind

Herbert Csef

## The Enactment of Sexuality in the Life and Work of the Dramatist Frank Wedekind

### Abstract

Frank Wedekind (1864–1918), one of the most important modern German playwrights, had a preference for enacting sexuality – both in his personal life and on the stage. Excessive sexuality, sadomasochism, prostitution, sexually motivated murder and suicide are frequent themes of his plays. Wedekind was personally acquainted with the Berlin sexologist Magnus Hirschfeld and was familiar with the sexological works of Richard von Krafft-Ebing, Sigmund Freud and Otto Weininger. The following article discusses the role of sexuality in Wedekind's works and his personal life.

**Keywords:** Frank Wedekind, Sexuality, Sexual emancipation, Sadomasochism, Prostitution, Gender

### Zusammenfassung

Frank Wedekind (1864–1918), der zu den bedeutendsten modernen deutschen Dramatikern zählt, hatte eine Vorliebe für sexuelle Inszenierungen – sowohl in seinem persönlichen Leben als auch auf der Theaterbühne. Exzessive Sexualität, sadomasochistische Motive, Prostitution, sexuell begründeter Mord und Selbstmord sind häufige Themen in seinen Dramen. Wedekind war mit dem Berliner Sexualforscher Magnus Hirschfeld persönlich bekannt und hat die sexualwissenschaftlichen Werke von Richard von Krafft-Ebing, Sigmund Freud und Otto Weininger gelesen. Im folgenden Beitrag wird die Rolle des Sexuellen in Wedekinds Werken und in seinem persönlichen Leben dargestellt.

**Schlüsselwörter:** Frank Wedekind, Sexualität, sexuelle Emanzipierung, Sadomasochismus, Prostitution, Geschlechterrolle

## Wedekind und das moderne Theater

Frank Wedekind (1864–1918) gehört zu den meist gespielten deutschsprachigen Dramatikern des 20. Jh. Seine wohl bekanntesten Werke *Frühlings Erwachen* (1891) und *Lulu* (1905) werden seit mehr als 100 Jahren auf europäischen Bühnen aufgeführt. Wedekind war ein wichtiges

Vorbild für Bertolt Brecht und gehört somit zu den Gründervätern des modernen Theaters (Rühle, 1967). Wegen der oft drastischen sexuellen Inhalte seiner Stücke war er zu Lebzeiten häufig durch Zensurbehörden und gerichtliche Aufführungsverbote gebremst. Die erste Erfolgsphase hatte er erst posthum in der Weimarer Republik. Mit dem Nazi-Regime war dieser Erfolg jäh zu Ende. Ein halbes Jahrhundert schien er vergessen zu sein. Seit den 1980er Jahren ist in Deutschland eine Wedekind-Renaissance deutlich geworden. Im Wedekind-Jahr 2014 erinnerten große Ausstellungen in München und Darmstadt und zugehörige Bücher an ihn und verdeutlichten seine Aktualität (Mittermayer & Bengesser, 2014; Vinçon, 2014).

## Wedekind als Pionier der sexuellen Befreiung

Sexuelle Obsessionen und Inszenierungen waren das Lieblingsmotiv von Frank Wedekind. Seine „Erotischen Tagebücher“ sind Zeugnisse seiner intensiv gelebten und ausschweifenden Sexualität. Dabei war Wedekind ein Kritiker der bürgerlichen Ehe. Ihn interessierte nicht die harmonische und dauerhafte Liebesbeziehung zwischen Mann und Frau. Er setzte sich stattdessen vehement für die Befreiung des Sexuellen von traditionellen und moralischen Konventionen ein. Vor ihm hatten nur wenige gewagt, das Sexuelle so explizit und deutlich zu formulieren und in die Öffentlichkeit zu bringen. Erst im Jahre 1905 erschienen z.B. die *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* von Sigmund Freud. Seine erotischen Tagebücher hat Wedekind fast 15 Jahre früher geschrieben.

Dass Wedekind die sexuellen Abgründe derart fokussierte lag zum einen an seinen eigenen sexuellen Obsessionen, aber auch an biographischen Bedingungen (Kutscher, 1922–1933; Seehaus, 2008). Sein Vater, Friedrich Wilhelm Wedekind, war Arzt und Gynäkologe. Wedekind hatte Zugang zur väterlichen Bibliothek, die sehr viele Werke der Psychoanalyse (Sigmund Freud, Carl Gustav Jung) und Psychiatrie enthielt. Wedekind hat vieles davon gelesen. Er kannte sehr gut die *Psychopathia sexualis* von Krafft-Ebing. Mit dem renommierten Berliner Sexualforscher Magnus Hirschfeld (1886–1935) war We-

dekind bekannt. Sie hatten viele gemeinsame Bekannte, unter anderem die Schriftsteller Henrik Ibsen und Erich Mühsam, sowie die Schauspielerin Gertrud Eysoldt.

In den folgenden Ausführungen werden sexuelle Themen dargestellt, die im Leben und Werk von Frank Wedekind eine zentrale Bedeutung hatten.,

## Freie Liebe – Die „erotischen Tagebücher“ von Wedekind

Wedekind war seit seiner Jugendzeit ein fleißiger Tagebuchschreiber. Im Jahre 1914 hat er aber den Großteil seiner Tagebücher vernichtet (Regnier, 2008). Nur ein Heft blieb erhalten, das sich auf die Zeit von 1889 bis 1894 bezieht, auf Wedekinds „wilde Jahre“ zwischen seinem 25. und 30. Lebensjahr. Der Schauplatz ist manchmal Berlin oder München, aber meistens Paris. Das Heft wurde erst mehr als 100 Jahre später von Gerhard Hay als *Die Tagebücher. Ein erotisches Leben* herausgeben (Wedekind, 1986<sup>1</sup>), in Kurzform „die erotischen Tagebücher“ genannt.

Die Tagebücher beschreiben sehr offenherzig und fast pornographisch seine sexuellen Phantasien und selbsterlebten sexuellen Handlungen. Wie Hay im seinem Vorwort schreibt: „In Berlin und München ist Wedekind noch eher Voyeur, in Paris erlebt er Sinnlichkeit und nimmt sie dankbar an [...]. Pointiert formuliert: Wedekind lebt die Themen der Dekadenz-Literatur“ (Wedekind, 1986, 13).

Um dem Leser einen Einblick in Wedekinds erotische Sprache zu geben, seien Beispiele aus den Tagebüchern herausgegriffen. Die hübsche und erotisch anziehende Frau mit dem Namen Rachel hat Frank Wedekind im Jahre 1892 in Paris monatelang regelmäßig getroffen. Nach der ersten Begegnung beschreibt er sie wie folgt:

„Sie ist appetitlich wie ein geschälter Apfel, dabei von einer ungekünstelten Glut, wie ich sie noch bei keinem Weibe gefunden. Selbstverständlich versteige ich mich zu meinen gewohnten Liebhabereien, die ihr aber viel Vergnügen zu machen scheinen.“ (Wedekind, 1986, 5. Juni 1892)

Einige Wochen später beschreibt er eine lustvolle Fellatio-Szene mit Rachel („Minet machen“ steht für Fellatio):

„Sie stellt eine deliziose Pose nach der anderen, damit beschäftigt, eine Zitrone, die auf dem Tisch lag, bis auf den letzten Tropfen auszusaugen. Die Zitrone inspiriert sie sowohl wie mich mit unzüchtigen Ideen. Nachdem wir uns zu Bett begeben, macht sie mir Minet, was ich aber vor unerträglicher Eneervation nicht lange aushalte.“ (Ebd., 27. Juli 1892)

Wedekind war offensichtlich ein großer Liebhaber von wechselseitigem Oralsex. Schon in seiner Berliner Zeit beschreibt er Cunnilingus-Szenen: „In den Salatkeller bedeute das Traktieren der Vagina mit der Zunge.“ (Ebd., 26. Mai 1889). Monate später beschreibt er eine Peitschen-Szene mit Rachel:

„Rachel sucht mich vergebens zum Aufstehen zu bewegen. Schließlich nimmt sie die Peitsche und reißt mir die Decken weg. Zuletzt will sie mir gar die Strümpfe anziehen. Wie sie in Hemd und seidenem Unterrock mit offenen Haaren vor dem flackernden Kaminfeuer kauert, ist sie ein Bild zum Malen, eine reizende Mignon, halb Französin und halb Zigeunerin.“ (Ebd., 19. Dezember 1892)

## Wedekind als Frauenheld und Ehemann

Besonders die „Erotischen Tagebücher“ verdeutlichen, dass hinsichtlich der sexuellen Leidenschaften und Inszenierungen ein enger innerer Zusammenhang zwischen Leben und Werk besteht. In der sehr umfangreichen Biographie seines Enkels Anatol Regnier (Regnier, 2008) sind mehr als zehn Frauenbeziehungen ausführlich beschrieben. Wedekind hat mehrfach Listen von Frauen erstellt, mit denen er sexuelle Erlebnisse hatte. Aus zwei Liebesbeziehungen ist jeweils ein unehelicher Sohn hervorgegangen.

Wedekind war bis zum 42. Lebensjahr „Junggeselle“ oder Single. Im Jahre 1905 lernte er anlässlich der Aufführung eines seiner Stücke die 20-jährige Schauspielerin Tilly Newes in Berlin kennen, die er am 1. Mai 1906 heiratete. Mit diesem großen Altersunterschied kam es zu einer eigenartigen Wiederholung des väterlichen Schicksals: Wedekinds Vater hatte mit 46 Jahren eine 23 Jahre jüngere Frau geheiratet (Vinçon, 1987). Sowohl bei Frank Wedekind als auch bei seinem Vater führte der große Altersunterschied zu heftigen Ehekonflikten, insbesondere zu sexuellen Problemen und massiver Eifersucht. Die zwölf Jahre dauernde Ehe schlitterte von einer Krise in die nächste. Die Beziehung verschlechterte sich von Jahr

<sup>1</sup> Die Tagebücher konnten erst nach dem Tod von Wedekinds Frau Tilly und Tochter Pamela, die die Veröffentlichung verhindert haben, erscheinen. 1986 gab die zweite Tochter Kadidja Wedekind die Erlaubnis zur Veröffentlichung.

zu Jahr. Im Jahre 1917 unternahm Tilly Wedekind im Rahmen einer erneuten Ehekrise einen schweren Suizidversuch, der zu einem monatelangen Krankenhausaufenthalt führte.

## Prostitution – eigene Erfahrungen, *Totentanz*

In Wedekinds Sexualverhalten gab es zwei deutliche Auffälligkeiten: der große Drang zur Sexualität mit Prostituierten und sadomasochistische Neigungen. Die regelmäßigen Besuche von Prostituierten in Paris sind in den *Tagebüchern* ausführlich beschrieben. In der Biographie von Anatol Regnier (Regnier, 2008) finden sich mehrere Hinweise, dass Wedekind auch in den Folgejahren und während seiner Ehe Dienste von Prostituierten in Anspruch genommen hat.

Durch seine lustvollen Erfahrungen mit den Pariser Kokotten verstieg sich Frank Wedekind zu einer regelrechten Verklärung oder Verherrlichung der Prostituierten. Er unterschied fünf Frauentypen: Prinzessinnen, Patrizierinnen, Zigeunerinnen, Klavierlehrerinnen und Köchinnen (Regnier, 2008, 89). Die Zigeunerinnen stehen hier für Prostituierte und haben seiner Meinung nach große Bedeutung für das männliche Geschlecht: „Denn ihre Dienste sind unverzichtbar – eher könnte es eine Welt ohne Kriege geben, meint Wedekind, als eine ohne Prostitution“ (ebd.). Die Prostitution sei deshalb das älteste unverzichtbare Gewerbe, weil die Prostituierten den Männern die Angst nähmen und ihre Selbstachtung wiedergäben (Mellen, 1971).

Im Jahre 1904 erschien in der von Karl Kraus in Wien herausgegebenen Zeitschrift *Die Fackel* das Gedicht „Konfession“ von Frank Wedekind:

„Freudig schwör‘ ich es mit jedem Schwure  
Vor der Allmacht, die mich züchtigen kann:  
Wieviel lieber wär‘ ich eine Hure  
Als an Ruhm und Glück der reichste Mann!

Welt, in mir ging dir ein Weib verloren,  
Abgeklärt und jeder Hemmung bar.  
Wer war für den Liebesmarkt geboren  
So wie ich dafür geboren war? [...]

Lieben? Nein, das bringt kein Glück auf Erden.  
Lieben bringt Entwürdigung und Neid.  
Heiß und oft und stark geliebt zu werden,  
Das heißt Leben, das ist Seligkeit!“ (Wedekind, 1904)

In Wedekinds Notizbuch Nr. 30 (von 1904/1905) findet sich der Eintrag: „Wenn ich nicht Frank Wedekind wäre, möchte ich eine Hure sein“ (Regnier, 2008, 316).

## *Totentanz* – Glanz und Elend der Prostitution

*Totentanz* – früher auch „Tod und Teufel“ genannt – ist ein kurzes Drama, ein Einakter, der in der Prostituierten-Szene spielt. Begonnen hat es Wedekind im Frühjahr 1905. Bereits im Juli 1905 ist das Stück in der *Fackel* erschienen (Wedekind, 1905). Karl Kraus hat dem Stück eine ganze Nummer seiner Zeitschrift gewidmet – ein einmaliger Vorgang in der Geschichte der *Fackel*.

Hauptpersonen sind die Prostituierte Lisiska und der Bordellbetreiber Casti-Piani. Eine Frauenrechtlerin mit dem Namen Elfriede von Malchus taucht bei dem Zuhälter Casti-Piani auf und will die Prostituierte Lisiska retten. Casti-Piani läßt sich auf einen Dialog mit der Frauenrechtlerin ein und versucht, dieser die Moral der käuflichen Liebe und ihre Vorteile zu erklären. Beide beobachten heimlich eine Begegnung zwischen Lisiska und einem Freier, zwischen denen sich ein sadomasochistisches Szenario entwickelt: Die Prostituierte Lisiska will von ihrem Freier geschlagen und „ausgelöscht“ werden, um damit die sexuelle Lust zu steigern. Sie beklagt sich, dass bislang kein Mann sie sexuell befriedigen konnte und alle Schwächlinge waren. Der Freier ist durch dieses Ansinnen sichtlich irritiert. Die Situation entgleitet den sexuellen Akteuren: Lisiska fordert immer heftigere sadistische Gewalt bis zum Lustmord. Der Freier ist massiv überfordert, hilflos und ohnmächtig. Alles scheitert – die beiden sexuell Agierenden sind ebenso frustriert wie der beobachtende Zuhälter. Er ist doppelt blamiert und beschämt vor der Frauenrechtlerin Elfriede, der er wechselseitige Lust demonstrieren wollte. Er erträgt diese Blamage nicht und erschießt sich.

Die Uraufführung des Stücks fand am 2. Mai 1906 statt – genau einen Tag nach der Hochzeit von Frank und Tilly Wedekind. Das frisch vermählte Paar fuhr mit dem Nachtzug von Berlin nach Nürnberg, wo die Uraufführung im „Intimen Theater“ des Intendanten Emil Messthaler erfolgte: Tilly spielte die Prostituierte Lisiska und Frank den Bordellbetreiber Casti-Piani.

*Totentanz* trägt das in griechischer Schrift zitierte Motto aus dem Matthäus-Evangelium: „Wahrlich, ich sage euch: Die Huren mögen wohl eher ins Reich Gottes kommen als ihr.“ Darunter steht Wedekinds Widmung: „Meiner Braut in innigster Liebe gewidmet“ (Regnier, 2008, 240).

## Sadomasochismus

Dass sadomasochistische Rituale nicht nur in seinen Dramen inszeniert wurden, sondern auch im gelebten Leben von Wedekind Bedeutung hatten, geht auch aus den „Erotischen Tagebüchern“ und den beiden Biographien des Enkels Anatol Regnier hervor. In seiner Biographie über seine Großmutter Tilly Wedekind findet sich eine Ménage à trois-Szene mit sadomasochistischen Inhalten. Beteiligt war die bekannte, mit beiden befreundete Schauspielerin Ida Orloff, genannt Iduschka. Regnier zitiert folgenden Tagebucheintrag von Frank Wedekind: „Ich liebe Tilly vor Iduschka. Tilly lässt sich von mir mit der Reitpeitsche schlagen. Ich bringe Iduschka nach Hause“ (Regnier, 2003, 55).

Im dichterischen Werk Wedekinds ist *Eden* (1890) das erste Drama, das vom Sadomasochismus durchtränkt ist (Vinçon, 2005). Wedekind entwirft hier eine Gesellschaftsordnung der freien Liebe, in der die materielle Abhängigkeit, mit der oft die bürgerliche Ehe für die Frau verbunden ist, verhindert werden soll. Um emotionale Bindungen zu reduzieren, werden Säuglinge unter den Müttern vertauscht und gemeinschaftlich erzogen. Die schönsten Knaben werden durch ein Brandmal gekennzeichnet. Geschlechtsreife Mädchen dürfen sich Knaben wählen und werden unter Aufsicht einer Priesterin im Tempel defloriert. Ein jährlich stattfindendes Frühlingsfest wird zu einem sexuellen Mysterium, bei dem in einer öffentlichen Hinrichtung ein schöner Knabe geopfert wird. Er wird nackt auf ein Podium gekettet und zum Geschlechtsverkehr gezwungen. Von den Priesterinnen wird er solange mit Stockschlägen traktiert, bis er den öffentlichen Beischlaf erneut vollziehen kann. Diese Prozedur verläuft mehrere Tage, bis schließlich der Jüngling in einem Gnadenakt ein scharfes Messer erhält, mit dem er sich selbst oder seine Partnerin erstechen kann. Tut er dies nicht, wird er zu Tode geprügelt oder erhängt. Das Szenario erinnert durchaus an die extremen sadomasochistischen Praktiken des Marquis de Sade.

Das „Eden“-Drama ist ein Fragment geblieben und ist nie aufgeführt worden. Frank Wedekind hat sich aber zwanzig Jahre lang immer wieder damit beschäftigt. In diesem Entwurf sind viele seiner Grundideen bereits enthalten, die später in *Frühlings Erwachen* oder *Lulu* neu inszeniert werden. Im „Eden“-Drama sind erste intensive sadomasochistische Inszenierungen und die Darstellung von Sexualität und Gewalt enthalten, es mutet damit eher wie eine Höllenvision an als ein Akt der sexuellen Befreiung. Im berühmtesten Werk von Wedekind – *Lulu* – finden sich ebenfalls zahlreiche sadomasochistische Szenen. Im „Totentanz“ ist die Prostituierte Lisiska extrem masochistisch.

## Fazit

Fasst man die gelebte Sexualität von Frank Wedekind zusammen, so lässt sich sagen: Er war ein ausgeprägter Erotomane, ein Sexbesessener, mit einer großen Neigung zu Prostituierten und außergewöhnlichen Sexualpraktiken. Die bürgerliche Ehe hat er verhöhnt und die freie Liebe propagiert. Als er mit 42 Jahren schließlich doch heiratete, führte er eine sehr kämpferische und zerrüttete Ehe, die wie eine Eehölle in einem Drama von Ibsen oder Strindberg aussah. Von massiver destruktiver Eifersucht (Csef, 2005) überschattet, waren seine letzten zwölf Lebensjahre wie ein Fluch. Sein Enkel Anatol Regnier gab deshalb seiner Wedekind Biographie den treffenden Untertitel: „Eine Männertragödie“.

1907, ein Jahr nach seiner Verheiratung und während einer Tiefphase seines Schreibens, verglich Wedekind in einem Notiz (Notizbuch 40) die beiden Seiten seiner Existenz:

„Der Schwanz ist der Lebenszweck. Der Kopf ist der Tröster des Schwanzes. Die geschlechtlichen Fähigkeiten bestimmen den Wert des Menschen. Die geistigen Fähigkeiten sind der Trost über schlechte Pflege und Behandlung. Die Geschlechtlichkeit ist absolute Herrin. Imponieren durch geistige Fähigkeiten gilt nicht.“ (Regnier, 2008, 268)

Wedekind lebte immer im Spannungsfeld zwischen seinen geschlechtlichen und geistigen Fähigkeiten. Da ihm der Erfolg als Dramatiker zu Lebzeiten verwehrt blieb, erhoffte er sich allzuoft mehr von den geschlechtlichen Fähigkeiten. Dabei machte ihm sein Alter schwer zu schaffen, zumal er bei der Heirat etwa doppelt so alt war wie seine Ehefrau Tilly.

## Zur Aktualität von Wedekinds Darstellung der menschlichen Sexualität

Zweifellos war Frank Wedekind seiner Zeit voraus. Mit seinen sexuellen Inszenierungen hat er die veränderten Rollen und Beziehungen von Mann und Frau und die Wandlungen der Sexualität im 21. Jh. luzide vorweggenommen. Die bürgerliche Ehe hat viel an Bedeutung verloren und wird durch vielgestaltige alternative Beziehungsformen ergänzt. Wedekind propagierte die freie Liebe, die in der modernen Polyamorie-Bewegung als Gegenmodell zur monogamen Ehe gelebt wird (Csef, 2014). Die sadoma-

sochistischen Inhalte und Wedekinds selbstgelebte SM-Erfahrungen wurden seinerzeit als pervers oder abartig wahrgenommen. Vergegenwärtigt man sich, mit welcher Selbstverständlichkeit heute SM-Inszenierungen in Film und Fernsehen oder bei Loveparades und Christopher-Street-Days gelebt werden, so ist vieles von den Wedekindschen Visionen Wirklichkeit geworden.

Am deutlichsten imponiert hier der grandiose Verkaufserfolg des SM-Bestsellers *Fifty Shades of Grey*. Diese in den Jahren 2011 und 2012 erschienene Romantrilogie wurde weltweit innerhalb von zwei bis drei Jahren mit mehr als 70 Millionen Exemplaren verkauft. Allein in Deutschland wurden mehr als sechs Millionen Exemplare abgesetzt (James, 2012). SM ist also im normalen Leben ebenso angekommen wie viele andere sexuelle Inszenierungen Wedekinds. Interessant ist, dass dieser Bestseller überwiegend von Frauen gekauft und gelesen wurde, während ja sonst Pornographie als eine Domäne der Männerwelt galt. Die renommierte Soziologin und Sexualforscherin Eva Illouz, die zwei Bücher über die Liebe geschrieben hat (Illouz, 2011; 2013a), gab folgende Erklärung für die außergewöhnliche Verbreitung der Trilogie:

„Als Soziologin sage ich ganz einfach, dass SM als Formel ein Weg ist, von Unsicherheit geprägte Geschlechtsidentitäten zu restabilisieren – in einer Zeit, in der die Unsicherheit stärker geworden ist, in der viel weniger klar ist, wer was zu tun hat, was es bedeutet, ein Mann oder eine Frau zu sein. Mit SM können Sie diese Rollen so stabilisieren, dass Sie mit der sexuellen Freiheit kompatibel bleiben.“ (Illouz, 2013b, 32f)

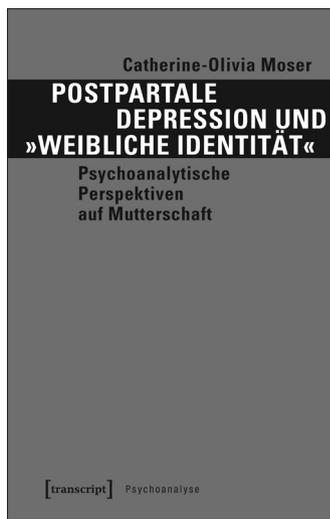
Wedekind entwarf Visionen und Inszenierungen des Sexuellen, die heute im 21. Jh. Wirklichkeit geworden sind (vgl. Bovenschen, 1979). Dass er daran selbst fast zerbrach und von seinem Biographen und Enkel als „Männertragödie“ (Regnier, 2008, 3) im Scheitern beschrieben wurde, ist die andere, dunkle Seite dieser Faszination.

