

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), 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 eingeeengte 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.

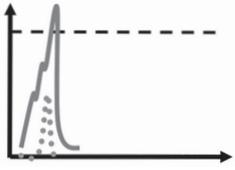
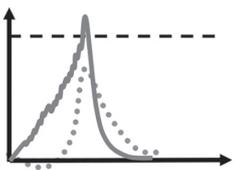
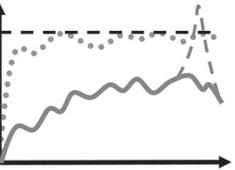
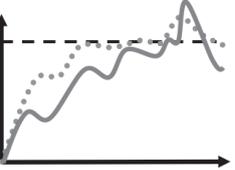
Spannungsmodi werden häufig angewandt. In nicht-klinischen Stichproben verwendeten in Italien 21 Prozent der Männer und 30 Prozent der Frauen (n = 345) den archaischen Erregungsmodus (Santarelli, 1987). Von 1.417 Schweizer Frauen benutzten ihn 47 Prozent zur Selbstbe-

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

	Archaisch	Mechanisch	Ondulierend	Wellenförmig
Sexuelle Erregung durch Stimulation von	Tiefenrezeptoren vorwiegend im Beckenbereich	genitale Oberflächenrezeptoren	Tiefen- und Oberflächenrezeptoren im ganzen Körper	Tiefen- und Oberflächenrezeptoren im ganzen Körper
durch	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
Bewegungen	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)
Rhythmus	variabel	rasch	variabel	variabel
Muskeltonus	sehr hoch	hoch	variabel tief – mittel	variabel tief – hoch
Atmung	flache Brustatmung oft angehalten	flache Brustatmung, teils am Schluss angehalten	tiefe Bauchatmung	tiefe Bauchatmung
Körperlicher Raum	sehr eng	eng	weit	weit
Wahrnehmungsfokus	begrenzt, lokal im Genitalraum	begrenzt, lokal an Klitoris, Penis	global, auf vielen Ebenen	global, auf vielen Ebenen
Genuss der Erregungssteigerung	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
Entladung	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
Beispiele von Erregungskurven (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 Umgebungsgeräuschen 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 klitoral stimulieren, beim vaginalen Geschlechtsverkehr seltener zum Orgasmus (Kontula & Miettinen, 2016). Dies deckt sich mit unserer klinischen Erfahrung, dass Frauen mit einem präzisen klitoralen 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 klitoralen 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?
Beziehungskomponenten	
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., Giraldo, 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, e-mail: 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.