

Geschützte und gestützte Exposition – Surrogat-Partnerinnen in der Sexualtherapie mit Singles

Christoph Joseph Ahlers, Gerard Alfons Schaefer

„Honi soit, qui mal y pense! -
Beschämt sei, wer schlecht darüber denkt!“
(Edward III von England, 1312–1377)

Protected and Supported Exposure – Surrogate Partners in Sex Therapy with Singles

Abstract

This article describes the inclusion of surrogate partners in sex therapy with people who are not in a relationship (singles). The use of surrogate partners makes it possible to offer sexual therapy to singles with sexual dysfunctions in a more effective couple setting instead of an individual setting. In particular, people who suffer from sociosexual insecurity and the resulting sexual dysfunctions, but who are physically and mentally unimpaired, can experience real, scary experiences with sexuality in direct physical contact with another person, without coming under pressure to perform, experiencing fear of failure and fleeing into avoidance behavior. In this way, self-esteem in relation to one's own sufficiency as a sexual partner can be strengthened more directly and sustainably through physical experience of oneself and others than psychotherapy in an individual setting can provide. Misunderstandings, resistance and the necessary demarcation from so-called sexual assistance are discussed, as well as why a focus on the communication function of sexuality is necessary in order to activate sexual self-healing powers and thus to be able to learn sociosexual self-affirmation and fulfilment of basic psychosocial needs through intimate body communication.

Keywords: Sociosexual insecurity, Sexual dysfunctions, Sex therapy, Surrogate Partner Therapy (SPT), Singles

Zusammenfassung

Dargestellt wird die Einbeziehung von Surrogat-Partnerinnen in die Sexualtherapie mit partnerschaftlich ungebundenen Personen (Singles). Die Einbeziehung von Surrogat-Partnerinnen ermöglicht es, auch Singles mit sexuellen Funktionsstörungen, statt einem Einzel-Setting, eine Sexualtherapie im wirksameren Paar-Setting wahrnehmen zu können. Insbesondere Personen, die unter soziosexueller Selbstunsicherheit und daraus resultierenden sexuellen Funktionsstörungen leiden, körperlich und geistig aber unbeeinträchtigt sind, können so im unmittelbaren Körperkontakt mit einer anderen Person,

reale entängstigende Erfahrungen mit Sexualität erleben, ohne dabei unter Leistungsdruck zu geraten, Versagensangst zu erleben und in Vermeidungsverhalten zu flüchten. Auf diese Weise kann das Selbstwernerleben bezogen auf die eigene Hinlänglichkeit als Sexualpartner durch körperliche Selbst- und Fremderfahrung unmittelbarer und nachhaltiger gestärkt werden, als dies eine Psychotherapie im Einzelsetting ermöglicht. Sowohl auf Missverständnisse, Widerstand und die nötige Abgrenzung zur sogenannten Sexual-Assistenz wird eingegangen, als auch dargelegt, warum eine Fokussierung auf die Kommunikationsfunktion von Sexualität notwendig ist, um sexuelle Selbstheilungskräfte zu aktivieren und somit soziosexuelle Selbstbestätigung und Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse durch intime Körperkommunikation erlernen zu können.

Schlüsselworte: Soziosexuelle Selbstunsicherheit, sexuelle Funktionsstörungen, Sexualtherapie, Surrogat-Partner Therapie (SPT), Singles

Entstehung der „Surrogat-Partner Therapie“ (SPT)

In der psycho- bzw. sexualtherapeutischen Behandlung sexueller Funktionsstörungen (SFS) hat sich seit Masters und Johnson (1970) das Paar-Setting gegenüber dem Einzel-Setting als signifikant überlegen erwiesen (Grawe et al., 1994; Maß & Bauer, 2016). Während bei partnerschaftlich gebundenen Personen deren Partner¹ obligatorisch in die Therapie integriert wurden, suchten Masters und Johnson nach Möglichkeiten, auch alleinstehenden Frauen und Männern in der Therapie das Paar-Setting zugänglich zu machen. Sie etablierten und evaluierten daher die therapeutischen Optionen von „Replacement Partners and Partner Surrogates“ (Masters & Johnson, 1970).

Als „Replacement Partners“ wurden jene Personen (Laien) bezeichnet, welche die Patienten aus ihrem eigenen sozialen Umfeld für die Therapie gewinnen konnten. Von den insgesamt

¹ Die Sprachform im generischen Maskulinum bezieht sich hier und im Folgenden der leichteren Lesbarkeit halber auf beide Geschlechter.