## Literatur

- Bovenschen, S., 1979. Inszenierung der inszenierten Weiblichkeit: Wedekinds „Lulu“ – paradigmatisch. In: Dies., Die imaginierte Weiblichkeit. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- Csef, H., 2005. Sexualstörungen im Kontext von sexueller Untreue und Eifersucht. In: Nissen, G., Csef, H., Berner, W., Badura, F. (Hg). Sexualstörungen. Steinkopff, Darmstadt, 95–107.
- Csef, H., 2008. Plädoyer für eine Sprache der Liebe. Literaturgeschichte und Sexualität. Ein Beitrag zum 150. Geburtstag von Lou Andreas-Salomé. *Gyne. Fachzeitschrift für den Arzt der Frauen* 32 (6), 26–28.
- Csef, H., 2014. Polyamory – ein Weg aus den Zwängen der Monogamie und destruktiver Eifersucht? *Journal für Psychologie* 22 (1), 1–15.
- Illouz, E., 2011. Warum Liebe weh tut. Eine soziologische Erklärung. Suhrkamp, Berlin.
- Illouz, E., 2013a. Die neue Liebesordnung. Frauen, Männer und Shades of Grey. Suhrkamp, Berlin.
- Illouz, E., 2013b. „Ich bin für Nerds!“ Gespräch mit Anne-Sophie Balzer und Martin Reichert. *taz*, 13.7., 32–33.
- James, E.L., 2012. *Fifty Shades of Grey*. 3 Bände. Goldmann, München.
- Kutscher, A., 1922–1931. Frank Wedekind: sein Leben und seine Werke. 3 Bände. Müller, München.
- Mellen, P.A., 1971. Die Prostituierte in Frank Wedekinds Dramen. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts in German. Portland State University.
- Mittermayer, M., Bengesser S. (Hg.), 2014. Wedekinds Welt. Theater-Eros-Provokation. Henschel-Verlag, München.
- Pankau, J.G., 2005. Frank Wedekind – Drama und Aufklärung, Weiblichkeit und Dressur. In: Ders., Sexualität und Modernität. Studien zum deutschen Drama des Fin de Siècle. Wedekind-Lektüren, Band 4., Königshausen und Neumann, Würzburg, 86–196.
- Regnier, A., 2003. Du auf deinem höchsten Dach – Tilly Wedekind und ihre Töchter. Eine Familienbiographie. Knaus, München.
- Regnier, A., 2008. Frank Wedekind: Eine Männertragödie. Knaus, München.
- Rühle, G., 1967. Theater für die Republik. 2 Bde. S. Fischer, Frankfurt a.M.
- Seehaus, G., 2008. Frank Wedekind. Rowohlt, Reinbek.
- Vinçon, H., 1987. Frank Wedekind. Metzler, Stuttgart.
- Vinçon, H., 2005. Inszenierung der Sexualität. Zur Verwissenschaftlichung und Literarisierung des Sexualdiskurses im 19. Jahrhundert am Beispiel von Frank Wedekinds „Eden“-Konzept. In: Luserke-Jaqui, M. (Hg.). „Alle Welt ist medial geworden.“ Literatur, Technik, Naturwissenschaft in der klassischen Moderne. Internationales Darmstädter Musik-Symposium, Tübingen.
- Vinçon, H., 2014. „Am Ende war ich doch ein Poet...“. Königshausen & Neumann, Würzburg.
- Wedekind, F., 1904. Konfession. *Die Fackel* 6, Nr. 172, 31.12.
- Wedekind, F., 1905. Totentanz. *Die Fackel* 7, Nr. 183/184, 4.7.
- Wedekind, F., 1924. Gesammelte Briefe. Hrsg. von Fritz Strich. 2 Bände. Müller, München.
- Wedekind, F., 1986. Die Tagebücher. Ein erotisches Leben. Hrsg. v. Gerhard Hay. Athenäum, Frankfurt a.M.
- Wedekind, F., 1994. Kritische Studienausgabe der Werke. Darmstädter Ausgabe. 8 Bände (in 15 Teilbänden). Hrsg. von Elke Austerlühl, Hartmut Vinçon, Rolf Kieser et al. Häusser, Darmstadt.

## Autor

Prof. Dr. med. Herbert Csef, Schwerpunktleiter Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Zentrum für Innere Medizin, Medizinische Klinik und Poliklinik II, Oberdürrbacher Straße 6, 97080 Würzburg, e-mail: Csef\_H@ukw.de



**Catherine-Olivia Moser**  
**Postpartale Depression und »weibliche Identität«**  
**Psychoanalytische Perspektiven auf Mutterschaft**  
 transcript 2018  
 386 Seiten, kart., zahlr. Abb., 39,99 €

Die Schwere und Häufigkeit der post-partum-Störungen weisen darauf hin, dass es eine Verbindung zwischen der Konstitution einer weiblichen Identität und den sich daraus ergebenden Frustrationen und Enttäuschungen geben muss. Catherine-Olivia Moser untersucht die Wirkungen der Mutterschaft auf das Selbstverständnis der Weiblichkeit, die von den Krisenmomenten in der Schwangerschaft bis zum Krisenpunkt der Entbindung reichen. Der blaue Mond der Depression als Metapher einer leidenden Darstellung der Mütterlichkeit erscheint dabei weniger als Zustand, sondern als ein konfliktbehafteter Fehlentwicklungsprozess innerhalb der Struktur des Begehrens, was die transgenerationale Weitergabe der Weiblichkeit unterstreicht.



**Katja Grach**  
**MILF-MÄDCHENRECHNUNG**  
**Wie sich Frauen heute zwischen Fuckability-Zwang und Kinderstress aufreiben**  
 Schwarzkopf & Schwarzkopf 2018, 240 Seiten, kart., 14,99 €

Von »Alles Schlampen außer Mutti« zu »Alles Schlampen, auch Mutti« – die Vereinbarkeitsdebatte hat eine neue Kategorie. Wollen wir das? So schmeichelhaft die Bezeichnung MILF (Mother I'd like to fuck) für manch eine sein mag, die gerade erst Schwangerschaftshängebauch und Spuckflecken auf der Schulter überwunden hat, so bitter ist ihr Nachgeschmack. Nicht erst seit gestern mischen Kirche, Politik und Wirtschaft ordentlich mit, wenn es um weibliche Selbstbestimmung über Sexualität und Mutterschaft geht. Heute passiert die Sache nur viel subtiler als zu Zeiten der Hexenverbrennung. Katja Grach hat sich mit der Entstehung des Begriffes »MILF« als kulturelles Gütezeichen auseinandergesetzt und zeigt auf, wo sich die Grenzen zwischen Pop- und Pornokultur immer stärker vermischen. Die Autorin will endlich mit den alten Klischees und Vorurteilen aufräumen und geht der Frage nach, wo für Frauen heute gesellschaftlicher Zwang beginnt und persönliche Freiheit endet.



**Sarah Rauch**  
**HOW TO SURVIVE ALS ALLEINERZIEHENDE**  
**Locker bleiben allein mit Kind**  
 Schwarzkopf & Schwarzkopf 2017, 240 Seiten, kart., 9,99 €

Arbeit, Kinder, Wäsche, Elternabend, Essen kochen – wie alles allein klappt und man trotzdem Spaß dabei hat. Ein kurzweiliger Ratgeber für die wahrhaften Helden!  
 Wer Tag für Tag ganz allein den Alltag mit Kindern stemmt, steht nicht selten vor Fragen wie »Wo ist denn schon wieder die Zeit geblieben?«, »Wie bringe ich das nur den Kleinen bei?« oder »Was tun, um nicht im täglichen Chaos zu versinken?« HOW TO SURVIVE ALS ALLEINERZIEHENDE zeigt, dass es auf jede dieser Fragen mehr als nur eine Antwort gibt. Ob Erziehung, Organisation, Haushalt oder Job – jedes Kapitel gibt unterhaltsame Einblicke in typische Alltagssituationen und in die klassischen Konflikte aller Alleinerziehenden. Autorin Sarah Rauch geht die Sache positiv an, schildert Anekdoten aus ihrem Leben als Alleinerziehende und zeigt, dass Mütter und Väter auch ohne Partner jede Menge Spaß im Alltag mit ihren Kindern finden können.

# Die Forschungsstelle Kulturgeschichte der Sexualität stellt sich vor

Benedikt Wolf

## Introducing the Research Center for the Cultural History of Sexuality

Im Unterschied zu anderen Institutionen im deutschsprachigen Raum, die sich mit Geschlechterforschung (Gender Studies) und Kritischer Heteronormativitätsforschung (Queer Studies) befassen, trägt die Forschungsstelle Kulturgeschichte der Sexualität an der Humboldt-Universität zu Berlin (HU) Sexualität im Namen. Ihr Anliegen sieht sie in der Tradition der progressiven deutschen Sexualwissenschaft, wie sie vor allem durch Magnus Hirschfeld (1868–1935) initiiert wurde. Sexualwissenschaft war und ist ein interdisziplinäres Unternehmen. Eine Schlüsselrolle spielten Mediziner\_innen wie Hirschfeld und Soziolog\_innen wie Martin Dannecker (\*1942). Doch es ist auffällig, dass es sich gerade bei den prägenden Figuren um Wissenschaftler\_innen handelt, die ein intensives Interesse an Literatur und anderen Kunstformen zeigten.<sup>1</sup> Die von Andreas Kraß geleitete Forschungsstelle sieht sich in dieser Tradition, die sie mit modernen kultur- und literaturwissenschaftlichen sowie historiographischen Ansätzen verbindet.

Beheimatet am Institut für deutsche Literatur der HU, kooperiert die Forschungsstelle eng mit einer Vielzahl von Institutionen, vor allem mit dem Zentrum für transdisziplinäre Geschlechterforschung an der HU, der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld, dem Spinnboden Lesbenarchiv, dem Schwulen Museum, der Magnus-Hirschfeld-Gesellschaft und dem Haerberle-Hirschfeld-Archiv am Jacob-und-Wilhelm-Grimm-Zentrum der HU-Universitätsbibliothek.

Das Profil der Forschungsstelle ist von einem kulturwissenschaftlichen und einem historischen Interesse geprägt. Im Fokus der Forschung steht Sexualität nicht als transhistorisch invariable und kontextunabhängige Gegebenheit, sondern in ihrer historischen Entwicklung, in ihrer geschichtlichen Gewordenheit und in ihren konkreten kulturellen Formulierungen. Ein bedeutender Schwerpunkt ist der Kulturraum Berlin und hier vor allem die Bedeutung der emanzipationspolitisch



Mitarbeiter\_innen der Forschungsstelle (v. links nach rechts): Andreas Pretzel, Luisa Böck, Benedikt Wolf, Liesa Hellmann, Andreas Kraß, Janin Afken, Hannes Hacke

positionierten Sexualwissenschaft Hirschfelds und seines Instituts für Sexualwissenschaft (1919–1933).

In der ersten Phase des Bestehens der Forschungsstelle (2012–2015) stand die historische Erforschung der Berliner Sexualwissenschaft und der Berliner sexuellen Kulturen im Zentrum der Projekte, die von Andreas Pretzel als wissenschaftlichem Mitarbeiter koordiniert wurden. In Zusammenarbeit mit der Forschungsstelle erschloss, edierte und kommentierte Ralf Dose von der Magnus-Hirschfeld-Gesellschaft bedeutende Dokumente zur Geschichte des Instituts für Sexualwissenschaft und zur Biographie Hirschfelds (Dose, 2015). Insbesondere die kommentierte Edition der Stiftungsakte des Instituts für Sexualwissenschaft, die vorsah, dass das Institut und sein Stiftungsvermögen im Falle der Auflösung an die Berliner Universität gehen sollte – der Nationalsozialismus verhinderte dies 1933 durch die Zerschlagung des Instituts –, leistete einen Beitrag zur Geschichtsschreibung der Universität (Hirschfeld, 2013; Dose, 2015). Weiterhin fördert die Forschungsstelle eine Monographie über das Institut für Sexualwissenschaft, die von Rainer Herrn erstellt wird. Auch ein von der Forschungsstelle im Rahmen der Hirschfeld-Lectures organisierter Vortrag von Dagmar Herzog (Herzog, 2013) sowie ein von Kraß und Pretzel herausgegebenes Themenheft der *Sexuologie* (Bd. 20, Heft 1–2, 2013) befassten sich in historischer und theoretischer Perspektive mit dem Erbe der Berliner Sexualwissenschaft.

In diesem Zusammenhang steht auch ein Digitalisierungsprojekt der Forschungsstelle, das eine wichtige Grund-

<sup>1</sup> An dieser Stelle sei exemplarisch auf Andreas Kraß' Arbeit zum Verhältnis zwischen Hirschfeld und der Literatur (Kraß, 2013) und Danneckers Aufsatz zu Hubert Fichte (Dannecker, 1985) verwiesen.

lage für Forschungen im Bereich der Literatur und der Bewegungsgeschichte des frühen 20. Jahrhunderts schafft. Unter Leitung von Janin Afken wird die erste Homosexuellenzeitschrift der Geschichte, *Der Eigene* (1896–1932), deren einzelne Hefte über eine große Zahl von Bibliotheken verstreut und zum Teil kaum aufzufinden sind, in Zusammenarbeit mit der Universitätsbibliothek der Forschung per Open Access vollständig zugänglich gemacht. Das Projekt, das voraussichtlich im Laufe des Jahres 2018 abgeschlossen wird, ermöglicht auf einer neuen und benutzerfreundlichen Datengrundlage breite Untersuchungen zur Geschichte der Homosexualität und der homosexuellen Literatur. Das literarische Berlin und seine sexuellen Außenseiter sind zudem Thema einer Monographie von Andreas Kraß zu Hirschfelds literarischen Bezügen (Kraß, 2013) und eines von Kraß und mir verfassten Buchkapitels (Kraß & Wolf, 2017).

Seit 2015 hat die Forschungsstelle mit dem Einwerben einer Reihe von Drittmittelprojekten ihren Fokus deutlich erweitert. Sie kooperiert in dem von der German-Israeli Foundation for Scientific Research and Development (GIF) geförderten Projekt „Jewish Presence in Weimar Gay and Lesbian Culture and the German-Jewish Contribution to the Emergence of Gay Culture in Palestine/Israel, 1933–1960“ mit Wissenschaftler\_innen der Hebrew University in Jerusalem. Das Projekt erforscht den Beitrag von Jüdinnen und Juden zur homosexuellen Kultur in Berlin und die Rolle deutsch-jüdischer Immigrant\_innen in der homosexuellen Kultur in Mandatspalästina und Israel. Auf der Berliner Seite wird das Projekt von Pretzel, Böck, Afken und mir durchgeführt. Im Rahmen des Projekts wurde unter anderem durch Andreas Pretzel und Luisa-Catarine Böck eine biographische Datenbank erstellt, die einen bedeutenden Beitrag zur Grundlagenforschung darstellt.

Die queeren 1970er Jahre sind Gegenstand des europäischen Projekts „Cruising the 1970s: Unearthing pre-HIV/AIDS Queer Sexual Cultures“ (gefördert durch Humanities in the European Research Area), das die Forschungsstelle zusammen mit den Universitäten in Edinburgh, Newcastle, Murcia und Warschau durchführt. Die 1970er Jahre, die häufig als ein legendäres Jahrzehnt für LGBT-Emanzipationspolitiken angesehen werden (Pretzel & Weiß, 2012), werden hier in europäischer Perspektive und mit einem kritischen Blick auf die Konstruktionsleistungen, die sie erst als legendäres Jahrzehnt konstituieren, beleuchtet.

Der Berliner Teil des Projekts geht diesen Fragen in literaturwissenschaftlicher Perspektive nach und erforscht den Beitrag von Literatur und Film zur Konstruktion eines einflussreichen Jahrzehnts, aber auch zur Konstruktion widerlaufender Erzählungen. Eine im Juli 2017 veranstaltete internationale Tagung mit dem Titel „A Golden Age for Queer Sexual Cultures? Lesbian and Gay Literature and Film in 1970s Germany“ untersuchte dieses Thema facettenreich. Thematische Vorträge wurden begleitet von der Vorführung

von Ulrike Ottingers wichtigem Film *Madame X – Eine absolute Herrscherin* (BRD, 1977) und einer international besetzten Podiumsdiskussion (vgl. Schulze, 2017). Eine Publikation der Tagungsbeiträge, ergänzt durch weitere Aufsätze, ist in Vorbereitung.

Die beiden Berliner Mitbeteiligten an diesem Projekt nehmen die Literatur der 1970er Jahre in den Blick. Janin Afken erforscht in ihrer Dissertation die Spezifität lesbischer Literatur in den 1970er und 1980er Jahren im geteilten Deutschland mit einem besonderen Fokus auf Fragen von Zeit und Zeitlichkeit. In einem Postdoc-Projekt arbeite ich den Nachlass des Journalisten und Satirikers Felix Rexhausen (1932–1992) auf, der im Schwulen Museum\* liegt, und frage nach den Leistungen von Rexhausens Literatur gegen die Homosexuellenfeindlichkeit und für eine homosexuelle Emanzipation.

Im Sommersemester 2017 boten Janin Afken und ich am Institut für deutsche Literatur der HU (zugleich belegbar für Studierende der Gender Studies) ein Seminar mit dem Titel „Autobiographisches Schreiben von lesbischen und schwulen Autor\_innen in den 1970er Jahren“ an. Am Institut für deutsche Literatur und am Zentrum für transdisziplinäre Geschlechterstudien war die Forschungsstelle mit Seminaren zu dem schwulen kommunistischen Schriftsteller Ronald M. Schernikau (Wolf, WS 2017/18) und zur Kulturgeschichte der Sexualität (Kraß, SS 2018) beteiligt. Die Lehrtätigkeit wird sich in Zukunft fortsetzen.

In einem von der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld geförderten Modellprojekt zum AIDS-Aktivismus wird das Forschungsprofil auf die 1980er und frühen 1990er Jahre erweitert. In Zusammenarbeit mit Corinna Gekeler und Axel Schock vom Arbeitskreis AIDS-Geschichte ins Museum sowie mit der Universitätsbibliothek bereitet Liesa Hellmann ein Modellarchiv vor, das Nach- und Vorlässe von AIDS-Aktivist\_innen der Forschung an der Humboldt-Universität zugänglich machen wird.

Ein theoretisches Interesse verfolgte ein im Januar 2018 in Berlin abgehaltener Workshop mit dem Titel „Queer Marxism“. Der Workshop, der von Mari Jarris (Princeton University) und mir organisiert wurde, verfolgte die Frage nach der Vereinbarkeit von materialistischen und queertheoretischen Ansätzen zur Theoretisierung von Geschlecht und Sexualität. Nachwuchswissenschaftler\_innen aus den USA, Großbritannien und Deutschland diskutierten an zwei Tagen intensiv eine Reihe von Texten, von marxistischen Klassikern bis zu aktuellen wertabspaltungskritischen und queertheoretischen Entwürfen. Das Projekt wird mit einem Workshop Anfang 2019 in Princeton fortgesetzt.

Mit dem Projekt „Naomi Wilzig Collection – Eine Kunstsammlung zur Kulturgeschichte der Sexualität“ setzt die Forschungsstelle einen weiteren Schwerpunkt im Bereich der Kunst- und Kulturgeschichte. Die US-amerikanische Kunstsammlerin Naomi Wilzig (1934–2015) hat in ihrem World

Erotic Art Museum in Miami Beach eine weltweit einzigartige Sammlung erotischer Kunst zusammengetragen, die für die Erforschung der Kulturgeschichte der Sexualität immense Bedeutung hat. Die Sammlung kommt 2018 im Rahmen eines Leihvertrags für fünf Jahre an die Humboldt-Universität und wird in dieser Zeit von der Forschungsstelle erschlossen und erforscht. Das Projekt wird von Hannes Hacke betreut.

Die erste einer Reihe von geplanten Ausstellungen eröffnete im Mai 2018 im Berliner Museum der Dinge als Gemeinschaftsausstellung der Forschungsstelle Kulturgeschichte der Sexualität und des Werkbundarchivs – Museum der Dinge in Kooperation mit dem Kinsey Institute und dem World Erotic Art Museum. Unter dem Titel „Erotik der Dinge. Sammlungen zur Geschichte der Sexualität“ werden von Mai bis August 2018 Gegenstände mit erotischen Qualitäten – ob implizit oder explizit – präsentiert. In ihrem Rückgriff auf historische Sammlungen – neben der von Wilzig auch die teilweise rekonstruierbare Sammlung Hirschfelds sowie die von Alfred Kinsey (1894–1956) – bezieht die Ausstellung ihre Befragung der erotischen Dinge auch auf die Geschichte der Sexualwissenschaft.

Die Arbeit an der Naomi Wilzig-Collection versteht sich auch als ein Projekt, das die Zerstörung der Berliner Sexualwissenschaft und die Vertreibung und Ermordung ihrer Protagonist\_innen durch den Nationalsozialismus nicht auf sich beruhen lassen will. In ihrer Sammlungstätigkeit ließ sich Naomi Wilzig unter anderem durch das *Bilderlexikon der Erotik* (1928–1931) leiten, das das Institut für Sexualforschung Wien herausgab. Diese Publikation dokumentiert fotografisch Teile der kulturhistorischen Sammlung in Hirschfelds Institut für Sexualwissenschaft. Die Auseinandersetzung mit Naomi Wilzigs Sammlung versteht sich somit auch als ein Beitrag, das „verschmähte Erbe“ (Dose, 2015) der Sexualwissenschaft an der Humboldt-Universität kritisch anzutreten.

Berlin gilt heute als eine Hauptstadt der nicht-normativen Sexualitäten. Die kulturellen und politischen Bedingungen für geschlechtliche und sexuelle Minderheiten in Berlin bringen – bei allen aktuellen bedrohlichen Entwicklungen in der Innen- und Außenpolitik – eine diverse kulturelle, wissenschaftliche und aktivistische Landschaft hervor, die auf der Welt ihresgleichen sucht. Dieser besonderen Stellung der LGBTI-Kultur in Berlin soll in naher Zukunft durch ein gemeinsames Haus der Berliner Kultur-, Bildungs- und Forschungsinstitutionen mit LGBTI-Bezug materieller und institutioneller Ausdruck verliehen werden. An dem Projekt eines Elberskirchen-Hirschfeld-Hauses (Borowski et al., 2016b) ist die Forschungsstelle Kulturgeschichte der Sexualität aktiv be-

teiligt. Mit Janin Afken und mir ist sie seit 2017 auch in der Redaktion des *Jahrbuchs Sexualitäten* vertreten, das sich als ein „Organ“ versteht, „das publizistisch vorwegnimmt, was einmal unter dem Dach des Elberskirchen-Hirschfeld-Hauses zusammengeführt werden soll: die breiteste Auseinandersetzung mit ‚queeren Themen‘“ (Borowski et al., 2016a, 9). Die Forschungsstelle Kulturgeschichte der Sexualität hofft in diesem Rahmen eines Elberskirchen-Hirschfeld-Hauses ihre Forschungen zur langen Geschichte Berlins als Hauptstadt der sexuellen Außenseiter noch viele Jahre fortzusetzen und die Erinnerung an diese Tradition wachzuhalten.

## Literatur

- Borowski, M., Feddersen, J., Gammerl, B., Nicolaysen, R., Schmelzer, Chr., 2016a. Editorial. In: Borowski, M., Feddersen, J., Gammerl B., Nicolaysen, R., Schmelzer, Chr. (Eds.), *Jahrbuch Sexualitäten* 2016. Wallstein, Göttingen, 9–12.
- Borowski, M., Dörrie, U., Feddersen, J., Gammerl, B., Schmelzer, Chr., Schubert, M., 2016b. Ein queerer Leuchtturm für Berlin. Pläne für ein Elberskirchen-Hirschfeld-Haus (E2H). In: Borowski, M., Feddersen, J., Gammerl B., Nicolaysen, R., Schmelzer, Chr. (Eds.), *Jahrbuch Sexualitäten* 2016. Wallstein, Göttingen, 15–26.
- Dannecker, M., 1985. Engel des Begehrens. Die Sexualität der Figuren in Hubert Fichtes Werk. In: Heinrichs, H.-J. (Ed.), *Der Körper und seine Sprache*. Qumran, Frankfurt a.M., 15–35.
- Dose, R., 2015. Das verschmähte Erbe. Magnus Hirschfelds Vermächtnis an die Berliner Universität. Hentrich & Hentrich, Berlin.
- Herzog, D., 2013. Paradoxien der sexuellen Liberalisierung. Wallstein, Göttingen.
- Hirschfeld, M., 2013. Testament. Heft II, hrsg. von R. Dose. Hentrich & Hentrich, Berlin.
- Institut für Kulturforschung in Wien (Hg.), 1928–1931. *Bilderlexikon der Erotik*. Verlag für Kulturforschung, Wien.
- Kraß, A., 2013. „Meine erste Geliebte“. Magnus Hirschfeld und sein Verhältnis zur schönen Literatur. Wallstein, Göttingen.
- Kraß, A., Wolf, B., 2017. Queer Writing. In: Webber, A.J. (Ed.), *The Cambridge Companion to the Literature of Berlin*. Cambridge University Press, Cambridge, 185–205.
- Pretzel, A., Weiß, V., 2012. Die westdeutsche Schwulenbewegung der 1970er Jahre. Annäherungen an ein legendäres Jahrzehnt. In: Pretzel, A., Weiß, V., Rosa Radikale. *Die Schwulenbewegung der 1970er Jahre. Geschichte der Homosexuellen in Deutschland nach 1945*, Bd. 2. Männerschwarm, Hamburg, 9–26.
- Schulze, H., 2017. A Golden Age for Queer Sexual Politics? Lesbian and Gay Literature and Film in 1970s Germany [Tagungsbericht]. Zentrum für transdisziplinäre Geschlechterstudien/Humboldt-Universität. *Bulletin Info* 55, 67–71.

