

Annehmen und Loslassen – Akzeptanz- und Zugeständnis-Sexualtherapie mit Paaren

Christoph Joseph Ahlers, Gerard Alfons Schaefer

Accepting and Letting Go – Acceptance- and Commitment-Sexual Therapy with Couples

Abstract

This paper describes an approach to sexual therapy for sexual dysfunctions and sexual relationship dysfunctions that was inspired first by the „Third Power of Psychology“, the *Humanistic Psychology and Psychotherapy* (HPT) and secondly by the „Third Wave of Psychotherapy“, here *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT). Accordingly, the therapy focuses on the acceptance of problems and the concession that something is not right, instead of attempting to eliminate or correct dysfunction. *Acceptance and Commitment Sexual Therapy* (Akzeptanz- und Zugeständnis-Sexualtherapie, AZST) is based on the assumption that sexual dysfunctions and sexual relationship dysfunctions can be resolved once the pressure to correct (or „fix“) a dysfunction is eliminated.

The approach draws on the broader understanding of sexual health derived from the principles of Ivan Bloch, in which socio-cultural norms, ideals and expectations relating to sexual activity form the background for the evaluation of sexual health. It is assumed that, on the macro level, sexual dysfunctions are not individual psychological symptoms but rather expressions of social normative sexual expectations which are internalized by the individual as potentially pathological. Specifically, that sexual interactions must result in „successful“ penis-vaginal penetration and rate as „bad sex“ when this goal is not achieved. Clinical observations show that sexual dysfunctions, on the micro level, are largely penetration dysfunctions which occur with internalized pressure to achieve penis-vaginal penetration. *Acceptance and Commitment Sexual Therapy* supports the couple in their recognition of socially normative pathogenic sexual expectations, and in their refocusing on the communication function of sexuality. The paper gives a schematic overview of the principles and processes of *Acceptance and Commitment Sexual Therapy*.

Keywords: Sexual dysfunctions, Sexual penetration dysfunctions, Sexual therapy, Humanistic Psychology and Psychotherapy (HPT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Zusammenfassung

Gegenstand des Beitrages ist ein sexualtherapeutischer Ansatz bei sexuellen Funktions- und Beziehungsstörungen, der sowohl durch die „Dritte Kraft in der Psychologie“, nämlich die *Humanistische Psychologie und Psychotherapie* (HPT), als auch durch die „Dritte Welle der Psychotherapie“, hier die *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) inspiriert wurde. Dementsprechend basiert der Ansatz darauf, die therapeutische Ambition einer Umkehrung, Aufhebung oder gar Löschung einer Störung aufzugeben, und stattdessen auf die Akzeptanz der gegebenen Problematik zu fokussieren sowie auf das Zugeständnis, dass etwas nicht (mehr) geht, funktioniert, klappt. Die *Akzeptanz- und Zugeständnis-Sexualtherapie* (AZST) postuliert, dass sich sexuelle Funktions- und Beziehungsstörungen auflösen können, sobald der Druck nachlässt, dass eine Störung weggehen und eine Funktion wiedererlangt werden muss bzw. etwas wieder stattfinden, funktionieren und klappen muss.

Dem Ansatz liegt ein erweitertes Verständnis sexueller Gesundheit im Sinne Ivan Blochs zugrunde, demzufolge soziokulturelle Normvorgaben bezüglich sexueller Funktionalität die Grundlage für die Bewertung sexueller Gesundheit darstellen. Dementsprechend wird auf der Makroebene der soziokulturellen Normierung davon ausgegangen, dass Sexualfunktionsstörungen keine individualpsychologischen Probleme sind, sondern dass sich in ihnen sozialnormative Sexualanforderungen ausdrücken, die kollektiv enkulturiert und vom Einzelnen als potentiell pathogen internalisiert sind. Konkret bestehen diese Anforderungen darin, dass sexuelle Interaktion an der „erfolgreichen“ Verrichtung von *penis-vaginaler Penetration zur Orgasmus- und ggf. Re-Produktion* bemessen wird, und das Nichterreichen dieses Zieles als „schlechter Sex“ bewertet und stigmatisiert wird. Auf der Mikroebene der individuellen Manifestation handelt es sich somit nicht um Sexualfunktionsstörungen im eigentlichen Sinne, sondern um Sexualpenetrationsstörungen, die überwiegend nur dann auftreten, wenn der gefühlte Zwang zu penis-vaginaler Penetration zur Orgasmus- und ggf. Re-Produktion besteht. Hier setzt die *Akzeptanz- und Zugeständnis-Sexualtherapie* (AZST) an, indem Paare darin unterstützt werden, internalisierte, sozialnormative Sexualanforderungen zu realisieren, zu reflektieren, zu relativieren und zu revidieren, um sich von diesen zu emanzipieren und stattdessen auf die Kommunikations-Funktion von Sexualität zu fokussieren. Die Grundlagen und Abläufe der AZST werden dargestellt und ausgeführt.

Schlüsselwörter: Sexualfunktionsstörungen, Sexualpenetrationsstörungen, Sexualtherapie, Humanistische Psychologie und Psychotherapie (HPT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), bio-psycho-soziales Modell, Sexualitätskonzept der Leistungsgesellschaft, sozialnormative Sexualanforderungen

Einleitung

Bei der *Akzeptanz- und Zugeständnis-Sexualtherapie* (AZST) handelt es sich um einen komplementären¹ Ansatz der Sexualtherapie, der im Zuge der Auseinandersetzung mit der *Humanistischen Psychologie und Psychotherapie* (HPT) (Buhler et al., 1974; Hutterer, 2013; Helle, 2019; Kriz, 2022; Eckert, 2023) und der *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) (Sonntag, 2005, 2011; Eifert, 2011) sowie der *Syndyastischen Sexualtherapie* (SST) (Loewit, 1994; Beier et al., 2004) entstanden ist.

Im Bereich der *Humanistischen Psychologie und Psychotherapie* waren es vor allem die Arbeiten von **Abraham Maslow** und **Viktor Frankl**, sowohl zu psychosozialen Grundbedürfnissen (Maslow, 1948; 1950; 1954) sowie zu *Bedeutung und Sinn* (Frankl, 1966; 1972; 1977), als auch zu Facetten des sexuellen Erlebens und Verhaltens (Maslow, 1932; 1936; 1940) sowie zur konkreten psycho- bzw. sexualtherapeutischen Umgangsweise mit Sexualfunktionsstörungen (Frankl, 1952; 1953; 1956), die die konzeptuellen Grundlagen der AZST geprägt haben.

Darüber hinaus waren die Autoren des vorliegenden Beitrages seit 2000 am *Institut für Sexualwissenschaft des Universitätsklinikums Charité* in Berlin konzeptionell und/oder in der klinischen Evaluation an der Entwicklung der *Syndyastischen Sexualtherapie* (SST) beteiligt. Außerdem sind sie Mitbegründer und Erstkoordinatoren des *Präventionsprojektes Dunkelfeld* (www.kein-taeter-werden.de; PPD-KTW), das 2005 ebenfalls am besagten Institut etabliert wurde (Beier et al., 2006).

Im Rahmen der Erarbeitung des Therapiemanuals zur *Dissexualitäts-Therapie* (Ahlers et al., 2005), welches im PPD-KTW Anwendung findet, erfolgte eine Auseinandersetzung mit ACT, vor dem Hintergrund der Konzeptualisierung, dass die Sexualpräferenz² ein stabiler Bestandteil der Persönlichkeit ist (wie z.B. Intelligenz) und dass stabile Persönlichkeitsanteile (*Traits*) therapeutisch weder ins Gegenteil verkehrt noch

gelöscht werden können. Daraus resultierte, dass die Akzeptanz einer gegebenen Sexualpräferenz sowie das Zugeständnis ihrer Wirksamkeit und Bedeutung den Beginn der therapeutischen Auseinandersetzung bilden müssen. Ein valides Therapieziel kann daher allein in einem gelingenden Umgang mit den Gegebenheiten bestehen, wie es das Kernkonzept von ACT vorsieht (Sonntag, 2005, 2011; Eifert, 2011).

Nachdem der Einsatz von ACT bezogen auf mutable Persönlichkeitsfaktoren (*States*) obligatorisch und mitnichten auf die Therapie bei stabilen Persönlichkeitsfaktoren (*Traits*) beschränkt ist, sondern bei sämtlichen psychischen und Verhaltensstörungen Anwendung findet, lag die Verwendung der ACT-Konzeption auch auf den Indikationsbereich der Sexualfunktionsstörungen auf der Hand. Darüber hinaus bahnte der Umstand, dass sämtliche anderen Sexualstörungen spätestens seit Ende des 20. Jhs. gleichfalls nach den Maßgaben der ACT behandelt werden (Störungen der geschlechtlichen Differenzierung und sexuellen Entwicklung, Störungen der Geschlechtsidentität, Störungen der Sexualpräferenz (vgl. Ahlers et al., 2005), den Weg dafür, die ACT-Grundsätze auch auf den Indikationsbereich der Sexualfunktionsstörungen anzuwenden (Ahlers, 2019).

So herrscht beispielsweise hinsichtlich der *Störungen der geschlechtlichen Differenzierung* (früher sog. *Intersexualität*, heute *Geschlechtsindifferenz*) (Ahlers & Schaefer, 2020) heute Einvernehmen darüber, dass medizinische Behandlungen in Form von vorentmündigenden Körperveränderungen einen Kunstfehler darstellen, und die Akzeptanz der gegebenen Umstände sowie das Zugeständnis, dass diese wirksam und bedeutsam bleiben, die Umgangsweise der Wahl ist, die ausschließlich im Rahmen einer psychologischen Therapie bzw. Psychotherapie sachverständig behandelt werden kann.³

Analoges gilt für *Störungen der Geschlechtsidentität* (früher sog. *Transsexualität*, heute *Geschlechtsinkongruenz*) (Ahlers & Siegel, 2020). Auch hier wurden früher Konversionsbehandlungen durchgeführt, die darauf abzielten, Patienten in ihrem Erleben ihrer physiologischen Geschlechtsausstattung anzupassen, sowie einer *Transition* in eine gegenteilige Geschlechtsrolle entgegenzuwirken, was ebenso unsachverständig war wie es auch erfolglos blieb.

Für die Indikation der *Störungen der Sexualpräferenz* (früher sog. *Perversion*, heute *Paraphilie*) (Ahlers & Schaefer, 2020) existiert gleichfalls eine leidvolle Geschichte fehlgeschlagener Konversionsbehandlungen, mittels derer versucht wurde, Personen mit homophiler Sexualorientierung zu heterophilen Menschen sowie Personen mit pädophiler Sexualausrichtung

¹ Alle Ansätze der Sexualtherapie, die nach der Klassischen Sexualtherapie von Masters und Johnson (1970) entstanden sind, basieren im Kern auf deren Programm (inklusive *Sensate Focus*) und stellen somit komplementäre Ansätze dar.

² Sexualpräferenz operationalisiert als *nicht selbstgewählt* und sich zusammensetzend aus *sexueller Orientierung*, *sexueller Ausrichtung* und *sexueller Neigung* (vgl. Ahlers et al., 2004), und nicht etwa missverstanden als lediglich „sexuelles Interesse“ (Schaefer & Ahlers, 2018).

³ Dies gilt vor allem vor dem Hintergrund, dass in der 2. Hälfte des 20. Jhs. bei dieser Indikation Konversionsbehandlungen durchgeführt wurden, die darin bestanden, Kleinkinder mit uneindeutiger genitaler Geschlechtsausprägung vereindeutigend chirurgisch zu operieren und in der so festgelegten Geschlechtsrolle zu sozialisieren, was zu deletären Entwicklungsverläufen der betroffenen Personen führte (Money, 1972; Diamond, 2010).

zu teleiophilen Menschen umzuwandeln. Diese Ansätze können sämtlich als gescheitert betrachtet werden, so dass heute weitgehend Einvernehmen besteht, Konversionsbehandlungen als wissenschaftlich unfundiert zurückzuweisen.⁴

All diese Störungen werden inzwischen unter der Maßgabe behandelt, dass die ursächlichen Faktoren therapeutisch weder in ihr Gegenteil verkehrt noch gelöscht werden können, und eine sachverständige Umgangsweise ausschließlich auf die Integration der bestehenden Sachverhalte und einen gelingenden Umgang mit ihnen abzielen kann (vgl. ACT), was allein im Rahmen einer psychologischen Therapie bzw. Psychotherapie erlangt werden kann. Diese Herangehensweise gilt unabhängig davon, ob (wie z.B. bei der *Geschlechtsindifferenz*) und inwiefern physiologische Korrelate zu den jeweiligen Indikationen gegeben sind oder nicht!

Allein bezogen auf Sexualfunktionsstörungen wird das Umkehren oder gar Löschen einer gegebenen Problematik (Dysfunktion) unverändert angestrebt und als Therapieziel beworben und ausgelobt. Demgegenüber vertreten die Autoren des vorliegenden Beitrages die Auffassung, dass Sexualfunktionsstörungen überwiegend Ursachen zugrunde liegen, die in ähnlicher Weise einen stabilen Bestandteil der Persönlichkeit darstellen, wie dies bei den oben beschriebenen Indikationen der Fall ist: Nämlich eine leistungsdeterminierte Konzeption sexueller Interaktion, die – analog einer *überzeugungsbedingten Grundhaltung* bzw. einer *impliziten Einstellung* (Hartung & Kosfelder, 2019; Haddock & Maio, 2007) oder einem nicht reflektierten *sexuellen Script* (Simon & Gagnon, 2003) – einem stabilen Persönlichkeitsfaktor (*Trait*) gleichkommt.⁵

Diese leistungsdeterminierte Konzeption sexueller Interaktion fordert *penis-vaginale Penetration zur Orgasmus- und ggf. Re-Produktion*⁶ als einzig gültiges Ziel und Ergebnis sexueller Interaktionen, und ist in sämtlichen Leistungsgesellschaften trans- und soziokulturell determiniert und so kollektiv enkulturiert. Aus dieser Perspektive resultiert nach Auffassung der Autoren die Notwendigkeit einer Differenzierung des bisherigen therapeutischen Umgangs mit Sexualfunktionsstörungen und damit die Entwicklung der AZST, die im vorliegenden Beitrag beschrieben wird.

⁴ Hieran wird auch ersichtlich, dass Konversionsbehandlungen niemals Bestandteil wissenschaftlich fundierter, psychologischer Therapie bzw. Psychotherapie waren und zwischenzeitlich auch aus diesem Grunde verboten wurden.

⁵ Einstellungsbasierte Überzeugungen und Grundhaltungen, auch und vor allem im Sinne einer religiösen oder sonstigen Ideologie, imponieren als weitgehend unveränderbare Bestandteile der Persönlichkeit und erweisen sich im Versuch einer Veränderungsambition zur Umkehrung oder Aufhebung bzw. Löschung der Einstellung als weitgehend therapierefraktär (Wittchen & Hoyer, 2011). Für eine auf Veränderung von einstellungsbasierten Überzeugungen und Grundhaltungen abzielende Behandlung gilt der Grundsatz: „Der Anfang der Ideologie ist das Ende der Therapie“ (Ahlers, 2019).

⁶ Bei gleichgeschlechtlichen Paaren mit analogen Sexualpraktiken besteht der nämliche Wirkmechanismus.

Vom *bio-psycho-sozialen* Modell zum *sozio-physio-psycho-sozialen* Paradigma

Sexuelle Gesundheit wird definiert als „Integration somatischer, emotionaler, intellektueller und sozialer Aspekte sexuellen Seins auf eine Weise, die positiv bereichert und Persönlichkeit, Kommunikation und Liebe stärkt“ (WHO, 1975). Gemeint ist damit ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf Sexualität, und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen.

Mit dieser Definition erweiterte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Mitte der 70er Jahre des 20. Jhs. den Fokus vom rein medizinischen Umgang mit „körperlichen“ Sexualstörungen auf ein ganzheitliches Wohlbefinden bezogen auf Sexualität, und bereitete damit den Weg für einen umfassenderen wissenschaftlichen und klinischen Umgang mit sexueller Gesundheit. Wenig später spiegelte sich diese Entwicklung auch in der Konzeption eines „bio-psycho-sozialen Modells“, das Engel 1977 in einer viel beachteten *Science*-Publikation proklamierte (Engel, 1977).

Eine umfassendere und ganzheitlichere Perspektive sexueller Gesundheit wurde allerdings bereits 70 Jahre früher, Anfang des 20. Jhs., von Ivan Bloch, dem programmatischen Begründer der Sexualwissenschaft formuliert (Bloch, 1907).⁷ Blochs „Auffassung des Geschlechtslebens“ umfasste mehr als körperliche, psychische und soziale Aspekte, so dass ein seinem Konzept gerecht werdendes Modell zumindest um die soziologische bzw. soziokulturelle Komponente ergänzt werden müsste. Denn Sexualität ist ein Lebensbereich, der grundsätzlich durch gesellschaftliche, körperliche, seelische und soziale Aspekte gemeinsam bestimmt wird. Die Berücksichtigung und die Zusammenschau dieser Aspekte gelten sowohl für ein „normales“, in der Gesellschaft übliches Ausleben der Sexualität, als auch für Abweichungen von dieser Norm sowie für Probleme mit Störungscharakter (Bloch, 1907). Sämtliche Sexualstörungen (wie im Übrigen auch alle psychischen und Verhaltensstörungen) haben sowohl soziologische als auch physiologische, psychologische und soziale Aspekte (Ahlers & Schaefer, 2020). Allein durch eine integrale, *sozio-physio-psycho-soziale* Sichtweise menschlicher Gesundheit wird eine ganzheitliche Erfassung von geschlechtlichem und sexuellem Erleben und Verhalten möglich, die eine hinlängliche Beschreibung, eine sachverständige Diagnostik und wirksame Therapie erst möglich macht (Bloch, 1907; McCabe et al., 2010;

⁷ Neben Hirschfelds „Psychobiologischem Fragebogen“ (vgl. Ahlers et al., 2004) war Blochs Konzeption – mehr oder minder konsequent operationalisiert – 40 Jahre später Grundlage der ersten repräsentativen Untersuchungen der empirischen Sexualforschung (Kinsey, 1947).

Loewit & Ahlers, 2013; Hoyer & Velten, 2017; Ahlers & Schaefer, 2020).⁸

Sexuelle Gesundheit ist bestimmt durch ein Zusammenspiel von

- soziologischen (soziokulturelle und zeitlich variable **Normabhängigkeit**),
- physiologischen (**Körperlichkeit**),
- psychologischen (**Persönlichkeit**) und
- sozialen (**Partnerschaftsabhängigkeit**) Faktoren,

die nicht getrennt voneinander gesehen werden können und sich darum auch nicht unabhängig voneinander untersuchen und behandeln lassen (Ahlers & Schaefer, 2020a).

Abb. 1: Einflussfaktoren sexueller Gesundheit

Körperliche, seelische und soziale Faktoren von sexueller Gesundheit (einschließlich ihrer möglichen Störungen) werden von soziokulturell geprägten und sozialnormativen Anforderungs- und Wertvorstellungen mitbestimmt. Diese sozialnormativen Sexualanforderungen unterscheiden sich interkulturell in hoher Variabilität und verändern bzw. wandeln sich im Laufe der Zeit fortlaufend. Soziologische, physiologische, psychologische und soziale Aspekte greifen auf jeder Funktionsebene ineinander und lassen sich weder getrennt voneinander betrachten und untersuchen, noch unabhängig voneinander behandeln. Eine Unterscheidung in entweder körperliche oder seelische Ursachen lässt sich realiter nicht aufrechterhalten und konnte im Übrigen auch empirisch nie bestätigt werden (Buvat et al., 1983; Kockott, 2004; Hoyer & Velten, 2017).