57 heterosexuellen Singles (drei Frauen und 54 Männer), die Masters und Johnson im Laufe ihrer elfjährigen Therapiestudie (1959–1970) behandelt haben, brachten alle drei Frauen und 13 Männer einen gegengeschlechtlichen Replacement Partner mit. Für die übrigen 41 Männer rekrutierten Masters und Johnson selber per Aushang „Partner Surrogates“ (Surrogat-Partnerinnen²), die zu den Patienten in keiner Beziehung standen; lediglich 13 der 31 freiwilligen Kandidatinnen wurden als Surrogat-Partnerinnen ausgewählt, und alle waren während ihres Einsatzes unverheiratet. Sowohl Replacement Partners als auch Surrogat-Partnerinnen wurden gründlich medizinisch und psychologisch untersucht, in ihrer Rolle und Funktion unterwiesen, und dann in das Therapiekonzept integriert. Patientinnen, die in ihrem sozialen Umfeld keinen Replacement Partner fanden, bekamen kein Therapieangebot: Masters und Johnson glaubten nicht, dass eine Frau die „soziokulturell bedingten Anforderungen [...] für eine relativ bedeutsame Beziehung [...] in einem kurzen, zweiwöchigen Zeitraum“ erfüllen könnte, und boten daher die Option eines männlichen Surrogat-Partners gar nicht erst an (Masters & Johnson, 1970).

William Masters betrachtete sexuelle Funktionsstörungen (SFS) als funktionale, physiologische Störungen, die mit den Methoden der damals aufkommenden lernpsychologischen Ansätze von operanter Konditionierung beseitigt werden sollten (Skinner, 1963; 1971). Die Behebung sexueller Dysfunktionen sollte durch sequenzielle Desensibilisierung in Form von verhaltenstherapeutischen Übungen erfolgen. Aus dieser pragmatischen Konzeptualisierung sexueller Funktionsstörungen resultierte, dass Masters anfangs auch verheirateten Männern Surrogat-Partnerinnen zuwies oder deren Frauen akquirierte, um mit alleinstehenden Patienten „Übungen“ zu absolvieren, weil es in seinem Verständnis ja ausschließlich um lerntheoretisch-technische Löschung von Dysfunktionen ging und psychosoziale Implikationen von ihm zunächst gar nicht mitgedacht wurden. Dieses Vorgehen führte dazu, dass er wegen „Kuppelei“ bzw. „Förderung der Prostitution“ eine Anzeige erhielt und eine 750.000-Dollar-Schadenersatzklage wegen „Zerstörung einer Ehe“ gegen ihn angestrengt wurde (*Der Spiegel*, 1977).³ Erst dadurch bzw. danach wurde der Einsatz

von Surrogat-Partnerinnen kategorisch auf partnerschaftlich ungebundene Männer bzw. Singles eingeschränkt.⁴

Die therapeutische Option der „Replacement Partners“ wurde somit verworfen, weil die privaten Beziehungen zwischen Ersatzpartnerin und Patient erhebliche Störvariablen mit sich brachten. Auf dieser Entwicklungsstufe seines Therapiekonzeptes betrachtete William Masters als Gynäkologe SFS als rein physiologische Dysfunktion, die es – unter Fokussierung auf die *Erregungsfunktion von Sexualität* – zu beheben galt. Die obligatorischen psychologischen und psychosozialen, v.a. emotionalen und partnerschaftlichen Faktoren der Entstehung und Aufrechterhaltung von SFS waren noch nicht in der Weise (an) erkannt und integriert, wie dies für die physiologischen bzw. somatischen Aspekte der Fall war. Ein Bewusstsein für die psychologischen und vor allem psychosozialen Komponenten aller sexuellen Funktionsstörungen bestand zu diesem Zeitpunkt erkennbar noch nicht und wurde erst später von der Psychologin Virginia Johnson eingebracht und in das Programm integriert.