---

### Autor

Benedikt Wolf, Forschungsstelle Kulturgeschichte der Sexualität, Institut für deutsche Literatur, Humboldt-Universität zu Berlin, Unter den Linden 6, 10099 Berlin, e-mail: b.wolf@hu-berlin.de

---

# Sex, Sexus und Sexismus

Kurt Starke

In den letzten Monaten sind mir viele Fragen zu #MeToo, sexueller Gewalt, sexuellen Belästigungen, Sexismus, Gender und ähnlichen Dreh- und Angelpunkten öffentlicher Diskurse gestellt worden, und ich wurde auch in Gespräche verwickelt. Verknappt habe ich im Folgenden Fragen, Antworten, Dialogfetzen dargestellt und in einem Zusammenhang gebracht. Was auf den ersten Blick kunterbunt erscheint, läuft in vielem auf das eine hinaus: Disharmonie der Geschlechter nebst Frauen als Opfer eines unbegreiflichen Begehrens von Männern.

**Das Gedicht „avenidas“ („Alleen“) von Eugen Gomringer soll von der Fassade der Alice-Salomon Hochschule Berlin entfernt werden. Es sei sexistisch. Was sagen Sie dazu?**

Zu allen Zeiten hat es restriktive Eingriffe in Kunst und Literatur geben. Die Nazis hätten dieses Gedicht sicher als entartete Kunst eingestuft, als undeutsch, zumal es sich nicht reimt wie Goethe oder das Deutsche Volksliedgut. Und es auch noch in einer fremden Sprache an der Wand steht, nämlich in Spanisch. Lyrik lässt sich vielfach deuten, Gedichte lösen die unterschiedlichsten Emotionen aus, das ist ihr Wesen. Dem Akademischen Senat der Hochschule gefiel eine Zeile nicht oder er wollte sich nicht dem Vorwurf der Förderungen des Sexismus aussetzen. Er entschied sich, durch Wegkratzen für immer das Problem aus seiner Welt zu schaffen (vgl. Kurianowicz, 2018).

**Sie wollen doch nicht etwa das Ausradieren dieses Gedichts verteidigen?**

Nein, ich frage nur nach Motiven dieser Entscheidung, und die kann man nicht ohne Weiteres als unehrenhaft und zensorisch verdammen. Wenn sie ideologisch sind, besteht freilich immer die Gefahr, dass sie extrem ausfallen, in diesem Falle eben liquitatorisch.

**Wie stehen Sie selbst zu dem Gedicht?**

Ich habe es auf der Startseite meines Computers.

**Meinen Sie nicht, dass es einen Unterschied macht, ob das Gedicht wirklich sexistisch ist oder ob es nur als sexistisch gedeutet wird?**

Das ist ein essentieller Unterschied. Das eine ist eine Tatsache, das andere ein Gefühl, eine gedachte Tatsache, eine Beziehung zwischen Kunstwerk und Konsument, eine subjektive Wahrnehmung. Leider wird dies in den öffentlichen Diskursen zunehmend verwechselt. So wird bei einem Opfer nicht so sehr danach gefragt, was eigentlich wirklich passiert ist, sondern es gilt, was das Opfer empfunden hat,

wie es sich gefühlt hat und was es bis heute verspürt. Dieses Subjektive wird dann zu einem Objektiven, das für diejenigen, die den ausgemachten Täter bewerten, von höchster Relevanz ist. Als Standard gilt dabei, dass das Opfer grundsätzlich und immer Recht hat, der Täter nie (Pfaller, 2018, 53–57). Als Problem sehe ich dabei nicht, dass das Opfer seine Aussagen für wahr hält – was ihn keiner ankreiden kann – sondern dass eine für wahr gehaltene Aussage nicht als subjektive, sondern als objektive Wahrheit genommen wird. Im Falle des Gedichts war es für den Senat wahrscheinlich nicht von Bedeutung, dass es sexistisch oder nicht sexistisch ist, sondern dass es die Antragsteller aus der Hochschule als sexistisch empfunden haben (vgl. Plathaus, 2018).

**Wenn man das weiter denkt, dann müssten doch viele Kunstwerke oder Künstler in diesem Sinne verdächtigt werden?**

Das geschieht ja bereits (vgl. Schacht, 2018; Rauterberg, 2018). Einmal in Fahrt gekommen, wird alles und jedes in Frage gestellt, wie im Rausch. So ein wütender Suchexzess, der durch #MeToo einen gewaltigen Schub erhalten hat, ist prinzipiell unendlich und willkürlich. Was heute noch harmlos ist, kann morgen schon verdammt werden. Allerdings bin ich davon überzeugt, dass sich die meisten Bürger sich nicht verwirren lassen und die Zivilgesellschaft insgesamt stark genug ist, dem Einhalt zu gebieten, wenigstens in Kunst und Kultur.

**Sie haben eben das Wort *Bürger* gewählt und nicht *Bürgerinnen* und *Bürger*, *Bürger\_innen*, *BürgerInnen*, *Bürger\*innen* oder Ähnliches. Ist das Absicht?**

Eine gezielte oder bewusste Absicht ist damit nicht verbunden. Das geschieht gewissermaßen automatisch. Solche Sprachgebilde sind nicht in meinem Gehirn. Ich verwende sie nicht, schon aus Bequemlichkeit nicht und auch, weil ich mich sprachlich nicht von meinem alltäglichen kommunikativen Umfeld distanzieren möchte. Insofern ist schon Absicht dabei.

**Aber in Ihrem fachlichen Umfeld ist doch die so genannte geschlechtergerechte Sprache quasi Pflicht – und Sie verweigern sich!**

Das tut mir ja auch leid, zumal ich viele, die die Neubildungen reinen Herzens verwenden, persönlich hoch schätze. Ich habe solche Formulierungen einfach nicht drauf, ich kann sie weder aussprechen noch hinschreiben. Gleichwohl denke ich, dass es ernsthafte inhaltliche Gründe gegen ihren Gebrauch gibt.

### Was sollen das für Gründe sein?

Der Begriff *Bürger* – um beim Beispiel zu bleiben – ist erstens ein allgemeiner Begriff, der auf das Gemeinsame abhebt, nämlich die Bürgerschaftlichkeit, und das ist das Wesentliche. *BürgerInnen* hingegen betont einen Unterschied, und zwar den nach Geschlecht, nur den nach Geschlecht.

Zweitens: Diese Wortkonstruktion trennt. Eine solche Separierung ist keineswegs neu, sie folgt dem alten Modell der Geschlechtertrennung. #MeToo als Aktion könnte nicht funktionieren, wenn nicht eine rote Linie zwischen den beiden Geschlechtern gezogen würde. Dabei geht es gar nicht so sehr darum, was genau geschieht, wenn diese Linie überschritten wird, sondern dass sie überschritten wird. So kann es geschehen, dass die Hand auf dem Knie mit dem Penis in der Scheide gleichgesetzt wird.

Drittens: Das Wort *BürgerInnen* reduziert – wie alle geschlechtergerechten Ausdrücke – auf das Geschlecht. Zu Bürgern oder Studenten oder Wählern oder Lesern gehören aber Menschen verschiedenster Art, sie unterscheiden sich nach Alter, Herkunft, Bildung, Hautfarbe, sexueller Orientierung, Familienstand, ethnischen Besonderheiten und vielen anderen Merkmalen. Wollte man allen Merkmalen sprachlich gerecht werden – welche Wortungetüme würden dann entstehen! Sich für ein einziges Merkmal, das Geschlecht, zu entscheiden, ist ganz und gar ungerecht.

Dies betrifft nicht nur die makrogesellschaftliche Ebene, sondern auch die individuelle. Der ungarische Philosoph Péter Nádas fragt: „Kann ich einen Menschen sehen oder ist es mir niemals möglich, derartiges zu sehen, weil ich, wenn ich jemanden gegenüberstehe, ausschließlich Frau oder ausschließlich Mann vor mir sehe?“ (Nádas, 1994, 194). Man müsse den ganzen Menschen, seine Charaktereigenschaften beachten, nicht nur und nicht in erster Linie sein Geschlecht: „Nicht nach Maßgabe seines Geschlechts spreche ich von seinem Charakter, sondern nach Maßgabe seines Charakters spreche ich von seinem Geschlecht“ (ebd., 195). Der Sexus sei „lediglich ein einzelnes Element“ eines Systems von Eigenschaften, die den Charakter des Menschen ausmachen (ebd., 194).

In der sogenannten geschlechtergerechten Sprache wird das Geschlecht über die Persönlichkeit gestellt. Das Individuum wird auf sein Geschlecht reduziert, gewissermaßen verstümmelt. Und so wird aus einer Persönlichkeit, die viele Merkmale hat und eben in erster Linie ein Gesamt ist, in erster Linie eine Frau gemacht, und die wird dann – wie bei Bewegungen like #MeToo noch auf Opfer reduziert, also weiter verkleinert.

### Apropos #MeToo. Haben Sie damit gerechnet, dass #MeToo auch in Deutschland ein Pendant findet?

Ich weiß natürlich, dass alles, was in den USA in Mode oder von Belang und medial erfolgreich ist, mehr oder weniger schnell zu uns kommt. Aber in diesem Falle habe ich das unterschätzt. Ich habe gedacht: Oschatz ist nicht Holly-

wood. Es dauerte ja auch eine Weile, bis in Deutschland eine ergiebige Person nebst Anklägerinnen gefunden und nach genauen Recherchen präsentiert werden konnte, und zwar „im Zwielficht“ (Simon & Wahba, 2018, 17). Das Echo ist in Deutschland wohl nicht so groß und nicht so verbissen wie in den USA. Aber das Muster ist das gleiche.

### Sie haben sich kritisch zu #MeToo geäußert (vgl. Starke, 2017a).

Zunächst nicht. Ich ging davon aus, dass die Themen sexualisierte Gewalt und soziale Ungleichbehandlung wichtig sind und wollte einfach erkennen, was an #MeToo eigentlich dran ist. Dabei geriet ich schnell in allerlei Turbulenzen und Ambivalenzen, und schließlich sah ich einige merkwürdige und seltsame Eigenheiten, bei denen ich nicht gelassen bleiben konnte.

### Was sind das für Eigenheiten?

Eine mehrfache Viktimisierung von Frauen, eine entsetzliche Entdifferenzierung nebst Relativierung von schwerster Gewalt, eine überbordende Sexualisierung, eine tendenzielle Warewerdung von Sex, eine Entintimisierung, eine unzulässige Verallgemeinerung, eine Verdunkelung von Sexualität, Strafwut, Reglementierungssucht, mannigfaltige Showelemente und Inszenierungen, medialer Geschäftssinn und manches andere, was sich um das Ausspielen des einen Geschlechts gegen das andere, um die alten Frauen- und Männerbilder und die ungesteuerte Sexualität rankt (vgl. Starke, 2017a). Nicht zuletzt sehe ich auch Elemente von Lynchjustiz und fantasiere Ku-Klux-Klan-Bilder.

### Aber das Wesentliche ist doch, dass es sexuelle Gewalt wirklich gibt und dass etwas dagegen getan werden muss. Da ist doch der Vorwurf von Lynchjustiz sehr daneben.

Nein. Ihrem ersten Satz stimme ich zu, nicht aber dem zweiten. Zumindest befinde ich mich in einem Zwiespalt. Ich komme mir vor wie im Mittelalter einer, dem Hexenverbrennungen nicht recht sind und dem die Frage entgegengeschleudert wird: Leugnest Du etwa, dass diese Hexe im Pakt mit dem Teufel steht?

### Aber die Hexen waren unschuldig, und Weinstein, Wedel & Co. sind es nicht ...

Zum einen war die jeweilige Hexe vielleicht doch schuldig: weil sie irgendetwas getan hat, was den herrschenden Auffassungen nicht entsprach, z.B. anstatt auf Gott auf Zauberkräuter zu setzen. Zum anderen müssen Weinstein, Wedel etc. zunächst als unschuldig betrachtet werden, solange ihre Taten nicht bewiesen sind. Das wird ja öffentlich auch gern betont – ohne Wirkung. Aber bei der Hexenjagd wie bei #MeToo geht es ja nicht in erster Linie um Schuld oder Unschuld, sondern darum eine Tatperson dingfest zu machen und den jeweiligen Teufel zu bekämpfen.

### Und wer ist heute der Teufel?

Der Mann. Die Liberalität. Das Private. Das Andere. Die freie Kunst. Die Sexualität, vor allem die Sexualität – ein sehr verlässlicher Teufel.

### Sie haben also letztlich ein Problem damit, dass diese Frauen nach 20 oder 40 Jahren mit dem, was sie an Schrecklichem erlebt haben, an die Öffentlichkeit gehen?

Ja. Es widerstrebt mir zwar, der einzelnen Frau, die das tut, vorzuschreiben, was sie tun oder lassen soll, das fände ich anmaßend, und das ist auch nicht meine Denkebene. Mir wäre es einfach nur lieber, wenn es andere Formen und Möglichkeiten der individuellen Konfliktbewältigung gäbe als dieses verspätete Outing.

### Aber indem sich diese Frauen outen und indem andere Frauen folgen, entsteht eine Art demokratische und vielleicht sogar revolutionäre Bewegung, die über das Individuelle hinaus ein gesellschaftlich-strukturelles Problem angeht ...

Das klingt gut. Aber erstens sehe ich nicht, dass Bewegungen wie #MeToo wirklich an den Grundfesten der Gesellschaft rütteln. Zweitens meine ich, dass sich die Gesellschaft nicht in erster Linie durch Veränderungen im Geschlechter- und Sexualverhalten ändert und grundlegend verbessert, sondern dass sich umgekehrt erst durch grundlegende Veränderungen in der Gesellschaft auch das Verhalten der Menschen zueinander und die Sexualität verändern und verbessern. Die Feministinnen Kerstin Wolter und Alex Wischnewski schreiben: „Was leider in der Debatte um #metoo in den Hintergrund gerät oder bewusst verschwiegen wird, sind die ökonomischen Veränderungen, die nötig sind, damit die Kämpfe um Anerkennung und gegen sexuellen Missbrauch tatsächlich und nachhaltig Wirkung zeigen“ (Wolter & Wischnewski, 2018, 4). Drittens ist es für mich kein Ausdruck von Demokratie, wenn eine emotionalisierte Masse über einen einzelnen herfällt und ihn vernichtet. Und viertens habe ich revolutionäre Bewegungen satt, die von Rache, Gewalt, Denunziationen, Rücksichtslosigkeit, Verdächtigungen getragen sind, und letztlich Macht genauso schamlos missbrauchen wie sie vorgeben, diese zu bekämpfen.

### Kann es sein, dass Sie und andere Ostdeutsche #MeToo anders wahrnehmen als Westdeutsche?

Dazu habe ich keine aktuellen Vergleichsuntersuchungen. In meinem Umfeld wird #MeToo eher distanziert wahrgenommen. Insbesondere DDR-sozialisierte Frauen können nicht nachvollziehen, warum sich eine Frau erst jetzt plötzlich und spektakulär mit einem Belästigungsvorwurf ins Schlaglicht der Medien rücken lässt. Ich führe das darauf zurück, dass in der DDR die Frau normalerweise nicht vom Mann abhängig war. Dadurch, dass z.B. Frauen

regelmäßig einen Beruf erlernten und dann auch einer Berufstätigkeit nachgingen und dass sogar mehr Frauen als Männer studierten, war die Stellung der Frau in Gesellschaft, Beruf und Familie eine andere. Jedenfalls wusste sich die Ostfrau zu wehren, wenn ihr etwas nicht recht war. Das Geschlechterverhältnis war ein anderes, es war kein gesellschaftlicher Hauptwiderspruch. Frauen und Männer sahen weniger die Gräben und mehr die Brücken zwischen den Geschlechtern, sie waren einander nicht feind.

### Da müsste es dann ja wohl weniger sexuelle Gewalt und sexuelle Übergriffe gegeben haben?

In der ersten Partnerstudie des Zentralinstituts für Jugendforschung Leipzig 1972/73 berichteten 13% der jungen Frauen (Studentinnen und Berufstätige) von einer Vergewaltigung oder versuchten Vergewaltigung. Knapp 20 Jahre später, bei unserer dritten Partnerstudie 1990 lag der Anteil etwas höher (vgl. Starke, 2017c, 13, 16). Vergleichszahlen aus der alten BRD habe ich nicht. Anders bei der Hamburg-Leipziger-Interviewstudie 1990 unter 16- und 17-jährigen Jugendlichen (vgl. Schmidt, 1993). Mehr Westjungen als Ostjungen, nämlich 24% zu 7% und insbesondere mehr Westmädchen als Ostmädchen, nämlich 62% zu 36%, berichteten in unseren Interviews, dass sie selbst sexuelle Belästigungen und sexuelle Übergriffe bis zur Gewalt erlebt haben (vgl. Starke & Weller, 1993, 88). Nachgefragt ergab sich dabei, dass unter sexueller Belästigung die Ostdeutschen nicht das Gleiche verstanden wie die Westdeutschen. Auch die Kontexte und Reaktionen waren verschieden. Vorkommnisse wie z.B. dass einem Mädchen von einem Bauarbeiter vom Gerüst aus hinterher gepfiffen oder gerufen wurde, wurden von westdeutschen Befragten als Übergriff und sexuelle Belästigung angeführt, von Ostdeutschen hingegen als Kompliment bewertet.

### Lässt das darauf schließen, dass im Osten die Sozialisation in Bezug auf Geschlecht anders war?

Ja, eindeutig. Eine Fallvignette mag dies illustrieren. Als Beleg für sexistisches Verhalten führte eine Befragte aus dem Westen an: „Mein Mathematiklehrer hat mich als dumm bezeichnet und immer wieder betont, dass Mädchen kein mathematisches Gehirn hätten. Ich hasse Mathe“ (Datensatz, 1990, 44) Im Osten war der Mathematiklehrer eine Frau, die Matheleistungen von Mädchen waren keineswegs schlechter als die von Jungen, und befragt nach dem schulischen Lieblingsfach von Studienanfängern in einer unserer Untersuchungen, stand Mathematik bei Mädchen und Jungen an der Spitze (Starke, 1992, 227).

### Die Schülerinnen im Westen hatten auf Grund ihres Geschlechts also mehr Nachteile als die im Osten?

Nicht nur mehr Nachteile, auch mehr Vorteile. Der Teil der jungen Frauen, bei dem sich ein Benachteiligungsgefühl

infolge der Zugehörigkeit zur Geschlechtergruppe habituiert hatte, war im Westen deutlich größer. Danach gefragt, ob sie schon einmal Nachteile durch ihre Geschlechterposition gehabt hätten, antworteten im Westen weit mehr als im Osten mit ja. Zugleich – und das ist nur ein scheinbarer Widerspruch – reflektierten mehr Westfrauen als Ostfrauen auch Vorteile ihrer Geschlechterposition (vgl. Starke & Weller, 2000, 250–251; Starke & Weller, 1993, 89). Die jungen Leute im Osten sahen sich weniger stark als im Westen als Frau oder als Mann und hatten das Geschlechterverhältnis weniger konflikthaft, weniger polarisiert erlebt. Ereignisse ihres Lebens, Erfolge und Misserfolge, bezogen sie weniger auf ihre Geschlechtszugehörigkeit und mehr auf ihre Gesamtperson.

Als dieses Gesamt und nicht bloß als Mann oder Frau bzw. als das gestanzte Muster davon, nicht als Gegenwurf zum Mann oder zur Frau als das jeweilige andere Geschlecht, sondern als ihr unverwechselbares Ich wollten sie idealerweise bewertet werden, und so brachten sie sich auch in die Partnerbeziehung ein. Das ist bis heute nicht ganz verloren gegangen – und erklärt unter anderem, warum diesen Frauen (und Männern) #MeToo nicht geheuer ist.

**Das Thema sexuelle Männergewalt ist in vielfältiger Gestalt ein großes Thema in den Medien, auch im Internet. Die Inzidenzrate bleibt dabei weitgehend unklar. Die eine extreme Version ist, dass im Grunde alle Männer latent oder tatsächlich Täter sind – was leicht damit zu begründen ist, wenn man jeden heterosexuellen Koitus als gewalttätig apostrophiert. Die andere Version sieht nur Übertreibungen. Haben Sie empirische Befunde über sexuelle Gewalt?**

Ja, nicht genügend, aber doch einige. Sie sind übrigens keineswegs gefragt, vor allen nicht von Aktivisten auf diesem Gebiet. Sie brauchen sie wohl auch nicht, weil sie sich ihrer Wahrheit bereits sicher sind.

**Können Sie wenigstens ein Beispiel über die Verbreitung von männlicher Übergriffigkeit nennen?**

In meiner deutschlandrepräsentativen Studie „Postmenopause und Sexualität“ (unter 1.040 50- bis 60-jährigen Frauen) habe ich auch nach sexuellen Problemen in der derzeitigen Partnerbeziehung gefragt. 29% klagten über zu wenig Zärtlichkeit, 25% über zu wenig Sex. 16% fühlten sich zu wenig begehrt. Die Aussage: „Mein Partner zwingt mich zum Sex“ bejahte knapp 1% der Frauen (Starke & Ahrendt, 2009, 16.) Wenn ich in Vorträgen diese Zahl erwähne, setzt Erstaunen ein, und manche Zuhörer bezweifeln sie einfach. Es nützt dann auch nichts, dass ich sage, hochgerechnet ergäben diese 1% absolut eine große, viel zu große Zahl von Frauen. Das uralte Bild vom Mann, dem die Frau zu Willen sein muss, wird durch Aktionen wie #MeToo und generell den Gender- und Gewaltdiskurs aktualisiert. Zugleich will ich aber darauf hinweisen, dass

dieses grauenhafte Männerbild nicht 100-prozentig wirklichkeitsfremd ist: In meinen Untersuchungen sind es 2–4% der Frauen, die Sex als Pflicht betrachten. Das ist vor allen in klassischen Hausfrauenehen so.

**Dann wäre ist in Wirklichkeit so, dass die allermeisten Menschen eher Liebe und Sexualität zusammendenken als Sexualität und Zwang, Gewalt, Übergriffigkeit?**

Ja. Sexuelle Grenzüberschreitungen werden faktisch als unvereinbar mit einer auf Liebe beruhenden Partnerschaft betrachtet, von Frauen wie von Männern. Bei versuchter oder tatsächlicher Gewalt werden – vor allem, wenn diese Gewalt zur Gewohnheit wird – in den allermeisten Fällen die Beziehungen gelöst. Dass dies heute mehr oder weniger problemlos möglich ist, betrachte ich als großen zivilisatorischen Fortschritt.

**Schön und gut. Aber Sie werden doch nicht leugnen, dass die sexuelle Harmonie in der Partnerbeziehung nicht immer vollkommen ist und das sexuelle Begehren nicht immer übereinstimmt? Was passiert, wenn der eine will und der andere nicht?**

Für ein glückliches sexuelles Zusammensein ist Reziprozität die eindeutig beste Voraussetzung: Beide wollen, und das ist schon für sich ein Glücksmoment. Doch ein solcher Moment ist ziemlich selten. Ausgenommen in Flitterperioden, in denen das gegenseitige Wollen überbordend dominiert (und oftmals die sexuellen Kräfte übertrifft), ist die sexuelle Diskordanz, die Nichtübereinstimmung der Normalzustand (vgl. Starke, 2017b). Wie damit umgehen? Das bereitet heute oft mehr Probleme als die Diskrepanz selber. Darf ich werben, wenn ich Verlangen habe? Wenn ja, wie sehr und wo ist die Grenze zur Nötigung und zum Übergriff? Und von der anderen Seite: Widerspricht es meiner Selbstbestimmtheit, wenn ich einer Werbung nachgebe? Ist es übel, wenn ich einen Kompromiss suche? Ist die Lust, die ich infolge der Aktivitäten des anderen bekomme, noch meine Lust, meine selbstgesteuerte Lust? Gesetz und Moral können vorschreiben, dass ein Nein ein Nein sei und dass ein Ja, ein ausgesprochenes Ja die *Conditio sine qua non* sein möge. Aber die individuelle Begehrenssituation ist verzwickter. Sie hat ihre ernsthaften und ihre spielerischen Augenblicke. Nicht alles lässt sich verhandeln und nachverhandeln. Gefühle lassen sich nicht ständig rational vermessen und können nicht immer austariert werden. Der spontane Kuss ist nicht weniger wertvoll als der geplante oder vereinbarte. Ohne Spontaneität verodet das Sexuelle. Aber ein Wünschen und Wollen und eine Lustfähigkeit müssen schon vorhanden sein.

**Jemand will sexuell agieren und kommt in Erregung, dem Wollen folgt das sexuelle Gefühl ...**

Nein, umgekehrt. Motivation – Emotion – Handlung,

nicht umgekehrt (vgl. Both, Everaerd & Laan, 2005). Die sexuelle Erregung wird durch einen emotional wirkungsfähigen Reiz ausgelöst, bewusst oder unbewusst, geplant oder spontan. Dabei können frühere Erfahrungen, Eindrücke, Phantasien eine Rolle spielen, attraktive Stimuli aufregend wirken und Liebesanfälle ganzheitliche Emotionen intensivieren. Die zunehmende Erregung gebiert ein Begehren, subjektiv wird eine Handlungsbereitschaft erlebt und der Wunsch nach sexueller Aktion verstärkt sich.

