

„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).

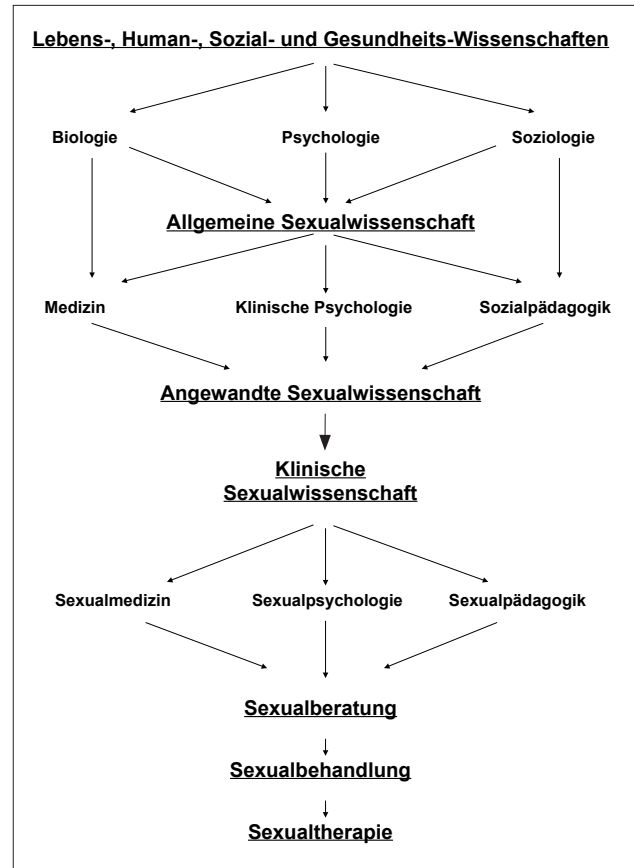


Abb. 1: Taxonomie sexualwissenschaftlicher Subdisziplinen (Ahlers & Schaefer, 2010)

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). 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 Präentionsgebaren 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
- 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 Hausärzteverband (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
e-mail: dr.ahlers@berlin.de