Zwar hatte Masters für seine sexualphysiologischen Experimente und Untersuchungen zum intravaginalen, exzitativen Reflexgeschehen während sexueller Stimulation erfolgreich auf Prostituierte als Probandinnen zurückgegriffen; deren Einsatz als Surrogat-Partnerinnen wurde aber nicht nur aus moralischen, sondern auch aus sexualpsychologischen Gründen nicht erwogen, weil das Therapieziel bereits damals *nicht* in Orgasmusproduktion bestand, sondern in störungsfreier Sexualfunktion durch verhaltenstherapeutische Entängstigung und Entspannung. Das traute man regulären Prostituierten offenbar nicht zu, weil deren Dienstleistungskern ja auf Orgasmusproduktion abzielt.⁵

Erst später entstand ein Bewusstsein dafür, dass es lediglich einer sachverständigen Instruktion und Schulung bedarf, durch die Prostituierte dann ebenfalls als Surrogat-Partnerinnen einsetzbar werden.

² Eine Surrogat-Partnerin, die als therapeutische Unterstützung in eine Sexualtherapie im Einzelsetting einbezogen wird, kann natürlich niemals ein „Ersatz“ für eine „echte“ Partnerin sein (Surrogat = Ersatz); es handelt sich vielmehr um eine „Modell-Partnerin“, denn im Rahmen einer Psychotherapie entstehen **Modell-Beziehungen** – sowohl zwischen Psychotherapeut und Patient, als auch zwischen Modell-Partnerin und Patient. „Echte“, d.h., nicht zweckmäßige Beziehungen, können von therapeutischen Beziehungen nicht ersetzt werden. Sie dienen lediglich als Modell-Erfahrungen, zur Übertragung ins Privatleben. Aus diesem Grund wäre die Bezeichnung „Modell-Partnerin“ zutreffender. Aufgrund ihrer Verbreitung wird im vorliegenden Beitrag gleichwohl die etablierte Bezeichnung „Surrogat-Partner Therapie“ (SPT) übernommen.

³ Schon früher wurden Masters und Johnson von einem ehemaligen Patienten angezeigt (nachdem 1970 ihr Buch bereits einige Monate ein Bestseller war), weil sie dessen Ehefrau gegen Bezahlung dazu gebracht haben sollen, als Surrogat-Partnerin sexuelle Beziehungen mit sieben Männern zu unterhalten. Die Klage über 1,5 Millionen US-Dollar wurde

jedoch auf Antrag des Klägers abgewiesen, nachdem eine außergerichtliche Einigung erzielt wurde (*New York Times*, 1972).

⁴ Ursprünglich ging es in der Entwicklung des Therapieansatzes um SFS bei Männern, weshalb ausschließlich weibliche Surrogat-Partnerinnen zum Einsatz kamen. Seit Beginn des 21. Jh. gibt es (vor allem in den USA) auch vereinzelt männliche Surrogat-Partner, die ihre Dienste bei SFS von Frauen anbieten. Diese bilden jedoch bis heute die Ausnahme. Der Einsatz von SPT bei gleichgeschlechtlich orientierten Patienten ist nicht dokumentiert.

⁵ Darüber hinaus hätte der Einsatz von Prostituierten als Surrogat-Partnerinnen unweigerlich zum Vorwurf und der Anzeige von Förderung der Prostitution geführt („Kuppelei“) und damit zum Abbruch aller Forschungsvorhaben von Masters und Johnson.

Verbreitung und Rezeption der Surrogat-Partner Therapie

Ihre Verbreitung erfuhr die SPT v.a. in ihrem Entstehungsland Nordamerika (v.a. Kalifornien), im angloamerikanischen Kulturkreis, bspw. in Kanada und v.a. in England⁶, wo sich bis heute auch Ausbildungsangebote finden. In Europa fand der Ansatz v.a. in den Beneluxländern und in Skandinavien Anklang; hier vor allem mit dem Bemühen, Fachprostituierten als *Sexual-Assistentinnen* für alte, kranke und behinderte Personen einzusetzen und dies durch das Gesundheitssystem finanzieren zu lassen.⁷

Im deutschsprachigen Raum fanden sich nur vereinzelte Sexualtherapeuten, die ihre Erfahrungen mit der Einbeziehung von Surrogat-Partnerinnen aber weder systematisch dokumentiert, noch wissenschaftlich evaluiert und publiziert haben (vgl. Fahrner & Kockott, 1994). Grund hierfür war auch die tendenziöse mediale Berichterstattung, die den Ansatz immer wieder als verdeckte Förderung der Prostitution diskreditierte.