Der sexuelle Appetit, das Begehren, die Lust und Vorlust, die Erregung breiten sich exponentiell aus. Es gibt einen Punkt der Erregung, an dem es kein Zurück mehr gibt. Das ist vital, mitreißend, glücklich, umfassend, schrankenlos, grenzenlos. In der falschen Situation kann es verheerende Folgen haben. In einer Risikosituation oder bei akuter sexueller Diskordanz ist es daher ein absolutes Muss, ein finaler Entschluss, jede sexuelle Handlung zu unterlassen. Das ist eine naive Selbstverständlichkeit und zugleich ein Ausdruck hoher Sexualkultur.

#### **Was passiert aber nun konkret, wenn der eine will und der andere nicht? Wenn beide nicht gleich scharf aufeinander sind?**

In unserer Untersuchung unter 30- bis 60-Jährigen (vgl. Schmidt et al., 2006) haben wir gefragt: „Was geschieht, wenn Sie mit X. schlafen wollen, X. aber nicht? Schlafen Sie dann miteinander?“ „Meistens doch“ sagten 14% (Starke, 2005, 225). Sie setzten also ihren eigenen Wunsch durch und schliefen mit dem Partner. Das waren nicht überwiegend Männer, sondern Frauen. Vielleicht weil sie ihrer Verführungskunst vertrauten oder weil sie einen gutmütigen Mann hatten.

Meistens aber kam es in einer solchen heiklen Situation, in der das sexuelle Verlangen nicht übereinstimmte, nicht zum Geschlechtsverkehr (86%). Vor allem waren es die Männer, die verzichteten. Sie wollten keinerlei Druck ausüben und akzeptierten, dass das begehrte Weib gerade mal keine Lust hatte.

Folge ich meinen empirischen Befunden, dann geht es in deutschen Betten im Zweifelsfall letztlich nach der Frau.

## Literatur

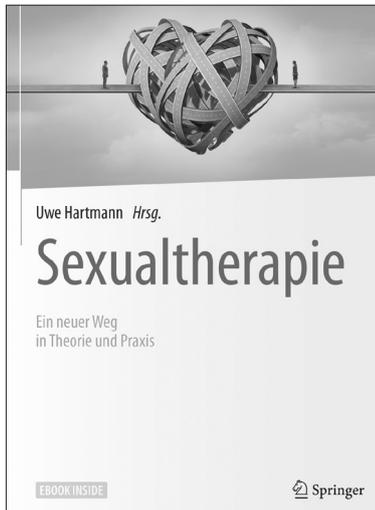
- Both, S., Everaerd, W., Laan, E., 2005. Sexuelles Begehren und sexuelle Erregung. *Zeitschrift für Sexualforschung* 18 (4), 364–380.
- Datensatz Interviewstudie (Offene Fragen), 1990.
- Kurianowicz, T., 2018. Diese Kunst soll weg. *Zeit-Online*, 24.1. [www.zeit.de/kultur/literatur/2018-01/gedicht-eugen-gomringer-berlin-sexismus-kommentar](http://www.zeit.de/kultur/literatur/2018-01/gedicht-eugen-gomringer-berlin-sexismus-kommentar)
- Nádas, P., 1994. *Von der himmlischen und der irdischen Liebe*. Rowohlt, Berlin.
- Pfäller, R., 2018. *Erwachsenensprache*. Fischer, Frankfurt a.M.
- Platthaus, A., 2018. Löschung und Überschreibung. *Frankfurter Allgemeine Online*, 24.1. [www.faz.net/aktuell/feuilleton/gomringer-debatte-palimpsest-15413745.html](http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/gomringer-debatte-palimpsest-15413745.html)
- Rauterberg, H., 2017. Jetzt erreicht die #Metoo-Debatte die Museen. *Die Zeit*, 52, 46.
- Schacht, D.A., 2018. Waghängen was nicht ins Bild passt? *Leipziger Volkszeitung*, 7.1., 12.
- Schmidt, G. (Hg.), 1993. *Jugendsexualität*. Enke, Stuttgart.
- Schmidt, G., Matthiesen, S., Dekker, A., Starke, K., 2006. *Spätmoderne Beziehungswelten. Report über Partnerschaft und Sexualität in drei Generationen*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Simon, J., Wahba, A., 2018. Im Zwielflicht. *Zeitmagazin*, 4.1., 17–24.
- Starke, K., 1992. Unterschiede im Partner- und Sexualverhalten männlicher und weiblicher Jugendlicher. In: Wessel, K.F., Bosinski, H.A.G. (Hg). *Interdisziplinäre Aspekte der Geschlechterverhältnisse in einer sich wandelnden Zeit*. Kleine, Bielefeld, 177–190.
- Starke, K., 2005. *Nichts als die reine Liebe*. Pabst Science Publishers, Lengerich.
- Starke, K., 2017a. MeToo – ein unerhörter Aufschrei. *Neues Deutschland*, 29.11.
- Starke, K., 2017b. Sexuelle Diskordanz: Ich will – Du nicht. *Die Mediation III*, 46–47.
- Starke, K., 2017c. *Varianten der Sexualität*. Pabst Science Publishers, Lengerich.
- Starke, K., Ahrendt, H.-J., 2009. *Last oder Lust. Sexualität in der Postmenopause*. Jenapharm, Jena.
- Starke, K., Weller, K., 1993. West- und ostdeutsche Jugendliche. In: Schmidt, G. (Hg.). *Jugendsexualität*. Enke, Stuttgart, 80–101.
- Starke, K., Weller, K., 2000. Deutsch-deutsche Unterschiede 1980-1996. In: Schmidt, G. (Hg.). *Die sexuelle Revolution und ihre Kinder*. psychosozial, Gießen, 231–256.
- Wolter, K., Wischniewski, A., 2018. Frauen auf dem Vormarsch. *Neues Deutschland*, 18.2., 4.

---

#### Autor

Prof. Dr. habil. Kurt Starke, freiberuflicher Partner- und Sexualforscher, Reudnitzer Str. 6A, 04758 Zeuckritz, e-mail: [kurtstarke@gmx.de](mailto:kurtstarke@gmx.de)

---



Hartmann, Uwe (Hg.), *Sexualtherapie – ein neuer Weg in Theorie und Praxis*, Springer, Berlin 2017, 398 S., br., 59,99 €

Als meine – gerade in den „Unruhestand“ tretende – Generation von Sexualwissenschaftler\_innen und Sexualtherapeut\_innen in den 1970er und frühen 1980er Jahren den „langen Marsch“ antrat, war die Auswahl an seriöser deutschsprachiger Literatur zum Thema noch sehr überschaubar, auch die internationalen englischsprachigen Beiträge beschränkten sich auf wenige Standardwerke. Das hat sich gründlich geändert, die Flut der Publikationen von Grundlagenforschung bis Ratgeberliteratur ist schier unüberschaubar geworden. Doch fehlte seit langem der große Wurf, der den aktuellen Stand von Forschung und Therapiekonzeption zu den sexuellen Funktionsstörungen umfassend darstellt und Maßstäbe für das klinische Vorgehen setzt. Damit einhergehend hat sich die Sexualwissenschaft ganz überwiegend auf forensische Themen und solche der queer sexuality konzentriert; Störungen und Probleme der Bevölkerungsmehrheit und ihrer Mainstream-Sexualität interessierten weniger.

Nun liegt das Standardwerk vor. Uwe Hartmann, lange Jahre in Hannover in der einzigartigen Position eines Vertreters der Klinischen Psychologie an der Medizinischen Hochschule, wissenschaftlich und therapeutisch im Spezialgebiet der Sexualmedizin und Sexualtherapie engagiert und innovativ, hat mit seinem Sammelband *Sexualtherapie* mit dem programmatischen Untertitel *Ein neuer Weg in Theorie und Praxis* Maßstäbe gesetzt. Das Buch ist aus einem Guß, trägt deutlich die Handschrift des Herausgebers, dessen Beiträge um Abschnitte seiner Mitarbeiter Norbert Christoff, Tillmann Krüger und Christian Neuhof sowie durch die Mitarbeit von Monika Christoff und Claudia Hartmann sinnvoll ergänzt sind.

Der erste Teil des knapp 400 Seiten starken Buches dient der Versicherung der Grundlagen. Schon die Einleitung spricht mit „Medikalisierung“ und „Fragmentierung“ (d.i. Abkopplung der Sexualtherapie von der Psychothera-

pieforschung) zentrale Kritikpunkte an. Wohltuend ist die ausgewogene Darstellung, das Plädoyer für eine tatsächlich ganzheitliche Sicht, die biologisch-somatisch-medizinische Aspekte gleichwertig mit psychosozialen behandelt und den jeweiligen Fokus flexibel, problem- und bedürfnisgerecht finden lässt. Sehr gut gelingt auch die Wiederverankerung der Sexualtherapie in einer zeitgemäßen Psychotherapie hinsichtlich Rezeption der Forschung und praktischer Umsetzung.

Von besonderem Gewinn ist die Darstellung der „klassischen Sexualtherapie“ nach dem Konzept von Masters & Johnson und seiner späteren Erweiterung und Modifikation von Helen Singer Kaplan. Gerade bei der späteren Tendenz, diesen „Königsweg der Paarsexualtherapie“ (Sigusch) in einem beliebigen Eklektizismus zu verwässern, ist die Rückbesinnung auf die Wurzeln und die in ihnen liegende Potenz bedeutsam. Die Entwicklungsphasen werden dargestellt, die Datenlage referiert und kritisch diskutiert. Aus eigener etwa 35-jähriger klinischer Erfahrung kann ich nur bestätigen, dass der Ansatz der klassischen Sexualtherapie weiterhin bei geeigneter Indikation durchaus erfolgversprechend und nachhaltig sein kann. So ist die Schlussfolgerung, das Konzept der klassischen Sexualtherapie entspreche den von Klaus Grawe beschriebenen zentralen psychotherapeutischen Wirkprinzipien und sei sinnvolle Komponente einer Sexualtherapie der Zukunft, gut begründet und nachvollziehbar.

Vor diesem Hintergrund beschreibt Hartmann „seine“ neue Sexualtherapie. Der Hannover-Ansatz fügt sich in eine Geschichte von Weiterentwicklungen des Faches, die auf eine Integration unterschiedlicher, vorher getrennter Aspekte des Verständnisses sexueller Funktionsstörungen und daraus abgeleiteter Interventionsstrategien abzielen.

Wesentliche Elemente der „neuen Sexualtherapie“ der Hartmann-Schule sind – neben der klassischen Sexualtherapie unter Rückbesinnung auf das „Original“ – das neurobiologische Verständnis von Sexualität und emotionalen Schemata sowie die emotionsfokussierte (Paar-)therapie (EFT-P).

Diese Elemente werden im Folgenden expliziert: Sehr lesenswert ist der Beitrag von Tillmann Krüger über Neurobiologie und ihre Implikationen, der sich eignet, den immer noch wahrgenommenen Graben zwischen psychologischer und biologischer Forschung zu überwinden. Ganz spannend ist dabei auch die Darstellung der für sexuelle Aktivität notwendigen biologischen Prozesse. Daraus ergeben sich dann zwanglos neue Wege der Psychotherapie, aber auch Überlegungen zu einer pharmakologischen Augmentation.

Ebenso grundlegend gerät das nächste Kapitel, das den aktuellen Stand der Forschung zu den Wirkfaktoren von Psychotherapie wiedergibt und Konsequenzen für Anforderungen an die neue Sexualtherapie beschreibt. Konkret wird dann der Beitrag der emotionsfokussierten Therapie unter dem Motto „Bedürfnis, Emotion, Transformation“ vorgestellt.

Schließlich ergibt sich ein störungsübergreifendes therapeutisches Vorgehen, gekennzeichnet durch die psychotherapeutische Arbeit an der Paarbeziehung und ein empirisch begründbares multimodales Handwerkszeug in Form von Phasen und Bausteinen der Sexualtherapie (Christoff/Hartmann). In diesem Abschnitt gewinnt das praktische Vorgehen sehr detailliert Kontur. Das Zusammenwirken von störungsübergreifenden Prinzipien und störungsspezifischer Konkretion dürfte entscheidend sein. Der Ansatz ist überzeugend und hat sich inzwischen in der Praxis bewährt. Unvermeidbar ist die hohe Komplexität und sich daraus ergebende Anforderung an Therapeut\_innen hinsichtlich umfassender Kenntnisse und Erfahrungen und hoher Flexibilität mit allen Vor- und Nachteilen. Ein einfaches Manual nach Kochbuchmanier entsteht nicht.

Es folgt ein Lehrbuch der sexuellen Störungen und ihrer Behandlung. Schon dieser Teil des Buches macht es als Grundlage einer sexualmedizinischen oder sexualtherapeutischen Tätigkeit unverzichtbar. Sehr übersichtlich und aktuell werden alle hinsichtlich Definition und Klassifikation relevanten Störungsbilder und die zugrundeliegenden Modelle, Epidemiologie, Ätiologie, Diagnostik und therapeutisches Vorgehen abgehandelt. Getrennt für Frauen und Männer geht es um Störungen des sexuellen Interesses (der Appetenz und Lust), der Erregung einschließlich der männlichen Erektion, mit Schmerzen verbundene Störungen (Dyspareunie, Vaginismus) sowie um die vorzeitige (mangelhaft kontrollierte) und die verzögerte (oder ausbleibende) Ejakulation und Beeinträchtigungen des Orgasmuserlebens. Ein wenig überraschend folgt noch ein Abschnitt über „Nicht-paraphile hypersexuelle Störungen (Sexsucht)“.

In einem Serviceteil sind wichtige Hilfen für die Arbeit wie Vorgaben zur Erhebung der Sexualanamnese und diagnostische Instrumente enthalten; Möglichkeiten zur Ausbildung in der neuen Sexualtherapie werden benannt.

Das Literaturverzeichnis, verteilt auf die einzelnen Kapitel, lässt eine umfassende Bibliographie zum gesamten Themenbereich erstellen.

Beinahe macht das Buch wunschlos glücklich. Nach meinem Geschmack bleibt der soziokulturelle Aspekt, der ja durchaus für das Gelingen partnerschaftlicher Sexualität bedeutsam werden kann, ein wenig unterbelichtet. Aber das hätte den Rahmen des Buches möglicherweise gesprengt.

Wohlthuend ist die Sprache – gut lesbar, fundiert, die Herausforderung, zwischen Deutlichkeit und Peinlichkeit angemessene, auch lustvolle Worte zu finden, meisternd. Wohlthuend ist auch der pragmatische, realistische und doch an solider wissenschaftlicher Fundierung orientierte Geist. Das Buch ist ansprechend gestaltet, das Titelbild regt zum Nachdenken an.

Jetzt bleibt nur, dem Werk eine große Verbreitung und Wirkung zu wünschen.

Wolfgang Weig (Osnabrück)



Maß, Reinhard, Renate Bauer, *Lehrbuch Sexualtherapie*, Fachbuch Klett-Cotta, Stuttgart 2016, 257 S., geb., 32,95 €

Der Anspruch ist nicht gering: Steffen Fliegel schreibt in seinem Geleitwort, das Buch vermittele den „State of the Art“ einer modernen Sexualtherapie in Theorie und Praxis.

Die „Übersicht über die wichtigsten sexualtherapeutischen Konzepte“ (15) referiert übersichtlich die Ansätze von Masters und Johnson, H. Kaplan und des Hamburger Modells. Ob hinsichtlich ihrer Verbreitung und ihres Einflusses auf die Entwicklung des Bereiches die Syndyastische Sexualtherapie von Beier und Loewit oder gar Sexocorporel zu den wichtigsten Konzepten zu rechnen sind, mag dahingestellt bleiben. Zweifelsohne von Bedeutung für das Verständnis und die kritische Bewertung der klassischen Sexualtherapie sind der Ansatz von David Schnarch, der hier unter dem weniger geläufigen Stichwort „Sexual Crucible“ (67) auftaucht, und die Systemische Therapie, vor allem von Ulrich Clement vertreten. Den ausführlichen Beschreibungen der theoretischen Hintergründe und therapeutischen Prozeduren ist jeweils eine kritische Diskussion angefügt, die auch die Frage der (bei der Mehrzahl der Verfahren dürftigen) empirischen Evaluation einschließt. Ein Gastbeitrag von Dirk Revenstorf und Elsbeth Freudenfeld zur Hypnose in der Paar- und Sexualtherapie ergänzt und bereichert die Übersicht.

Der Sonderstellung von Beeinträchtigungen des sexuellen Verlangens, der Lust und Appetenz im Kanon sexueller „Störungen“ und der hohen Bedeutung sozio-kultureller Faktoren in diesem Zusammenhang wird ein eigener Abschnitt gerecht, wenn auch beschränkt auf die Perspektive der Mainstream-Kultur in Deutschland.

Unter dem Stichwort „Medikalisierung“ wird der Einfluss der Pharmaindustrie auf Politik, Gesundheitswesen und Forschung grundsätzlich beklagt und am Beispiel von „Pink Viagra“ exemplifiziert. Der Autor und die Autorin konstatie-

ren eine „profitorientierte Definition sexueller Krankheitsbilder“ (152). (Die Rede von „sexuellen Krankheitsbildern“ ist sprachlich und konzeptionell leider deutlich missglückt). Schließlich wird eine „Medikalisierung der Psychotherapie“ (156ff) festgestellt. Die Kritik ist sicher über Strecken begründet und nachvollziehbar. In der vorliegenden Form wirkt sie dennoch überzogen und einseitig. Abgesehen davon, dass die Pharmaindustrie nicht der einzige Schuldige ist (Sozialisation und Ideologie von Ärzten, Erwartungen des Publikums und letztlich der „Zeitgeist“ tragen gehörig zu der Entwicklung bei), gehören die Berücksichtigung somatischer Faktoren und der gezielte Einsatz medikamentöser und anderer Hilfsmittel zum Standard einer sich ganzheitlich verstehenden Sexualtherapie und Sexualmedizin. Das vorliegende Lehrbuch fällt hinter den Stand der Diskussion, wie er etwa in dem aktuellen von Uwe Hartmann herausgegebenen Standardwerk (2017) deutlich wird, zurück und droht überwunden geglaubte Grabenkämpfe wiederzubeleben, in denen man sich gegenseitig hie „Medikalisierung“, dort „Psychologisierung“ um die Ohren haute.

Sexualtherapie erfordert psychotherapeutische Kompetenz und passt am besten zu den im weiteren Sinne verhaltenstherapeutischen Ansätzen, darin stimme ich mit Maß und Bauer durchaus überein. Nicht jede Behandlung sexueller Probleme erfordert aber psychotherapeutische Behandlung. Das PLISSIT-Modell wird zwar eingangs kurz erwähnt, der eigenständige Wert von Beratung und Psychoedukation wird aber ebenso wenig deutlich wie der Beitrag der (somatischen) Sexualmedizin.

Schließlich machen Maß und Bauer den Vorschlag einer modifizierten Sexualtherapie nach Masters und Johnson. Sie beschäftigen sich mit Wirkfaktoren des Ansatzes, gerade bei der angesprochenen Zielgruppe ein wichtiges Thema. Das dann vorgeschlagene praktische Vorgehen entspricht dem vertrauten *Procedere* erfahrener Sexualtherapeut\_innen, die den Ansatz von Masters und Johnson und seine Weiterentwicklungen ihrer Arbeit zugrunde legen. Was daran innovativ sein soll, ist nicht recht ersichtlich. Der Anspruch, die ursprüngliche Methodik in ein erweitertes psychotherapeutisches Konzept einzubetten, wird nur in den Fallbeispielen angesprochen, aber nicht systematisch ausgeführt.

Trotz dieser Einwände: Für Psychotherapeut\_innen mit einer soliden theoretischen und methodischen Vorbildung, die sich dem Spezialthema „Behandlung sexueller Funktionsstörungen und mangelnden sexuellen Verlangens“ zuwenden wollen, liefert der Band eine brauchbare Einführung. Näher an der Quelle wären sie möglicherweise mit den beiden Generationen der „Paartherapie bei sexuellen Störungen“ der Hamburger Schule; über das Verhältnis von Psychotherapie und Sexualtherapie könnten sie im aktuellen Buch von Hartmann et al., oder in dem schon etwas älteren von Bernhard Strauß herausgegebenen Sammelband mehr erfahren.

Wolfgang Weig (Osnabrück)



Voß, Heinz-Jürgen (Hg.), *Die Idee der Homosexualität musikalisieren. Zur Aktualität von Guy Hocquenghem*, Psychosozial-Verlag, Gießen 2018, 128 S., br., 16,90 €

Wie kann man sich das vorstellen: eine Idee musikalisieren? Guy Hocquenghem, der französische Autor, Philosoph, Homosexuellenaktivist (1946-1988), um den es in diesem Buch geht, dachte dabei an Rhythmus, Intervalle, Pausen, Unsichtbarkeit und Sichtbarkeit, Erscheinen und Verschwinden (7). Der Soziologe und Sexualwissenschaftler Rüdiger Lautmann sieht darin – nicht bloß in der Musikalisierung der Idee der Homosexualität, sondern der Homosexualität selber – das „Suchende und Quecksilbrige in Guys Auseinandersetzung mit dem Schwulsein“ (59). Inspiriert von dieser geistreichen Schrift könnte man bei Musikalisieren und Musizieren an das Eindeutige und das Vieldeutige der Musik denken, an das Verbindende und das Trennende, an das Gedachte und Gefühlte, an die Träumerei und die erfüllten Wünsche, an das unernte Vergnügen und das vergnüglich Ernsthafte im Sinne eines *Res severa verum gaudium*.

Das Buch enthält einen Text von Guy Hocquenghem aus dem Jahr 1977. Darin heißt es: „Die Homosexualität ist – und wird es vielleicht noch für eine kurze Zeit bleiben – zuallererst eine Kategorie der Kriminalität. Persönlich bevorzuge ich diesen Zustand gegenüber ihrer wahrscheinlichen Transformation in eine psychiatrische Kategorie der Devianz“ (102). Um diesen, zunächst stutzig machenden Satz zu verstehen, muss man wissen, dass Hocquenghem in eine Zeit hineingeboren wurde, in der in Frankreich zum ersten Male Homosexualität kriminalisiert war. Von der Französischen Revolution bis 1942 (Einmarsch der deutschen Faschisten, Vichy-Regime) gab es in der französischen Strafgesetzgebung keine Unterscheidung Hetero – Homo und keine Sonderbehandlung von Schwulen. Guy Hocquenghems Ringen mit und in der veränderten Situa-

tion führte zu grundlegenden Überlegungen, die weit über das Thema Homosexualität hinaus bis weit in die aktuellen Queer-, Identitäts-, Diversitäts-, Gentrifizierungs-, Intersektions- und Genderdiskurse reichen – teils als Nitroglycerin, häufiger als Blumenknospen.

Der erste Hauptbeitrag stammt von Rüdiger Lautmann, dessen Text der längste im Buch (50 von 120 Seiten) ist und den schlichten Titel „Guy Hocquenghem – wiedergelesen“ trägt. Bald folgt der scharfe Satz: „Hocquenghem nimmt eine heutige Position vorweg, wenn er ausführt, nicht die Homosexuellen hätten die Homosexualität erfunden, sondern die homophobe Gesellschaft“ (35). So kommt sofort die Gesellschaft ins Spiel, es wird „aus dem Persönlichen etwas Politisches“ (35). Gegen seinen Willen sei Hocquenghem „zum Gesicht der Schwulenpolitik geworden“ (37), zum „Vollzeitmilitanten“ (69). Auf das Gesellschaftliche und politische Veränderungen zielten auch seine theoretischen Arbeiten, so Hocquenghems Buch *Le Désir homosexuel* (1972) (*Das homosexuelle Verlangen*, 1974), das Lautmann als einen „Geniestreich“ (37) betrachtet und das er „als einen wahren Klassiker der queeren Wissenschaft“ sichtbar machen will (34). Es folgen Abschnitte wie „Phallus & Anus im (homo-)sexuellen Begehren“ (42ff), „Der sublimierte und vitalisierte Anus“ (45ff), „Kritik der Heteronormativität“ (47ff), „Republikanismus und Anti-Identitarismus“ (49ff) mit Sätzen wie „Nicht der Mensch ist homosexuell, nur sein Begehren ist es. Der Mensch ist vielmehr Individuum – unverwechselbar, eigenartig, mit Existenzrecht auf dies alles“ (50). Dann „Kampf gegen Pönalisierung und Homophobie“ (53ff), „Produktivität der Dynamik Hass-Scham-Stolz“ (55ff), „Das Grandiose an der Homosexualität“ (67f).