In Anbetracht dessen darf die diagnostische Frage nicht (mehr) lauten: „Ist eine Störung körperlich oder seelisch bedingt oder begründet?“, sondern: „Welche soziologischen, physiologischen, psychologischen und sozialen Bedingungen sind jeweils gegeben, durch die das Entstehen und Bestehenbleiben einer jeweiligen Störung beschrieben und verstanden werden kann?“ (Ahlers & Schaefer, 2020).⁹

In den internationalen Klassifikationssystemen wurde, trotz eigener, anderslautender Definition von 1975, paradoxerweise in „entweder körperlich oder seelisch“ verursachten Sexual-

funktionsstörungen kategorisiert (WHO, 1992). Ein Grund dafür mag darin liegen, dass Sexualfunktionsstörungen ein Phänomen sind, das sich (oberflächlich betrachtet) überwiegend in ausbleibenden bzw. beeinträchtigten genitalen, also körperlichen Reaktionen ausdrückt. Diese dichotome bzw. kategoriale Sichtweise widersprach offensichtlich sowohl der grundlegenden, frühen Erkenntnis der Sexualwissenschaft (Bloch, 1907) als auch der 70 Jahre später formulierten Definition von sexueller Gesundheit der WHO (1975), wie auch dem daraus hervorgegangenen „bio-psycho-sozialen Modell“ (Engel, 1977), und wurde der Komplexität der menschlichen Lebenswirklichkeit, v.a. in den Bereichen der Geschlechtlichkeit und Sexualität, nicht gerecht. Erst in den jüngsten Versionen der internationalen Klassifikationssystemen DSM-5 (APA, 2013) und ICD-11 (WHO, 2018) wird diese falsche Unterteilung in „entweder körperlich oder seelisch“ aufgegeben bzw. nicht mehr vorgenommen (Klein et al., 2015).

Wiewohl Mitte der 70er Jahre des 20. Jhs. die Aufnahme in das Klassifikationssystem der WHO im bio-psycho-sozialen Verständnis erfolgte, zeigt die wissenschaftliche und klinische Umgangsweise mit sexueller Gesundheit während der letzten 50 Jahre, wie lange es braucht, um ein ganzheitliches und umfassendes Verständnis von sexuellem Erleben und Verhalten zu etablieren, denn bis heute finden sich in Klinik, Forschung und Lehre Ansätze, die „entweder körperliche oder psychische“ Perspektiven suggerieren (Dräger & Schmidt, 2015).¹⁰

Hinsichtlich sexueller Störungen werden bis heute in der Medizin somatozentrisch physiologische Einflüsse überbetont, während in der Psychologie psychische Anteile überfokussiert werden. Soziokulturelle Normen bzw. sozialnormative Anforderungen bezüglich sexueller Interaktion finden hingegen hiebei ebenso wenig Berücksichtigung, wie die soziale Komponente der partnerschaftlichen Einbettung sexueller Phänomene (z.B. *Beziehungsdysstress*; Ahlers, 2017b). Der Mediziner sieht v.a. das Soma, der Psychologe v.a. die Psyche, und beide sehen bloß den einzelnen Patienten, ohne Berücksichtigung und Würdigung soziokultureller Normierung und partnerschaftlicher Einbettung des sexuellen Geschehens. Die gesellschaftlichen Normen und Standards sexueller Interaktion (sozialnormative Sexualanforderungen) und die partnerschaftlichen Beziehungskonditionen, die ebenso relevant für sexuelle Gesundheit sind, wie physische und psychische Bedingungen, bleiben systematisch unberücksichtigt – Aussagen bestätigen diese Regel. Stattdessen wird die Alibi-

⁸ Weil die Biologie als Lebenswissenschaft nicht auf physiologische Merkmale begrenzt ist, sondern von jeher auch Aspekte von Erleben und Verhalten, sozialer Interaktion und Kommunikation berücksichtigt (vgl. Sozio-, Psycho- und Verhaltens-Biologie/Humanethologie), bildet sie eine übergeordnete Disziplin, die physische, psychische und soziale Aspekte von Lebewesen berücksichtigt, beforcht und beschreibt. Deswegen erscheint die Bezeichnung „bio-psycho-soziales Modell unzulänglich, und die Bezeichnung „sozio-physio-psycho-soziales Paradigma“ im Sinne der Bloch'schen Definition differenzierter bzw. umfassender und zutreffender.

⁹ Begründet dadurch gilt auch die frühere Einteilung in die Begriffe *Sexuelle Dysfunktionen* für Störungen mit „überwiegend oder ausschließlich körperlichen Ursachen“ und *Funktionelle Sexualstörungen* für „überwiegend oder ausschließlich psychische Ursachen“, wie sie bis Ende des 20. Jhs. in vielen Lehrbüchern zu finden war, als nicht mehr zeitgemäß und sachverständig (Ahlers et al., 2005).

¹⁰ Das gilt v.a. für die Tendenz zur *Medikalisierung von Sexualfunktionsstörungen* (Bancroft, 2000; Maß, 2018) als ausschließlich oder überwiegend „organische“ Probleme, wie sie seit Verfügbarkeit von PDE-5-Hemmern (*Viagra* etc.) durch Erhebungen mit einseitigem Studiendesign, invalider Kriteriologie und tendenziöser Datenanalyse und Interpretation, finanziert durch Pharmafirmen (Moynihan, 2003, 2010) offensiv betrieben wurde und bis heute als pseudowissenschaftliche Artefakte methodischer Denk- und Untersuchungsfehler verbreitet und publiziert werden (Porst & Buvat, 2006; Dräger & Schmidt, 2015).

Plattitüde geäußert: „Das Ganze muss man natürlich bio-psycho-sozial sehen.“¹¹

Entindividualisierung sexueller Funktionsstörungen

Sozio-physio-psycho-soziales Paradigma

Die AZST geht davon aus, dass Sexualfunktionsstörungen nicht vorrangig individuelle Probleme oder Beeinträchtigungen des Einzelnen darstellen, sondern vielmehr aus einem Sexualitätskonzept resultieren, welches sexuelle Interaktion auf Leistung und Produktion fokussiert und sie dadurch zu einem Verfertigungs- und Verrichtungs-Prozess reduziert. In einem multidimensionalen Verständnis von Sexualität kommt hier also zunächst die soziologische bzw. soziokulturelle Komponente zum Tragen; nämlich das Wertekonzept der Leistungsgesellschaft, welches den Wert einer Person auf den Wert ihrer Funktion reduziert. Erlischt der Wert der Funktion, so erlischt auch der Wert der Person.¹²

Übertragen bedeutet das, dass Sexualität im Wertekonzept der Leistungsgesellschaft nur dann etwas wert ist, wenn sie „funktioniert“, sprich, wenn etwas stattfindet, klappt und vor allem etwas dabei herauskommt, sprich produziert wird: Ein Orgasmus und ggf. ein Kind. Die Konzeption von Sexualität unter dieser Leistungsmaßgabe bewertet Sex nur dann als „gut, hinlänglich und genügend“, wenn er einem Prozess genügt, der ein vorgegebenes Ergebnis hervorbringt bzw. produziert. Dieses Sexualitätskonzept reduziert Sex auf *penis-vaginale Penetration zur Orgasmus- und ggf. Re-Produktion* (Ahlers, 2017b). Nur dann war's die Sache wert und wird als „guter Sex“ gewertet.

Führt dieser Verrichtungs- und Verfertigungsvorgang nicht zu einem entsprechenden Produkt (Orgasmus und ggf. Nachwuchs), so ist die sexuelle Interaktion vergebens und damit gescheitert. Der Sex war „schlecht“ und die Beteiligten sind „schlecht im Bett“ und damit „Versager“ (vgl. Fahs, 2022); medizinisch gesprochen ist der Mann „impotent“ oder die Frau „frigide“.

Durch diese Konzeption von Sexualität bzw. diese sozialnormativen Sexualanforderungen gerät der Einzelne pro-

grammatisch unter Leistungs-, Funktions- bzw. Produktions-Druck, wodurch ein ungestörtes sexuelles Erleben und Verhalten (insbesondere eine unbeeinträchtigte sexuelle Reaktion) prinzipiell erschwert bis verunmöglicht wird. Damit stellt jeder Sexualkontakt immanent eine Prüfungs- und Bewährungsprobe dar, die unweigerlich zu sexuellem *Leistungsdruck* und daraus resultierend zu (oft unbewusster) sexueller *Versagensangst* führt und so *Vermeidungstendenz* provoziert (Chiffre: „keine Lust auf Sex“; medizinisch: „Libidostörung“; vgl. Ahlers, 2019).

Das bedeutet zusammengefasst: Im Grundverständnis der AZST kultiviert der Wertekanon der Leistungsgesellschaft ein Sexualitätskonzept, das ein prinzipiell krankmachender Faktor für sexuelle Gesundheit ist und das Entstehen und Bestehenbleiben von Sexualfunktionsstörungen begünstigt und provoziert.

Variable Soma

Sozio-physio-psycho-soziales Paradigma

Belastungsfaktoren in Form von körperlichen Beeinträchtigungen, Störungen oder Erkrankungen, einschließlich deren Behandlungen (also die physiologische Komponente), bilden von dieser Perspektive keine Ausnahme, sondern lediglich einen weiteren Vulnerabilitätsfaktor, der in keiner Weise bedeutet, dass Menschen mit physiologischen Beeinträchtigungen deswegen nicht auch und vor allem unter dem potentiell pathogenen Sexualitätskonzept der Leistungsgesellschaft leiden. Im Gegenteil befördern körperliche Beeinträchtigungen zusätzlich soziosexuellen Leistungsdruck mit daraus folgender Versagensangst und resultierender Vermeidungstendenz.¹³

In der Sexualmedizin werden diese Indikationen bis heute fälschlicherweise als eigenständige Kategorie von „Krankheits- und behandlungsbedingte Sexualstörungen“ aufgefasst, was an sich schon ein bio-psycho-soziales Verständnis von Sexualität konterkariert (Beier et al., 2021). Genauso entlarvt sich die Fehlvorstellung vor diesem Hintergrund, dass das Vorliegen körperlicher Beeinträchtigungen eine sog. „organische“ Funktionsstörung begründe, als methodischer Denkfehler, der bis heute international publiziert und dadurch multipliziert wird (vgl. Porst & Buvat, 2006; Thüroff, 2007; Bucher et al., 2008;

¹¹ In Blochs Verständnis einer ganzheitlichen Sexualforschung und Sexualtherapie wären über die Aspekte der Human-, Sozial- und Gesundheitswissenschaften hinaus auch Gesellschafts-, Geistes- und Kulturwissenschaften mit einzubeziehen (Bloch, 1907). Ein *sozio-physio-psycho-soziales Paradigma*, welches v.a. die klinisch relevanten Aspekte sexueller Gesundheit fokussiert, kommt damit dem Anspruch Blochs zumindest näher als ein verkürztes *bio-psycho-soziales Modell* (Ahlers & Schaefer, 2020).

¹² Diese grausame Gleichung stellt das Axiom der Leistungsgesellschaft dar und ist grundrechts- und verfassungswidrig und damit menschenverachtend, wo doch die Würde einer Person als unantastbar deklariert wird und der Wert einer Person als unabhängig von ihrer Funktionalität und Produktivität erachtet werden soll (Dörner, 1962).

¹³ Gerade für Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen bildet der Ansatz der AZST einen nachhaltig wirksamen Ausweg aus Verunsicherung und Verzweiflung, weil er psychotherapeutisch darauf fokussiert, sich von sozialnormativen Sexualanforderungen zu emanzipieren und so sexuellen Leistungsdruck, Versagensangst und Vermeidungsreaktion hinter sich lassen zu können. Dadurch können sich beeinträchtigte Sexualfunktionen erholen und ggf. sogar trotz physiologischer Beeinträchtigungen wieder einstellen, zumindest verbessern, „weil nur sein kann, was nicht sein muss“ (*Psychologisches Naturgesetz der ephemeren und evasiven Phänomene*; Ahlers, 2017b).

Dräger & Schmidt, 2015). Versuche, Sexualfunktionsstörungen als „entweder organisch oder psychisch“ zu kategorisieren, können unter Zugrundelegung des *sozio-physio-psycho-sozialen Paradigmas* als methodische Denkfehler und damit als wissenschaftlich obsolet verworfen werden.¹⁴

Naheliegender erscheint an dieser Stelle der Einwand, dass – ausgehend von einem potentiell pathogenen Sexualitätskonzept der Leistungsgesellschaft, wie es die AZST postuliert – ja alle Menschen von nämlichen Beschwerden betroffen sein müssten, es in der Realität aber nur einige sind, die klinisch in Erscheinung treten. Abgesehen davon, dass nicht epidemiologische Erhebungen oder gezählte klinische Inanspruchnahmen, sondern die Absatzzahlen von Medikamenten wie *Viagra* die eigentliche Dimension der Betroffenheit abbilden, handelt es sich bei dieser Entgegnung um einen kognitiven Kurzschluss, der für sämtliche psychischen und Verhaltensstörungen zutrifft: Denn viele körperliche Erkrankungen und die meisten psychischen und Verhaltensstörungen werden auch durch potentiell krankmachende gesellschaftliche Rahmenbedingungen zumindest mitverursacht („Zivilisationskrankheiten“). Im Verständnis des *sozio-physio-psycho-sozialen Paradigmas* kommt hierin die soziologische bzw. soziokulturelle Komponente zum Ausdruck. Und gleichwohl treten zumeist nur diejenigen klinisch in Erscheinung, die eine höhere individuelle Vulnerabilität mitbringen, als andere. Um diesen psychologischen Faktor soll es im Weiteren gehen.

Leistungsdruck macht impotent! Vom Verrichtungssex zum Liebesspiel

Sozio-physio-psycho-soziales Paradigma

Aus der Perspektive der AZST bilden, als psychologischer Faktor, internalisierte Leistungsvorgaben mit den entsprechenden Versagensängsten und den daraus resultierenden Vermeidungstendenzen – bezogen auf die eigene sexuelle Performanz (*Sexual Performance Anxiety*, Masters & Johnson, 1970) – die ätiopathogenetische Kernvariable sämtlicher Sexualfunktionsstörungen. Und zwar unabhängig davon, ob eine physiologische Beteiligung oder gar Mitver-

ursachung durch eine Behandlung vorliegt oder nicht! Von zentraler Bedeutung sind daher zunächst internalisierte Überzeugungen bzw. Einstellungen und/oder beim anderen antizipierte Erwartungen hinsichtlich des „richtigen“ bzw. „adäquaten“ sexuellen Funktionierens, und dann das Bestreben, diesen gerecht zu werden, um auch und gerade im Sexuellen Selbstbestätigung zu erlangen und psychosoziale Grundbedürfnisse nach Anerkennung, Wertschätzung und Annahme erfüllen zu können. Die Angst davor, „im Bett nicht gut (genug) zu sein“ bzw. nicht zu genügen, ist so verbreitet, dass junge Männer mitunter bereits zu ihrer ersten sexuellen Begegnung, quasi prophylaktisch, z.B. *Viagra* einnehmen, um „auf Nummer sicher zu gehen“ (Ahlers, 2020). Mittelbare sexuelle Erfahrungen mit sich selbst unter Nutzung pornografischer Stimulation lösen diese Ängste zwar weniger aus, programmieren dabei aber um so höhere sozialnormative Anforderungs- und Leistungsstandards, die im Sexuellen zu erfüllen und zu gewährleisten sind. An dieser ätiopathogenetischen Hypothese wird anschaulich, wie sehr das Sexualitätskonzept der Leistungsgesellschaft es uns erschwert und mitunter verunmöglicht, soziosexuelle Selbstbestätigung zu erlangen und psychosoziale Grundbedürfnisse nach Angenommensein, Zugehörigkeit, Geborgenheit und Intimität im Sexuellen zu befriedigen und stellt damit einen veritablen psychosozialen und physiosomatischen Belastungsfaktor dar (Apfelbaum, 1977 a, b; 2001; Loewit, 1978; 1994; 2019).

Ein unbeeinträchtigter sexueller Reaktionszyklus resultiert aus einem ausgewogenen Verhältnis zwischen Anspannung und Entspannung. Neuropsychophysiologisch spiegelt sich dies in einem Äquilibrium aus sympathischer und parasympathischer Energierung, wobei Letzteres ein Ergebnis von Druck- und Angstfreiheit ist. Angstfreiheit kann man nicht erzwingen, sondern lediglich Rahmenbedingungen dafür schaffen, dass kein Angstgrund aufkommen kann. Die psychophysiologische Regulation, durch welche auch Sexualfunktionsstörungen mit verursacht werden, ist in verschiedenen Stress-Modellen beforscht und dokumentiert. So beschreibt zum Beispiel das *Transaktionale Stressmodell* von Lazarus (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984), dass Stress erst dadurch entsteht, dass eine Reizsituation zuerst als persönlich relevant und anschließend als unbewältigbar bewertet wird. Übertragen auf Sexualfunktionsstörungen bedeutet das, dass Sex als Verstärkerquelle für den Selbstwert (Selbstbestätigung), als Mittel zur Etablierung und Affirmierung von Bindung und zur Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse, als persönlich relevant bewertet und erlebt wird. Gleichzeitig lassen sich genitale Reaktionen und sexuelle Funktionen nicht willentlich beeinflussen. Wenn diese – aufgrund internalisierter Leistungsanforderungen und resultierender Versagensängste – nicht wie erwartet eintreten (also keine genitale Reaktion stattfindet), entsteht psychophysiologisch Dysstress, der über Neurotransmitter (vor allem Katecholamine, wie Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin) im Organismus verbreitet wird

¹⁴ Eine ausführliche Darstellung aller möglichen Einflüsse auf sexuelle Funktionalität durch physiologische Beeinträchtigungen wie Krankheiten und Störungen sowie deren Behandlungen findet sich in Lehrbüchern zur Sexualmedizin (z.B. Beier et al., 2021; Hartmann et al., 2021). Psychologische und psychosoziale Gesichtspunkte werden in einigen Lehrbüchern zur Sexualtherapie dargestellt (z.B. Clement, 2014; Hartmann, 2017). Eine ähnlich differenzierte Darstellung und Übersicht zu den soziologischen bzw. soziokulturellen Aspekten sucht man in der Literatur vergebens.

und manifeste (sexuelle) Dysfunktion verursacht (Ahlers & Schaefer, 2020).