Entgegen dieser anders lautenden Berichterstattung (*Der Spiegel*, 1977, 1982), erwies sich die *Surrogat-Partner Therapie* (SPT) als äußerst erfolgreich: „Angesichts der Statistiken besteht kein Zweifel daran, dass die Entscheidung, Surrogat-Partner für sexuell inkompetente unverheiratete Männer bereitzustellen, eine der wirksameren klinischen Entscheidungen war, die in den letzten elf Jahren getroffen wurden, die der Entwicklung der Behandlung sexueller Unzulänglichkeit gewidmet waren.“ (Masters & Johnson, 1970, 154).

Zu demselben Schluss kam später auch der Sexualforscher Martin Cole vom *Institute for Sex Education and Research* in Birmingham, UK: „Durch die Verwendung von Surrogat-Partnern in der Sexualtherapie kann bei vielen Patienten eine deutliche positive Veränderung des Sexualverhaltens herbeigeführt werden“ (Cole, 1977, 2f). Zwischen 1970 und 1977 behandelte Cole 133 männliche und 17 weibliche Patienten, die unter SFS litten, mit Surrogat-Partnern des jeweils anderen Geschlechts. Bei 78 Prozent der Behandelten zeigte sich eine deutliche Besserung, 36 Patienten fühlten sich sexuell geheilt, weitere 36 hatten „bei normalerweise guten Fähigkeiten“ nur noch „von Zeit zu Zeit Schwierigkeiten“. Bei neun Patienten zeigten sich keine Therapie-Effekte. „Diese Behandlungserfolge“, resümierte Cole, „sind wesentlich besser als das, was Psychoanalyse und Psychotherapie vorzuweisen haben.“ (ebd.).

Masters' und Johnsons (1970) Konzept der SPT erfuhr auch in der wissenschaftlichen Gemeinschaft eine lebhafte Resonanz, im Rahmen derer sowohl kritische Aspekte als auch positive Potentiale reflektiert wurden (Gilbert, 1975; Jacobs et al., 1975;

Greene, 1977; Johnston, 1978; Len & Fischer, 1978; Wolfe, 1978; Roberts et al., 1981). Die Auseinandersetzung muss darüber hinaus vor dem Hintergrund des Zeitgeistes der „sexuellen Revolution“ gesehen werden, was in manchen Arbeiten deutlich zum Ausdruck kommt: Obgleich Therapeuten angaben, keinen Geschlechtsverkehr mit ihren Patienten zu haben und keine Surrogat-Partner einzusetzen, stimmten sie mehrheitlich dem Einsatz von Surrogat-Partnern zu, und einige auch dem Geschlechtsverkehr zwischen Therapeuten und Patient. Der Einsatz von nicht-erotischen sowie explizit sexuellen Körperkontakten erfuhr von der Mehrheit der Therapeuten sowohl Zustimmung als auch Verwendung (Len & Fischer, 1978).⁸

Hieran wird auch nachvollziehbar, woraus sich die Vorbehalte gegen die SPT speisten, denn sexuelle Körperkontakte zwischen Therapeuten und Patienten waren im ursprünglichen Ansatz von Masters und Johnson kategorisch ausgeschlossen, woraus ja gerade die Idee der Surrogat-Partnerinnen entstand.

Auch später finden sich immer wieder Beiträge, die sich mit der SPT hinsichtlich deren Möglichkeiten und Begrenztheiten auseinandersetzten (Roberts et al., 1981; Lischke, 1987; Dauw, 1988; Ben-Zion et al., 2007; Koch, 2010; Zentner & Knox, 2013; Rosenbaum et al., 2014; Emelianchik-Key & Stickney, 2019; Bechthold, 2020). Die mediale Behauptung, dass es zur SPT kaum Literatur gäbe (Schaarschmidt, 2019), ist also unzutreffend.

Gleichwohl finden sich in so gut wie allen Publikationen auffällig stereotype Kommentare zur angeblich nicht nachgewiesenen Wirksamkeit des Ansatzes – mithin also eine negativ-kritische Grundhaltung –, die überwiegend moralisch motiviert sein dürfte (Schaarschmidt, 2019; Sevriens, 2023; Sommer, 2023).

Konzeptualisierung und Definition der Surrogat-Partner Therapie

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der SPT leidet unter einer mangelnden Definition und Differenzierung darüber, was konkret unter diesem Ansatz verstanden werden kann und soll. Dies resultiert aus einem Verständnis von Sexualtherapie als Verfahren zur Reparatur von sexuellen Funktionsstörungen, wie es bei Masters und Johnson angelegt war und in den meisten sexualtherapeutischen Ansätzen bis heute fortwirkt: Die Indikation stellen ausbleibende genitale Reaktionen bzw. sexuelle Funktionen dar. Die Sexualtherapie soll dazu beitragen, dass diese wieder „funktionieren“ (Stichwort: *Sexualmedizinische Ertüchtigungsbehandlung*, vgl. Ahlers & Schaefer, 2023).