So geht es in ruhigem Duktus weiter und weiter. Das ist atemberaubend. Und anspruchsvoll. Weil in verschiedenen Dimensionen und Ebenen zu denken ist. Weil Lautmann zwar expressis verbis soziologisch herangeht, aber den Blick auf andere Sichtweisen nicht scheut, so auf die Psychoanalyse, die für ihn nicht sakrosankt ist. Weil man mit gar nicht so viel Wohlvertrautem konfrontiert wird. Weil man irgendwie klammoffen zu überraschenden Erkenntnissen geführt wird.

Das bezieht sich auf die Einordnung von Hocquenghem in seine Zeit, berührt die Ideengeschichte, betrifft einen Frankreich-Deutschland-Vergleich einst und jetzt, trifft auf die Verknüpfung von Werk, Agieren und Autor, also auf biografische Determinanten zu und lässt die Rezeptionsgeschichte nicht aus. Dabei, bei der Rezeptionsgeschichte, kommt Lautmann auf sich selbst zu sprechen und zu dem Schluss: „Inzwischen möchte ich Hocquenghems Werk mehr Bedeutsamkeit schenken. Die Neubegrenzung beschert Überraschungen; vieles war damals bereits gedacht und formuliert, was uns heute (bloß in etwas anderen Worten) beschäftigt“ (73). Als Beispiel gibt Lautmann Hocquenghems Prägung der „homosexuellen Paranoia“ an, die jetzt als „Homophobie“ in aller Munde sei (73). Lautmanns erneute

Beschäftigung mit Hocquenghem mündet in dem Satz, „Wir haben ihn ... als den Gründungsklassiker der queeren Identitätskritik anzusehen“ (51).

Ganz anders ist der zweite, von dem Theologen Norbert Reck stammende Hauptbeitrag mit dem provokanten Titel „Befreiung von der Homosexualität“ beschaffen. Das ist nicht nur so, weil Reck sich aus „queer-theologischer Perspektive“ (77) mit Hocquenghem auseinandersetzt, und auch nicht, weil der Text eine Rede und keine Schreibe wie der von Lautmann ist, sondern weil er sich – obgleich er gleiche Themen aufgreift – stringent auf zwei Pointen konzentriert. Das ist zum einen die radikale Entzauberung der ödipal konstruierten Homosexualität und zum anderen die Aufhebung eines homosexuellen versus heterosexuellen Verlangens in einem allgemeinen Verlangen als einem „breiten Strom ohne Namen“ (91). Das finale Meisterstück, das sich der gespannte Leser zunächst kaum auszurechnen vermag, besteht darin, dieses Verlangen als Geschenk Gottes „im Fluss der Schöpfung“ (92) zu verorten. In dieser Schöpfung gäbe es „keine Spaltung zwischen verschiedenen ‚Veranlagungen‘“, sondern mit Hocquenghem „keinerlei Unterschied“: „Gott hat nicht Homo- und Heterosexualität geschaffen (und ebenso wenig den Ödipus-Komplex), Gott schuf vielmehr das polymorphe Verlangen. Und es war sehr gut.“ (94)

Norbert Reck leitet seinen Beitrag mit dem Kernsatz von Hocquenghem ein: „Nicht das homosexuelle Verlangen ist problematisch, sondern die Angst vor Homosexualität“ (77). Gemeint habe Hocquenghem mit „Homosexualität“ nicht einfach das sexuelle Verhalten zwischen Menschen des gleichen Geschlechts, sondern „ein Erzeugnis der normalen Welt“ (77), wie Hocquenghem formulierte. Dieses nun, meint Reck, bedeute „die begriffliche Umwandlung eines menschlichen Verhaltens, das per se immer von geschichtlichen und sozialen Umständen geprägt ist, in eine zeitenthobene, unveränderliche Naturgegebenheit, in eine biologische Disposition, der man sich nur unterwerfen kann“ (77). In solche Mythisierungen, betont Reck, hätte Hocquenghem niemals eingewilligt, und deshalb lohnten seine Argumente auch heute die Auseinandersetzung. „In Zeiten grassierender völkisch-biologischer Identitätskurse machen sie gesellschaftliche Konstruktionen als Konstruktionen sichtbar und können auf diese Weise befreiend wirken.“ (Ebd.)

Mit diesem Ausgangspunkt wendet sich Reck seiner „Kritik der ‚Homosexualität‘“ (81) zu. Diese Anführungszeichen setzt Reck bewusst, nämlich im Sinne von Hocquenghems Satz: „Die Homosexualität existiert nicht und existiert doch.“ Damit sei gemeint, dass sie „gewiss nicht als besondere, empirisch abgrenzbare Art der Sexualität existiert, jedoch als Begriff, der Macht über die Selbst-Erfahrung der Menschen ausübt, sehr real ist“ (83). Freud erkenne zwar an, dass alle Menschen hetero- und homosexuelle Gefühle haben und dass die „Homosexuellen“ nicht als eine besonders geardete Gruppe von den anderen Menschen abzutrennen seien,

aber mit ihrer Einbindung ins ödipale System pathologisiere er das aktiv gelebte homosexuelle Verlangen Erwachsener und versichere „die heterosexuell lebenden Glieder der Gesellschaft nun doch wieder ihrer ‚Normalität‘“ (87). Also hier die Richtigen, die Guten, die Normalen, Gesunden und dort die Falschen, die Bösen, die Anormalen, die Kranken in einer „sekundären, neurotischen und perversen, ödipalisierten Homosexualität“, wie es Hocquenghem formulierte. Innerhalb des ödipalen Systems, so interpretiert Reck Hocquenghem, könne es keine sexuelle Befreiung geben (90).

Zugespitzt folgert Reck am Ende dieses Abschnitts: „Schwule oder lesbische Befreiung muss auch die Befreiung von zweierlei Homosexualitäten sein: Befreiung von der *Homosexualität der Veranlagung* und Befreiung von der ödipalisierten *Homosexualität*.“ (90, Hervorh: N.R.)

Im zweiten Abschnitt reflektiert Reck mit Hocquenghem über ein Verlangen, das „ein universell verbreitetes Ganzes, eine Einheit aus verschiedenen nicht-exklusiven Tendenzen“ sei (95). Von den verschiedensten und sich nicht ausschließenden Formen des Begehrens kommt Reck auf das zu sprechen, was Menschen generell als Ganzes empfinden können und zueinander finden lässt. Menschen – das steht dahinter – haben die Fähigkeit sich in eine Person als Einheit verlieben zu können, unzerlegt in Einzelstücke und Kategorien, die fremddefiniert sind: „Freundschaft und Liebe zielen auf bestimmte ganze Menschen“ (91). Mehrfach spricht er vom Verlangen nach Nähe, das nicht aus dem Defizit geboren sei, sondern „in sich seinen Sinn hat und bis zum Sich-selbst-Verschenken gehen kann“ (93), und mehrfach hat er auch Liebe im Blick, als individuelle und menschheitliche Großheit, im Einklang mit dem von ihm zitierten nicaraguanischen Priester und Dichter Ernesto Cardenal: „Das Universum ist Liebe“ (96).

Die Einzelbeiträge des Buches sind von zwei kenntnisreichen Texten des Herausgebers Heinz-Jürgen Voß gerahmt. Im einleitenden Beitrag führt Voß behutsam an das zu erwartende Leseabenteuer heran. Im Schlussbeitrag stellt er „Bezüge zu und Denkblockaden in deutschen schwulen Debatten“ her (112 ff.) und „Guy Hocquenghems Innovationen für queere Perspektiven“ vor (114ff). Es gelte, nicht bei der (notwendigen!) Entkriminalisierung und Entdiskriminierung von Homosexuellen stehen zu bleiben, und ganz und gar nicht „die Homosexuellen“ als Gruppe zu fixieren und in brave Normalitäten einzubetten, sondern viel weiter zu denken und sich vorzustellen, „wie wir denn unsere sexuellen Verhältnisse und insgesamt unsere Miteinander zukünftig entwickeln möchten“ (116).

Hans-Jürgen Voß ist Professor für Sexualwissenschaft und sexuelle Bildung im Institut für Angewandte Sexualwissenschaft an der Hochschule Merseburg. Das Buch ist Band 11 der Reihe „Angewandte Sexualwissenschaft“. Hoffentlich folgen weitere Bände dieser Qualität.

Kurt Starke (Zeuckritz)

Heinz-Jürgen Voß (Hg.), Die Idee der Homosexualität musikalisieren. *Zur Aktualität von Guy Hocquenghem*, Gießen, Psychosozial-Verlag 2018, 128 S., br., 16,90 €

Der erste Teil des Titels lässt zunächst eine Discografie der *Pet Shop Boys* vermuten, doch dieser Sammelband entpuppt sich bei genauerer Lektüre als ein vorzüglicher Ansatz, um einen im Windschatten Foucaults bereits vergessenen französischen Vordenker einer kritischen Homoforschung interessierten Lesern in Erinnerung zu rufen. Guy Hocquenghem (1946–1988) war zu seinen Lebzeiten mindestens so bekannt wie Foucault, geriet aber im Gegensatz zu diesem rasch in Vergessenheit. Während Foucault seine Überlegungen zur Existenz des Homosexuellen aus der Geschichte schöpfte, war Hocquenghem davon überzeugt, dass der Schlüssel zur Erklärung der eigenen Sexualität in der gesellschaftlichen Gegenwart und der zu gestaltenden Zukunft zu finden sei. Erst im Kontext der sich entfaltenden Queer-Theory wurde er allmählich von angloamerikanischen Forschern wieder entdeckt und als Präzeptor der eigenen Arbeit begriffen. In diesem Rahmen verortet ihn auch der Herausgeber Heinz-Jürgen Voß, der eine Einleitung und einen Aufsatz beisteuert, während die übrigen Beiträge von Rüdiger Lautmann, Norbert Reck sowie Hocquenghem (in der Übersetzung von Salih Alexander Wolter) selbst stammen. Voß benennt einen wichtigen Punkt, der in der zeitgenössischen französischen Diskussion der 1970er Jahre und nun auch in der deutschen Sexual- und Genderdebatte der Gegenwart einen großen Stellenwert einnimmt: die Positionierung gegenüber den „Arabern“ (16–22). Störend wirkt Voß' ahistorisches Denken. Berliner Tanten der 1970er Jahre pauschal zu „Personen der weißen Dominanzkultur“ (21) zu machen, ist schlicht lächerlich.

Rüdiger Lautmann nimmt den Leser mit auf eine Reise in die Vergangenheit, in ein Frankreich der späten 1960er und frühen 1970er Jahre, in dem eine ganz andere Streitkultur herrschte als hierzulande und in welchem das Selbstverständnis des Philosophen auf Fundamenten ruhte, die östlich des Rheins nicht geläufig waren. Hocquenghem wollte sich nicht vereinnahmen lassen, von keiner der zahlreichen linken Gruppen oder dominierenden Lehrmeinungen. Er begriff sich als Häretiker und lebte diese Rolle lustvoll aus (34). Gemeinsam mit seinen Verbündeten in der „Front Homosexuel d'Action Révolutionnaire“ (FHAR) hinterfragte er dogmatische Vorstellungen über die Bedingungen der Gesellschaft und orientierte sich am Buch „Anti-Ödipus“ von Gilles Deleuze und Félix Guattari. Für ihn war die offen gelebte Homosexualität ein Anzeichen für einen gesellschaftlichen Wandel, jedoch nicht revolutionär *per se*. Von Anfang an verband Hocquenghem die Kritik an der homophoben Gesellschaft mit einer Hinterfragung der Homosexualität und einer

Ablehnung der Heterosexualität als Definitionsmacht. Stets hinterfragte er die eigene Position, setzte sich mit Foucault auseinander, reflektierte über die Möglichkeiten einer Emanzipation in einer ihm als falsch erscheinenden Gesellschaftsordnung.

Hier setzt der Aufsatz des Theologen Norbert Reck an, der schildert, wie Hocquenhem die diskursive Verbindung von „Veranlagung“ und „Verlangen“ als Hebel der Diskriminierung erkannte und daraus den Schluss zog, dass bereits eine begriffliche Zuordnung wie „Homosexualität“ – und deren jeder Debatte entthobenes Gegenstück der „Heterosexualität“ – zu Vorurteilen und Problemen bei den „Homosexuellen“ selbst führen musste. Hocquenhem setzte stattdessen auf ein allumfassendes und alle Spielarten des Sexuellen betreffendes „Verlangen“, das der Autor gekonnt in den Kontext einer sexualisierten Theologie setzt. Hierbei interpretiert Reck die französischen Texte schöpfungstheologisch (95).

Dies mag aus heutiger Sicht sinnvoll klingen, doch es ist zweifelhaft, ob dem linken Revolutionär Hocquenhem dies tatsächlich am Herzen lag. Sein eigener Text liest sich wie eine grundsätzliche Kritik des gesamten Werdegangs der deutschen und französischen Schwulenbewegung nach seinem Tod: nichts lag ihm ferner als die Integration der Homosexuellen in die bestehende Gesellschaft und ihre Rechtsstrukturen (103).

Heinz Jürgen Voß führt die Gedanken Hocquenhems weiter und macht deutlich, dass eine Partizipation an einem bestehenden System, das nur noch teilweise unterdrückend wirkt, die „emanzipierten“ Homosexuellen zu Teilhabern des Unterdrückungsapparates werden lässt (108). So möchte Voß heute Hocquenhem quasi als Ahnvater für das eigene linke politische Engagement nutzen. Dafür eignet sich dieser erheblich besser als all die anderen französischen Philosophen, die von deutschen Genderforschern gemeinhin zitiert werden. Diese haben jedoch den Vorteil, dass ihre Schlüsseltexte übersetzt sind. Außerdem übersieht Voß in der Einleitung und seinem eigenen Aufsatz das Kernproblem des Nutzens einer „queeren Kapitalismuskritik“ (14): Ist nicht die queere Emanzipation nur in den Ländern erfolgt, in denen das kapitalistische Wirtschaftsmodell vorhanden war und ist? Darüber hinaus ist nicht verständlich, warum Voß „ausdrücklich“ (8) auf das bei Hocquenhem nicht unwichtige Thema der Pädosexualität verzichtet. Oder glaubt er, der revolutionäre Streiter Hocquenhem würde heute bei dieser Frage einknicken und das Weite suchen?

Florian G. Mildenerger (Frankfurt a.O.)



Marquardt, Tristan, Jan Wagner (Hg.), *Unmögliche Liebe. Die Kunst des Minnesangs in neuen Übertragungen*, Carl Hanser Verlag, München 2017, 304 S., geb., 32 €

*Unmögliche Liebe* ist ein hübscher Titel für eine Anthologie, die mit neuen Übertragungen auf die alte Kunst des Minnesangs antwortet. Die mittelalterlichen Liebesdichter steckten das Ziel ihres Begehrens so hoch, dass es unerreichbar war. Wer die geliebte Frau in die Höhen des Himmels hebt, darf sich nicht wundern, wenn er sie auf Erden nicht zu erwischen vermag.

Die mehr als sechzig Lyriker\_innen, die der Einladung von Jan Wagner und Tristan Marquardt zu diesem literarischen Experiment folgten, haben sich von den Liedern aus vergangenen Zeiten zu eigenen Deutungen anregen lassen. Klangvolle Namen wie Marcel Beyer, Franz Josef Czernin, Ulrike Draesner, Elke Erb, Nora Gomringer, Durs Grünbein, Monika Rinck, Joachim Sartorius und viele mehr treffen auf großartige Dichter wie Walther von der Vogelweide, Heinrich von Morungen und Oswald von Wolkenstein. Frauen gab es nicht unter den deutschen Minnesängern (auch wenn die manchmal in weiblicher Rolle sangen), sie sind aber zahlreich vertreten im Kreis derer, die sich an diesem originellen Lyrikband beteiligt haben.

Was geschieht, wenn sich Poet\_innen unserer Zeit von mittelalterlichen Musen küssen lassen? Die Vielfalt der Gedichte, die aus dieser Begegnung hervorgegangen sind, lässt sich kaum zwischen zwei Buchdeckeln bändigen. Anregend ist nicht nur der Vergleich der Übertragungen mit ihren Vorlagen, sondern auch der Übertragungen untereinander. In seinem Akademievortrag „Ueber die verschiedenen Möglichkeiten des Uebersetzens“ stellte Friedrich Schlegel einst fest: „Entweder der Uebersetzer läßt den Schriftsteller möglichst in Ruhe, und bewegt den Leser ihm entgegen; oder er läßt den Leser möglichst in Ruhe und

bewegt den Schriftsteller ihm entgegen“. Die Gedichte dieser Anthologie lassen niemanden in Ruhe: weder die mittelalterlichen Sänger noch die heutigen Leser\_innen.

Das Buch ist chronologisch nach den mittelalterlichen Sängern geordnet, deren Namen stets in der Fuzreihe notiert sind. Ein Namensregister gibt es nicht am Ende des Buchs, wohl aber eine alphabetische Liste mit biographischen Kurzportrats, die mittelalterliche und neuzeitliche Dichter munter mischt. Marcel Beyer folgt auf Bernger von Horheim und Oswald von Wolkenstein auf Brigitte Oleschinski. Wer jedoch die Gedichte eines bestimmten Übersetzers, einer bestimmten Übersetzerin sucht, muss den Band Seite für Seite durchblättern – oder den Bleistift spitzen und selbst das Register anlegen, auf das die Herausgeber verzichteten.

Es ist erfreulich, wie sehr das Buch die mittelalterlichen Dichter respektiert, und dennoch präsentiert es deren Lieder ein wenig lieblos. Die Originale sind den Übersetzungen in kleiner Schrift nachgestellt, und die Verse werden zwar mit Versstrichen markiert, aber nicht in Zeilen abgesetzt. Das spart Platz, nimmt den Liedern aber auch einiges von ihrer Wirkung und erschwert den Vergleich zwischen Vorlage und Nachschöpfung. Die Herausgeber halten sich beim Abdruck der Minnelieder nicht an die üblichen Editionen (wie *Minnesangs Frühling*), sondern an die mittelalterlichen Handschriften selbst, deren Schreibweisen sie im Interesse der besseren Lesbarkeit normalisieren. Die Entscheidung für eine bestimmte Handschrift hätte immer auch anders ausfallen können. So wird das berühmt *Falkenlied* (*Ich zch mir einen valken*), eine Klage über den Verlust des Geliebten und eines der frühesten Liebeslieder überhaupt, nach der glättenden Fassung des Codex Manesse zitiert und nicht nach der älteren, spröderen Fassung der Budapester Fragmente. Die Einführung in die Gattung des Minnesangs ist sehr informativ. Hilfestellungen zur Aussprache der mittelhochdeutschen Verse und zur Analyse der mittelalterlichen Strophenformen fehlen leider, sie hätten die Nachvollziehbarkeit der mittelalterlichen Lieder in ihrer sprachlichen und formalen Eigenart erleichtert.

Die Übersetzungen sind teils kongenial, oftmals überraschend und immer lesenswert. Einige ahmen den mittelalterlichen Ton mit den Mitteln unserer Sprache nach, andere suchen den ironischen Bruch, wieder andere stellen völlige Neuschöpfungen oder sprachliche Experimente dar, die das Vorbild kaum mehr erkennen lassen. Das ist alles erlaubt und erwünscht. Dieselben Freiheiten dürfen sich natürlich auch die Leser\_innen nehmen und sich ihren eigenen Reim auf die Gedichte machen. Das *Falkenlied* zum Beispiel legt die Geschlechterrollen nicht fest. Auch wenn die Forschung mit guten Gründen annimmt, dass hier eine Dame bildlich vom geliebten Ritter spricht, so sind doch ebenso andere Lesarten möglich. So könnte sich auch ein Ritter nach seinem geliebten Freund sehnen. So könnte auch eine Leserin die Rolle des Minnesangers auf sich beziehen, wenn auch

sie eine Herzensdame begehrt. Die Gedanken sind frei, die Gefühle auch.

Spektakulär ist das zweite Gedicht der Anthologie, das jeder kennt und sogleich versteht: „Du bist mn, ich bin dn. / des solt d gewis sn. / d bist beslozzn / in mnem herzen, / verlorn ist das sluzzeln: / d muost ouch immr darinne sn.“ Wer es getreu übersetzen möchte, muss nicht viel ändern: „Du bist mein, ich bin dein. Dessen sollst du gewiss sein. Du bist verschlossen in meinem Herzen. Verloren ist das Schlsselein, drum muost du auch immer darinnen sein“. Erstaunlich sind die Verse deswegen, weil sie nicht etwa von einem Minnesänger stammen, sondern von einer gelehrten Nonne. Sie hängte die Zeilen an einen lateinischen Liebesbrief an, den sie ihrem geistlichen Lehrer schrieb. Die aparte Übertragung von Daniela Seel klingt so: „Du irgend mein, ich dir / Verlass, Verlass sei dir. / In meine Brust / beschlozzn, / Schlsselchen – ists hin. / Wirst noch und je darin“.

Andreas Kraß (Berlin)



Horx, Matthias, *Future Love: Die Zukunft von Liebe, Sex und Familie*, Deutsche Verlags-Anstalt, München 2017, 336 S., geb., 19.99 €

Das Buch von Matthias Horx ist in seiner Art ein gelungener Wurf, der ein breites Publikum anspricht. Vom Standpunkt der strengen Wissenschaft fällt die Einschätzung allerdings anders aus. Das Buch liest sich für den Sexualwissenschaftler wie ein Leipziger Allerlei zu Themen Sex, Liebe und Familie aus unterschiedlichen Disziplinen. Es enthält keine eigenen Forschungsergebnisse, sondern beruht auf bernahmen aus Artikeln und Büchern, meist von bekannten Bestseller-Autoren. Stilistisch entspricht es der heute gängigen Vermischung von Sachlichkeit und persönlichem Erleben. Der Autor ent-

stammt der Generation der 1968er, die sich von der sexuellen Revolution eine bessere Welt versprochen. Auf dieser Linie bewegen sich die Bemerkungen zu aktuellen Erscheinungen wie Hasskultur und Populismus, die mit dem Thema im engeren Sinne nichts zu tun haben, es sei denn, man teilt die Auffassung des Autors, dass alles mit allem zusammenhänge.

Es handelt sich nicht um Zukunftsforschung auf empirischer Grundlage, sondern der Autor stellt sich als „Zukunftsdenker“ vor, womit der Phantasie Tor und Tür geöffnet ist. Das Ergebnis ist amüsant, aber auf die Dauer doch langweilig, da die Einsichten, so klug sie auch sein mögen, aus den Feuilletons seit langem bekannt sind. Die Zukunft, die dem Autor vorschwebt, hält sich im Rahmen der „anderen Moderne“, die der Soziologe Ulrich Beck schon in den 1980er Jahren beschrieben hat. Insofern liefert das Buch eine Reise in die Zukunft der jüngeren Vergangenheit, in der sich die sozialen Strukturen in bisher nie gekannter Geschwindigkeit wandeln.

Was das Thema Sexualität betrifft, sind die Fragestellungen so bunt gemischt, dass man den Wald vor lauter Bäumen nicht sieht: „die Geborgenheit und die Leidenschaft?“ – „die Erotik und die Bindung?“ – „Ist Hass das Gegenteil von Liebe?“, um nur die banalsten Formulierungen zu nennen. Die Antworten fallen genauso verwaschen aus wie die sog. „wahren Zukunftsfragen“, die eher modische Gegenwartsfragen sind. Dagegen möchte ich als Beispiel dafür, dass eine begrenzte und präzise Fragestellung zu verwertbaren Resultaten führt, die *Soziologie der Sexualität* (2002) von Rüdiger Lautmann nennen. Er zeigt, wie der Sozialcharakter der Geschlechter sich im Sexualcharakter niederschlägt, wobei Nähe und Distanz in einem Spannungsverhältnis zueinander stehen. Horx hingegen huldigt der Vorstellung eines Netzes kreativer Liebesbeziehungen, bei denen das Soziale und das Individuelle sich beliebig vermischen. *Anything goes* – ein sympathisches Plädoyer für sexuelle Vielfalt, aber unverbindlich und trivial. Geradezu nostalgisch ist sein Leitbild von „Enterprise“ im fiktionalen Star-Trek-Universum, das der Autor mit der Realität verwechselt. Zu schön um wahr zu sein.

Für die kulturelle Evolution der Zweierbeziehung sind Geoffrey Millers *The Mating Mind* (2010) und Helen Fishers *Anatomy of Love* (2016) gute Referenzautoren, wobei auch Fishers neurologische Verankerung der Liebe in bestimmten Gehirnarealen unbefriedigend bleibt, da das Erleben der Wechselwirkung der Areale entspringt. Die Erforschung des Gehirns liefert keine wirkliche Erklärung der Gefühlsambivalenzen, die für die intimen Beziehungen charakteristisch sind. Das Verhältnis von Sexualität und Erotik, das von der evolutionären Psychologie als wesentlich für die Menschwerdung angesehen wird, bleibt bei Horx durch die Methode der ganzheitlichen Betrachtung im Rahmen der Alltagspsychologie. Auch die Bonobos von Frans de Waal, der seine Zöglinge im Sinne moderner Lebensformen vermenschlicht, werfen kein neues Licht auf die erotischen Emotionen. Alles in allem fehlen belastbare Daten für die Differenzierung des Liebeslebens

in der Evolution. Sicherlich bereiten extravagante Formen des Erotismus dem sozialen Verhalten neue Wege, doch die Dynamik der Polarität der Geschlechter als Motor der kulturellen Evolution wird durch die Angleichung der Geschlechterrollen nicht verschwinden.