Bezogen auf diese psychologische Komponente kann neben dem *Transaktionalen Stressmodell* von Lazarus (s.o.) auch das *Diathese-Stress-Modell* (auch *Vulnerabilitäts-Stress-Modell*) angeführt werden (Wittchen & Hoyer, 2011). Es beschreibt die Wechselwirkungen zwischen Diathese (Vulnerabilität bzw. Disposition/Krankheitsneigung) und Stress (z.B. Bewertungsbelastung und/oder Beziehungsdysstress) unter gegebenen Umwelteinflüssen (z.B. sozialnormative Sexualanforderungen):

Je höher meine Vulnerabilität (z.B. geringes Selbstwert-erleben) und je manifestere meine internalisierten sozialnormativen Leistungsanforderungen im Sexuellen, desto stärker gerate ich in einer soziosexuellen Situation unter Stress (z.B. Selbstentwertung und/oder gegenüber der Erwartungshaltung eines Partners) und desto größer die Wahrscheinlichkeit, dass es zu Dysregulation (*sympathischer Gegenregulation*) und daraus resultierend zur Dysfunktion kommt. Zentral ist die Annahme, dass alle drei Faktoren zusammenwirken und in Rechnung gestellt werden müssen, um das Auftreten und Bestehenbleiben von Störungen zu erklären. Das Modell ist keiner bestimmten Schule verpflichtet und integriert soziologische, physiologische, psychologische und soziale Faktoren (Partnerschaftseinflüsse), im Sinne eines *sozio-physio-psycho-sozialen Paradigmas*.¹⁵

Weil das Sexualitätskonzept der Leistungsgesellschaft (penis-vaginale Penetration zur Orgasmus- und ggf. Re-Produktion) spätestens seit der Industrialisierung im 19. Jh. in sämtlichen Leistungsgesellschaften enkulturiert und damit total internalisiert ist,¹⁶ können wir Sex gar nicht (mehr) anders denken, und so fußen sämtliche Ansätze der Sexualtherapie (inklusive der syndyastischen) auf den Prämissen dieses Konzeptes. Als Therapieziel fokussieren sie darum mehr oder weniger im- oder explizit auf die (Wieder-)Herstellung von Sexualfunktionen (Maß & Bauer, 2016).

Auch hierin bestand ein Agens für die Differenzierung der AZST von anderen Ansätzen der Sexualtherapie, denn die (Wieder-)Herstellung von Sexualfunktionen zur Gewährleistung von penis-vaginaler Penetration zur Orgasmus- und ggf. Re-Produktion wird im Verständnis der AZST als aufrechterhaltender und symptomtreibender Faktor aufgefasst und scheidet damit als valides Therapieziel kategorisch aus (Ahlers, 2021a).

¹⁵ Diese genuin psychotherapeutische Perspektive sexualpsychologischer Therapie steht also im direkten Gegensatz zum sexualmedizinischen Behandlungsansatz bei Sexualfunktionsstörungen, der im Kern auf die (Wieder-)Herstellung, Gewährleistung und ggf. Optimierung von Sexualfunktionen mit medizinischen Mitteln und Methoden abzielt, nämlich mit körperbezogenen, meist genital fokussierten, symptomsuppressiven Maßnahmen wie Apparate, Salben, Tabletten, Spritzen oder gar chirurgischen Operationen (vgl. Lue et al., 2004; Künzel, 2004; Porst & Buvat, 2006; Thüroff, 2007; Bucher et al., 2008; Dräger & Schmidt, 2015; Gunasekaran & Khan, 2018; Reisman et al., 2022; Jannini, 2023).

¹⁶ Russland, China und Indien sind beispielsweise ebenso Leistungsgesellschaften wie Europa, Amerika und Australien.

F 52? – Sexualfunktionsstörungen sind eigentlich Sexualpenetrationsstörungen

Im Ansatz der AZST wird des Weiteren davon ausgegangen, dass es im strengeren Sinne überhaupt keine Sexualfunktionsstörungen gibt, sondern, dass diese Störungen im Kern eigentlich *penis-vaginale Penetrationsstörungen* sind, weil die Phänomene ausbleibender genitaler Reaktionen ganz überwiegend nur dann und dadurch auftreten, dass penis-vaginale Penetration (zur Orgasmus- und ggf. Re-Produktion) als eigentliches und einzig gültiges Ziel sexueller Interaktionen internalisiert ist und so gefühlt „stattfinden und klappen muss“. Diese Grundannahme bezieht sich auf sämtliche Indikationen der Kategorie F 52 und damit auf alle Funktionsstörungen bei Männern und Frauen; auch und gerade auf sexuelle Schmerzstörungen bei Frauen, die – in anderem Verständnis – bereits als „Penetrationsstörungen“ bezeichnet werden (vgl. Velten, 2018).

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Sexuelle Selbstbetätigung:
Selbststimulation und Selbstbefriedigung. 2. Extragenitale sexuelle Interaktion:
Streicheln, Schmusen, Küssen. 3. Genitale Stimulation und Penetration:
Manuelle, orale oder apparative genitale Stimulation, inklusive penis-vaginaler oder penis-analer Penetration (Penetrativer Sexualverkehr bzw. „Geschlechtsverkehr“). |
|--|

Abb. 2: Formen sexuellen Verhaltens (Ahlers et al., 2004)

Legt man diese Differenzierung zugrunde, so zeigt sich bei sachverständiger sexualpsychologischer Exploration, dass bei den meisten Betroffenen in aller Regel zwei Drittel ihrer sexuellen Betätigungsmöglichkeiten unbeteiligt bzw. unbetroffen sind, nämlich 1. *sexuelle Selbstbetätigung* und 2. *extragenitale sexuelle Interaktion*. Lediglich bei der 3. Form *genitale Stimulation und Penetration* treten Beeinträchtigungen und ggf. Störungen der sexuellen Reaktionen auf, da in der Regel ausschließlich an dieser Stelle Leistungsdruck entsteht, weil „geföhlt“ etwas klappen, stattfinden, erreicht und hergestellt werden „muss“.

Bei fortgeschrittener Dauer leidvoll erlebter sexueller Dysfunktion im Kontext von genitaler Stimulation und Penetration kommt es, aufgrund der zugrundeliegenden psychischen Dysregulation, in der Regel zu einem Teufelskreis aus internalisiertem Leistungsdruck mit daraus folgender Versagensangst und resultierender Vermeidungstendenz. Dieser psychologische Teufelskreis, der sämtliche Angststörungen charakterisiert, tendiert systematisch zur Generalisierung, was bedeutet, dass Betroffene bereits die „extragenitale sexuelle Interaktion“ systematisch (nicht situativ) vermeiden, weil sie befürchten, dadurch im Sinne eines „Vorspiels“

programmatisch auf eine Schnellstraße zur „genitalen Stimulation und Penetration“ zu geraten, von der es keine Ausfahrt mehr gibt. – „Wer A sagt, muss auch B sagen.“

In einer weiteren Stufe von Generalisierung der zugrundeliegenden Angstreaktion kommt es mitunter dazu, dass sogar bei erstens *sexueller Selbstbetätigung* sexuelle Dysfunktion erlebt wird, wenn und weil Betroffene sich sogar dabei ängstlich (hypervigilant und autosuspektiv) auf die eigene genitale Reaktion hin kritisch selbst beobachten (*autoexperimentelle Masturbation*, Ahlers, 2017b), wodurch sie erstens mit sich selbst nichts mehr erleben können (wir können uns nicht simultan kritisch selbst beobachten und dabei etwas erleben) und sie zweitens auch ihren Organismus angstbegründet in eine Stressreaktion versetzen und so selbst bei der sexuellen Selbstbetätigung eine sexuelle Dysfunktion evozieren und dadurch erleiden können.¹⁷

Die AZST geht daher davon aus, dass internalisierte, sozialnormative Sexualanforderungen der ursächliche Faktor für das Entstehen und Bestehenbleiben von Sexualfunktionsstörungen sind, die – präzise betrachtet – im Kern eigentlich *penis-vaginale Penetrationsstörungen* darstellen. Diese ätiopathogenetische Hypothese postuliert, dass von dieser psychischen Dysregulation sämtliche Stadien des sexuellen Reaktionszyklus betroffen sind: Vom sexuellen Verlangen und Begehren, über den Aufbau und das Bestehenbleiben sexueller Erregung, mit der genitalen Reaktion in Form von Erektion und Lubrikation, bis zum frühzeitigen, verzögerten oder ausbleibenden Orgasmus.

Im ersten Falle wird bereits sexuelles Verlangen programmatisch psychologisch verunmöglicht, wenn „Lust auf Sex“ erwartet und als bedingende Voraussetzung für Sex gelernt und folglich gedacht wird. Dasselbe gilt für sexuellen Erregungsaufbau, der aufgrund von erlebtem Leistungsdruck und resultierender Versagensangst von vornherein blockiert wird, um die Angstreaktionen „Flucht oder Kampf“ gewährleisten zu können, weil wir mit geschwollenen Genitalien weder rennen noch kämpfen können. Im letzteren Fall führt der –

aufgrund von Leistungsdruck und Versagensangst entstehende – Dysstress dazu, dass ein sexueller Erregungshöhepunkt in einem psychophysiologisch paradoxen Prozess¹⁸ rasch ausgelöst wird (*frühzeitiger Orgasmus*) oder die Auslösbarkeit des Orgasmusreflexes aufgrund von angstbegründeter Anspannung verunmöglicht wird (*Anorgasmie*), weil sämtliche Reflexe des Organismus (eigentlich) nur in Entspannung auslösbar sind (Urban, 2012).

Auch die meisten Erscheinungsformen sexuell bedingter Schmerzen, die ganz überwiegend ohne eindeutiges, physiologisches Korrelat auftreten, erfahren im Prozess der Medikalisierung von Sexualfunktionsstörungen seit Beginn des 21. Jhs. eine wahre Konjunktur somatozentrischer, sexualmedizinischer Pseudodiagnosen, die den psychosomatischen Anteil der Symptomatik systematisch kaschieren, um dem Anliegen der betroffenen Frauen gerecht zu werden, unter einer manifesten „rein somatischen Erkrankung“ zu leiden. Beim Vaginismus führt dieses Verständnis zu sexualmedizinischen Behandlungen mit muskellähmendem Nervengift (*Botox*), das in die Scheide injiziert wird (Brin & Vapnek, 1997; Ghazizadeh & Nikzad, 2004; Pacik, 2009; Ferreira & Souza, 2012) oder sogar zu chirurgischen Eingriffen, bei denen die Scheide aufgeschnitten wird, um sie dadurch „zu weiten“ (Katz & Tabisel, 2001; Har-Toov et al., 2001).¹⁹

Und obwohl Dyspareunie mittlerweile als *Genito-Pelvine Schmerz-Penetrationsstörung* definiert wird (Velten, 2018), führt diese Benennung offenkundig nicht zu der Erkenntnis, dass es sich um eine angstbegründete Penetrationsunfähigkeit oder zumindest Penetrationsunwilligkeit handeln könnte (vaginale Angststarre durch Kontraktion der Beckenbodenmuskulatur), die womöglich schambegründet geleugnet wird, um sozialnormativen Sexualanforderungen gerecht werden zu können. Folglich werden betroffene Frauen auch nicht darin unterstützt, sich von der internalisierten, sozialnormativen Sexualanforderung penis-vaginaler Penetrierbarkeit emanzipieren zu können. Vielmehr wird ihre psychosomatische Ausdrucksweise des abhandenen Wunsches nach penis-vaginaler Penetration als „Penetrationsabwehr“ bewertet (Richter, 2021), also eine bewusste, quasi vorsätzliche Verweigerungsreaktion und die bei aversiven Versuchen von Penetration resultierenden Schmerzempfindungen werden mit gefährlich klingenden „Diagnosen“ wie „Vulvodynie/Vestibulitis/Vestibulodynie“ betitelt und zu gynäkologischen Erkrankungen erklärt, die mit der Verabreichung von Lokalanästhetika oder gar chirurgischen Operationen sexualmedizinisch behandelt werden müssen, die im Herausschneiden der Scheide gipfeln (Vulvektomie/Vesti-

¹⁷ Abgesehen davon, dass im urologisch-sexualmedizinischen Kontext diese *drei Formen des sexuellen Verhaltens* in aller Regel weder differenziert noch exploriert werden, bedarf die beschriebene dysfunktionale Psychoregulation deswegen der Erwähnung, weil in der urologisch-sexualmedizinischen Literatur von einer ausbleibenden genitalen Reaktion bei der sexuellen Selbstbetätigung fälschlicherweise programmatisch auf eine „organische Störung“ (kurzgeschlossen wird: Motto: Wenn's bei der Selbstbefriedigung nicht klappt, gibt's ein Problem mit der Hardware (vgl. Lue et al., 2004; Künzel, 2004; Porst & Buvat, 2006). Obendrein fehlt hier der zulässige Umkehrschluss, da dieser pseudodiagnostische Kurzschluss bedauerlicherweise nicht in die gegenteilige Richtung gedacht und gehandhabt wird, wenn nämlich – insofern dies überhaupt gefragt wird – die genitale Reaktion bei der sexuellen Selbstbetätigung unbeeinträchtigt auftritt und in der Regel trotzdem die ganze Batterie an physiodiagnostischen, pharmakologischen und apparativen Untersuchungen zur Erektionsfunktion verordnet und absolviert wird, um eine „organische Störung urologisch-sexualmedizinisch ausschließen“ zu können.

¹⁸ Die extremste Form eines paradoxen Orgasmusgeschehens stellen Verewältigungs-Orgasmen dar.

¹⁹ Die Tatsache, dass durch die Scheide, die wegen angeblicher „Enge“ aufgeschnitten wird, im Zweifelsfall ein Baby zur Welt kommen könnte, scheint die (so gut wie ausnahmslos männlichen) anatomisch gebildeten, sexualmedizinischen Chirurgen nicht zu irritieren.

bulektomie) (Goldstein, 2006; Burrows et al., 2011; Unger et al., 2014; Mendling, 2019).

Aus klinisch-sexualpsychologischer Perspektive kommen in Schmerzen bei genitaler Stimulation (*Dyspareunie*) sowie Schmerzen bei vaginaler Penetration (*Vaginismus*) „traditionell“ Konflikte zum Ausdruck, die einer Ambivalenz zwischen dem (häufig unbewusst regressions-phobisch abgewehrten) Wunsch nach Nähe, Verschmelzung und Selbstüberantwortung, bei gleichzeitiger Angst vor Abhängigkeit, Kontroll- und Autonomieverlust, entspringen. Die Betroffenen wünschen sich sexuelle Normkonformität zur soziosexuellen Selbstbestätigung sowie die Erfüllung ihrer psychosozialen Grundbedürfnisse nach Annahme, Geborgenheit und Zugehörigkeit und befürchten gleichzeitig, durch, bei, mit und in sexueller Vereinigung einen Kontroll-, Autonomie- und letztlich Selbst-Verlust zu erleiden: Der andere soll da sein, aber nicht nah sein – er soll mich wollen, aber nicht nehmen – er soll mich begehren, aber nicht verzehren.

So kommt es zu *sexuellen Einlassungs- und Hingabe-Störungen*, die sich über genitale Schmerzempfindungen somatisieren. Die internalisierte, sozialnormative Sexualanforderung von Vaginalpenetration führt dazu, dass der Ambivalenzkonflikt über Schmerzempfindungen aufgelöst wird, um dadurch selbstunzulänglich die ambivalent besetzte Penetration vermeiden zu können, während gleichzeitig ein Wunsch nach sexueller Normalität durch Funktionalität reklamiert wird, der – am besten in Form einer sexualmedizinischen *Ertüchtigungsbehandlung*, ohne psychosoziale Selbstbeteiligung – vom Arzt bewirkt werden soll (Ahlers, 2015).

Im Rahmen einer indikationsbezogenen sexualpsychologischen Exploration wird grundsätzlich die Frage gestellt: „Wollen Sie, dass irgendwer, irgendwie, irgendwas in Ihre Scheide hineinsteckt? Zum Beispiel Ihr Mann seinen Penis?“ Die ersten Antworten entsprechen in der Regel *sozialer Erwünschtheit* bzw. dem Versuch, sozialnormativen Sexualanforderungen gerecht werden zu wollen: „Ich will normal sein. Ich will Lust haben. Ich will begehrt und geliebt und nicht verlassen werden. Ich will Mutter werden, Kinder bekommen und eine Familie gründen. Erst nach konsequentem *Fertigfragen* kommt in der Regel heraus, dass all diese Wünsche am liebsten ohne penis-vaginale Penetration erfüllt werden sollen und dass viele betroffene Frauen am liebsten Penetration vollständig vermeiden würden.

Sämtliche Erscheinungsformen von sexuell bedingten Schmerzstörungen (die in der Regel ohne eindeutiges, physiologisches Korrelat auftreten) werden im Kern auf Verkrampfungen und Verspannungen der Beckenbodenmuskulatur zurückgeführt (Richter, 2022). Diese Verkrampfungen und Verspannungen der Beckenbodenmuskulatur sind im Verständnis der AZST physiologische Ausdrucksformen von psychischer Anspannung, Druckempfindung und Angst, welche sich aus dem internalisierten Sexualitätskonzept der Leistungsgesellschaft speisen, dass Sex bedeutet, penis-vaginale Penetration zur Orgasmus- und ggf. Re-Produktion gewährleisten

und zur Verfügung stellen zu müssen, um Bestätigung und Annahme erfahren und sich dadurch in Ordnung und richtig fühlen zu können.

Weibliche oder männliche Sexualfunktionsstörungen gibt es nicht

Eine weitere Implikation dieser ätiopathogenetischen Hypothese der AZST besteht darin, dass der zugrundeliegende Wirkmechanismus für beide Geschlechter in gleicher Weise gilt und sich lediglich die physiologische Repräsentation genitaler Reaktionen geschlechtstypisch unterscheidet. Und zwar vor dem Hintergrund, dass internalisierter Leistungsdruck mit resultierender Versagensangst und daraus folgender Vermeidungstendenz im Gehirn und nicht in den Genitalien entstehen.²⁰ Und das Gehirn funktioniert nach bisherigem Kenntnisstand bei Männern und Frauen auf analoge Weise. Insofern wird davon ausgegangen, dass es keine „weiblichen oder männlichen“ Sexualfunktionsstörungen gibt, sondern lediglich Sexualpenetrationsstörungen, die sich in der jeweiligen geschlechtstypischen Physiologie der Genitalien manifestieren.²¹

Durch diese Perspektive der AZST wird deutlich, dass es das Sexualitätskonzept der Leistungsgesellschaft selbst ist, das in uns Menschen tief verankerte und verwurzelte Bedürfnisse nach Verbindung, Vereinigung, bis hin zur Verschmelzung – die auch in bedeutungsvollen Sexualkontakten mit penis-vaginaler Penetration zum Ausdruck kommen können – durch Erleben von Leistungsdruck und resultierenden Versagens- sowie resultierenden Bewertungs- und Verlustängsten soweit überlagern kann, dass soziosexuelle Interaktionen per se vermieden und diese Angstreaktion als „Libidoverlust“ chiffriert wird, gegen die Gynäkologinnen oder Urologen dann Tabletten verordnen sollen.

Extrapolation im Sexuellen

Sähe das Sexualitätskonzept der Leistungsgesellschaft lingual-orale Penetration als sozialnormative Sexualanforderung bzw. soziosexuellen Leistungsstandard vor („must have“), so verginge uns kollektiv die Lust auf Zungenküsse und Ärztin-

²⁰ „Das Weh und Wohl unserer sexuellen Gesundheit entscheidet sich nicht zwischen unseren Schenkeln, sondern zwischen unseren Schläfen“, *Paradigma der Klinischen Sexualpsychologie*; Ahlers & Schaefer, 2010.