Dies bewirkt den paradoxen Effekt, dass Patienten wie auch Therapeuten darauf fixiert sind, „dass es wieder klappt“, was für die Autoren des vorliegenden Beitrages genau den Leistungs-

⁶ Vor allem vertreten durch Martin Cole am *Center for Genetics and Reproductive Biology*, Aston University, Birmingham, UK (vgl. Cole, 1977).

⁷ In Dänemark sind Betreuer verpflichtet, sich auch um die sexuellen Bedürfnisse eines Pflegebefohlenen zu kümmern und erforderlichenfalls Unterstützung zu organisieren.

⁸ Dieser Diskurs wurde bereits 1966 von Van Emde Boas antizipiert und kritisch reflektiert.

druck aufrechterhält, der ursprünglich zu Versagensangst und Vermeidungstendenz geführt hat, die die Störung mit verursacht haben (Ahlers & Schaefer, 2018).

Wird in diese Konstellation eine Surrogat-Partnerin einbezogen, so bezieht der fortbestehende Leistungsdruck auch diese natürlich mit ein und stellt sie – wie die ganze Therapie – unter den Erfolgszwang einer wiederzuerlangenden Sexualfunktion. Genau dieses Paradoxon hat Apfelbaum (1977) in seiner frühen Kritik an diesem Ansatz der SPT bereits erkannt und benannt.

Dieses therapeutische Dilemma rührt daher, dass Sexualtherapie im konventionellen Sinne ausschließlich auf die Wiedererlangung der *Erregungsfunktion* von Sexualität fokussiert und die *Kommunikationsfunktion* von Sexualität (s.u.) weitgehend außer Acht lässt. Die Surrogat-Partnerinnen wurden damit quasi automatisch zu „Gehilfinnen“ von Stimulation, Erregung und Orgasmus, was zur naheliegenden Assoziation mit Prostitution führte und den gesamten therapeutischen Ansatz als Kryptoprostitution diffamierte und diskreditierte. Der Widerstand gegen diesen falsch verstandenen Ansatz der Einbeziehung von Surrogat-Partnerinnen in die Sexualtherapie mit Singles beruht(e) damit offenkundig im Wesentlichen auf tradierter, moralischer Empörung und Ablehnung gegenüber der Prostitution.⁹

Exkurs: Prostitution

Aus sexualwissenschaftlicher Perspektive muss gefragt werden, was an sexuellen Dienstleistungen in Form von genitaler Stimulation zur Provokation sexueller Erregung und zur sexuellen Befriedigung eigentlich problematisch oder verwerflich ist. Die Ablehnung von Prostitution speist sich offenkundig überwiegend aus moralischer Empörung und spiegelt die pejorative Bedeutung wider, die der Erregungsfunktion von Sexualität im paneuropäischen Kulturkreis seit über zweitausend Jahren zugewiesen ist: Lust ist Sünde – Fortpflanzung ist Gebot.

Dabei ist evident, dass moralische Empörung wie immer weder weiterhilft noch Probleme löst. Stattdessen sollten alle gesellschaftlichen Kräfte auf die Verhinderung, Verfolgung und Bestrafung von organisierter Kriminalität, in Form von Menschenhandel und sexualwirtschaftlicher Ausbeutung durch Zwangsprostitution, Zuhälterei und Sklaverei, gebündelt werden, um diese unerträglichen Missstände konsequent durch polizeiliche Verfolgung und gerichtliche Bestrafung, wenn nicht aus der Welt zu schaffen, so doch zumindest einzudämmen.

Auf diese Weise könnte selbstbestimmte und eigenverantwortliche Prostitution als sexuelle Dienstleistung vor Missbrauch und Ausbeutung geschützt werden und Personen, die

dieser Tätigkeit freiwillig, selbstbestimmt und eigenverantwortlich nachgehen wollen, ein realer sozialrechtlicher Schutzstatus eingeräumt werden, der andernfalls unverändert nur auf dem Papier besteht.