Eine konkrete Zukunftsperspektive für Sexualität und Familie liefert das Buch *The End of Sex and the Future of Human Reproduction* (2016) von Henry T. Greely, der die These, dass die Menschen ihre Sexualität für die Lust und nicht mehr für die Fortpflanzung ausleben, mit einem neuen Verfahren der Präimplantationsdiagnostik, genannt „Easy PGD“, begründet. Er hebt die gesundheitlichen und ökonomischen Vorteile dieses Verfahrens hervor, was der modernen Familienplanung zugutekommt. Wie immer man in ethischer Hinsicht dazu steht, es handelt sich um eine mit Daten untermauerte pragmatische Diagnose, die für die Mentalität der Amerikaner typisch ist. Im deutschen Sprachraum wäre als Parallele *Adams Apfel und Evas Erbe* (2015) von Axel Meyer zu nennen, der als Genomforscher die Abhängigkeit der Geschlechtsidentität und der sexuellen Partnerorientierung von den Genen nachweist. Damit wird eine biologische Grenze markiert, die auch von den radikalsten Vertreterinnen der Gendertheorie nicht wirklich überwunden werden kann. Schade, dass Horx diese neueren Publikationen nicht berücksichtigt hat. Aber das würde auch nicht zur konstruktivistischen Denkform passen, mit der der Autor im kulturalistischen Mainstream geschickt navigiert.

Ferdinand Fellmann (Münster)



Braun, Christina von, *Blutsbande. Verwandtschaft als Kulturgeschichte*, Aufbau Verlag, Berlin 2018, 537 S., geb., 30 €

Das Wort „Familienbande“ habe manchmal den Beigeschmack von Wahrheit, bemerkte Karl Kraus: Christina von Braun sondiert Konzepte von Verwandtschaft und umgeht dabei das Recht.

Ganz eindeutig ist die martialische Rede von „Blut“ und „Blutsbande“ nicht, wenn Christina von Braun ihre großangelegte Studie zur Geschichte des abendländischen Konzepts der Verwandtschaft an diesen Worten festmacht. Tatsächlich stellt die Kulturwissenschaftlerin Blut, Sinnlichkeit, den Leib (und die gesprochene Sprache) auf der einen Seite der Welt der Schriftzeichen, der Namen, des Geldes und des „Geistigen“ auf der anderen Seite gegenüber. Wobei die Schriftzeichen dann ihrerseits in der physischen Wirklichkeit Rückhalt suchen: Sie rufen Bezüge aufs Blut herauf. So seien in der Geschichte des Westens Verwandtschaftslinien stets mit „roter Tinte“ gezeichnet, zwar im Grunde kulturell konstruiert, dennoch aber wesenhaft aufgeladen.

Blut ist also ein Stoff, der die Idee der unabänderlichen Blutsverwandtschaft zitiert. Dabei wirkt sich der Geschlechterunterschied tiefgreifend aus: Während Mutterschaft über Jahrtausende zweifelsfrei feststeht, denn Geburten haben zumeist Augenzeugen, bleibt Vaterschaft eine abstrakte Beziehung. „Pater semper incertus est“, lautet eine berühmte römische Rechtsformel: Der Vater ist stets ungewiss. Umso mehr beginnt hier nach von Braun das Einsatzgebiet „roter Tinte“.

Die in Europa entstandenen Verwandtschaftssysteme kultivieren Vaterschaft auf unterschiedliche Weise symbolisch. Dabei werten Ehe, Elternschaft, Erbe die Blutsbande auf: „Sie verleihen der Vaterlinie den Anschein ebenjener nachweisbaren Leiblichkeit, die sie eigentlich entbehrt.“ Die Machtverteilung, die dabei entsteht, begünstigt den Mann. Sie ist durchgehend patriarchal.

Im Buch wird vor diesem Hintergrund über sieben Kapitel hinweg eine Kulturgeschichte zweier für den Westen maßgeblicher, religiös geprägter Verwandtschaftssysteme nachgezeichnet: die „griechisch-römische“ und später christliche Patrilinearität (als über den Vater sich definierende Erblinie) sowie die jüdische Matrilinearität (also Vererbung von Zugehörigkeit und Gütern über die Mutter). Mit enormer Detailkenntnis zeichnet von Braun nach, wie das christliche Verwandtschaftsmodell auch über die Aufklärungszeit hinweg Figuren einer „geistigen“ Zeugung und Vaterschaft variiert. Die Frau wechselt gemäß diesem Schema in die Familie des Mannes, dort bleibt sie die mütterliche Hohlform, in die hinein Nachwuchs gezeugt wird.

Im jüdischen Verwandtschaftsmodell hingegen vererbt sich Familienmitgliedschaft und Geld über die Mutter. Hier fällt der Frau die Rolle zu, die Familie zusammenzuhalten, weswegen sie im Zweifel in passender Weise „endogam“, das heißt mit Verwandten, verheiratet wird. Dass nicht etwa Frauenmacht, sondern die versprengte Existenz in der Diaspora die jüdische Matrilinearität entstehen ließ, ist eine der nüchternen Thesen der Autorin.

Christlich wie jüdisch werden aber auch die Linien des Geld- und Güterverkehrs analog zur physischen Verwandtschaft modelliert. Vom Vergleich des unehelichen Kindes mit gefälschtem Geld über den Blut- und Kapitalkreislauf bis hin

zur Idee, Geld lasse sich „züchten“, versammelt die Autorin dafür anschaulich Belege.

Von Braun thematisiert die „Blutsbande“ aber auch aktualisierend. Denn ein zweiter Fokus des Buches liegt auf der Entstehung und den Folgen von Biologie und moderner Reproduktionsmedizin: Der Naturalismus des neunzehnten und zwanzigsten Jahrhunderts steigert zwar, er unterminiert aber auch – so von Braun – die Vorherrschaft der Väter. Schuld sei die Wissenschaft, nämlich paradoxerweise eine immer präzisere Biologie. Vaterschaft wie auch epigenetische, also nicht von den elterlichen Genen stammende Prägungen des kindlichen Erbguts seien inzwischen derart sicher feststellbar, dass von der „geistigen“ Linie oder auch „reiner“ Vererbung nicht mehr viel bleibe.

Biotechniken verwandeln das Vaterbild zur profanen Rolle (im Grenzfall: des bloßen Samenspenders). Überhaupt habe die heutige Reproduktionsmedizin dramatische Folgen für die gelebte Praxis von Verwandtschaft und die Machtverteilung zwischen Männern und Frauen, auch für die Konzepte „Sexualität“ und „Geschlecht“. Von Braun entfaltet das durchaus vergnügt: Die Mutterschaft vervielfältigt sich (Eispenderin, Leihmutter, soziale Mutter und so fort), und mit den inzwischen biotechnisch realisierbaren Varianten von Transgender-Elternschaften brechen Denkmuster einer „natürlichen“ Verwandtschaft – wo man sie nicht fundamentalistisch zur Kampfvokabel erhebt – schlicht weg.

Stehen also „verflüssigte“ Männlichkeit, Verwandtschaft mit allen oder keinem bevor? Von Braun bejaht das, fordert ein Umdenken der Psychoanalyse, nimmt aber auch im Hinblick auf das Entstehen möglicher neuer Klassenkämpfe kein Blatt vor den Mund. Da ist zum einen der biotechnische Markt: Heute liegt die Macht zur Verwandtschaftsherstellung „im Labor, das sich alle Gestalten der Zeugungs- und Gebärfähigkeit angeeignet hat“. Diejenigen, die sich dem Paradigma der „freien Wahl“ von Geschlecht und Verwandtschaftsformen ausgeliefert haben, exponieren sich aber auch politisch. Denn ähnlich dem diskriminierenden Muster des „transnationalen Juden“ würden heute transformierbare Identitäten von interessierter Seite „zu Gefahrenherden erklärt“.

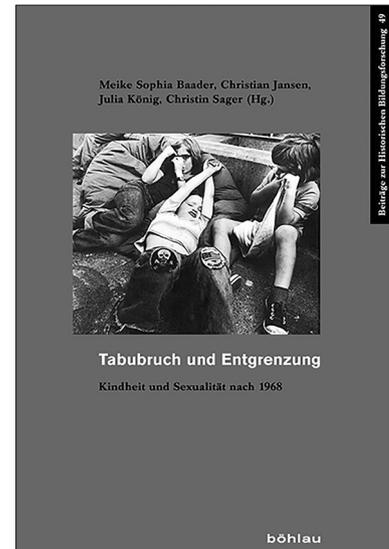
Von Brauns Kulturgeschichte ist unbedingt lesenswert. An Großdiagnosen wie die, der Westen habe an die Blutslinie „geglaubt“, muss man allerdings Fragen richten. In der pauschalisierenden Rede vom „Westen“ liegt eine echte Schwäche des Buchs. Aktuelle wie historische Beispiele kommen mal aus diesem, mal aus jenem europäischen Land, mal aus Israel, mal aus den Vereinigten Staaten. Unterschiedlichste Sozial- und Wirtschaftsgeschichten wie auch Symbolwelten mit deutlich differenten Gewichtungen von Religion, Säkularität und „Staat“ – man vergleiche nur Deutschland und Frankreich in Sachen Vaterschaft oder auch die komplexen Genealogien von Vormundschaft oder Adoption – werden zugunsten eines großen Bogens miteinander vermengt.

Noch irritierender ist aber: Das Recht – von der Verfassungsgeschichte bis zum Familien- und Erbrecht – fehlt im Buch völlig, einschließlich Gesetzgebung, Gerichte und prozeduraler Pragmatik. Recht firmiert bei von Braun schlicht als „Schrift“ beziehungsweise „Verschriftung“. Die Option einer durch willentliche Handlung gestifteten Verbindung geht damit unter im Bild der roten Tinte, die sich, um als Natur zu gelten, ins „Unbewusste“ einschreibt. Ähnlich unterkomplex bleibt die Metapher einer „geistigen Vaterschaft“ als Urphänomen staatlicher Machtausübung. Dabei scheint ja doch gerade der Rechtsakt, die vertragliche, sei es mündliche, sei es schriftliche Setzung des Verwandtseins – und zwar schon in der römisch rechtlichen Tradition –, in Europa stets eine „sichere“ Form der Verwandtschaft herstellen zu können. Klassisch benötigen so die Adoption, aber auch die Eheschließung selbst gerade nicht „rote Tinte“, sondern werden im Wortsinn gemacht, nämlich handlungsförmig vollzogen.

Am Fehlen jeglicher Rechtsgeschichte, in der Recht nicht nur abstrakte Regel ist, sondern auch ein Repertoire potentiell egalitär nutzbarer, wirklichkeitsstiftender Formen, liegt es denn wohl auch, dass von Braun in ihrer Erzählung das Phänomen der modernen Frauenbefreiung nur unter Schwierigkeiten lokalisieren kann. Was den Wandel der Frauenrolle angeht, sind es nur die Biologie samt deren Verwissenschaftlichung von Inter- und Homosexualität und die Genetik, auf die sie sich berufen kann. Obwohl sie festhält, dass die „Emanzipation der Frau nicht das Resultat der geschlechtslosen Gesellschaft, sondern vielmehr Werkzeug auf dem Weg dorthin“ sei, bleibt ihr als Erklärung dafür nur eine qua Biologisierung egalitäre Anthropologie.

Hier wäre dem Narrativ von den ab 1800 verblassenden „Blutsbanden“ eine Geschichte juridischer, schon ihrer Form nach geschlechtsneutraler Gleichheitsfiguren – Personengesellschaft, Kollegium, Bürgerschaft – mitsamt der Forderung nach Übernahme aller möglichen Rollen durch alle zur Seite zu stellen gewesen. Zur etwas schlichten Zweiteilung von „sinnlich“ und „geistig“ käme so eine dritte Dimension. Die Engführung auf den einen besonderen Stoff Blut wäre dann freilich nicht mehr so überzeugend.

Petra Gehring (Darmstadt, leicht veränderter Wiederabdruck aus der FAZ vom 16.03.2018)



Baader, Meike Sophia, Christian Jansen, Julia König, Christin Sager (Hg.), *Tabubruch und Entgrenzung. Kindheit und Sexualität nach 1968*, Böhlau Verlag, Köln 2017, 330 S., br., 40 €

Die Sexualität des Kindes ist ein wissenschaftlicher wie öffentlicher Streitpunkt. Ist diese mit der des Erwachsenen vergleichbar oder hat sie eine eigenständige Qualität? Überformt oder konstituiert die erwachsene Projektion sie zuerst oder entzieht sie sich aufgrund ihrer undurchsichtigen Eigenlogik dem systematischen Zugriff? Vermag sie gesellschaftlichen Wandel anzustoßen, muss sie zuvor selbst von einer Repression befreit werden oder braucht es gar eine Heranführung der Heranwachsenden an die befreite Sexualität? All diese Kontroversen greift der Sammelband *Tabubruch und Entgrenzung. Kindheit und Sexualität nach 1968* auf und rekonstruiert, systematisiert und kontextualisiert die Deutungskämpfe der deutschsprachigen Zeitgeschichte.

Meike Sophia Baader, Christian Jansen, Julia König und Christin Sager stellen sich als Herausgebende der Aufgabe, die diskursiv ausschlagende Debatte einzufangen, die im Zuge der öffentlichen, zeitversetzt rezipierten Aufdeckung sexuellen Kindesmissbrauchs entstanden ist. Konzentriert sich die gegenwärtige Aufarbeitungsforschung vor allem auf Fallstudien spezifischer Institutionen oder Personen und stellt die Fälle konkreten, sexuellen Missbrauchs in den Fokus, bemühen sich Baader et al., den vielfach beschworenen diskursiven ‚Zeitgeist‘<sup>1</sup> zu umreißen, der als Möglichkeitsstruktur sexuellen Missbrauch vorangebracht und abgesichert haben mag.

<sup>1</sup> Vgl. Institut für Demokratieforschung, 2016. Die Unterstützung pädosexueller bzw. päderastischer Interessen durch die Berliner Senatsverwaltung. Am Beispiel eines ‚Experiments‘ von Helmut Kentler und der ‚Adressenliste zur schwulen, lesbischen & pädophilen Emanzipation‘, Göttingen; Institut für Demokratieforschung, 2014. Die Grünen und die Pädosexualität. Ergebnisse des Forschungsprojekts Umfang, Kontext und die Auswirkungen pädophiler Forderungen in den Milieus der Neuen Sozialen Bewegung / Grünen, Göttingen.

Der aus einer Vortragsreihe entstandene Band thematisiert so weder die institutionellen Bedingungen noch die personalen Folgen sexuellen Missbrauchs, sondern zielt darauf ab, „die Enttabuisierungen und Entgrenzungen von erwachsener und kindlicher Sexualität in den 1970er und 1980er Jahren historisch fundiert und für verschiedene Kontexte zu rekonstruieren“ (9). Er trägt über die Darstellungen der zunehmenden Verwissenschaftlichung, Medialisierung, Kommerzialisierung, Pluralisierung und Politisierung des Sexuellen seit den 1960er-Jahren (10) relevant zum Verständnis insbesondere der vielfach thematisierten pädophilen Bewegungen, ihrer Diskurse sowie ihrer Unterstützung und Legitimierung bei. Neben diesen betrachtet er zentral den Diskursraum der Sexualwissenschaft, der Sexualaufklärung und deren Rezeption sowie die mehr oder weniger korrespondierende Praxis in Kommunen und Kinderläden der alternativen Linken. Weitere Beiträge schließen mit rechtsgeschichtlichen und geschlechtertheoretischen Perspektiven, einem historischen Vergleich zu Kinderhexenprozessen, der Entstehungsgeschichte von Beratungsstellen gegen sexualisierte Gewalt und Ausblicken zu gegenwärtigen Diskursen um sexuellen Missbrauch an.

Den Erfolg pädophiler Bewegungen, deren Öffentlichkeitswirksamkeit und die Verbreitung entsprechender Diskurs(fragment)e erläutert für das ‚linksalternative Milieu‘ Sven Reichhardt. Relevant für diese gesellschaftliche Gruppe sei „weniger der pädosexuelle Übergriff, sondern, dass die Prahlerei mit der Offenheit gegenüber pädosexuellen Vorgängen als etwas Positives rezipiert wurde“ (143). Dafür macht Reichhardt vier Faktoren verantwortlich:

- (1) den Anschluss pädophiler Akteur\_innen und Politiken an die Kritik staatlicher Repression und des spezifischen Schutzalters homosexueller Sexualkontakte in der Schwulenbewegung,
- (2) die Viktimisierung von Kindern als schwächsten Mitgliedern der Gesellschaft, die es insbesondere sexuell zu befreien gelte,
- (3) die Hoffnung auf die revolutionäre Wirkung sexueller Liberalisierung gegen einen autoritären Charakter, Konsumlogiken und Staatshörigkeit sowie
- (4) die Verbreitung von Tabubruch und Provokation mit radikalen Konzepten als politische Praxisformen, die bürgerliche Integrität stören und stürzen sollten (147).

Reichhardt zeigt, dass gerade nicht das Verschweigen von Sex, sexuellem Kontakt und Missbrauch zu Übergriffen beigetragen hat – wie es in der Praxis der pädagogischen Institutionen des katholischen Canisius-Kollegs oder der Odenwaldschule der Fall war – sondern der laute, politisierte und überdeterminierte Diskurs eben diese gestützt haben mag. Dies korrespondiert mit Christin Sagers pointierter Analyse der sich zunehmend entwickelnden Forderung nach (schulischer) Sexualaufklärung. Diese hätten „die kindliche Sexualität [...] zum Kernstück der

‚Erziehung zum Ungehorsam‘ ernannt und politisiert, da nur eine emanzipatorische Sexualentwicklung den Weg zu einer neuen Gesellschaft ebnen könne“ (227).

Eine über den Sexualitätsdiskurs hinausgehende Perspektivierung des Phänomens sexueller Entgrenzung bietet Meike Baader. Sie arbeitet systematisch zwei Konzepte von Kindheit der 1970er Jahre heraus, die eine Beschränkung kindlicher Sexualität verbat. Zum einen war dies die Kritik an der (hierarchischen) generationalen Familienordnung, zum anderen das Aufbegehren gegen die Konstruktion von Kindheit als Zeit der Unmündigkeit und deren Pädagogisierung. Primär anhand von erziehungswissenschaftlichen Ausarbeitungen und Materialien der Kinderlädenbewegung zeigt sie die paradoxe Gleichzeitigkeit divergierender Gewaltbegriffe: So wäre mit einem weiten Gewaltbegriff in Bezug auf das generationale Verhältnis das Selbstbestimmungsrecht von Kindern eingefordert worden, wohingegen als Gewalt in Form von Sexualität nur der körperliche Übergriff qualifiziert worden sei, ohne Machtmissbrauch, Hierarchien und Wissensdifferenzen zu reflektieren (77). Baader kann zeigen, wie derartige Fragmente legitimierend von pädophilen Aktivist\_innen herangezogen wurden. Sie differenziert aber zugleich zwischen jenen, die sich aktiv in diesen Bewegungen geäußert haben, die entsprechende Positionen akzeptiert haben und die sich durch derartige Äußerungen nur nicht haben irritieren lassen. All diese Akteur\_innen seien an der Kindesmissbrauch legitimierenden Diskursproduktion beteiligt gewesen, sie dürften aber analytisch nicht vermischt und auf die gleiche Weise verantwortlich gemacht werden (78).

Bemerkenswerte Beiträge des Bandes sind darüber hinaus einige Fallstudien. Allen voran die erstmalige, umfassende wissenschaftliche Betrachtung der ‚Indianerkommune‘ in Heidelberg und Nürnberg durch Jan-Hendrik Friedrichs. Dieser kann anhand von Rundbriefen der Kommune, Zeitungsberichten über diese und Protokollen der sich formierenden Partei ‚Die Grünen‘ einen fundierten Überblick zur Alltags- und Politikpraxis geben. So habe die Positionierung für und durch Kinder es den Kommunard\_innen ermöglicht, politisches Gehör zu finden. Ihr Totalitätsanspruch hinsichtlich Konsumverweigerung, sexueller Befreiung und Antipädagogik hätte sie aber trotz unterschiedlicher Solidaritätsbekundungen zunehmend von praktischen Kooperationen ausgeschlossen und politisch isoliert. Dazu beigetragen habe auch ihre „laute Sprachlosigkeit“ (275), das heißt der politische Ausdruck durch inhaltlich nicht zuordnenbares Schreien, Toben und Jaulen gegen unter anderem die (staatliche) Repression. Wird zudem der eklatante Gegensatz zwischen dem Anspruch, Kinder zu vertreten, und der vielfachen Abwesenheit dieser im Kommunenleben in Rechnung gestellt, erscheint die Indianerkommune eher als überdramatisierter Mythos denn als relevanter Akteur.

Im Weiteren rekonstruiert Detlef Siegfried die Arbeiten des österreichischen Sexualwissenschaftlers Ernest Bornemann zur kindlichen Sexualität. Diese habe er aus sexualisier-

ten Volksreimen abgeleitet, sie in eine Auseinandersetzung mit freudianischer Sexualtheorie gesetzt und ihr eine derartige Eigenständigkeit zugesprochen, dass eine Schädigung durch (freiwilligen) sexuellen Kontakt zu Erwachsenen nur durch die Vernehmung im Gerichtssaal stattgefunden hätte (207). David Paternotte betrachtet schließlich die Auseinandersetzung der International (Lesbian and) Gay Association mit pädophilen Emanzipationsdiskursen. Er weist auf den zeitlichen Versatz zwischen Positionierungen für eine Aufhebung des Schutzalters in den 1970er Jahren, der inhaltlich wie politisch-strategischen Distanzierung zu pädophilen Diskursen in den 1980er Jahren und der Skandalisierung von Verbindungen zu entsprechenden Subgruppen in den 1990er Jahren hin. Diese hätten, durch konservative Agitator\_innen angestrengt, zur Aberkennung des Beobachterstatus im United Nations Social and Economic Council 1993 geführt. Mit diesem Beitrag löst der Band die angemahnte transnationale Perspektive auf Diskurse sexueller Befreiung (9) zwar in Teilen ein – eine Reihe von Fragen zur Rezeption entsprechender Bewegungen allen voran in Frankreich, Großbritannien, Italien oder den USA bleiben aber offen.

Der hochkarätig besetzte Sammelband trägt insgesamt zu einer umfassenden Rekonzeptualisierung sexuellen Missbrauchs in den 1970er und 1980er Jahren in Deutschland bei. Er macht die strukturelle Reflexion von Pädagogiken, öffentlichen Debatten sowie des ‚Zeitgeists‘ möglich und steht damit produktiv in Distanz zu Jens Brachmann, der durch etwaige Analysen die Entschuldigung von Übergriffen befürchtet und die Theoretisierung eines absoluten Entsprechungsverhältnisses zwischen Diskursen und Praxen für notwendig erachtet.<sup>2</sup>

Die multidimensionale, jeweils fachwissenschaftlich einschlägige Betrachtung aus juristischer (Willekens), ideengeschichtlicher (Freytag, Herzog), bewegungssoziologischer (Bundschuh), geschlechtertheoretischer (Glammeier) und aktivistischer (Jansen, Gebrande) Perspektive führt einerseits zu einer Bearbeitung, die der Komplexität des Gegenstands angemessen ist. Andererseits verliert sich in diesen Beiträgen teilweise das historische Anliegen des Bandes. Wenn die rekonstruierten, sexualtheoretischen Diskurse nicht auf ihre Rezeption hin befragt werden (Freytag), ist dies zu bedauern. Im Fall der unsystematischen Vermischung gegenwärtiger und historischer Argumentationen (Herzog) oder der Vermengung rekonstruierter Analysen mit aktivistischen, stark wertenden und teilweise polemischen Kommentaren (Jansen, Gebrande, Bundschuh, Willekens) schadet dies aber dem wissenschaftlichen Anliegen des Bandes.

Darüber hinaus ist die Abbildung der Nacktfotographien spielender Kinder im Beitrag von Christian Jansen bedenklich, wenn diese trotz der Anonymisierung von Namen nicht

unkenntlich gemacht wurden und es keine Hinweise auf das Einverständnis der Abgebildeten gibt. Auch irritieren die diachronen Vergleiche – Julia Königs Strukturmodell sexualisierter Entgrenzungen und Konsolidierungen anhand der Augsburger Kinderhexenprozesse des 17./18. Jh. umso mehr als Sophinette Beckers Ausblick zu gegenwärtigen Diskursen um Pädosexualität/Pädophilie. Und schließlich ist, gerade aufgrund der Emphase transnationaler Diskursordnungen, die – mit Ausnahme des einmaligen Kommentars von Julia Gebrande (305) – Abwesenheit von Ost/West-Bezügen bemerkenswert.