²¹ Die Abhandlung von Sexualfunktionsstörungen in Lehrbüchern zur Gynäkologie, Andrologie/Urologie, aber auch Psychiatrie und Sexualmedizin ist geprägt von den geschlechtsbezogenen Fächern der medizinischen Disziplinen, durch die die physiologische Verschiedenheit der genitalen Störungsmanifestation als geschlechtstypisch differente Symptomatik aufgefasst wurde und so zur Kategorisierung von „weiblichen und männlichen“ Sexualfunktionsstörungen geführt hat.

nen und Ärzte würden nach Tabletten gefragt, die Lust auf Knutschen machen. Müssten Männer dafür und dabei eine steife Zunge haben, damit es „gutes Knutschen“ ist, würden ebenfalls Tabletten für Zungenversteifung nachgefragt.

Abgesehen davon, dass im Rahmen sexualmedizinischer Untersuchungen und Ertüchtigungsbehandlungen die Frage, ob sich Paare überhaupt (noch) küssen, in der Regel nicht erörtert wird, zeigt sich bei entsprechender sexualpsychologischer Exploration, dass Küssen – nicht im Sinne von Begrüßungs- oder Verabschiedungs-Bussis, sondern im Sinne von Knutschen – bereits der erste beeinträchtigte Faktor im sexuellen Reaktionszyklus ist, noch vor den Aspekten von Verlangen bzw. Begehren. Und zwar deswegen, weil die (enkulturierte) Leistungskonzeption von Sexualität vorsieht, dass Knutschen die Einleitung zum „Vorspiel“ bildet, welches dann gefühlt unausweichlich zu zielgerichteter, absichtsvoller und ergebnisorientierter genitaler Stimulation und schließlich penis-vaginaler Penetration zur Orgasmus- und ggf. Re-Produktion führen „muss“. Wenn einer der Partner keinen penetrativen Sexualverkehr will, dann vermeidet er oder sie (im Sinne einer generalisierten Vermeidungstendenz) bereits jede Form von zärtlichem Körperkontakt, inklusive Küssen, weil er oder sie befürchtet, „da dann nicht mehr rauszukommen“.

Stellt man nun die Frage, was wäre, wenn (im Sinne der „drei Formen sexuellen Verhaltens“, s.o.) „genitale Stimulation und Penetration“ verlässlich ausgeschlossen würden (vgl. sexualpsychologische Therapie bzw. Sexualtherapie), so findet sich in der Regel bei den Befragten sehr wohl Lust auf „extragenitale sexuelle Interaktion“ als vollständig unbeeinträchtigtes Bedürfnis, sowie die Bereitschaft zur Realisierung entsprechender Interaktionen. Und zwar sogar bei Personen, die sich in der Sprechstunde unter dem Etikett „Asexualität“ vorstellen (Ahlers, 2017a).

Vor diesem Hintergrund wird einleuchtend, dass Zungenküsse einen valideren Prädiktor für partnerschaftlich-sexuelle Beziehungszufriedenheit darstellen als die Häufigkeit von (oft absolviertem) penetrativem Sexualverkehr (Nijs, 2002). Gleichwohl infiltriert ein leistungs determiniertes Sexualitätskonzept sogar diesen ersten Bereich einer sexuellen Annäherung, wenn Küssen als fertigkeit gebundene Kulturpraktik definiert, verhandelt und bewertet wird, wie etwa Tanzen oder Singen, indem gesagt wird, dass der oder die „gut küssen“ könne bzw. der oder die eben nicht.

Also die identische Leistungskonzeption wie bei Sex insgesamt, wenn bewertet wird, dass der oder die „gut im Bett“ ist oder eben nicht. Und das vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die Erlebnisqualität eines Kusses – genau wie die eines Geschlechtsverkehrs – maßgeblich und vor allem vom Selbstwernerleben der beteiligten Personen sowie von der Möglichkeit und Bereitschaft der beteiligten Partner zur innerlichen Einlassung abhängt, und davon, ob die ausgetauschten sexuellen Handlungen für die beteiligten Personen auf der Beziehungsebene etwas bedeuten und sich

nicht in Stimulation und Erregungssuche erschöpfen. Organproportionen oder technische sexuelle Fertig- und Fähigkeiten einzelner Personen sind für sexuelle Erlebnismöglichkeit demgegenüber nachgerade irrelevant.

Die Leistungskontamination des Sexuellen kommt schon umgangssprachlich zum Ausdruck, wenn der Mann „einen hoch kriegen muss“ (Seilwinde/Flaschenzug), d.h., er muss eine Erektion „aufbauen“ (Hochbau/Statik). Dann muss er seine Erektion „halten“ (Gewichtheben/Stemmen), damit er sie dann (wie die Klinge einer Stichwaffe) „in die Scheide reinstecken“ (Werkzeug/Instrument) und damit „rammeln, bumsen bzw. ficken“ kann (Besorgung/Verrichtung). Dabei muss er so lange „durchhalten“ (Marathon/Ironman), bis die Frau dadurch (sic!) ein bis mehrmals „zum Orgasmus kommt“ (Zielerreichung/Plansollererfüllung), was diese mit (oft vorgespilten) Lautäußerungen (und möglichst auch noch Ejakulationen) zum Ausdruck bringen muss – sonst wird's nicht geglaubt.

Und danach – aber erst danach – muss dann auch der Mann (zum Orgasmus) „kommen“ – im Porno immer extravaginal, damit die Hervorbringung bzw. das Produkt der Kraftanstrengung in Gestalt des Spermas ejakulatorisch als Leistungsnachweis sichtbar zu Tage tritt – sonst wird's nicht geglaubt und das Soll-Ziel der Produktion ist nicht erfüllt. Und auch dabei kann er nicht einfach „kommen“, sondern muss sein Sperma auf die Frau „abspritzen“ – am besten ins Gesicht – damit diese mit einer Possessionsmarkierung okkupiert ist. Oder in ihrem Mund, mit Schlucken, damit der Geist des Mannes – als Ausdruck totaler Vereinigung und Aufnahme – von der Frau inkorporiert wird (vgl. Eucharistie der römisch-katholischen Amtskirche).

In dieser Porno-Choreographie wird Sex zu einem radikalen Tauschgeschäft mutuellem Stimulation und Orgasmusproduktion, in dem es der eine dem anderen „besorgen“ muss und dem anderen etwas schuldet, wenn er etwas bekommen hat (reziproker Dienstleistungsanspruch). Über den gesamten Lebensbereich wird leistungs determiniert gerichtet. Und das vor dem Hintergrund, dass Bewertungsabstinenz (Ahlers & Lissek, 2015), Bestätigung, Annahme und Zugehörigkeit der Kern dessen sind, was wir im Sexuellen bei-, mit- und ineinander suchen, und gerade nicht Stellungskriege in Gestalt absolvierter Koituspositionen und Haltungsnoten für Koitalakrobatik (ebd.).²²

Mythos Libido – Kein Mensch braucht „Lust auf Sex“ für eine gelingende sexuelle Beziehung

Im ursprünglichen Modell von Masters und Johnson (1970)

²² Um das Sexualitätskonzept der Leistungsgesellschaft einer kritischen Reflexion zu unterziehen, hilft auch ein Blick auf Zitate von Frauen, die sich über Jahrzehnte mit dem Thema auseinandergesetzt haben: „Mit der Verfügbarkeit der Reproduktionsmedizin ist der letzte Grund für Penetration erloschen“ (Schwarzer, 2002) sowie: „Die einzigen, die vaginale Orgasmen haben, sind Männer“ (Laan et al., 2021).

beginnt der sexuelle Reaktionszyklus noch mit der Phase sexueller Erregung. Erst in der Modifikation von Kaplan (1974) wird dieser eine eigenständige Phase *sexuellen Verlangens* vorangestellt, was später von Basson (2000) relativiert und zum Teil revidiert wurde (siehe unten).

Gleichwohl beginnt der sexuelle Reaktionszyklus seither mit dem, was umgangssprachlich als „Lust auf Sex“ bezeichnet wird. Der Fachausdruck dafür lautet *sexuelle Appetenz* bzw. *Sexualappetenz* (Ahlers et al., 2005). Zu unterscheiden sind hier zwei Unterarten, nämlich zum einen *ungerichtete Sexualappetenz* als *sexuelles Verlangen* nach Sex ganz allgemein, und zum anderen *gerichtete Sexualappetenz* als *sexuelles Begehren* nach Sex mit dem eigenen Partner (Ahlers & Lissek, 2015).

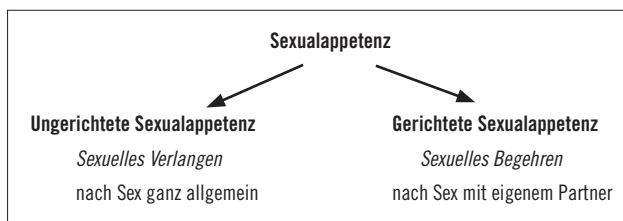


Abb. 3: Differenzierung ungerichtete versus gerichtete Sexualappetenz

Diese Differenzierung ist deshalb relevant, weil „keine Lust auf Sex“ in der Regel eingeschränktes, mangelndes oder ausbleibendes *sexuelles Begehren* (bezogen auf Sex mit dem eigenen Partner) meint – also *gerichtete Sexualappetenz* (s.o.) – das *sexuelle Verlangen* (nach sexueller Betätigung ganz allgemein) dabei aber oft unbeeinträchtigt fortbesteht. Das bedeutet übersetzt: Die Person hat zwar keine Lust auf Sex mit dem eigenen Partner (gemeint ist immer penis-vaginale Penetration zur Orgasmus- und ggf. Re-Produktion), sehr wohl aber Lust auf Sex ganz allgemein und vor allem ohne Leistungs- und Produktionsdruck, was sich beispielsweise in Sexualfantasien und sexueller Selbstbetätigung widerspiegelt und ggf. in sexuellen Außenkontakten niederschlägt. Und das ist ein ganz anderes Phänomen als ein generelles Ausbleiben des sexuellen Verlangens, wie es quasi als ein statischer Faktor, ähnlich einem „hohen“ oder „niedrigen“ Cholesterinspiegel bzw. Blutdruck, im Kontext der Körper- bzw. Sexualmedizin klinisch ungenau als *Lust- oder Libido-Störung* verhandelt wird.²³

Bis Mitte der 70er Jahre des 20. Jhs. war mangelnde sexuelle Appetenz eine nachgerade unbekannte, mindestens aber nach-

rangige Indikation im Spektrum der Sexualfunktionsstörungen, weil es im Zuge der emanzipatorischen sexuellen Befreiung (sexuelle 68er Revolution) – auch befördert durch die erstmalige Verfügbarkeit hormoneller Kontrazeptiva – vor allem darum ging, sexuell endlich zu machen und zu erleben, was man immer wollte, aber nie durfte. Keiner kam auf die Idee, keine Lust auf Sex haben zu können, und wenn, dann betraf das zur damaligen Zeit überhaupt nur Frauen, wurde aber insgesamt so gut wie nie zum Gegenstand von Sexualberatung und -therapie. Erst mit der Aufnahme von „Störungen des sexuellen Verlangens“ als Indikation in die klinischen Klassifikationssysteme erfolgte eine deutliche Zunahme entsprechender Beschwerdebekundungen.²⁴ Wenn man jetzt keine Lust auf Sex hatte, war es eine Krankheit (Beipackzettel-Bezeichnung *Libidostörung*), die vom Arzt behandelt werden muss.

Seit Beginn des 21. Jhs. nimmt dieser Beschwerdevortrag weiter zu und zählt mittlerweile zu den häufigsten Gründen, deretwegen eine Sexualberatung aufgesucht wird (Beier et al., 2021), und er wird zunehmend auch von Männern vorgetragen (Ahlers & Lissek, 2015). Auch hier wird sichtbar, in welcher elementarer Weise gesellschaftliche Wertebedingungen und Normvorstellungen Sexualfunktionsstörungen bedingen, da seit Ende des 20. Jhs. die ersten Kohorten heranwachsen, *die in sexueller Hinsicht mehr dürfen, als sie wollen*, und für die die sexuelle Befreiung ihrer Großelterngeneration in sexuelle Leistungs- und Performanz-Anforderungen umgeschlagen ist, was erklären dürfte, warum „keine Lust auf Sex“ mehr besteht (Ahlers & Schaefer, 2020).

Während also Kaplan (1974) noch davon ausging, dass sexuelles Verlangen quasi eine bedingende Voraussetzung für sexuelle Kontaktaufnahme und Interaktion darstellte, konnte Basson (2000) zeigen, dass – v.a. bei Frauen in Beziehungen – sowohl sexuelles Verlangen als auch sexuelles Begehren auch oder v.a. eine Folge sozialer, partnerschaftlicher und sexueller Interaktion sein können.

Die *Appetenzdiskrepanz* (Ahlers & Lissek, 2015), die gegeben ist, wenn einer sexuell mehr will als der andere, ist keine Krankheit, sondern eine obligatorische Konstellation in partnerschaftlichen Sexualbeziehungen, und eine vollkommene Kongruenz sexueller Kontaktwünsche beider Partner demgegenüber eher eine Ausnahme von dieser Regel (vgl. Schnarch, 1991).²⁵

Eine solche *Appetenzdiskrepanz* kann in der Richtungs- ausprägung Mann ↑, Frau ↓, auch mit physiologischen Unterschieden zu tun haben: Durch die Verschiedenheit geschlechtstypischer Hormongruppen (Androgene und Östrogene, vor allem des Testosteron-Spiegels) verspüren Männer

²³ Seit Beginn des 21. Jhs. hat die Medikalisation der Sexualstörungen auch hier sexual- und körpermedizinische Pseudodiagnosen hervorgebracht, wie Female Sexual Dysfunction FSD, hier vor allem *Hypoactive Sexual Desire Disorder* HSDD, die (analog zur Pseudodiagnose *Erectile Dysfunction* ED) den Lifestylemedizin-Markt für entsprechende sexualmedizinische Medikamente für Frauen bereiten sollen (vgl. *Filbanserin*) (Brotto, 2015), an deren Entwicklung, Verbreitung und Vermarktung mit großem Aufwand gearbeitet wird (Moynihan, 2003, 2010; Weber, 2015).

²⁴ Mit der Einführung von Diagnosen steigt die Häufigkeit nämlicher Befunde exponentiell an, wie dies auch 1980 bei der Einführung der Diagnose *Depression* sowie *ADHS* im DSM-III der Fall war (Schleim, 2022).

²⁵ Auch hieran wird ersichtlich, dass *Libidostörung* keine Krankheit ist, sondern ebenfalls ein medial erlernter Beschwerdevortrag (vgl. *Apothekenumschau*), der zur Inanspruchnahme lifestyle- bzw. sexualmedizinischer, medikamentöser Kompensationsangebote führen soll (Weber, 2015).

tendenziell mehr *ungerichtete Sexualappetenz* (sexuelles Verlangen) als Frauen, die wiederum in Abhängigkeit von partnerschaftlicher Interaktion und Kommunikation tendenziell eher *gerichtete Sexualappetenz* (sexuelles Begehren) erleben. Darüber hinaus befördern auf der soziologischen bzw. soziokulturellen Ebene geschlechtsstereotype Sozialisationsnormen differentes Sexualerleben und -verhalten bei Männern und Frauen.

Basson (2000) zufolge ist bei Frauen oft zunächst eine Art „sexuelle Neutralität“ gegeben, die am besten als *Appetenz-indifferenz* (Ahlers & Lissek, 2015) verstanden werden kann. Erst durch spezifische psychosoziale Rahmenbedingungen und Umstände („emotionale Intimität“) und in der Interaktion mit einem potentiellen Sexualpartner kann diese „sexuelle Neutralität“ zu sexuellem Begehren führen, das dadurch wiederum selbst sexuelles Verlangen auslösen, befördern und steigern kann (Basson, 2000).

Damit ist klinisch und empirisch evident, dass das Konzept „um Sex zu haben, muss man Lust auf Sex haben“ eine kollektive, fiktionale Fehlvorstellung ist, die den Umstand leugnet, dass *der Appetit beim Essen kommt*.

Die Plattitüde „Keine Lust auf Sex“ geht nach klinischer Erfahrung der Autoren ganz überwiegend auf das potentiell pathogene Sexualitätskonzept der Leistungsgesellschaft zurück und bringt damit vor allem eine Vermeidungstendenz zum Ausdruck, mit der Betroffene sexuelle Leistungsanforderungen und resultierende Versagensängste zu vermeiden suchen (Chiffre: *Libidostörung*). In der meist unbetroffenen sexuellen Selbstbetätigung findet diese Hypothese Bestätigung, denn eine *Libidostörung* würde sich auto- wie sozio-sexuell auf gleiche Weise zeigen (Ahlers, 2017a).

Bestätigungsbedürftigkeit – Sexuelle Appetenzdiskrepanz ist eigentlich die Diskrepanz von Bestätigungsbedürfnissen

Das tief verankerte Bedürfnis nach Verbindung, Vereinigung, bis hin zur Verschmelzung, das auch und vor allem in bedeutungsvollen Sexualkontakten – vor allem in penis-vaginaler Penetration – zum Ausdruck kommen kann, war es, was Sigmund Freud vor fast 120 Jahren als (*Sexual-*)*Trieb* bezeichnet hat (Freud, 1905). Die längste Zeit wurde Freud diesbezüglich dahingehend fehlinterpretiert, dass damit ein quasi vegetativ bestehender Drang zur Stimulation, Kopulation und Ejakulation gemeint sei, der überwiegend auf Geschlechtshormonen basierend zur Realisation dränge (*Trieb*). Träfe diese somatozentrische Reduktion zu, wäre es irrelevant, wo, wie und mit wem Stimulation, Kopulation und Ejakulation herbeigeführt würden. Dann wäre auch mit Selbstbefriedigung der Notdurft nachgekommen und der Sache weitgehend Genüge getan. Tatsächlich treten aber im Kontext von paar- und sexualpsychologischer Konsultation gerade solche Paare in Erscheinung, bei denen eine *Appetenzdiskrepanz* genau deshalb

zum Problem wird, weil der eine sein vermeintliches sexuelles Verlangen und/oder Begehren eben gerade nicht mit sich allein oder mit einem beliebigen Gelegenheitspartner befriedigen will, sondern ausschließlich und gerade mit dem eigenen Partner.

Wenn nun im Rahmen der sexualpsychologischen Exploration weiter gefragt wird, worum es denn dann gehe, wenn die Sache sich nicht in der beliebigen Abfuhr von Exsudaten erschöpfe, wie es der *Triebbegriff* nahelege, dann stellt sich in der Regel rasch heraus, dass es im Kern um die Suche nach *Bestätigung* geht, die der eine nur durch sexuelle Einlassung seines eigenen Partners erleben kann, weil der ihn kennt und ihm dadurch das Gefühl von Anerkennung, Wertschätzung und Annahme zuteil werden lassen kann – „Erlösung durch Überwindung von Vereinzelung“ (Ahlers & Lissek, 2015).