In der Zusammenschau sind es so die herausragenden Beiträge auf Fallebene (Siegfried, Klecha, Friedrichs) und mittlerer Reichweite (Sager, Baader, Reinhardt), die den Band lesenswert machen. Sie tragen zu einer Erweiterung des Verständnisses von Kindheit und Sexualität nach 1968 bei und formulieren Anstöße für die weitere Aufarbeitung und Aufbereitung sexuellen Missbrauchs.

Folke Brodersen (München, Wiederabdruck aus H-Soz-Kult, 22.01.2018, [www.hsozkult.de/publicationreview/id/rezbuecher-27212](http://www.hsozkult.de/publicationreview/id/rezbuecher-27212))



Klimke, Daniela, Rüdiger Lautmann (Hg.), *Sexualität und Strafe*, 11. Beiheft des Kriminologischen Journals, Beltz-Juventa, Weinheim 2016, 317 S., br., 39,95 €

Das Vorbild des Sammelbandes ist offenbar *Sexualität und Verbrechen*, 1963 unter Mitwirkung von Fritz Bauer, Hans Giese und Theodor W. Adorno in einer Zeit des Umbruchs und der Neubewertung menschlicher Sexualitäten herausgegeben. In einer ähnlichen Übergangsphase sehen sich die Herausgeber heute: Die sexuelle Revolution hat keineswegs eine allgemeine Befreiung, sondern viele neue Begrenzungen, Definitionen und Verhaltensregeln evoziert. Die Per-

<sup>2</sup> Brachmann, J., 2016. Tatort Odenwaldschule. Ein Werkstattbericht über die Schwierigkeiten der Aufarbeitung von Vorkommnissen pädokrimineller Gewalt in Institutionen. *Zeitschrift für Pädagogik* 62 (5), 638–655.

spektiven haben sich also umgekehrt: Anstatt sich auf den Flügeln des Fortschritts zu bewegen, sehen sich Sexualforscher heute mit neuen Grenzen konfrontiert. Diese werden erst ‚mit Schaum vor dem Mund‘ diskutiert, dann wird über ‚Bilder‘ gestritten und schließlich Symbole der Schlüpfrigkeit hervorgeholt – zumeist Prostitution und Pädosexualität. Infolgedessen ist das Buch in diese vier Steigerungen der Streitkultur gegliedert, denen noch einen 5. Teil zu ‚weiteren Perspektiven bestrafte Sexualität‘ (vgl. 247ff) angehängt ist, die im öffentlichen Diskurs nur fallweise Beachtung finden (z.B. Barebacking).

Die jedem Realitätsbezug enthobene Form öffentlicher Hinrichtungen in Form von „Sexualdebatten“ widmen sich Aldo Legnaro und Johann Schwenn, die die Fälle Edathy und Kachelmann Revue passieren lassen. Monika Frommel folgt mit einem Aufsatz zu den vorgeblichen Lücken im Strafgesetzbuch, die seitens aufmerksamkeitspotenter Politiker und Journalisten stets beschworen werden: Aus Einzelfällen, die auch noch medial überzeichnet dargestellt werden, erfolgen umgehend Forderungen nach allgemeinen Verschärfungen im Strafgesetzbuch. Unter dem Vorwand des Opferschutzes wird so – bisweilen unter tätiger Mithilfe sozialer Bewegungen – ein Generalverdacht gegenüber der Bevölkerung herausgearbeitet, dem, wie es scheint, nur durch noch umfassendere „präventive“ Strafbestimmungen entgegengewirkt werden kann.

Zwanglos gelangt so der Leser zum zweiten Themenschwerpunkt: Pornographie. Denn wenn Prävention ins Zentrum rückt, dann müssen nach Ansicht der umsorgenden Behörden alle Gefahrenmomente ausgeschaltet bzw. als solche erkannt werden. Pornographie wird so zur Einstiegsdroge für Verbrechen erklärt, wie Kurt Starke herausarbeitet. Ähnlich wie er argumentieren Michael Stiels-Glenn und Ulrich Kobbé, während Michael Hellwig und Jennifer Drescher ausführen, wie man die eigene Nacktheit im digitalen Zeitalter bewahren oder präsentieren kann. Oder anders formuliert: Der Feind der eigenen Intimsphäre lauert nicht im Park hinter einem Baum, sondern nennt sich „Ego“, das in einer Welt des unbegrenzten Informationsaustauschs befriedigt werden will – und sei es durch die bereitwillige Herausgabe der eigenen Intimsphäre.

Diese herauszurücken wird von einer immer wieder von Feministinnen, Konservativen und anderen Gesellschaftspolitikern attackierten Berufsgruppe gemeinhin gefordert: Prostituierte, das Thema des dritten Schwerpunktes. Thorsten Benkel analysiert die Wechselspiele der Legalisierung und Überwachung, während sich Udo Gerheim der Frage widmet, wie es eigentlich um die Nachfrage bestellt ist. Bedauerlicherweise konzentriert er sich auf die heterosexuelle Prostitution und lässt die homosexuellen Welten gänzlich außen vor. Die gleichgeschlechtlichen Subkulturen aber stehen im Mittelpunkt, wann immer der deutsche Stammtisch sich zum Schutz der Minderjährigen rüstet.

Getragen von der Idee, dass einmal als „Böse“ identifizierte Verhaltensweisen immer neues „Böses“ generierten, ist es nicht weit von der legalisierten Gleichgeschlechtlichkeit hin zur Vergewaltigung von – nur höchst vage definierten – Kindern, wie Helge Peters herausarbeitet. Doch kollidieren bisweilen Schutzbegehren und Selbstbestimmungswünsche, was insbesondere die Altersgruppe 14 bis 18 für Strafrechtsexperten interessant macht. Max Welter und Bruce Rind bringen hier den Aspekt der „intergenerationellen Beziehungen“ (207ff) ein.

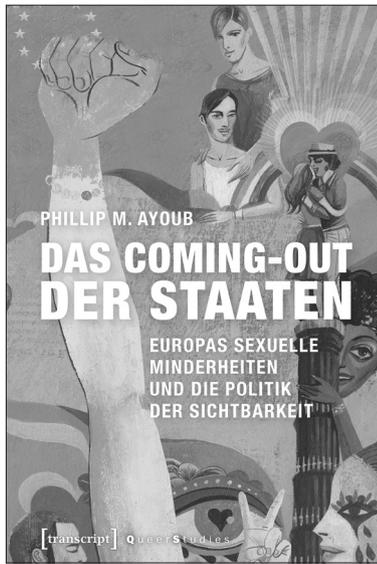
Wenn Altersunterschied das Thema sei, wo liege dann das Problem bei Erwachsenen unter sich? Um sich solchen Themen gar nicht erst widmen zu müssen, entfalten interessierte Forscher, Politiker und Medienmacher gerne das Zauberverfeuer der „Moralpanik“ (223ff), die die Herausgeber Klimke und Lautmann in ihrem Beitrag in den Mittelpunkt rücken. Sie resümieren anschaulich die Differenz zwischen Fachdiskursen im Elfenbeinturm und medialen Entrüstungstürmen, die letztendlich immer über die leise Stimme der Vernunft triumphieren. Diese Stimme unterliegt auch dann, wenn Politiker, Ärzte und Berufsschwule nicht zwischen einvernehmlichem ungeschütztem Sexualverkehr und bewusster Infektion mit sexuell übertragbaren Krankheiten unterscheiden wollen.

Ortwin Passon bezieht hier auch neoliberale Zwänge mit ein und somit die Problematik der Exklusion materieller Zusammenhänge rund um das Sexuelle. Dieser Aspekt hätte im gesamten vorliegenden Buch stärkere Berücksichtigung finden können. Denn „Unterschichtensex“ ist abhängig von den „Unterschichten“ und ihrer Vernachlässigung durch jene ansonsten so lautstarken Jugendschützer, die materielle Zwänge stets aus ihren gesellschaftspolitischen Träumen exkludieren.

Den Abschluss des Buches bilden ein Beitrag über „Sexualität und Strafen“ (Océane Pérona) in Frankreich sowie eine philosophisch-anthropologische Betrachtung über Sexualitäten in der Postmoderne (Jean Clam) – beide hübsch und lesenswert und doch irgendwie etwas fehl am Platze im vorliegenden Sammelband.

An Kritikpunkten ist festzuhalten, dass Herausgeber und Autoren stets einer Meinung sind. Das erleichtert die Lesbarkeit des Werkes, nennt sich aber noch nicht Diskurs. Gerade im Bereich Pornographie wäre ein Aufsatz der „Sittenwächter“ vorteilhaft gewesen. Oder sollten mittlerweile die Fronten so verhärtet sein, dass jeder Austausch von Ideen, Theorien und Gedanken nicht mehr möglich ist? Wäre dem so, dann müsste es auch thematisiert werden. Das Fehlen eines Registers ist ebenfalls ein großes Problem. Darüber hinaus hätten die Aufsätze zum „Komplex Edathy“ eventuell gebündelt werden sollen, wenn denn dieser Affäre jene ikonische Bedeutung zukommt, die Autoren und Herausgeber soufflieren. Gleichwohl ist der Sammelband lesenswert und kann als Anregung für weitere Debatten und Diskussionen dienen.

Florian G. Mildnerberger (Frankfurt a.O.)



Ayoub, Phillip M., *Das Coming-out der Staaten: Europas sexuelle Minderheiten und die Politik der Sichtbarkeit*, übers. aus dem Engl. von K. Schmidt, transcript, Bielefeld 2017, 312 S., br., 29,99 €

Für Phillip M. Ayoub symbolisiert die aktuelle westeuropäische LGBT-Rechtsprechung eine LGBT-Rechtrevolution. Im Gegensatz dazu betreibt Russland Normpolarisierung, wenn dort von „Gayrop“ gesprochen wird. Unterschiede in der Umsetzung von LGBT-Rechtsnormen innerhalb Europas erklärt der amerikanische Politikwissenschaftler mit Theorien zur Sichtbarkeit, u.a. der Bedeutung von Normsichtbarkeit für deren Diffusion in der Weltpolitik (31). Sichtbarkeitspolitik bezieht Ayoub auf „die politische Macht des Coming-out durch Individuen, Gruppen oder Staaten“ (15), die Minderheiten mächtig mache: Kraft durch Sichtbarkeit (70). „Sichtbarkeit führt zu Interaktionen zwischen der Bewegung und dem Staat“ (24). Bisherige Mittel und Wege zum Erfolg der LGBT-Menschenrechtsbewegung – internationaler Druck, Vereinbarkeit von innerstaatlichen und internationalen Normen, Modernisierung, geringe Umsetzungskosten von low-cost-Normen – ordnet Ayoub dem Sichtbarkeitsprimat unter.

Der soziale und politische Akt des Coming-out mache das Unsichtbare sichtbar, erzeuge interpersonelle und öffentliche Sichtbarkeit (42f), die wiederum den Aufbau politisch relevanter Identitätsmerkmale ermögliche, zu Mobilisierung im Land und demokratischer Teilhabe führe. Transnationale Sichtbarkeit führe zum Aufbau solidarischer Netzwerke über Grenzen hinweg (45). Durch Sichtbarkeitsevents wie Pride-Märsche könne der öffentliche Raum als Widerstand gegen Heteronormativität genutzt werden (48). Je sichtbarer LGBTs seien, desto weniger Vorurteile gebe es gegen sie (51): „Sichtbarkeit führt zu Debatte“ (50) und „Der Diskurs selbst führt zum Wandel“ (53). Widerstand entstehe, wo religiöse Identität für das Narrativ der Nation zentral sei (63). Aber alles, was Sichtbarkeit schafft, deutet Ayoub als förderlich für die Normativitätsdiffusion von LGBT-Rechten: „Anti-LGBT-Aktivismus [schlägt] oft deshalb fehl, da extreme

(emotionale, in der Vergangenheit wurzelnde, aggressive und ideologische) Argumente verwendet werden, die die öffentliche Sympathie für die Sache der LGBTs verstärken“ (220).

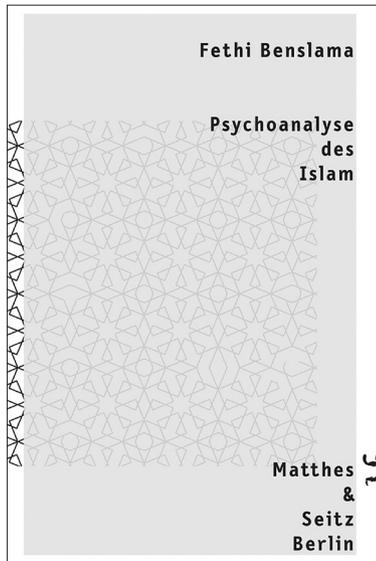
Außerdem seien die Unterstützer der LGBT-Gegner – xenophobe Nationalisten, Fußballhooligans und bibeltreue Christen – meist eine zersplitterte und unkoordinierte Opposition (221). „Wenn du die Ehe forderst, bekommst du alles – von der Unterstützung durch die Medien bis hin zur Stärkung der LGBTs, sich gegenüber ihren Familien zu outen und mitzumachen“ (141). Als Fallstudien beleuchtet Ayoub das Beispiel Polens, das er mit Slowenien kontrastiert, wo die Kirche eine andere Stellung innehat (64).

Als zentralen Normunternehmer zur LGBT-Befreiung sieht Ayoub ausgerechnet Deutschland (73). Die beiden Hauptargumente für diese These sind die Verknüpfung der Rechte sexueller Minderheiten an den EU-Beitritt sowie die Beteiligung prominenter deutscher Politiker an der Gleichheitsparade 2005 in Warschau (75). Der polnische Geheimdienst war dadurch gezwungen, ausländische Parlamentarier zu schützen; der daher organisierte Polizeischutz wiederum verlieh der Parade Legitimität (104f).

Der Rest des Buches ist stark repetitiv, das Sichtbarkeitsmantra wird an diversen Beispielen mehr schlecht als recht durchdekliniert. Dass eine spezifische Normativitätssichtbarkeit die ihr zu Grunde liegende Norm kräftigt, ist so einleuchtend wie trivial. Dennoch vermag ich den Thesen des Autors nur mit Einschränkungen zuzustimmen. Zwischen der Sichtbarkeit von Menschen und der Sichtbarkeit von Normen muss scharf unterschieden werden. Ayoub überschätzt m.E. die Rolle der Sichtbarkeit von LGBTs für den soziopolitischen Wandel in Europa. Die Sichtbarkeit von Menschengruppen scheint mir hochgradig ambivalent, ihr Nutzen eher kollektiven Charakters als individuellen. Wer sich öffentlich außerhalb zugeschriebener Rollenbilder bewegt, wird häufig ganz grundlegend entwertet.

Aus der deutschen Geschichte wissen wir, dass gerade die Sichtbarkeit von Minderheiten nicht zwangsläufig nur zu Inklusion führt. Normativität scheint mir doch sehr viel stärker abhängig von Macht bzw. der Fähigkeit, Rechtfertigungsräume zu begrenzen, als von der Sichtbarkeit Betroffener. Nicht zu vergessen, dass die „Ehe für alle“ innerhalb der LGBT-Rechteinhaber als Versuch der Heteronormalisierung auch kontrovers diskutiert wird. In anderen Weltregionen gibt es ebenfalls LGBT-Sichtbarkeit, einen medialen Diskurs und starke transnationale Kanäle und doch lässt der Wandel auf sich warten. Ayoub zitiert fast ausschließlich amerikanische Literatur, was für ein Buch über Europa kurios ist. An der Goethe-Universität Frankfurt/M. gibt es einen Exzellenzcluster „Die Herausbildung normativer Ordnungen“, wo unter Leitung von Rainer Forst und Klaus Guenther zu Normativität deutlich fundierter geforscht wird. Vgl. dazu: Z.B. Forst, R., 2015. Normativität und Macht: Zur Analyse sozialer Rechtfertigungsordnungen. Suhrkamp, Frankfurt a.M. Als Fazit daher: Reflektiert betrachtet wirft die Publikation leider sehr viel mehr Fragen auf, als sie beantwortet.

Thomas K. Gugler (Frankfurt a.M.)



Benslama, Fethi, *Psychoanalyse des Islam*, aus dem Frz. übers. von M. Mager und M. Schmid, Matthes & Seitz, Berlin 2017, 352 S., geb., 30 €

Fethi Benslama (geb. 1951) ist ein aus Tunesien stammender Psychoanalytiker und Professor für Psychopathologie in Paris. Mit diesem Werk, dessen französische Originalausgabe, *La Psychanalyse à l'épreuve de l'Islam*, 2002 erschienen ist, beabsichtigt Benslama, das Freudsche Projekt der psychoanalytischen Durchdringung des Monotheismus auf den Islam auszuweiten.

Im ersten Kapitel (14–111) analysiert Benslama – ausgehend von der „Krise des Islam“ der 1990er Jahre (Rushdie-Affäre, Erstem und Zweitem Golfkrieg, Bosnien, Algerien) – die destruktiven Kräfte und das Unbehagen in der islamischen Kultur. Spannend wird es, wo er den Blick über das damalige Zeitgeschehen hinaus auf die diversen Verfeinerungen des Islams in den jeweiligen Kulturräumen erhebt. Die bis heute immer wieder geforderte Trennung von Religion und Politik innerhalb des Islam hält Benslama mit guten Gründen für „illusorisch“ (25). Daher auch sein Befund, die islamistische Ideologie profitiere von der Verehrung des Nationalen (70) und seiner Idee eines identitätsstiftenden Mythos, den er „National-Theo-Szientismus“ nennt. Ein Grund hierfür sei, dass die Modernisierung in der islamischen Welt, im Gegensatz zur westlichen Modernisierung, ohne die dafür notwendige Kulturarbeit stattfand (79), ohne ethische und ästhetische Einbettung. Dies habe unter Muslimen zu Prozessen der Entsubjektivierung und Regression sowie identitärer Panik geführt (93f) und in summa einen „Drogencocktail der Illusionen“ (96) produziert. Dieser Illusionscocktail fessele die arabische Welt in passiver Demuthaltung an ihr eigenes Debakel, ohne Möglichkeit zu entkommen (107).

Das zweite Kapitel (114–169) ist dem islamischen Vaterkomplex gewidmet. In *Der Mann Moses und die monotheis-*

*tische Religion* (1939) bemängelt Freud, die innere Entwicklung des Islam sei rasch zum Stillstand gekommen, „weil es an der Vertiefung fehlte, die im jüdischen Falle der Mord am Religionsstifter verursacht hatte.“ Wie Jan Assmann ausführte,<sup>1</sup> übernahm Freud die These der Ermordung Moses von Ernst Sellin.<sup>2</sup> In der Tat ist die Ermordung des Propheten bei Juden und Christen psychoanalytisch von weitreichender Konsequenz: der Vatermord als kreativer Anstoß (115). Prophetenmord und anti-monotheistischer Widerstand ermächtigen zum Bündnisbruch. Der Islam hingegen sei auf die Lösung der Unterwerfung durch den primitiven Vater eingeschwenkt, gleichwohl der Gott der Muslime nie eine Vaterrolle annahm (119); Abraham dient hier als religiöser Ur- und ethnischer Stammvater. Der Islam ist die einzige der monotheistischen Religionen, die das Sohnesopfer Abrahams zur jährlichen rituellen Pflicht erhebt (120). „Der Prophet hat sogar entschieden, dem einzigen Sohn (einem toten Sohn), den er mit Maria, einer Koptin hatte, den Namen Ibrahim zu geben, der zu dieser Zeit in der arabischen Tradition nicht vorgekommen ist“ (157). Radikale Opferwut und Filizid statt Patrizid:

„Für Mohammed gibt es kein Früher mehr, keinen neuen Text [...]. Die wahre Religion ist schon da, das ist die Religion Abrahams [...]. Daher verwirklicht sich die Vatersehnsucht im Dogma der Rückkehr zum religiösen und väterlichen Ursprung und zu Abraham.“ (164)

Im dritten Kapitel (172–248) sucht Benslama das Weibliche im Islam. Das Erbe der Antike fortsetzend sei die Frau im Islam geistlich marginalisiert, von legaler Macht ausgeschlossen und als Person herabgewürdigt; ihr Wert beruhe auf der Voraussetzung, dass sie einen Sohn gebärt – als Vermittlerin, die die körperliche Form des Vaters an seinen Sohn weitergibt (172). Als Maßstab des Genießens gelte die Frau des Anderen (174). Die Pflicht zur Verschleierung deutet Benslama als Repression und soziale Erniedrigung, wie auch Freud die allgemeine Erniedrigung der Sexualobjekte als Folge der kulturellen Zügelung des Liebeslebens betrachtete (193). Die Verschleierung zwingt die Muslima in die Anonymität („Anonymat“) (198). Die Frau symbolisiere Aufruhr (fitna) und Verführung, sie „verkörpert die Perversion der Gemeinschaft und ihrer Gesetze“ (198). Die Kopftuchdebatte im Westen kranke an der falschen Vorstellung vom Schleier als religiösem Zeichen (196), wo es eigentlich um den Versuch des Verbots des Weiblichen geht. Mit der Deutung des Schleiers als religiösem Symbol soll die „heikle Frage des Verbotens des Verbots des anderen“ (217) vermieden werden.

<sup>1</sup> Assmann, J., 2016. *Totale Religion: Ursprünge und Formen puritanischer Verschärfung*. Picus, Wien, 93–111.

<sup>2</sup> Sellin, E., 1922. *Mose und seine Bedeutung für die israelitisch-jüdische Religionsgeschichte*. Scholl, Leipzig.

Im letzten Kapitel (251–322) reflektiert Benslama über Identität und Individualität, und die Rolle von Psychoanalyse im Islam. Individualität sei in islamischen Gesellschaften u.a. durch die Filiation, die Einschreibung in die väterliche Abstammungslinie und clanbezogene Zugehörigkeit (303) sowie die Identifizierung mit Gott (307) bestimmt. Die Verbreitung der Psychoanalyse sei an die Vorherrschaft eines Individuums geknüpft, das sich aus der Gemeinschaft gelöst hat (306f). Psychoanalyse könnte deswegen in islamischen Ländern nie in ähnlicher Weise Fuß fassen wie in westlichen Gesellschaften:

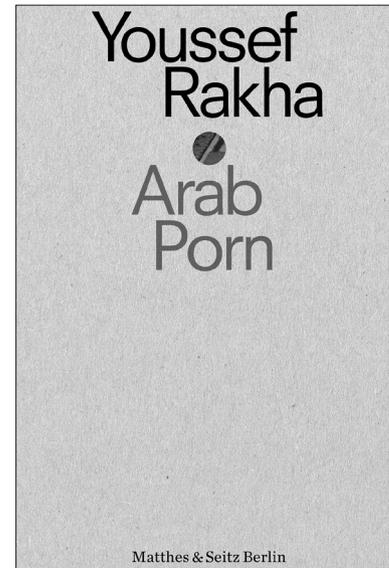
„[...] die Psychoanalyse [ist] nicht deswegen eine westliche Erfindung, weil der Westen eine vollkommene oder lebensstüchtigere Individualität hervorgebracht hätte [...], sondern weil der moderne Westen auf eine neue Weise die Räume der Politik und der Familie voneinander getrennt und, nicht zu vergessen, einen Typus von Subjekt geformt hat, dessen Entfremdung das Aufkommen der Psychoanalyse notwendig machte.“ (308f)

Viele ethnopsychologische Aussagen seien daher rassistisch-verdächtig und ethnozentrisch (313).

Es ist bedauerlich, dass der Verlag der Übersetzung des in Teilen veralteten Textes kein aktuelles Vor- oder Nachwort beigefügt hat. In den fünfzehn Jahren, die zwischen Erstveröffentlichung und Übersetzung liegen, ist weltweit eine Menge „Islamisches“ passiert, dessen Kommentarbedürftigkeit von Seiten der Psychoanalyse außer Frage steht; die Literatur zum Thema ist ebenfalls enorm angewachsen, die Forschung – insbesondere auf dem Gebiet der Religionspsychologie – merklich vorangeschritten. Auch wenn Benslamas Schlussfolgerungen bezüglich der islamischen Krise zum damaligen Zeitpunkt, die das erste Drittel des Buches dominieren, aus heutiger Sicht nicht mehr haltbar sind, kann man dem Autor nicht zum Vorwurf machen, dass er die Arabellionen und den Islamischen Staat nicht vorweggenommen hat. Seine Kernthesen (misslungene Modernisierung, Verehrung des Nationalen, Untrennbarkeit von Politik und Religion, Ersetzen des Vatermordes durch das Motiv des Sohnesmordes, Versuch der Auslöschung des Weiblichen, clanbezogene Individuumsgefühle etc.) sind durchaus plausibel, auch wenn sie teils opak begründet werden. Ich hätte mir eine Berücksichtigung des Fachgebietes der Religionspsychologie gewünscht. Sprachlich kann Benslama mit den eingängigen Formulierungen Freuds nicht mithalten, und die Übersetzung krankt an einigen Stellen schwer.

Das Buch kann aber trotz dieser Einschränkungen mit Gewinn gelesen werden und sollte jedem empfohlen werden, der sich der irrigen These verpflichtet fühlt, Islamismus hätte nichts mit Islam zu tun.

Thomas K. Gugler (Frankfurt a.M.)



Rakha, Youssef, *Arab Porn*, Matthes & Seitz, Berlin 2017, 76 S., br., 12 €

Youssef Rakha (geb. 1976) ist Journalist und Romanautor in Kairo. Die englischsprachige Originalversion *Arab Porn* erschien im Mai 2016 beim Berliner Künstlernetzwerk *60pages* als E-Book. Die deutsche Übersetzung enthält zwölf Seiten meist beidseitige Abbildungen, so dass, wie der Name des Erstverlages bereits andeutet, 60 Seiten Text bleiben. Der Essay wird bislang nur in der deutschen Übersetzung in gedruckter Form angeboten.

Der Autor vermengt Überlegungen zur arabischsprachigen Pornografie mit Kommentaren zur gescheiterten Arabellion in Ägypten. Dabei zeigt sich Rakha von sämtlichen politischen Akteuren angewidert: Mohamed Mursi – „der Marionettenpräsident der Muslimbruderschaft“ (53) – wurde 2014 von „faschistoiden, von Sisi besessenen Kriechern“ (55) abgelöst. Die Pornografie versichere den Arabern die Existenz des Begehrens (75), das Rakha sowohl auf Lust als auch auf Bürgerrechte bezieht. Die Masturbation diene als Übung im Verständnis der Unterdrückung des Begehrens (74), wobei die libidinöse Zwangsjacke der Muslime „den Kern der arabischen zivilisatorischen Sackgasse darstellt“ (75). Während der Masturbierende dem Eros huldige und das Leben bejahe, jage der politische Aktivist dem Todestrieb nach und lebe seinen Krawallfetisch und seine Protestophilie (71) in der Verehrung des Thanatos aus (73).

Bezugnehmend auf die sozialen Medien, die den arabischen Frühling erst ermöglichten, erläutert Rakha: „In den vorherrschenden Machtstrukturen wird der eine systematisch an der sexuellen Selbstentfaltung gehindert, der andere an der politischen Teilhabe. Beide sind zu dem hoffnungslosen Heldentum verdammt, sich im Internet einen von der Palme zu wedeln“ (61). Im Gegensatz zum Pornokonsumenten setze der politische Aktivist dabei stets die eigene moralische Überlegenheit als gegeben voraus (30). Die Unterdrückung von Sexualität generiere hingegen ungleich mehr Verzweiflung als die politische Entmün-

digung (61). Selbstgemachte Pornografie ermögliche arabischen Männern, die Freiheit ihrer Körper zurückzufordern.

Den Beginn populärer arabischsprachiger Internetpornografie datiert Rakha mit den vermeintlich heimlich gefilmten Sexvideos des ägyptischen Geschäftsmannes Hossam Aboul Fotouh mit der berühmten Bauchtänzerin Dina (49). Hossam Aboul Fotouh wurde durch sein Alleinverkaufsrecht für BMW in Ägypten reich. Nachdem er sich mit der Mubarakfamilie überworfen hatte, wurde er in einem Schauprozess verurteilt und mit den Veröffentlichungen der Sexvideos öffentlich gedemütigt. Die Tänzerin argumentierte mit einem nicht eingetragenen Urfi-Ehevertrag und konnte ihre Karriere fortsetzen. „Romantische“ Pornografie beinhaltet oft nur kurzen und oberflächlichen Genitalkontakt, eine Art Reiben (arab. tafrish, wörtlich: bürsten). Der Mann bürstet die Vagina kurz und im Gegenzug dafür, dass er ihr Hymen schützend bewahrt, bietet die Frau ihm ihren Anus zur Penetration an (24). Ihr vorgetäuschter Widerstand wird erotisiert und daher hört man die Frau im arabischen Porno bisweilen regelmäßig „kifayah“ (arab. genug) sagen, ganz nach dem arabischen Sprichwort: „Sie zieren sich, wenn sie es sind, die begehren“ (15). Der Gesichtsausdruck der Frau mag daher auch „wie Qual oder Unmut“ (16) aussehen. Die muslimische Gleichsetzung weiblicher Keuschheit mit männlicher Ehre findet hier ihren Ausdruck (22). Ebenso darin, dass die Frau ihr Kopftuch anbehält: „Entgegen der Behauptung religiöser Autoritäten verringert der Hidschab die Lust nicht; er verstärkt sie“ (10).

Das Beste an dem Essay ist der Titel. Inhaltlich ist er leider wenig ergiebig, die zentrale These unzureichend durchdacht und daher nicht überzeugend. Die scharfe Unterscheidung zwischen lebensbejahendem Pornokünstler (Eros) und todessehnsüchtigem Politaktivisten (Thanatos) ist schlicht nicht nachvollziehbar. Ebenso die Parallelisierung mit Eros und Thanatos: Wer könnte dem politischen Aktivisten absprechen, sich mit seinem Streben nach Anerkennung und Bürgerrechten nicht der Existenz seines Begehrens vergewissern zu wollen? Rakha ist mir mit seiner radikalen Abwertung des Bürgerrechtlers zu kulturpessimistisch. Und machen wir uns nichts vor: Selbstgemachte Pornografie kann durchaus auch zum sozialen Tod führen, gerade in islamischen Gesellschaften, wie am Beispiel Hossam Aboul Fotouhs demonstriert wird. Wer schon einmal einen selbstgedrehten chinesischen Schwulenporno gesehen hat, der häufig mit der Darstellung des Konsums von Crystal Meth beginnt, verzweifelt völlig an Rakhas Erosthese und der mutmaßlichen Lebensbejahung in der „erotischen Demokratie im Internet“ (56). Zur Interaktion der sexuellen und politischen Unterdrückung gibt es seit Foucault deutlich gehaltvollere Literatur. Für Sexualwissenschaftler interessant sind aber die wenigen Seiten, auf denen Rakha vermeintliche kulturelle Vorlieben der Araber reflektiert: Bürsten und Erotisierung des vorgetäuschten Widerstands der Frau und deren Objektifizierung – inkl. Kopftuch – als Zeichen der Wertschätzung (15f). Fußnoten oder Literaturverweise sind nicht angegeben.

Thomas K. Gugler (Frankfurt a. M.)



Seesko, Friederike, *Die Strafbarkeit von Zwangsverheiratungen nach dem StGB und dem VStGB. Strafbarkeit und Verfolgbarkeit von Zwangsverheiratungen im häuslichen und makrokriminellen Kontext unter besonderer Berücksichtigung des deutschen Strafanwendungs- und Völkerstrafrechts. Zugleich ein Beitrag zur Auslegung der lex loci in § 7 StGB*, Duncker & Humblot, Berlin 2017, 384 S., br., 99,90 € (zugleich jur. Diss. Kiel 2016)

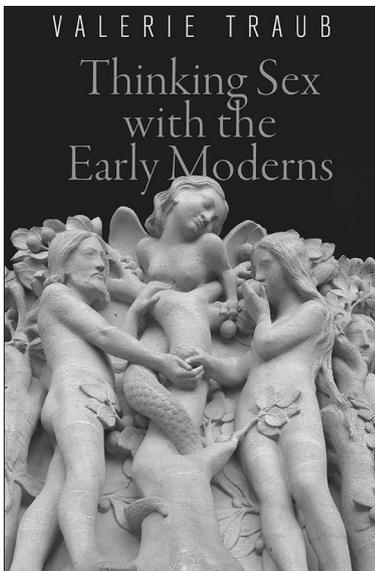
Die Unterschiede zwischen juristischer Formalebene, allgemeinem Rechtsverständnis und gesellschaftlicher Realität offenbaren sich dem interessierten Beobachter bei Fragestellungen, die scheinbar klare Antworten ermöglichen, z.B. hinsichtlich der Strafwürdigkeit von Zwangsverheiratungen. Doch wie die Autorin auf 384 Seiten deutlich macht, ist es gar nicht so leicht, „forced marriage“ als das juristisch zu verfolgen, was sie im Grunde ist: eine erweiterte Form der Sklaverei. Das vielfach von Nichtjuristen in öffentlichen Debatten bemühte Völkerrecht nutzt bei der Verfolgung herzlich wenig. Es lässt sich nicht an tagesaktuelle Prinzipienänderungen anpassen, sondern kann allenfalls als übergeordnete Orientierung dienen.

Zentrales Hemmnis bei allen Verurteilungen ist die Staatsangehörigkeit des Täters und die damit verbundene Frage, ob deutsches Recht auch bei Ausländern gilt, die die entsprechende Tat im Ausland begangen haben, wo die Handlung nicht strafbar ist (157ff). Hinzu tritt gelegentlich die Fragestellung, ob der Handelnde sich der Strafbarkeit der Handlung bewusst war (169f.). Gerade in Zeiten digitalen Wissensaustausches spielt diese Überlegung eine zunehmend untergeordnete Rolle. Allerdings klaffen Verfolgungsanspruch und Rechtslage gleichwohl nach Ansicht der Autorin auseinander. Der im Februar 2005 modifizierte §240 StGB und die Normierung des Begriffs „Zwangsheirat“ im §237 StGB können als völkerrechtswidrig und unpräzise angesehen

hen werden (327). Die Strafverfolgung wird so erschwert, und insbesondere ausländische Behörden dürften sich in Zukunft wenig kooperativ zeigen. Eventuell, so lässt Seesko einfließen, könnten weniger juristische als gesellschaftspolitische Maßnahmen hilfreich sein.

Ein umfassendes Stichwortverzeichnis und eine Literaturliste runden das Werk ab. Negativ ist, wie so häufig bei juristischen Abhandlungen, die historische Blindheit zu nennen. Debatten um „white slavery“ – internationale Prostitution – beschäftigen die Juristen seit 1900 und nehmen eine präzeptorische Rolle für heutige Diskussionen ein. Die implizite Forderung nach Gesetzesänderungen bzw. der Ermöglichung verschärfter Sanktionen wird allein auf diesen Einzelfall bezogen gesehen und nicht als möglicher Teil einer größeren Debatte. Dass weniger vage „Gesellschaftspolitik“ als spezifische Anleitung zur Selbsthilfe nützlich sein könnte, wird nicht genannt. Unklar bleibt die Situation der Kinder aus eventuell juristisch gelösten Beziehungen. Zwangsverheiratungen im homosexuellen oder Trans-Bereich liegen außerhalb der Vorstellungskraft der Autorin. Im Ganzen handelt es sich jedoch bei dem vorliegenden Werk um eine verdienstvolle Arbeit, deren Lektüre insbesondere jenen anzuempfehlen ist, die meinen mit ein wenig juristischer Laienkunst Politik, Journalismus und Rechtsprechung betreiben zu wollen.

Florian G. Mildenerger (Frankfurt a.O.)



Traub, Valerie, *Thinking Sex with the Early Moderns*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia 2016, 462 S., br., 32,50 \$.

Das Queer-Reading alter Texte ist seit einigen Jahren sehr modern geworden. Das Neulesen von Quellen unter Berücksichtigung postmoderner Theorien gewährt breiten

Raum für Interpretationen, jedoch mangelt es manchen Akteuren an Sprachkenntnissen und dem Willen zur Relevanz, d.h. sich durch eine repräsentative Anzahl an Quellen durchzuarbeiten.

Valerie Traub, Professorin an der University of Michigan, verbindet nun die moderne Interpretationstechnik mit einer genauen Analyse aller in englischer Sprache verfügbaren Quellen und der Sekundärliteratur zum Thema „Sex vor 1800“. Herausgekommen ist ein umfassendes Werk, das psychoanalytische, feministische, historiographische, soziologische und philosophische Werkzeuge ebenso beinhaltet wie eine umfassende Darstellung sowohl der sexuellen Realitäten in der Frühmoderne als auch die möglichen Interpretationen der damaligen Verhaltensweisen durch die Brille der Postmoderne.

Das Buch ist in drei Teile mit mehreren Unterkapiteln gegliedert: „Making the History of Sexuality“, „Scenes of Instruction“ und „The stakes of Gender“. Traub macht schon im ersten Kapitel deutlich, dass manche heutigen Begrifflichkeiten in der damaligen Zeit eine andere Bedeutung hatten, z.B. „Freundschaft“. Diese konnte weit mehr umfassen als die gelegentliche Korrespondenz. Erotik war ein Teil davon, auch Homoerotik. Jedoch, und das macht die Bedeutung von Traubs Buch in hohem Maße aus, bedeutet dies nicht, dass heutige Queertheoretiker ihre postmodernen Ansichten auf die Frühmoderne übertragen sollten (57). Traub macht deutlich, wie fragil und prekär selbst in heutiger Zeit „queer“ als häufig inhaltsleerer Begriff ist und wie sinnlos es ist, diese Phrase auf die Zeit um 1700 anzuwenden. Selbst die Psychoanalyse als Kulturtheorie könne nur mit Vorsicht angewandt werden (77). Insbesondere eine Fachrichtung innerhalb der Geschlechtergeschichte habe sich zu sehr auf postmoderne Theorien verlassen: die Erforschung lesbischer Sexualitäten (85ff, 265ff). Stets weniger beachtet als die Schwulenforschung, stürzten sich Historikerinnen der weiblichen Homosexualitäten auf die neuen Instrumente der Queer-Forschung und übersahen dabei grundlegende Probleme der Übertragbarkeit von Theorien aus der Postmoderne auf die Frühmoderne.

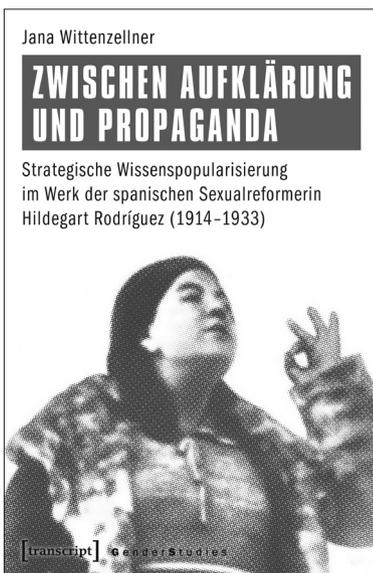
In einem exemplarischen Kapitel zu weiblichen Sexualitäten in der Frühmoderne präsentiert die Autorin all die Schwierigkeiten, denen die Queer-Anhänger gegenüber stehen und vereint dabei Geschichts- und Literaturwissenschaft mit den genau abgewogenen Möglichkeiten der Queer Theory (127). Traub schildert anschaulich, welche Begrifflichkeiten heute genutzt werden, um sexuelle Praktiken zu beschreiben, wobei diese erst im 19. Jahrhundert geprägt wurden – die Termini der Frühmoderne lauteten ganz anders (146). Dies bedeutet aber auch, dass die „Bodies“ der Untersuchungen wahrscheinlich anders waren als man es heute vermutet oder selbst sexuell praktiziert. Wenn die Begriffe anders lauteten, müssen natürlich auch die ‚contemporary texts‘ anders gelesen werden.

„Talking Sex“ wird zur enervierenden Quellensuche und Auswertung.

Am Beispiel des am meisten queer-gelesenen Autors der englischsprachigen Welt, William Shakespeare, verdeutlicht Traub, wo hier die Fußangeln zum heutigen Verständnis liegen (231-264). Die Autorin spart nicht mit Kritik an früheren und heutigen Forschern und lässt zugleich durchblicken, wo doch noch Chancen für Queer Theory liegen könnten. So ist das Buch nicht einfach eine Abrechnung mit ahistorisch arbeitenden Theoretikern ohne Theorie, sondern eine Chance zur Neuorientierung ganzer Wissenschaftszweige.

Kritisch anzumerken ist, dass der Autorin ein wenig entgangen ist, dass es auch außerhalb des angloamerikanischen Raumes universitäre Forschung gibt und nicht alle zentralen Quellentexte bislang übersetzt wurden. Der feministische Ansatz verstellt bisweilen den Blick auf diskursive Zonen von Männlichkeit. Dass etwa 80% der Bevölkerung der Frühmoderne in der Analyse nicht vorkommen, weil sie vom schriftlichen Diskurs ausgeschlossen waren, hätte zumindest angeschnitten werden können. Der Sonderstatus von Minderheiten wie Juden und die unterschiedlichen Sexualkonzepte von Katholiken und Protestanten hätte einer breiteren Diskussion bedurft. Gleichwohl ist das vorliegende Buch lesenswert und ein wichtiger Baustein zur Verwissenschaftlichung all jener Ansätze, die unter der queeren Flagge segeln.

Florian G. Mildenerger (Frankfurt/Oder)



Wittenzellner, Jana, *Zwischen Aufklärung und Propaganda. Strategische Wissenspopularisierung im Werk der spanischen Sexualreformerin Hildegart Rodríguez (1914-1933)*, transcript, Bielefeld 2017, 387 S., br., 54,99 €

Spaniens Weg in die sexuelle Moderne war gepflastert mit Rückschlägen und Verwerfungen. Kurzen Phasen der Emanzipation folgten lange Jahre von Stagnation oder Rückschritten. Erst in den späten 1970er Jahren setzte eine halbwegs kontinuierliche Entwicklung hin zu einer Enttabuisierung, Liberalisierung, Entkriminalisierung und Entpathologisierung von als „pervers“ oder „wider-natürlich“ kriminalisierten Sexualitäten ein, die bis heute nicht abgeschlossen ist. In den Jahren der politischen Unterdrückung in der Regierungszeit des „Caudillo“ Francisco Franco (1936/39-1975) wurden Bibliotheken und Archive geplündert, so dass die Erinnerung an frühere Präzeptoren und Wegbereiter der sexuellen Emanzipation nahezu verloren ging. Infolgedessen kam es nach dem Ende des Franquismus in den 1970er Jahren häufig zu einer legenden- und mythenüberlagerten Historiographie, die erst in den letzten Jahren einer Kritik unterzogen wurde. Im Ausland wurde die Entwicklung von sexuellen Emanzipationsbewegungen im iberischen Kulturkreis ohnehin kaum rezipiert – die Sprachbarrieren unterbanden einen Austausch.

Umso verdienstvoller mutet das Projekt der Berliner Kulturwissenschaftlerin Jana Wittenzellner an, die in der vorliegenden Studie sich zunächst der Situation im krisengeschüttelten Spanien in der ersten Hälfte des 20. Jh. widmet und sich anschließend über sechs Kapitel mit dem Leben und Werk ihrer Protagonistin, der im Ausland bislang nahezu unbekanntem Sexualreformerin Hildegart Rodríguez, auseinandersetzt und dabei auch die bisherige Forschung kritisch beleuchtet. Darüber hinaus entschlüsselt Wittenzellner die Quellen im Werk.

Hildegart Rodríguez' Leben und Werk erscheinen aus heutiger Sicht eher wie ein Märchen aus 1001 Nacht denn wie die Biographie einer historischen Persönlichkeit. Bereits mit elf Jahren begann sie ihre rege Publikationstätigkeit, schloss das Jurastudium mit 17 ab, veröffentlichte zahlreiche Aufsätze und Bücher, engagierte sich in liberalen und linken Zirkeln – und wurde auf einem Höhepunkt von Wirkmacht und Schaffenskraft von der eigenen Mutter im Schlaf ermordet. Rodríguez starb zu früh, um in den Jahren von Revolution, Bürgerkrieg und Anarchie 1936-39 eine Rolle spielen zu können. Stattdessen wurden ihre Werke von ihren Epigonen ausgeschlachtet und als eigene Quellen der Erkenntnis popularisiert.

Wie Wittenzellner insbesondere in den letzten Kapiteln ihres Buches in bewundernswerter Stringenz darlegt, verhielten sich die sexualrevolutionären Leichenschänder der 1930er Jahre nicht anders als die überhöhte und mystifizierte Hildegart Rodríguez selbst. Sie hatte für ihre zahlreichen Publikationen Aufsätze und Bücher von bedeutenden Zeitgenossen wie Havelock Ellis und anderen Persönlichkeiten gefleddert, ohne dies durch Fußnoten besonders zu kennzeichnen. Dies macht zwar die große Zahl

von Vorträgen, Büchern, Zeitungsartikeln und Aufsätzen im kurzen Leben von Rodríguez verständlich, wirft aber auch Fragen auf. Hatte tatsächlich das „Wunderkind“ alles selbst veröffentlicht oder fungierten einige der journalistischen Freunde der Mutter als Ghostwriters? Hier zeigt sich die starke Verschränkung zwischen historischer Person und Autorin des Buches. Wittenzellner lässt diese Frage allenfalls am Rande zu (139) und widersetzt sich einer psychoanalytischen Herangehensweise zur Deutung des Phänomens Rodríguez.

Dies ist erstaunlich, da die gesamte Konstellation – Vater unklar, dominante Mutter, sexualisiertes Wunderkind – wie aus der Fantasie eines Freudschülers entsprungen scheint. Dass sich Rodríguez im zeitgenössischen Kontext bewegte und die sexuelle Emanzipation der Frau nicht ohne Eugenik bewerkstelligen wollte, erscheint heutigen Betrachtern als ebenso fragwürdig wie ihr Pochen auf die Perversität der homosexuellen Lebensweisen. Doch ist diese Vorgehensweise in der weiblichen Emanzipationsbewegung in katholischen Ländern kein Einzelfall. Rodríguez bewegte sich vielmehr voll und ganz im Mainstream ihrer Zeit. Dies hätte im vorliegenden Werk eventuell mit etwas weniger Emphase dargestellt werden können.

Erheblich problematischer jedoch ist die Tatsache, dass Wittenzellner trotz der Kenntnis der Problematik, dass Rodríguez lange unbeachtet blieb, da ihre Schriften und die Forschung über sie in spanischer Sprache verfasst waren, die vielen und langen Zitate aus den Publikationen ihrer Protagonistin nicht übersetzt. Nicht jeder Leser dürfte Spanisch beherrschen und spätestens nach dem fünften Achtzeiler wird das Interesse erlahmen, den Google-Translator einzuschalten. Das Fehlen eines Registers ist ebenfalls zu bemängeln. Gleichwohl handelt es sich bei der vorliegenden Studie um eine herausragende Arbeit, die den Blick mitteleuropäischer Gelehrter wieder verstärkt auf den iberoamerikanischen Kulturkreis lenken könnte. Dies wäre sicherlich für beide Seiten von Vorteil.

Florian G. Mildenberger

## JAHRESTAGUNG der DGSMW – 17. NOVEMBER 2018 IN BERLIN

**Information:** Geschäftsstelle der DGSMW  
Olpketalstraße 37, 44229 Dortmund  
Telefon +49 (0)231 56 76 31 81, Fax +49 (0)231 906 24 51,  
info@dgsmtw.de, www.dgsmtw.de

Tagungsmoderation: Ulrike Plogstieß

09:00 Uhr

Klaus M.Beier

**Begrüßung und Eröffnung**

09:15 – 10:00 Uhr

Friedrich W. Zimmermann

**Liebe – Lust – Prostata. Sexualorganverlust und Sexualidentität**

10:00 – 10:45 Uhr

Friederike Siedentopf

**Aspekte weiblicher Identität im Kontext des Mammakarzinoms und gynäkologischer Krebserkrankungen**

10:45 – 11:15 Uhr

Kaffeepause

11:15 – 12:00 Uhr

Christoph J. Ahlers

**Nichts ist unmöglich! – Die Toyotaisierung der Körper**

12:00 – 12:45 Uhr

Alexander Korte

**Transgender now! – Entwicklungen und Tendenzen in der Behandlung von Geschlechtsidentitäts-Störungen bei Kindern und Jugendlichen**

12:45– 13:45 Uhr

**Mittagspause**

13:45 – 14:30 Uhr

Stefan Siegel

**Lost in Transition! – Entwicklungen und Tendenzen in der Behandlung von Geschlechtsidentitäts-Störungen bei Erwachsenen**

14:30 – 15:15 Uhr

David Goecker

**Trans\* what ever ... – Zwischen Patientenwünschen und therapeutischer Fürsorge – 2 Fallbeispiele**

15:15 – 15:30 Uhr

Kaffeepause

15:30 – 16:00 Uhr

Renate Semper

**Ware Schönheit kommt von außen – Body Modifikation, Identität und Lust**

16:00 – 17:00 Uhr

**Podiumsdiskussion**

Moderation: Franz Hausmann

17:00 Uhr

**Veranstaltungsende**

17:00 – 18:00 Uhr

**Mitgliederversammlung der DGSMW**

Ab 18:00 Uhr

**Get-together im Funkturmrestaurant**

(Anmeldung erforderlich)