Im Verständnis der AZST erschöpft sich bei genauerer Betrachtung der Thematik *Libido* (die übersetzt *Lebenslust* bedeutet und mit der Freud folglich auch viel mehr meinte als *Sexualtrieb*) bzw. *Libidostörung* eigentlich in einer Diskrepanz zwischen den Partnern, bezogen auf die Ausprägung ihrer jeweiligen *Bestätigungsbedürfnisse*. Denn der andere soll ja nicht nur im Sinne einer Selbstbereitstellung für sexuelle Handlungen zur Verfügung stehen (*Fuckbody*), sondern sich auf sexuelle Interaktion seelisch einlassen, um dem anderen dadurch das Gefühl von Bestätigung und Annahme zuteil werden zu lassen. Und genau diese seelische Einlassung kann der andere nicht willentlich erzeugen bzw. gewollt herbeiführen – schon gar nicht unter dem Anforderungs- und Erwartungsdruck, dass dies durch penis-vaginale Penetration zur Orgasmusproduktion erfolgen muss. Funktionelle sexuelle Selbstbereitstellung kann der oder die andere (mit oder ohne Hilfsmittel) ggf. gewährleisten (*Gnadensex*), aber diese führt eben genau nicht zur ersehnten bis benötigten Bestätigung und emotionalen Linderung und Beruhigung, sondern allenfalls zu kurzfristiger sexueller Befriedigung. Diese Bestätigung, gut, richtig und gewollt zu sein, stellt sich für viele Menschen erst und allein durch totale Öffnung und vollständige Einlassung und Hingabe des anderen ein, die in „Geschlechtsverkehr“ zum Ausdruck kommen „muss“. Alles darunter reicht nicht. Alles außer Penetration ist Non-Sex. Und Non-Sex ist Nonsense. Darum wird Sex ohne Geschlechtsverkehr (*Non-Penetrative Sex*) als ungenügend bewertet, selbst wenn dabei ein Orgasmus zustande kommt. Der Hintergrund besteht darin, dass es eigentlich nicht um Erregung geht. Es geht um Annahme. Erregung ist lediglich der Zuckerguss auf diesem Kuchen (Ahlers, 2017b). Die Einlassung des anderen auf mich muss gefühlt in körperlicher Vereinigung zum Ausdruck kommen. Nur wenn der andere in mir sein will und ich in ihm sein soll, stellt sich das Gefühl ein, in Ordnung, richtig und angenommen zu sein, dass die von Selbstunsicherheit und Selbstzweifeln gequälte Seele zur Ruhe kommen lässt.

Ausgehend von der Auffassung der Autoren, dass nicht etwa „Lust auf Sex“, sondern *Selbstwertregulation*, also die Suche nach *soziosexueller Selbstbestätigung*, generell den zentralen Treiber bzw. das Kernmotiv für sexuelle Kontakt-

aufnahme und Interaktion bildet (und zwar innerhalb und außerhalb von partnerschaftlichen Beziehungen), stellt das Bedürfnis nach *Bewertungsabstinenz* (Ahlers & Lissek, 2015), Wertschätzung und Annahme, auch und vor allem im Rahmen partnerschaftlicher Beziehungen, den tieferen und damit eigentlichen motivationalen Hintergrund für die Suche nach sexueller Einlassung des anderen dar (und nicht Triebe durch Hormone!).²⁶

Wenn nun ein Partner eine solche bzw. diese soziosexuelle Selbstbestätigung stärker und mehr braucht als der andere, dann besteht eine Asymmetrie dieser Bedürfnisse. Dieser Zustand wurde bisher als *Appetenzdiskrepanz* aufgefasst und bezeichnet. Im Kern geht es aber nach Auffassung der Autoren nicht um Appetenz im Sinne von „Lust auf Sex“, sondern eine *Asymmetrie soziosexueller Bestätigungsbedürfnisse*.

Wenn nun einer der beiden Partner viel mehr soziosexuelle Selbstbestätigung braucht, als der andere geben kann und/oder will, dann zeigt sich darin eine *Bestätigungsbedürftigkeit* (Ahlers, 2022). Hinzu kommt erschwerend, dass die psychologische Standardreaktion auf Bedürftigkeit Distanznahme ist, weil niemand für die seelische Stabilität des anderen verantwortlich sein, geschweige denn in Anspruch oder gar in Regress genommen werden will. Genau das geschieht aber, wenn der Bestätigungsbedürftigere seinen Partner für die Stillung seiner Selbstwertnot sexuell in Anspruch zu nehmen versucht: Der andere reagiert mit um so geringerer Zuneigung und Einlassungsbereitschaft oder sogar mit Abneigung und Rückzug.

Der Bestätigungsbedürftigere steht im Prozess der AZST vor der Herausforderung, zu realisieren, „dass es nichts hilft, auf's Häuschen zu klopfen, damit die Schnecke guckt und dass Gras nicht wächst, indem man daran zieht.“ Da es sich um nicht willentlich beeinflussbare Lebensbereiche handelt, gilt das *Psychologische Naturgesetz der ephemeren und evasiven Phänomene*, nämlich, dass „nur sein kann, was nicht sein muss“ (Ahlers, 2017b). In der sexualpsychologischen Bearbeitung dieses Dilemmas kann es dann helfen, auf das Kernparadigma der AZST von Martin Luther zu verweisen: „Wir können die Liebe des anderen weder erwerben, noch erwarten – wir können nur in sie vertrauen“. Beziehung ist ein tägliches Geschenk, dass sich nur einlöst, wenn es angenommen wird. Und auf Geschenke gibt es keinen Herausgabeanspruch. Jeder ist für die Stabilität seines Selbstwerterlebens vorderhand selbst verantwortlich. Der andere kann nur helfen und unterstützen, durch seine emotionale und sexuelle Einlassung, aber nicht den Mangel des anderen kompensieren (Ahlers, 2022).

Und damit findet sich die Wurzel allen Übels wie immer in der jeweiligen Ausprägung des *Selbstwerterlebens*. Nach Auffassung der Autoren ist das *Selbstwerterleben* die Keimzelle aller seelischen Gesundheit und ein geringes, geschwächtes, entzündetes oder gar gestörtes Selbstwerterleben bildet die Keimzelle aller psychischen und Verhaltensstörungen (Ahlers, 2020). Je geringer ich meinen Selbstwert erlebe, desto bedürftiger fühle ich mich darauf angewiesen, Selbstbestätigung zu suchen und Fremdbestätigung (von außen bzw. dem anderen) zu erlangen. Meine Selbstwertstabilität hängt dann davon ab, dass der andere mich annimmt, etwas von mir hält und mir das zeigt, indem er will, dass ich in ihn komme bzw. er in mir sein will.

Auch eine Diskrepanz bestehender Bestätigungsbedürfnisse sowie eine möglicherweise bestehende *Bestätigungsbedürftigkeit* bei einem Partner, um die es nach Auffassung der AZST im Kern beim Thema „Lust auf Sex“ eigentlich geht, spielt sich damit ebenfalls *nicht* auf körperlicher Ebene ab (z.B. Hormone) und betrifft auch *nicht* die Funktionen von Erregung oder Fortpflanzung, sondern die Kommunikationsfunktion von Sexualität, als potentiell potenteste Möglichkeit Selbstbestätigung zu erlangen und psychosoziale Grundbedürfnisse wechselseitig miteinander erfüllen zu können, und bildet damit einen genuin psychologischen bzw. psychosozialen Faktor (Loewit, 1978; 1994; 2019).²⁷

Soziale Faktoren – die Beziehung Sozio-physio-psycho-soziales Paradigma

Neben den bisher abgehandelten soziologischen, physiologischen und psychologischen Faktoren, geht es auf der Mikroebene konkreter sexueller Interaktion auch darum, die sozialen Faktoren zu berücksichtigen und damit die Beschaffenheit und Qualität der partnerschaftlichen Sexualbeziehung mit einzubeziehen.

Während William Masters als Gynäkologe primär den Einzelpatienten im Blick hatte (vgl. der „inkompetente Ejakulator“, Masters & Johnson, 1970), brachte Virginia Johnson als Psychologin den Einfluss der partnerschaftlichen Beziehungsqualität in das Therapiekonzept der Klassischen Sexualtherapie mit ein. Wiewohl die Arbeit von Masters und Johnson eine veritable therapeutische Errungenschaft war und ist, so blieb der ursprüngliche Ansatz doch noch relativ somatozentrisch und verhaltenstherapeutisch mechanis-

²⁶ Auch hier wird im Zuge der Medikalisierung der Sexualfunktionsstörungen die zugrunde liegende Psychoregulation außer Acht gelassen bis gelegentlich und stattdessen mit mehr oder weniger statischen Chiffren versehen, wie *Hypersexualität* (früher *Don-Juanismus*, *Satyrismus* bzw. *Nymphomanie*) oder englischen sexualmedizinischen Pseudodiagnosen *Hyperactive sexual Desire Disorder* HSDD etikettiert, um dadurch Absatzmärkte zu erschaffen, hier für sexuell impulsdämpfende Medikamente (Moynihan, 2003, 2010; Weber, 2015).

²⁷ Zu den ersten Ansätzen, die diese Perspektive explizit in den Mittelpunkt stellten, zählt die *Kommunikationszentrierte Sexualtherapie* von Kurt Loewit (1994), die später in *Syndyastische Sexualtherapie* umbenannt wurde. Dieser Ansatz versteht sexuelle Interaktion als Kommunikation zur Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse und betrachtet Sexualfunktionsstörungen auch als Ausdruck diesbezüglich eingeschränkter partnerschaftlicher Beziehungskommunikation (Loewit, 1978; 1994; 2019).

tisch und wurde lediglich um informatorische und praktische Einbeziehung von Partnerinnen ergänzt. Schon die Übertragung des Ansatzes ins deutschsprachige Mitteleuropa rückte den Fokus weg vom gestörten Einzelpatienten, hin zur „sexuell gestörten Beziehung“ (Arentewicz & Schmidt, 1980) und etablierte damit eine deutlich stärkere Fokussierung auf partnerschaftliche Beziehungsfragen und damit auf die genuin sozialen Aspekte sexueller Funktionsstörungen.²⁸

It takes two to tango – Einbeziehung von Partner:innen unerlässlich

Treten im Rahmen der sexualpsychologischen Exploration grundlegende partnerschaftliche Konflikte zutage, die das Miteinander immer wieder strapazieren und nur schlecht oder gar nicht gelöst werden können, so stellt der resultierende *Beziehungsdysstress* (Ahlers, 2017b) einen ebenso großen Belastungs- und Risikofaktor für die partnerschaftlich-sexuelle Beziehungsgesundheit dar, wie die beschriebenen soziologischen, physiologischen und psychologischen Aspekte. Hierin liegt auch der Grund, warum die prinzipielle Einbeziehung vorhandener Partnerinnen und Partner in eine Therapie sexueller Störungen unerlässlich ist (Grawe et al., 1994). Das bedeutet, dass die Einbeziehung vorhandener Partnerinnen bzw. Partner keine Frage des Geschmacks oder des individuellen Behandlungsstiles ist, sondern als kategorische Notwendigkeit aufgefasst werden muss, deren Nichtbeachtung oder Vernachlässigung einen Verfahrens- bzw. Kunstfehler darstellt.

Immerhin will der Einzelne mit seiner Sexualität programmatisch zum anderen. Also geht den anderen alles etwas an, was der eine mit seiner Sexualität anstellt oder auch machen lässt, wie beispielsweise die Verordnung sexualitätswirksamer Medikamente, die bis heute ganz überwiegend (schlimmstenfalls auch noch konspirativ) dem einzelnen Patienten verschrieben oder verabreicht werden. Auch hier gilt das Prinzip des Römischen Rechts: *audiatur et altera pars* – immer sei auch die andere Seite gehört, bevor man sich ein Bild macht, denn der Einzelne kann und wird nur seinen Teil und damit seine Sicht auf die Sache vermitteln. Im Einzelsetting erfahren wir daher programmatisch nur „die halbe Wahrheit“, die auch darin besteht, dass Männer Quantitäten in sexuellen Belangen systematisch überschätzen (z.B. Koitusfrequenz und -dauer), was einbezogene Partnerinnen regelmäßig gütig relativieren.

Wenn ein Paar also sexuell (wieder) miteinander in Beziehung treten will, nützt es nichts, wenn einer allein eine Beratung oder eine Behandlung wahrnimmt. Eine Analogie bildet das Tanzen: Wenn ein Paar zu Hause bei Tanzversuchen aus dem

Takt kommt und sich auf die Füße tritt, nützt es nichts, wenn einer allein in die Tanzschule geht und dort mit dem Tanzlehrer toll tanzen lernt. Zu Hause herrscht derselbe Murks wie vorher: It takes two to tango!²⁹

Bei der Berücksichtigung der partnerschaftlichen Sexualbeziehung im paar- und sexualdiagnostischen Prozess geht es u.a. um die Kompatibilität sowohl der *Sexualpräferenz* als auch der *Beziehungspräferenz* beider Partner (Ahlers & Lissek, 2015). Beide Aspekte können mehr oder weniger Übereinstimmungen aufweisen, was bei der Erstellung eines Therapieplans und der Formulierung valider Therapieziele zu berücksichtigen ist. Des Weiteren geht es um die Evaluation der partnerschaftlichen Interaktions- und Kommunikationsfertigkeiten, des partnerschaftlichen Konflikt- und Problemlöseverhaltens, des Bindungsstils der Partner (eher symbiotisch oder syndyadisch) sowie der partnerschaftlich-sexuellen Beziehungszufriedenheit, sofern (noch) Beziehungssexualität existiert (was allein im Paarsetting valide exploriert werden kann). Ein typisches Problem kann hier bspw. darin bestehen, dass einer der Partner tiefer internalisierte sozialnormative Leistungsanforderungen an sexuelle Performanz als der andere aufweist und daraus resultierend den Anspruch an den anderen erhebt, diesen Forderungen gerecht werden zu müssen, wodurch dem anderen nachvollziehbarerweise als psychologische Reaktion *die Lust vergeht*.

In der paar- und sexualpsychologischen Ziel- und Wertklärung, die obligatorisch den Beginn jeder Sexualpsychologischen Therapie darstellt, geht es darum, ob es ein gemeinsames bzw. geteiltes Anliegen gibt, die partnerschaftlich-sexuelle Beziehung, unabhängig vom Status genitaler Reaktionen und sexueller Funktionen, zu entwickeln und zu entfalten und dadurch die partnerschaftlich-sexuelle Beziehungszufriedenheit und -qualität zu vertiefen und zu erweitern. Ausschlaggebend ist hier, ob sich beide Partner für diesen Prozess entscheiden und auf diesen einlassen wollen, und sich authentisch auf das gemeinsame Therapieziel einigen können, das keine Reparatur, Refunktionalisierung und Ertüchtigung von genitalen Reaktionen vorsieht (Ahlers & Schaefer, 2018).

Im Prozess der Ziel- und Wertklärung ist es dafür unerlässlich, die Leistungskonzeption von Sexualität bewusst und die resultierende Trias von „Leistungsdruck, Versagensangst und Vermeidungstendenz“ aufzuzeigen und für das Paar transparent zu machen. Oft macht erst die Inaussichtstellung einer „Produktions-Verzichts-Vereinbarung“ (siehe unten) die konsensuelle Vereinbarung valider Therapieziele möglich.

Wenn keine partnerschaftliche Beziehung existiert und Sexualfunktionsstörungen im Kontext beziehungsloser Sexual-

²⁸ Der großer Verdienst von Kurt Loewit besteht darin, die Orientierung auf psychosoziale Grundbedürfnisse, Bedeutung und Sinn, die Mitte des 20. Jhs. in der *Humanistischen* und *Positiven Psychologie* entstanden ist (Maslow, Rogers, May, Frankl), konsequent auf Sexualität bezogen und im Dienste sexueller Gesundheit ausdifferenziert und angewandt zu haben.

²⁹ Hierin besteht auch der Grund für die oft kurze Einnahmedauer von Medikamenten wie *Viagra*: Sie werden dem Mann allein vom Arzt verordnet und oft heimlich eingenommen. Partnerinnen werden nicht berücksichtigt und in die Behandlung eingebunden. Weil die so entstehende Penisversteifung damit partnerschaftlich uneingebettet bleibt, laufen viele Männer zu Hause mit ihren so errungenen Pharma-Erektionen vor verschlossene Schlafzimmertüren.

kontakte auftreten (also bei Singles), ist deren Überwindung strukturell erschwert, weil Gelegenheitspartner – im Gegensatz zu Beziehungspartnern – in der Regel nicht in bestehende Versagensängste eingeweiht werden, was ihr Bestehenbleiben wahrscheinlicher werden lässt, als wenn sich jemand im Schutze einer vertrauensvollen Beziehung offenbart, anvertraut und dadurch Leistungsdruck und Versagensangst abbauen kann.

Darüber hinaus erschöpft sich bei beziehungslosen Sexualkontakten – im Gegensatz zu partnerschaftlichen Sexualkontakten – der Zweck der Übereinkunft noch programmatischer in wechselseitiger Selbstbestätigungssuche durch Orgasmusproduktion, was bedeutet, dass der Kontakt auf die Erregungsfunktion reduziert und entsprechender Leistungsdruck programmiert ist („guter Sex versus schlechter“, Ahlers & Schaefer, 2018).³⁰

Differenzierung – Von der Symbiose zur Syndyade

Wenn sich im Zuge der paarpsychologischen Exploration und Anamneseerhebung herausstellt, dass das Paar ein symbiotisches Beziehungskonzept lebt, kann es notwendig werden, im Rahmen einer paarpsychologischen Beziehungsklärung eine Differenzierung der Partner zu unterstützen (Jung, 1928), weil eine Symbiose zwar große Stabilität und Sicherheit vermittelt, gleichzeitig aber Entwicklung erschwert bzw. verunmöglicht, weil sich keiner mehr allein bewegen und so weiterentwickeln kann. Im Rahmen einer paarpsychologischen Beziehungsklärung zur Entsymbiotisierung werden die Fragen beantwortet: Wer und was sind wir für- und miteinander? Wer und was wären wir ohneinander. Was bindet und was trennt – was eint und was entzweit uns? Auf diese Weise kann eine Entwicklung von der *Symbiose zur Syndyade* befördert werden, die es beiden Partnern ermöglicht, sich variabel anzunähern und wieder zu distanzieren, ohne dass dadurch Angst vor Bindungsabbruch aufkommt.

Hieran wird deutlich, dass es von einem Paar auch Mut verlangt, sich auf einen solchen Klärungsprozess einzulassen. Der Preis oder besser das Ergebnis kann dann aber eine (Wieder-)Belebung der sexuellen Beziehung sein, weil sich beide (mitunter erstmalig) miteinander auseinandergesetzt und sich so (neu) kennen gelernt haben. Aus Siamesischen Zwillingen, die nur im WIR existieren können, werden diffe-

renzierte Partner, die ein Gegenüber im Sinne eines DU und ICH darstellen (Schnarch, 1991).

Akzeptanz als Voraussetzung für Entwicklung

Am Beginn einer *Akzeptanz- und Zugeständnis-Sexualtherapie* (AZST) steht die Emanzipation von sämtlichen Leistungs-, Funktions- und Produktions-Ambitionen in Bezug auf Sexualität, insbesondere bezogen auf penis-vaginale Penetration zur Orgasmus- und ggf. Re-Produktion. Das Prinzip lautet: „Kein OrgasMUSS mehr!“ (Ahlers, 2017b). Einzelpersonen und Paare werden darin unterstützt, sich von internalisierten, sexuellen Leistungsvorstellungen zu emanzipieren und die Vorhandenheit von Sexualfunktionsstörungen zu akzeptieren. Das bedeutet, erstens anzunehmen, dass Sexualfunktionen *nicht* gegeben sind bzw. zu akzeptieren, dass es so ist, wie es ist (*Akzeptanz*), und zweitens aufzuhören, innerlich dagegen anzukämpfen und anzustreben, dass es anders werden möge (*Zugeständnis*).³¹ Erst wenn dadurch die innere Leistungsanforderung bzw. der gefühlte Druck zur Orgasmus- und ggf. Re-Produktion nachlässt, können sich gestörte Sexualfunktionen wieder erholen und einstellen, „weil nur sein kann, was nicht sein muss“ (*Psychologisches Naturgesetz der ephemeren und evasiven Phänomene*; Ahlers & Schaefer, 2018).³²

Wesentlich ist es hierbei, aufzuzeigen, dass utilitaristische Akzeptanz *keine* Akzeptanz ist: Wenn ich versuche, zu akzeptieren, damit es wieder klappt, dann bedeutet das, dass Akzeptanz (noch) nicht möglich und ein Zugeständnis (noch) nicht gelungen ist.³³

Die (implizite oder explizite) Beibehaltung einer Fokussierung auf Reparatur bzw. Wiederherstellung oder gar Optimierung genitaler Reaktionen sowie sexueller Funktionalität und Leistungsfähigkeit (wie sie das Ziel sexualmedizinischer Ertüchtigungsbehandlungen darstellt), ist aus der Perspektive der AZST ein aufrechterhaltender und symptombetreibender Faktor für Sexualfunktions- bzw. besser *Sexualpenetrations-*

³⁰ In Fällen leidvoll erlebter Partnerlosigkeit (*Sad Singles*, vgl. Ahlers & Lissek, 2015) sowie bei Personen mit *selbstunsicher ängstlich-vermeiden-der Persönlichkeit*, die resultierend unter *soziosexueller Selbstunsicherheit* leiden (Fahrner, 1983; 1984) und deswegen noch nie einen soziosexuellen Kontakt erleben konnten (sog. *Absolute Beginners*) besteht die Möglichkeit, die AZST um die Einbeziehung einer *Surrogatpartnerin* zu erweitern und dem Betroffenen so die Möglichkeit zu geben, eine Sexualtherapie inklusive *Sensate Focus* mit einer therapeutischen Modellpartnerin real, d.h., leiblich erleben zu können (Ahlers, 2022).

³¹ Eine 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/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 Kommunikationsfunktion von Sexualität: Sex als intimste Form der Kommunikation zur Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse (Loewit, 1978; 1994; 2019).

³² „Je mehr wir Lust zum Ziel machen, umso mehr verfehlen wir es auch schon. Darin sehen wir eine der häufigsten Ursachen sexueller Neurosen. Sind doch Potenz und Orgasmus in dem Maße gestört, in dem sie entweder zum Gegenstand unserer Aufmerksamkeit oder zum Gegenstand unserer Absicht werden.“ (Frankl, 1952).

³³ Beispielfrage eines Patienten im Prozess der Ziel- und Wertklärung einer AZST: „Wie lange muss man akzeptieren, bis man wieder einen hoch kriegt?“

Störungen. Erst die vollkommene Akzeptanz der Abhandenheit der Sexualfunktionen und das Zugeständnis, dass penetrativer Sexualverkehr zur Orgasmusproduktion ausgeschlossen ist bzw. nicht mehr stattfindet, eröffnet die Möglichkeit, sich von sexuellen Leistungsanforderungen und Produktionsambitionen authentisch emanzipieren zu können.

Bedeutungsloser Sex ist sinnlos

Im Weiteren geht es darum, die Paare darin zu unterstützen, ein Konzept davon zu entwickeln, was sie in sexueller Hinsicht voneinander wollen und miteinander anfangen und anstellen können, wenn im Rahmen der sexualpsychologischen Therapie bzw. Sexualtherapie Erregung und Fortpflanzung bis auf Weiteres ausgeschlossen sind. Immerhin ist zielgerichtete, absichtsvolle und ergebnisorientierte genitale Stimulation zur Orgasmusproduktion der verlässlichste Weg, Intimität zu vermeiden (wie es z.B. im Rahmen von Prostitution die Regel darstellt). Darum geht es im Rahmen einer AZST auch um die Mutprobe, sexuelle Intimität zu wagen und die meisten Paare sind erst einmal ratlos, was sie miteinander anstellen können bzw. sollen, wenn Orgasmusproduktion bis auf Weiteres außen vor bleibt. Und hinzu kommt oft eine gewisse Beklommenheit, weil Ängste durch Selbstunsicherheit nicht „wegstimuliert“ werden können. Hier geht es darum, ein Bewusstsein für die Kommunikationsfunktion von Sexualität zu eröffnen, wodurch für beide Partner klar wird, dass es ihnen im Kern um eine wechselseitige Bestätigung sowie die Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse nach Angenommenheit, Geborgenheit und Nähe geht (vgl. *Syndyastische Fokussierung*, Loewit, 1978; 1994; 2019), für deren Verwirklichung *keiner keinem irgendwo irgendwas reinzustecken oder zu besorgen braucht*, weil dafür nichts mehr angestrebt, betrieben, hergestellt und erreicht werden muss. Wenn dabei Erotik, Erregung und Leidenschaft aufkommen (weil sie nicht mehr kommen müssen) – um so schöner – aber diese bilden nicht das Ziel und den Zweck der Begegnung. Beide Partner können lernen, dass Erregung entstehen und vergehen kann (solange sie nicht entstehen muss), ohne dass diese genutzt und zum Höhepunkt gesteigert werden „muss“.

Die Grundannahme der AZST besteht folglich darin, dass sich gestörte Sexualfunktionen erst dann erholen und ggf. wieder einstellen können, wenn beide Partner authentisch innerlich aufgehört haben, absichtsvolle, zielgerichtete, ergebnis- und produktionsorientierte (und damit utilitaristische) sexuelle Stimulation, vor allem penis-vaginale Penetration zur Orgasmus- und ggf. Re-Produktion, anzustreben bzw. zu betreiben.

Die Rationale im Ansatz der AZST besteht damit darin, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass sexuelle Selbstheilungskräfte aktiviert und freigesetzt werden können, indem absichtslose, erwartungsfreie, ausgangsoffene und nicht ziel- und ergebnisorientierte sexuelle Interaktion zur soziosexuellen Bestätigung und Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse

erlernt werden (*Syndyastischer Fokus*). Das Wesentliche in der AZST passiert damit im psychotherapeutischen Prozess in den Köpfen der Patienten und zwischen den Partnern, und zwar noch bevor ein Paar sich zum ersten Mal im Rahmen des Sensualitätserlebens zum Streicheln verabredet (*Sensate Focus*). Auch dieser Aspekt geht bereits auf Masters und Johnson zurück, die in ihren Publikationen immer wieder darauf hinwiesen, dass *Sensate Focus nicht* die Sexualtherapie ist, sondern Paaren die Möglichkeit geben soll, das, was sie in ihrer Sexualtherapie erarbeitet haben, anschließend auch körperlich austauschen und erleben zu können (Ahlers & Schaefer, 2018).

Damit das möglich wird, müssen Funktionsreparatur und -wiederherstellung im Sinne von Ertüchtigungsbehandlungen, „damit es wieder klappt“, konsequent als Therapieziele ausgeschlossen bleiben, weil andernfalls die therapeutischen Begegnungen des Paares im neuen Bewusstsein für die Kommunikationsfunktion von Sexualität als „Hausaufgaben und Übungen“ zur Funktionsreparatur und -wiederherstellung missverstanden und so der gesamte Prozess utilitarisiert wird – als bloßes Mittel zum Zweck der Reparatur und somit zur leistungsorientierten (Wieder-)Ertüchtigung. Was gefühlt wirklich nicht mehr sein muss, das kann nach und nach wieder kommen, wenn es nicht mehr kommen muss, weil keiner darauf fokussiert und wartet (Ahlers & Schaefer, 2018).³⁴

Grundlagen und fachliche Fundierung der Akzeptanz- und Zugeständnis-Sexualtherapie

1. Die Grundlagen der AZST sind zunächst dieselben wie in der **allgemeinen Psychologischen Therapie bzw. Psychotherapie**; d.h., es bedarf eines Überblicks über:

- soziodemographische und anamnestiche Hintergrundinformationen,
- Beschwerden, Probleme und Anliegen in den Worten der Patienten,

³⁴ An dieser Grundkonzeption der AZST wird auch ersichtlich, dass ein aktueller oder gar akuter unerfüllter Kinderwunsch programmatisch eine Kontraindikation zur Aufnahme einer AZST darstellt, weil Produktionsabstinenz mit der Ambition der Reproduktion unvereinbar ist. Paaren mit drängendem unerfüllten Kinderwunsch wird daher pragmatisch reproduktionsmedizinische Behandlung empfohlen. Sollte nach Abschluss der Familiengründung ein Wunsch nach Entkrampfung, Entspannung und Entwicklung der partnerschaftlichen Sexualbeziehung (fort-)bestehen, so wäre dann (wenn das letzte Kind durchschläft) der Zeitpunkt für die Aufnahme einer AZST gekommen bzw. gegeben. Der Prozess der Familiengründung kann so lange ausschließlich durch paar- und sexualpsychologische Beratung und Begleitung unterstützt werden, nicht aber eine grundlegende Veränderung des Sexualitätskonzeptes therapeutisch etabliert werden (Ahlers, 2021).

- prägende Aspekte der individuellen Lerngeschichte (kritische Lebensereignisse),
- persönlichkeitspsychologischer und psychopathologischer Befund,
- differentialdiagnostische Einordnung des zentralen Störungsbildes,
- chronische und (psychische) Grunderkrankungen und deren Behandlung.

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

- spontane Beschwerdebekundung und Problembeschreibung des Paares,
- Kennenlernen, Verliebtheit, Beginn der Partnerschaft/Beziehungsetablierung,
- kritische Ereignisse, Konflikte, Krisen, Veränderungsauslöser,
- partnerschaftliche Interaktions- und Kommunikationsfertigkeit,
- partnerschaftliches Konflikt- und Problemlöseverhalten,
- Evaluation der *Beziehungspräferenz* (Affinität vertrauter Muster + Schemata),
- partnerschaftlich-sexuelle Beziehungsdynamik und -zufriedenheit,
- gemeinsames Anliegen und Therapiezielbenennung des Paares.

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

- individuelle, sexuelle Entwicklung und Lerngeschichte der einzelnen Partner,
- sexuelle Einstellungen, Überzeugungen, Weltanschauungen,
- zentrale Aspekte des sexuellen Erlebens und Verhaltens (individuelle und partnerschaftliche sexuelle Betätigung und Interaktion, inklusive sexueller Selbstbetätigung),
- differenzielle Analyse der *Sexualpräferenz (Drei-Achsen-Modell)*,
- soziosexuelle Selbstunsicherheit: Leistungsdruck, Versagensangst, Vermeidungstendenz,
- differentialdiagnostische Einordnung des sexuellen Störungsbildes, Entwicklung der partnerschaftlichen Sexualbeziehung (sexuelle Kompatibilität),
- bisherige Umgangsweise bzw. Versuche der Problemlösung, z.B. Sexualmedizin (Medikamente etc.), Psychotherapie, Paar-/Sexualtherapie, Seitensprung/Außen- bzw. Parallelbeziehungen, Pornographiekonsum und Prostitutionskontakte etc.

Eine Darstellung von Diagnostik und Therapie von Sexualfunktionsstörungen sowie zur Konzeption und zum Ablauf

bzw. der Durchführung von Sexualtherapien verschiedener Ansätze und Schulen findet sich in Maß und Bauer (2016).

Aufbau und Ablauf einer *Akzeptanz- und Zugeständnis-Sexualtherapie (AZST)* mit *Syndyastischer Fokussierung* und *Sensate Focus* im Paarssetting

1. **Worum geht es und was ist das Anliegen – Die Erstberatung**

- spontane Beschwerdebekundung und Problembeschreibung des Paares,
- Spontanangaben der Patienten; bei Paaren: Einer nach dem anderen und jeder für sich mit seinen eigenen Worten, in der ersten Person Singular, denn: Das WIR ist der Paravent, hinter dem sich zwei ICHs verbergen! (z.B. „Wir fühlen uns wohl!“...)
- Erstexploration der Problematik: Was hat der Patient bzw. das Paar?
- Liegt eine klärungsbedürftige Problematik oder eine behandlungsbedürftige Störung vor?

2. **Was soll erreicht werden – Die Ziel- und Werteklä rung**

- **Differenzierung der zentralen Funktionen von Sexualität:** *Erregung, Fortpflanzung, Kommunikation*. Defokussierung von Erregung und Fortpflanzung – Fokussierung von Kommunikation. Vornehmliche Funktion von Sexualität in partnerschaftlichen Beziehungen ist nicht Orgasmus- und ggf. Re-Produktion (kann jeder alleine), sondern Kommunikation zur Erfüllung von Grundbedürfnissen (geht nur in Beziehung).
- Aus gesundheitlicher Perspektive braucht kein Mensch Erregung und Fortpflanzung, aber die Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse durch (sexuelle) Körperkommunikation.
- **Bewusstmachung der Leistungskonzeption von Sexualität:** Penetration zur Produktion. Vorbereitung der Emanzipation von dieser Leistungskonzeption.
- **Erarbeitung eines Störungsmodells mit dem Paar:** Internalisierter Leistungsdruck (Orgasmus- und ggf. Re-Produktion) führt zu Versagensangst, die zu Verkrampfung und Verspannung und damit zu Funktionsstörung führt (Dysfunktion/Schmerz), was wiederum Vermeidung sexueller Interaktion (Chiffre: „keine Lust auf Sex“) und dadurch Entfremdung und Entzweiung (Beziehungsdysstress) provoziert etc..
- **Akzeptanz und Zugeständnis:** Kann die Vorhandenheit von Sexualfunktionsstörungen vor diesem Hintergrund von beiden Partnern innerlich authentisch als gegeben

angenommen werden (Akzeptanz) und gelingt es dadurch beiden Partnern, aufzuhören, innerlich dagegen anzukämpfen, dass es ist, wie es ist (Zugeständnis)?

- **Annehmen und Loslassen** – Können sich beide Partner authentisch darauf einigen?
- **Intervention:** Mentale Exposition: Was wäre bei Genitalkrebs: Wenn Erregung und Fortpflanzung nicht (mehr) gegeben sind, ist das, was bleibt, die Kommunikationsfunktion.
- Erst, wenn Akzeptanz und Zugeständnis gelingen, kann Sexualtherapie beginnen!

- **Valide Therapieziele:** Wie lauten vor diesem Hintergrund valide Therapieziele?

Sexuelle Funktionsreparatur und Leistungssteigerung scheiden aus! Weil nur sein kann, was nicht sein muss! Stattdessen: Nicht die (Wieder-) Herstellung genitaler Reaktionen und sexueller Funktionen ist Therapieziel, sondern soziosexuelle Bestätigung und Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse nach Angenommenheit, Zugehörigkeit, Geborgenheit, Intimität und Nähe und dadurch (Wieder-) Erlangung partnerschaftlich-sexueller Beziehungszufriedenheit durch erwartungsfreie, absichtslose, ausgangsoffene, nicht ziel- und ergebnis-orientierte, sexuelle Körper- und Seelen-Kommunikation, *unabhängig von genitalen Reaktionen und sexuellen Funktionen!*

3. Untersuchung und Befundung – Die Eingangsdiagnostik

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

4. Vom WIR zum DU und ICH – Beziehungsklärung und Differenzierung

- **Differenzierung zur Entsymbiotisierung durch Auseinandersetzung:**
Auseinandersetzung heißt, sich auseinander zu setzen: Weg von „zusammen auf der Couch“, hin zu „miteinander am Tisch“! Erst so entsteht Blickkontakt und ein Gegenüber.
- **Fragen:**
 - Wer und was sind wir für- und miteinander?
 - Wer bist Du für mich und wer bin ich für Dich?

- Was bindet und was trennt uns?
Was eint und was entzweit uns?“
- Wollen wir uns (noch) haben oder brauchen wir uns nur (Symbiose)?
- Wollen wir (noch) etwas voneinander wissen?
Und, wenn nicht, was heißt das?
- Wollen wir (noch) Sex miteinander haben?
Und, wenn ja, warum?
- Was wollen wir (in sexueller Hinsicht) eigentlich (noch) voneinander?
- Was bedeutet unsere sexuelle Beziehung für uns als Paar?

Dadurch *Differenzierung von der Symbiose zur Syndyade!*

5. 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:**
 - Fragen statt Sagen,
 - Ich- statt Du-Botschaften,
 - Zuhören statt Zuquatschen,
 - Beschreiben statt Bewerten,
konsequente *Bewertungsabstinenz!*
 - Quittieren statt Kommentieren,
 - Ausreden lassen statt ins Wort fallen,
 - Selbstauskunft statt Fremdanforderung.
- **Verbindliche Vereinbarungen für Verabredungen zu Hause** (1 – 2 x 45 Min. pro Woche), in denen geübt wird, miteinander übereinander zu sprechen. Motto: Let’s NOT talk about Sex – let’s talk about OUR Sex!
Merke: Keine Diskussionen zum Lösen von Problemen, sondern Kommunikation als Ausdruck aktiver Beziehungsführung zur sozialen „Fellpflege“.
- **Kein „um zu ...“ mehr – Die „Produktions-Verzichts-Vereinbarung“ (PVV)**
 - 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 *Produktionsverzichts-Vereinbarung: Verzicht auf Orgasmus- und ggf. Re-Produktion.*
 - Ziel: Ausschaltung aller Druckquellen in der sexuellen Begegnung.

- Kein OrgasMUSS mehr! – Nichts MUSS mehr!
- Dadurch Abbau von internalisiertem Leistungsdruck und resultierender Versagensangst.
- Einleitung der Erweiterung von der Paartherapie zur Sexualtherapie: Übergang zu regelmäßigen Verabredungen für körperliche und seelische Begegnungs- und Berührungs-Erfahrungen durch absichtslose, erwartungsfreie, ausgangsoffene, nicht ergebnis- und zielorientierte, sexuelle Interaktion zu Hause.

7. Vom Erreichen zum Erleben – Die Syndyastische Fokussierung

- Defokussierung der Erregungs- und/oder Fortpflanzungs-Funktion – Fokussierung der Kommunikations-Funktion: Erweiterung der verbalen Kommunikation um den Bereich der körperlichen Kommunikation: „Wie können wir uns das, was wir füreinander empfinden, auch ohne Worte sagen“?
- **Syndyastischer Fokus:** Sexuelle Interaktion als partnerschaftliche Kommunikation: Sexualität als Kommunikation zur Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse nach Zugehörigkeit, Angenommenheit, Geborgenheit und Nähe.
- Erweitertes Verständnis von Sexualität als verleblichte Beziehung („Sex ist mehr als Lust durch GV zum Orgasmus“) und von sexueller Interaktion als Form der partnerschaftlichen Kommunikation.
- Prinzipien der Syndyastischen Fokussierung: **Erweiterung**
 - von zielgerichteter Selbstbefriedigung zu liebevoller Selbstzuwendung,
 - von der Stimulation zur Kommunikation,
 - von der Handlung zur Bedeutung,
 - von der Erregung zur Beziehung,
 - von der Störung zur Entwicklung,
 - von der Obligation zur Option,
 - vom Genital zum Gehirn.
- Erarbeitung und Abstimmung der körperkommunikativen Erweiterung der Verabredungen.
- Vorbereitung des Einstiegs in *Sensate Focus* (Klassische Sexualtherapie)
- Abstimmung bzw. Vorab-Definition des Interaktionsrahmens, zur verlässlichen Vermeidung von „Veto-Situationen“.
- Keine vollständige Absolvierung von „Streicheln 1 – 6“ (*Sensate Focus*) nötig, weil jedes Paar sein Therapieziel in jeder Verabredung erreichen kann.

Kernthesen und Merkmale der Akzeptanz- und Zugeständnis-Sexualtherapie (AZST)

- Rückbesinnung vom *bio-psycho-sozialen Modell* zum *sozio-physio-psycho-sozialen Paradigma* nach Ivan Bloch.
- Leistungsdetermination des Sexuellen: Sozialnormative Sexualanforderungen *penis-vaginale Penetration zur Orgasmus- und ggf. Re-Produktion* als internalisiertes (unbewusstes) Leistungsziel und Endzweck sexueller Interaktion. Dadurch Entindividualisierung von Sexualfunktionsstörungen.
- Ätiopathogenetische Kernvariable für das Zustandekommen und Bestehenbleiben von Sexualfunktionsstörungen (mit oder ohne physiologische Beteiligung!): Soziosexueller Leistungsdruck mit resultierender Versagensangst und entsprechender Vermeidungstendenz („keine Lust auf Sex“).
- Keine „weiblichen oder männlichen“ Sexualfunktionsstörungen: Psychophysiologische Dysregulation erfolgt im Gehirn und ist folglich bei beiden Geschlechtern gleich – lediglich genitale Manifestation geschlechtstypisch verschieden: „Das Weh und Wohl unserer sexuellen Gesundheit entscheidet sich nicht zwischen unseren Schenkeln, sonder zwischen unseren Schläfen“ (Paradigma der Klinischen Sexualpsychologie).
- Sexualfunktionsstörungen sind eigentlich Sexualpenetrationsstörungen, weil sich Dysfunktion erst manifestiert, wenn es gefühlt zu penis-vaginaler Penetration zur Orgasmus- und ggf. Re-Produktion kommen „muss“ (Penetration zur Produktion).
- Ausbleibende genitale Reaktionen in spezifischen Anforderungssituationen sind keine Krankheiten, sondern Befindlichkeitsbeeinträchtigungen, die zur Nachfrage von körperbezogenen Kompensationsangeboten auf dem Markt der Lifestylemedizin führen (Sexualmedizinische Behandlung/Sexualbehandlung).
- Erst durch Problemerkennen, Leidensdruck und Veränderungsmotivation entsteht aus ausbleibenden genitalen Reaktionen eine Indikation für spezialisierte psychotherapeutische Heilbehandlung (Sexualpsychologische Therapie/Sexualtherapie).
- Konzeptualisierung Appetenzdiskrepanz: Auf Seiten des mehr Wollenden: *Bestätigungsbedürftigkeit* – auf Seiten des weniger Wollenden: *Penetrationsvermeidung*. – „Keine Lust auf Sex“ als Chiffre von Vermeidung sozialnormativer Sexualanforderungen.
- **Therapieziele:**
 - Emanzipation von sexuellem Leistungs- und Produktionsdruck.
 - Emanzipation vom Therapieziel sexueller Reparatur und Ertüchtigung.
 - Akzeptanz der gegebenen Situation und Zugeständnis der resultierenden Dysfunktion.

- Sexuelle Funktionsreparatur und Leistungssteigerung scheiden aus! Weil nur sein kann, was nicht sein muss! Stattdessen: Nicht die (Wieder-) Herstellung genitaler Reaktionen und sexueller Funktionen ist Therapieziel, sondern soziosexuelle Bestätigung und Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse nach Angenommenheit, Zugehörigkeit, Geborgenheit, Intimität und Nähe und dadurch (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!
- Methoden: *Syndyastische Fokussierung* und *Sensate Focus*.

Epilog: Sexualmedizin ist Lifestylemedizin und keine Sexualtherapie

Im Grundverständnis der Klinischen Sexualpsychologie stellt das Ausbleiben genitaler Reaktionen in spezifischen Anforderungssituationen für sich allein genommen keine krankheitswertige Störung dar, sondern eine Befindlichkeitsbeeinträchtigung, die eine Nachfragegrundlage für lifestylemedizinische Angebote bilden kann, wie zum Beispiel sexualmedizinische Ertüchtigungsbehandlungen mit Medikamenten (*Sexual Enhancers*) (vgl. Jansen, 2021). In spezifischen Anforderungssituationen keine Lust auf Sex zu haben, keinen steifen Penis, keine feuchte Scheide, einen raschen oder keinen Orgasmus, stellt aus Sicht der Klinischen Sexualpsychologie für sich allein keine Krankheit dar, aus denen sich eine Indikation für eine Heilbehandlung ergibt. Für sich allein genommen handelt es sich um Anlässe für Angebote der Lifestylemedizin, zum Zwecke der Herstellung, Optimierung oder Steigerung sexueller Funktionalität, die auf Kompensation von subjektiven Missständen ausgerichtet sind. Zur Stimulierung der Nachfrage auf diesem Angstmarkt sexueller Unzulänglichkeit erfolgte seit Ende des 20. Jhs. die offensive *Medikalisierung von Sexualfunktionsstörungen* (Bancroft, 2000; Moynihan, 2003, 2010³⁵; Maß, 2018) mit abstrusen küchenlateinischen und englischsprachigen Pseudodiagnosen, wie *Erectile Dysfunction* (ED), *Female Sexual Dysfunction* (FSD), *Hypoactive Sexual Desire Disorder* (HSDD) etc., als „schwere organische Erkrankungen“,

³⁵ Im renommierten *British Medical Journal* beschrieb Ray Moynihan im Jahr 2003 die Sexualstörung der Frau als das jüngste Beispiel für das Erfinden einer neuen Krankheit durch Konzerne. 2010 resümierte er, wie die Industrie Umfragen förderte, um das Problem als weitreichend darzustellen, und wie sie half, die Diagnostik zu entwickeln, mit der „Frauen überzeugt werden, dass ihre sexuellen Probleme einen medizinischen Namen brauchen und einer Behandlung bedürfen“.

die unbedingt sexualmedizinisch, d.h., medikamentös oder chirurgisch behandelt werden müssen.³⁶

Und sogar bezogen auf das Phänomen eines frühzeitigen Orgasmuseintritts (der genau so wenig eine Sexualfunktionsstörung darstellt, wie „keine Lust auf Sex“ zu haben), werden unter der Marketing-Pseudodiagnose *Premature Ejaculation* (PE) nicht nur unwirksame Medikamente (*Dapoxetine*), sondern sogar sexualmedizinische Operationen in Form von chirurgischer Durchtrennung von Penisnerven beworben (Liu et al., 2019; Aglan, 2022).

Hier wird Sexualmedizin als Lifestylemedizin erkennbar, wenn ein gesundes Organ leistungs-kontaminiert irreversibel verstümmelt und zerstört wird, wie dies vor allem auch beim „Einbau“ einer „Penisprothese“ genannten Hydraulikpumpe zur mechanischen Erzwingung von Erektionen durch implantierte, artifizielle Schwellkörper zum Ausdruck kommt (Osmonov & Jünemann, 2016; Martinelli & Stickdorn, 2020).

Erst wenn, ausgelöst durch die Abhandenheit genitaler Reaktionen in spezifischen Anforderungssituationen, über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten für Betroffene kontinuierlich Probleme aufkommen (vor allem partnerschaftlich), diesbezüglich Leidensdruck entsteht und daraus ein Veränderungsmotiv erwächst, erst dann und dadurch erlangen ausbleibende genitale Reaktionen gemäß der Krieteriologie des DSM-IV bzw. DSM-V den Status einer krankheitswertigen Störung (vgl. APA, 2013),³⁷ die damit eine Indikation für eine psychotherapeutische Heilbehandlung darstellt (Klinische Psychologie), die ggf. auch mit Medikamenten ergänzt werden kann (Klinische Medizin).

Wenn eine sachverständige, sexualpsychologische Exploration erfolgt, stellt sich oft heraus, dass sich der Leidensdruck eigentlich nicht aus der ausbleibenden genitalen Reaktion speist, sondern aus dem daraus gefühlt erwachsenen Unvermögen, auf sexuelle Weise Selbstbestätigung erlangen und Grundbedürfnisse

³⁶ Hierzu zählt z.B. auch die von Sexualmedizinern proklamierte Plattitüde „Der Penis ist die Antenne des Herzens“, die auf die „Frühwarnfunktion“ von Erektionsstörungen bezüglich des Vorliegens von KHK verweisen soll. Abgesehen davon, dass solche Zusammenhänge vorkommen können, bilden sie natürlich nicht die ätiopathogenetische Regel der Erektionsstörungen ab. Vielmehr werden hierin zwei zentrale Marketing-Botschaften zur Absatzförderung von Medikamenten auf dem Angstmarkt der Lifestylemedizin vermittelt: 1. Es geht nicht „nur“ um Sexualität! 2. Es geht um organische Erkrankungen, für die nur sexualmedizinische Behandlungen in Form von Medikamenten helfen können. „Fragen Sie Ihren Arzt – er kann helfen!“ (Moynihan, 2003, 2010). Ein metaphysisches Verständnis für den Penis, als Antenne des Herzens – und damit die eigentliche Ätiopathogenese von Erektionsstörungen – wird nicht mitgedacht.

³⁷ Die Nicht-Berücksichtigung dieser diagnostischen Kriterien, mit resultierend kriteriumsinvaliden Erhebungsinstrumenten (Rosen et al., 1997; 2002), hat zu den systematisch überschätzten Prävalenzen und somatozentrischen, ätiopathogenetischen (*falsch-positiven*) Kurzschlüssen „organischer Erkrankungen“ geführt (Braun et al., 2000; 2004), die seit seit Beginn des 21. Jhs. verbreitet und als wissenschaftliche Artefakte reproduziert werden (Schaefer et al., 2003; Englert et al., 2004a, 2004b; Schaefer & Ahlers, 2006).

Tab. 1: Differenz zwischen *Syndyastischer Sexualbehandlung* (SSB) und *Akzeptanz- und Zugeständnis-Sexualtherapie* (AZST)

	Syndyastische Sexualbehandlung SSB	Akzeptanz- und Zugeständnis- Sexualtherapie AZST
Voraussetzung	Medizin-Studium	Psychotherapie-Ausbildung
Berufsgruppe	Mediziner:innen	Psychotherapeut:innen
Medium	„Sprechende Medizin“	Angewandte Psychologie
Weiterbildung	Zusatzbezeichnung Sexualmedizin	Zusatzbezeichnung Sexualpsychologie
Methode	keine Psychologische Therapie bzw. Psychotherapie	explizite Psychologische Therapie bzw. Psychotherapie
Verfahren	Sexualmedizinische Behandlung bzw. Sexualbehandlung	Sexualpsychologische Therapie bzw. Sexualtherapie
Behandlungs- bzw. Therapie- Ziel, bezogen auf SFS	(Wieder-)Herstellung von Sexualfunktionen ist Behandlungsziel	(Wieder-)Herstellung von Sexualfunktionen ist kein Therapieziel
Paartherapeutische Fokussierung	- / -	Paarpsychologische Beziehungsklärung und Differenzierung
Paartherapeutische Interventionen	- / -	Paarpsychologisches Kommunikations- und Interaktions-Training
Syndyastische Fokussierung	ja	ja
Sensate Focus	ja	ja
Medikamente	additive Medikation möglich	additive Medikation nicht möglich
Behandlungs- bzw. Therapie-Umfang	5–15 Behandlungs-Einheiten	15–25 Therapie-Einheiten

nach Annahme, Zugehörigkeit und Bindung erfüllen zu können. Die genitalen Reaktionen bilden hierfür vor allem das Mittel zu diesem Zweck. Begleitet wird dieses Erleben allenfalls noch vom Bedauern über das Ausbleiben geteilter, sexueller Erregungsgefühle, das ebenfalls keine Krankheit darstellt.

Genauso, wie der Umstand, keine Kinder bekommen zu können, *keine* Krankheit darstellt, sondern ebenfalls ein Anlass für die Inanspruchnahme lifestylemedizinischer Behandlungsangebote der Reproduktionsmedizin – auch Reproduktionsmedizin ist Lifestylemedizin (Kentenich et al., 2022).

Im Verständnis der Klinischen Sexualpsychologie geht es im Kern also nicht um abhandene Genitalreaktionen, sondern um die damit einhergehende Beeinträchtigung der Möglichkeiten, auf sexuelle Weise Selbstbestätigung erlangen (*Selbstwertregulation*) und Grundbedürfnisse nach Annahme, Zugehörigkeit und Bindung erfüllen zu können. Diese Konzeption bildet die Grundlage der Vereinbarung valider Therapieziele, die eben nicht in der Wiederherstellung genitaler Reaktionen bestehen, sondern die Möglichkeit, im sexuellen Miteinander Selbstbestätigung erlangen und psychosoziale Grundbedürfnisse erfüllen zu können, unabhängig von genitalen Reaktionen und sexuellen Funktionen (Ahlers, 2017b).

Die Erstautoren der *Syndyastischen Sexualtherapie* (SST), Beier und Loewit, die beide selbst Psychotherapeuten sind und ihr

Berufsleben lang klinisch überwiegend, wenn nicht gar ausschließlich, psychotherapeutisch gearbeitet haben, betonen auch in ihrer jüngsten Veröffentlichung (Beier et al., 2021) abermals, dass es sich bei der SST ihrem Verständnis nach explizit *nicht* um einen sexualtherapeutischen Ansatz im Spektrum von psychologischer Therapie bzw. Psychotherapie handelt, sondern um eine „sexualmedizinische Behandlung“, die *keine* Form von psychologischer Therapie bzw. Psychotherapie darstelle, sondern eine Behandlungsform, die Ärztinnen und Ärzte sämtlicher Fachrichtungen, ohne psychotherapeutische Qualifikationen, in einer entsprechenden Ärzte-Weiterbildung erwerben können (*Zusatzbezeichnung Sexualmedizin*) (Beier et al., 2021).

Nach internationalem Verständnis und konsensueller fachlicher Definition bezeichnet „Sexualmedizin“ die (Wieder-) Herstellung, Gewährleistung und ggf. Optimierung von Sexualfunktionen (zum Zwecke funktionaler, ungestörter penisvaginärer Penetration zur Orgasmus- und ggf. Re-Produktion), mit medizinischen Mitteln und Methoden, in Form von körperbezogenen, meist genital fokussierten, symptom-suppressiven Maßnahmen, wie Apparaten, Salben, Tabletten, Spritzen oder gar chirurgischen Operationen (vgl. Lue et al., 2004; Künzel, 2004; Porst & Buvat, 2006; Gunasekaran & Khan, 2018; Reisman et al., 2022; Jannini, 2023).

Dieses Fachverständnis spiegelt sich auch in den Themen- und Inhaltsschwerpunkten der Publikationsorgane der führenden sexualmedizinischen Fachgesellschaften (vgl. ISSM; Contenttable: *Journal of Sexual Medicine*, 2023).

Dem Verständnis der Autoren der SST zufolge stellt ihr Ansatz eine „sexualmedizinische Behandlung“ dar, die um Aspekte der „sprechenden Medizin“ in Form der *Syndyastischen Fokussierung* erweitert wird. Da die SST damit (irreführenderweise und terminologisch inkohärent) als „Sexualmedizin“ definiert und deklariert wird, ist die Anwendung und Ausübung für Nicht-Mediziner:innen berufsrechtlich untersagt bzw. verboten, denn Medizin darf (aus guten Gründen) nur von Mediziner:innen angeboten und ausgeübt werden.

Nachdem die große Mehrheit aller Sexualtherapeut:innen nicht aus Mediziner:innen besteht, sondern vor allem aus Psycholog:innen und Sozialpädagog:innen, sind diese berufsrechtlich nicht befugt, „Sexualmedizin“ auszuüben respektive „sexualmedizinische Behandlungen“ anzubieten und durchzuführen, und damit folglich auch keine *Syndyastische Sexualtherapie!* Mit anderen Worten: Der ganz überwiegenden Mehrheit aller Sexualtherapeut:innen ist nach Definition der Autoren der SST berufsrechtlich untersagt, *Syndyastische Sexualtherapie* anzubieten und durchzuführen, d.h. die Anwendung des Verfahrens ist für sie berufsrechtlich verboten.

Neben den dargestellten inhaltlichen Aspekten, bestand auch hierin ein Grund und eine Notwendigkeit für die Differenzierung der AZST von der SST. Vor diesem Hintergrund plädieren die Autoren des vorliegenden Beitrages für eine konsequente terminologische Differenzierung zwischen „*Syndyastischer Sexualbehandlung* (SSB)“ und allen anderen Ansätzen von *Sexualtherapie*, die sämtlich für sich in Anspruch nehmen, indikationsbezogene Spezialisierungen im Spektrum psychologischer Therapie bzw. Psychotherapie zu sein (Maß & Bauer, 2016). Somit adressiert die AZST – im Gegensatz zur SST – Psychotherapeut:innen mit sexualtherapeutischer Spezialisierung, unabhängig davon, ob diese von ihrem Ausbildungshintergrund Psycholog:innen oder Mediziner:innen sind.

Literatur

- Aglan, A., 2022. Premature ejaculation surgical treatment. *J Sex Med* 19 (5), 166–167.
- 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., Beier, K.M., 2005. Das Spektrum der Sexualstörungen und ihre Klassifizierbarkeit in DSM-IV und ICD-10. *Sexuologie* 12 (3/4), 120–152.
- Ahlers, Ch.J., Schaefer, G.A., 2010. Das Weh und Wohl unserer sexuellen Gesundheit entscheidet sich nicht zwischen unseren Schenkeln, sondern zwischen unseren Schläfen. Paradigma der Klinischen Sexualpsychologie. <https://www.sexualpsychologie-berlin.de/sexualpsychologie/2010>
- Ahlers, Ch.J., 2015. Komm nicht in mich, doch sei bei mir! – Scheidenkrampf als Ausdruck des Ambivalenzkonfliktes zwischen Bindungswunsch und Autonomieverlust. Diagnostik und Therapie bei Vaginismus. Berliner Versorgungsnetzwerk Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. 07.10.2015, Berlin.
- Ahlers, Ch.J., Lissek, M., 2015. Himmel auf Erden und Hölle im Kopf – Was Sexualität für uns bedeutet. Goldmann, München.
- Ahlers, Ch.J., 2017a. Von Asexualität über Hypersexualität bis zur Sexsucht: Mode, Mythos, Mogelpackung oder krankheitswertige Störungen? Tagung für Paartherapie der Internationalen Gesellschaft für Systemische Therapie, 22.09.2017, Heidelberg.
- Ahlers, Ch.J., 2017b. Weil nur sein kann, was nicht sein muss! – Syndyastische Sexualtherapie als Emanzipation von sexuellem Leistungsdruck, Vortrag Jahrestagung der DGSMTW, 25.11.2017, Berlin.
- Ahlers, Ch.J., Schaefer, G.A., 2018. Weil nur sein kann, was nicht sein muss! – Syndyastische Sexualtherapie als Emanzipation von sexuellem Leistungsdruck. *Sexuologie* 25 (1–2), 13–22.
- Ahlers, Ch.J., 2019. Weil nur sein kann, was nicht sein muss! – Akzeptanz- und Zugeständnis-Sexualtherapie mit Paaren. Workshop auf der Jahrestagung der DGSMTW, 23.11.2019, Berlin.
- Ahlers, Ch.J., Schaefer, G.A., 2020. Störungen der sexuellen Funktionen. In: Senf, W., Broda, M., Voos, D., Neher, M. (Hg.), *Praxis der Psychotherapie*. 6. Aufl., Thieme, Stuttgart.
- Ahlers, Ch.J., 2020. Sexualfunktionsstörungen aus sexualpsychologischer Perspektive. *Psychotherapie im Dialog*, 19, 130–133.
- Ahlers, Ch.J., Siegel, S., 2020. Störungen der Geschlechtsidentität. In: Senf, W., Broda, M., Voos, D., Neher, M. (Hg.), *Praxis der Psychotherapie*, 6. Aufl., Thieme, Stuttgart.
- Ahlers, Ch.J., 2021. Annehmen und Loslassen – Akzeptanz- und Zugeständnis-Sexualtherapie mit Paaren. Jahrestagung der DGSMTW, 20.11.2021, Dresden.
- Ahlers, Ch.J., 2022. Geschützte und gestützte Exposition – Surrogat-Partnerinnen in der Sexualtherapie mit Singles. Jahrestagung der DGSMTW, 19.11.2022, Dresden.
- American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed., Arlington, VA.
- Apfelbaum, B., 1977a. Etiology of sexual Dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy* 3 (1), 50–62.
- Apfelbaum, B., 1977b. Sexual Functioning Reconsidered. In: Gemme, R., Wheeler, C. (Eds.), *Progress in Sexology*. Springer, New York, 93–100.
- Apfelbaum, B., 2001. What the sex therapies tell us about sex. In: Kleinplatz, P.J. (Ed.), *New Directions in Sex therapy: Innovations and Alternatives*. Brunner-Routledge, Philadelphia, 5–28.
- Arentewicz, G., Schmidt, G., 1980. Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie. Springer, Berlin.
- Bancroft, J., 2000. Die Medikalisierung sexueller Probleme. *Zeitschrift für Sexualforschung* 13, 69–76.
- Basson, R., 2000. The Female Sexual Response: A Different Model. *Journal of Sex & Marital Therapy* 26 (1), 51–65.
- Beier, K.M., Loewit, K., [Ahlers, Ch.J., Pauls, A.], 2004. Lust in Beziehung – Syndyastische Sexualtherapie. Springer, Berlin.
- Beier, K.M., Schaefer, G.A., Goecker, D., Feelgood, S.R., Hupp, E., Mundt, I.A., Ahlers, Ch.J., 2006. Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld. *Sexuologie* 13 (2–4), 139–147.
- Beier, K.M., Bosinski, H.A.G., Loewit, K., 2021. *Sexualmedizin*. 3. Aufl., Elsevier, München.
- Bloch, I., 1907. *Das Sexualleben unserer Zeit*. Marcuse, Berlin.
- Braun, M., Klotz, T., Reifenrath, B., Mathers, M., Wassmer, G., Schoenenberger, A., Engelmann, U., 2000. Die Prävalenz von männlichen Erektionsstörungen in Deutschland heute und in der Zukunft. *Aktuelle Urologie* 31 (5), 302–307.
- Braun, M., Sommer, F., Lehmacher, W., Raible, A., Bondarenko, B.,

- Engelmann, U., 2004. Erektile Dysfunktion. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift* 129 (4), 131–136.
- Brin, M.F., Vapnek, J.M., 1997. Treatment of vaginismus with botulinum toxin injections. *The Lancet* 349 (9047), 252–253.
- Brotto, L.A., 2015. Flibanserin. *Archives of Sexual Behavior* 44, 2103–2105.
- Bucher, A., Szalay, A., Barta, C., Eisenmenger, M., 2008. Leitlinie erektile Dysfunktion. *Journal für Urologie und Urogynäkologie* 15 (Sonderheft 6), 7–8.
- Buhler, C.M., Allen, M., Schön, E.R., 1974. Einführung in die humanistische Psychologie. Klett, Stuttgart.
- Burrows, L.J., Sloane, M., Davis, G., Heller, D.S., Brooks, J., Goldstein, A.T., 2011. Parturition after vestibulectomy. *J Sex Med* 8 (1), 303–305.
- Buvat, J., Dehaene, L., Lemaire, A. et al., 1983. Arteriell bedingte erektile Impotenz. *Sexualmedizin* 12, 248–251.
- Clement, U., 2014. Systemische Sexualtherapie. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Diamond, M., 2010. Intersexuality. <http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/2010to2014/2010-intersexuality.html>
- Dörner, K., 1962. Der Zwang zur Dissoziation von Lust und Leistung. *Das Argument*, 4. Jhg., Nr. 23, 29–36.
- Dräger, D.L., Schmidt, S., 2015. Psychosoziale Interventionen bei erektiler Dysfunktion. *Die Urologie* 54 (2), 254–256.
- Eckert, J., 2023. Humanistische Psychotherapie. Springer, Berlin.
- Eifert, G.H., 2011. Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT). Hogrefe, Göttingen.
- Engel, G.L., 1977. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science* 196 (4286), 129–136.
- Englert, H.S., Schaefer, G.A., Ahlers, Ch.J., Roll, S., Beier, K.M., Willich, S.N., 2004a. The Prevalence of Erectile Dysfunction using different Definitions. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58, 20.
- Englert, H.S., Schaefer, G.A., Ahlers, Ch.J., Roll, S., Beier, K.M., Willich, S.N., 2004b. Results of the Berlin Male Study. *American Journal of Epidemiology* 159, 90.
- Fahrner, E.M., 1983. Selbstunsicherheit – ein allgemeines Symptom bei funktionellen Sexualstörungen? *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 12 (1), 1–11.
- Fahrner, E.M., 1984. Selbstunsicherheit bei Patienten mit funktionellen Sexualstörungen: Ein Fragebogen zur Diagnostik von soziosexueller Selbstunsicherheit (FUSS). *Mitteilungen der Gesellschaft für Praktische Sexualmedizin*, 4, 15–16.
- Fahs, B., 2022. Nine Ways That Capitalism Is Ruining Sex. *Boston Review*, Summer Issue: The Politics of Pleasure.
- Ferreira, J.R., Souza, R.P., 2012. Botulinum toxin for vaginismus treatment. *Pharmacology* 89 (5/6), 256–259.
- Frankl, V.E., 1952. Zur Pathogenese der Sexualneurose. *Klin Med Wochenschr* 13; 47 (24), 797–99.
- Frankl, V.E., 1953. Die Therapie männlicher Sexualstörungen. *Klin Med Wochenschr* 21; 65 (34), 675–77.
- Frankl, V.E., 1956. Pathogene Reaktionsmuster bei Sexualneurosen. *Klin Med Wochenschr* 26; 106 (38–39), 799–801.
- Frankl, V.E., 1966. What is meant by meaning? *Journal of Existentialism* 6 (25), 21–28.
- Frankl, V.E., 1972. *Der Wille zum Sinn*. Piper, München.
- Frankl, V.E., 1977. *Das Leiden am sinnlosen Leben. Psychotherapie für heute*. Herder, Freiburg i.B.
- Freud, S., 1905. Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. *GW*, 27, 33–145.
- Ghazizadeh, S., Nikzad, M., 2004. Botulinum toxin in the treatment of refractory vaginismus. *Obstetrics & Gynecology* 104 (5 Part 1), 922–925.
- Goldstein, A., 2006. Surgery for Vulvar Vestibulitis Syndrome. *Journal of Sexual Medicine* 3 (3), 559–62.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F., 1994. *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe, Göttingen.
- Gunasekaran, K., Khan, S.D., 2018. *Sexual Medicine – Principles and Practice*. Springer, Singapore.
- Haddock, G., Maio, G.R., 2007. *Einstellungen: Inhalt, Struktur und Funktionen*. In: *Sozialpsychologie*. Springer-Lehrbuch. Springer, Berlin/Heidelberg.
- Hartmann, U., 1992. Quo vadis, Sexualtherapie? Die Medizinalisierung sexueller Störungen und ihre Konsequenzen. In: *ProFamilia* (Hg.). *Zwischen Lust und Unlust: Unsicherheiten mit dem Sexuellen*. ProFamilia, Frankfurt/M.
- Hartmann, U., 2017. *Sexualtherapie: Ein neuer Weg in Theorie und Praxis*. Springer, Berlin.
- Hartmann, U., Krüger, T., Kürbitz, V., Neuhof, Ch. (Hg.), 2021. *Sexualmedizin für die Praxis*. Springer, Berlin.
- Har-Toov, J., Militscher, I., Lessing, J.B., Abramov, L., Chen, J., 2001. Combined Vulvar Vestibulitis Syndrome with Vaginismus: Which to Treat First? *Journal of Sex & Marital Therapy* 27 (5), 521–523.
- Hartung, J., Kosfelder, J., 2019. *Sozialpsychologie*. 4., überarbeitete Auflage. Kohlhammer, Stuttgart.
- Helle, M., 2019. *Humanistische Psychologie und Humanistische Psychotherapie*. In: *Psychotherapie. Basiswissen Psychologie*. Springer, Berlin.
- Hoyer, J., Velten, J., 2017. *Sexuelle Funktionsstörungen: Wandel der Sichtweisen und Klassifikationskriterien*. Bundesgesundheitsblatt. Springer, Berlin.
- Hutterer, R., 2013. *Das Paradigma der Humanistischen Psychologie: Entwicklung, Ideengeschichte und Produktivität*. Springer, Berlin.
- Jannini, E.A., 2023. Introduction: History of Sexual Medicine. In: Bettocchi, C., Busetto, G.M., Carrieri, G., Cormio, L. (Eds.), *Practical Clinical Andrology*. Springer, Cham.
- Jansen, G., 2021. Doping für die Sexualität. *Sexual Enhancer and Drugs*. In: Hartmann, U., Krüger, T., Kürbitz, V., Neuhof, Ch. (Hg.), *Sexualmedizin für die Praxis*. Springer, Berlin.
- Jung, C.G., 1928. *Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewußten. Zweiter Teil: Die Individuation*. Otto Reichl, Darmstadt.
- Kaplan, H.S., 1974. *The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions*. Brunner/Mazel, Oxford.
- Katz, D., Tabisel, R.L., 2001. Is Surgery the Answer to Vaginismus? *Obstetrics and Gynecology* 97 (4), 27.
- Kentenich, H., Griesinger, G., Strowitzki, T., 2022. *Reproduktionsmedizin: Entwicklungen und Fehlentwicklungen*. *Gynäkologische Endokrinologie* 20 (1), 5–6.
- Kinsey, A.C., 1948. *Sex Behavior in the Human Animal*. *Annals of the New York Acad. of Science*.
- Klein, V., Brunner, F., Nieder, T.O. et al., 2015. Diagnoseleitlinien sexueller Störungen in der International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-11 – Dokumentation des Revisionsprozesses. *Zeitschrift für Sexualforschung* 28 (4), 363–373.
- Kockott, G., 2004. *Sexualstörungen*. Thieme, Stuttgart.
- Kriz, J., 2022. *Humanistische Psychotherapie: Grundlagen-Richtungen-Evidenz*. Kohlhammer, Stuttgart.
- Künzel, D., 2004. *Manual Sexualmedizin*. Deutscher Hausärzterverband e. V., Köln.
- Laan, E.T.M., Klein, V., Werner, M.A. et al., 2021. In Pursuit of Pleasure: A Biopsychosocial Perspective on Sexual Pleasure and Gender. *Int J Sex Health* 33 (4), 516–536.
- Lazarus, R.S., 1966. *Psychological Stress and the Coping Process*. McGraw Hill, New York.
- Lazarus, R.S., Folkman, S., 1984. *Stress, Appraisal and Coping*. Springer, New York.

- Liu, Q., Li, S., Zhang, Y., Cheng, Y., Fan, J., Jiang, L., Zhu, Z., 2019. Anatomic Basis and Clinical Effect of Selective Dorsal Neurectomy for Patients with Lifelong Premature Ejaculation. *J Sex Med* 16 (4), 522–530.
- Loewit, K., 1978. Der kommunikative Aspekt der Sexualität. *Sexualmedizin* 7, 971–975.
- Loewit, K., 1994. Kommunikationszentrierte Sexualtherapie. *Sexuologie* 2 (1), 101–112.
- Loewit, K., Ahlers, Ch.J., 2013. Sexualität ist mehr. *MMW- Fortschr Med* 155 (1), 96–98.
- Loewit, K., 2019. Der Grundwurm in der Paarbeziehung. Plädoyer für Lust und Liebe. Books on Demand.
- Lue, T., Guiliano, F., Khoury, S., Rosen, R., 2004. *Clinical Manual of Sexual Medicine*. Health Publications Ltd.
- Martinelli, E., Stickdorn, S., 2020. Penisprothese. *Im OP* 10 (2), 55–60.
- Maslow, A.H., 1932. Self-esteem (Dominance-feeling) and Sexuality in Women. *J of Social Psychology* 16 (2), 259–294.
- Maslow, A.H., 1936. The Role of Dominance in the Social and Sexual Behavior – A Theory of Sexual Behavior of Infra-Human Primates. *J. Genetic Psychology* 48 (2), 161–338.
- Maslow, A.H., 1940. A Test for Dominance-Feeling (Self-Esteem) in College Women. *Journal of Social Psychology* 12 (2), 255–270.
- Maslow, A.H., 1948. “Higher” and “Lower” Needs. *J Psychology* 25 (2), 433–436.
- Maslow, A.H., 1950. Some Theoretical Consequences of Basic Need-Gratification. *J Personality* 16, 402–416.
- Maslow, A.H., 1954. The Instinctoid Nature of Basic Needs. *J Personality* 22 (3), 326–347.
- Masters, W., Johnson, V., 1970. *Human Sexual Inadequacy*. Little, Brown & Co, Boston.
- Maß, R., Bauer, R., 2016. *Lehrbuch Sexualtherapie*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Maß, R., 2018. Medikalisierung sexueller Funktionsstörungen. *Sexuologie* 25 (1–2), 61–70.
- McCabe, M.P., Althof, S.E., Assalian, P. et al., 2010. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *J Sex Med* 7 (1pt2), 327–336.
- Mendling, W., 2019. Schmerzen statt Lust. Dyspareunie, Vulvodynie und Vestibulodynie. *Gynäkologie und Geburtshilfe* 24 (3), 24–27.
- Money, J., 1972. *Man & Woman, Boy & Girl. The Differentiation and Dimorphism of Gender Identity from Conception to Maturity*. JHU Press, Baltimore.
- Moynihan, R., 2003. The Making of a Disease: Female Sexual Dysfunction. *British Medical Journal*, 326.
- Moynihan, R., 2010. Merging of Marketing and Medical Science: Female Sexual Dysfunction. *British Medical Journal*, 341.
- Nijs, P., 2002. *Therapie als Begegnungskunst*. Uitgeverij Peeters, Leuven.
- Osmonov, D., Jünemann, K.P., 2016. Penisprothesen. *Die Urologie*, 1535ff.
- Pacik, P.T., 2009. Botox Treatment for Vaginismus. *Plastic and Reconstructive Surgery* 124 (6), 455e–456e.
- Porst, H., Buvat, J. (Eds.), 2006. *Standard Practice in Sexual Medicine*. Blackwell, Oxford.
- Reisman, Y., Lowenstein, L., Tripodi, F. (Eds.), 2022. *Rare Sexual Medicine Conditions*. Springer, Cham.
- Richter, D., 2021. Vaginismus/Penetrationsabwehr. In: Hartmann et al. (Hg.), *Sexualmedizin für die Praxis*. Springer, Berlin.
- Richter, D., 2022. Vulvodynie aus somatischer, psychosomatischer und sexualmedizinischer Sicht. *Sexuologie* 29 (1–2), 33–46.
- Rosen, R.C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I.H., Kirkpatrick, J., Mishra, A., 1997. The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 49 (6), 822–830.
- Rosen, R.C., Cappelleri, J.C., Gendrano, 2002. The International Index of Erectile Function (IIEF): a state-of-the-science review. *International Journal of Impotence Research* 14 (4), 226–244.
- Schaefer, G.A., Englert, H.S., Ahlers, Ch.J., Roll, S., Willich, S.N., Beier, K.M., 2003. Erektionsstörung und Lebensqualität – Erste Ergebnisse der Berliner Männer-Studie BMS-I. *Sexuologie* 10 (2–3), 50–60.
- Schaefer, G.A., Ahlers, Ch.J., 2006. Differentialdiagnostische Diskussion der Erektionsstörung. *Der Urologe* 45 (8), 967–974.
- Schaefer, G.A., Ahlers, Ch.J., 2018. Sexual addiction and paraphilias. In: Birchard, T., Benfield, J. (Eds.), *The Routledge International Handbook of Sexual Addiction*. Routledge, Abingdon, 83–93).
- Schleim, S., 2022. Why mental disorders are brain disorders. And why they are not: ADHD and the challenges of heterogeneity and reification. *Frontiers in Psychiatry* 13, 943–49.
- Schnarch, D., 1991. *Constructing the Sexual Crucible: An Integration of Sexual and Marital Therapy*. W.W. Norton & Company, New York.
- Schwarzer, A., 2002. *Alice im Männerland. Eine Zwischenbilanz*. Kiepenheuer & Witsch, Köln.
- Simon, W., Gagnon, J., 2003. *Sexual Scripts: Origins, Influences and Changes*. *Qualitative Sociology* 26, 491–497.
- Sonntag, R.F., 2005. Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) – Ein Beitrag zur dritten Welle der Verhaltenstherapie. *Psychotherapie* 10 (2), 157–181.
- Sonntag, R.F., 2011. Akzeptanz- und Commitment-Therapie. In: Linden, M., Hautzinger, M. (Hg.), *Verhaltenstherapiemanual*. Springer, Berlin.
- Thüroff, J.W., 2007. *Urologische Differenzialdiagnose*. Thieme, Stuttgart.
- Unger, C.A., Kow, N., Jelovsek, J., 2014. Vestibulectomy: A Review of Technique. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 21 (2), 45.
- Urban, P.P., 2012. *Klinisch-neurologische Untersuchungstechniken*. Thieme, Stuttgart.
- Velten, J., 2018. *Sexuelle Funktionsstörungen bei Frauen*. Hogrefe, Göttingen. Kapitel 1–3.
- Weber, N., 2015. Neues Mittel Flibanerin. Lustpille für Frauen – was man wissen sollte. <https://www.spiegel.de/gesundheit/sex/flibanerin-das-muessen-sie-zum-viagra-fuer-frauen-wissen-a-1048841.html>
- Wittchen, H.U., Hoyer, J., 2011. *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Springer, Berlin.
- World Health Organization, 1975. *Education and Treatment in Human Sexuality. The Training of Health Professionals. Technical Report Series 572*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization, 1992. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization, 2001. *The World Health Report: Mental Health*. World Health Organization, Geneva.

Autoren

Dr. rer. med. Dipl.-Psych. Christoph J. Ahlers, Praxis für Paarberatung und Sexualtherapie am Institut für Sexualpsychologie Berlin, Calvinstraße 23, 10557 Berlin-Tiergarten, e-mail: dr.ahlers@berlin.de

Dipl.-Psych. Gerard A. Schäfer, Praxis für Paarberatung und Sexualtherapie am Institut für Sexualpsychologie Berlin, Calvinstraße 23, 10557 Berlin-Tiergarten, e-mail: gerard.schaefer@berlin.de