Sämtliche Konzepte von Verbot, Kontrolle und Strafe (Stichwort Prohibition), wie sie zum Beispiel im „Nordischen Modell“ wiederbelebt wurden (Verbot von Prostitution), leugnen (moralisch motiviert?) diese eigentliche Problematik und lassen diese damit unberührt und drängen Prostitution stattdessen abermals in die Verborgenheit und Unsichtbarkeit der ungeschützten Unter- und Schattenwelt, was das Risiko von Ausbeutung durch Zwangsprostitution, Zuhälterei und Sexsklaverei noch weiter steigert bzw. wahrscheinlicher werden lässt. Hierzu kann das Fazit zitiert werden, das Ivan Bloch, der Begründer der Sexualwissenschaft, als Resümee in seiner umfassenden Untersuchung zum Phänomen der Prostitution vor über hundert Jahren gezogen hat: „Nicht Prostitution ist das Problem, sondern die Umstände, unter denen wir sie geschehen lassen“ (Bloch, 1912).

Surrogat-Partner Therapie versus Sexual-Assistenz

Eine weitere Problematik des Themas besteht in der mangelhaften Definition und fehlenden Differenzierung zwischen Aufgabe und Funktion einer *Surrogat-Partnerin* und einer sog. *Sexual-Assistentin*. Letztere ist eine spezialisierte bzw. weitergebildete Fachprostituierte, die (ohne Einbettung in eine Sexualtherapie) alten, kranken, geistig und/oder körperlich beeinträchtigten bzw. bedürftigen Personen sexuelle Zuwendung (inklusive Genitalstimulation und Orgasmusproduktion) ermöglicht. Im Gegensatz zur SPT geht es in der Sexual-Assistenz nicht um Sexualtherapie, sondern um sozial- und sexualpädagogisch eingebettete Hilfe und Unterstützung zur sexuellen Befriedigung (vgl. Koch, 2010; Ortlund & Scholten, 2021).

Die Aufgabe einer Surrogat-Partnerin besteht hingegen darin, Personen mit selbstunsicher ängstlich-vermeidender Persönlichkeit, die unter *soziosexueller Selbstunsicherheit* (Fahrner, 1983; 1984) und ggf. damit verbundenen SFS leiden, ansonsten aber körperlich und geistig unbeeinträchtigt sind, die Möglichkeit zu eröffnen, im Rahmen einer Sexualtherapie Körperlichkeit, Geschlechtlichkeit, Genitalität und Sexualität mit einem anderen Menschen leiblich erfahren zu können, ohne dabei unter Leistungsdruck zu geraten, Versagensangst zu erleben und in Vermeidungsverhalten zu flüchten. Hierbei geht es um die konsequente Fokussierung auf die *Kommunikationsfunktion von Sexualität* und gerade nicht um die Fokussierung auf die *Erregungsfunktion* in Form von Stimulation und Orgasmusproduktion, wie dies im Rahmen von Sexual-Assistenz obligatorisch bzw. programmatisch ist (vgl. Tabelle 1).

⁹ Diese Diffamierung und Diskreditierung der SPT scheint schlichten moralischen Vorurteilen geschuldet zu sein und mutet auch deswegen befremdlich an, weil die prominenten Sexualpraktiken der Prostitution, nämlich oral-genitale Stimulation sowie penis-vaginale Penetration, weder in einer SPT, noch im Rahmen von Sexual-Assistenz eine Rolle spielen.

Die primären Funktionen von Sexualität

Sexualität eröffnet die Möglichkeit, Genuss, Lust und Entspannung zu erleben, zu bescheren, zu teilen und in der eigenen geschlechtlichen Rolle sowie als Person im Sexuellen bestätigt zu werden bzw. Selbstbestätigung zu erlangen. Darüber hinaus gibt es noch eine Vielzahl weiterer, sekundärer Motive Sex zu haben, z.B. neue Erfahrungen zu machen, Fantasien auszuleben, jemanden für sich einzunehmen bzw. an sich zu binden, sich an jemandem zu rächen, sich und/oder einen anderen zu belohnen, körperliche Ertüchtigung zu betreiben oder einen Streit beizulegen und vieles andere mehr (Meston & Buss, 2007).

Bei aller Vielfalt lassen sich für sexuelles Erleben und Verhalten insgesamt drei zentrale, primäre Funktionen benennen:

- **Erregungs-Funktion:** Verlangen, Begehren, Erotik, Stimulation, Orgasmus.
- **Fortpflanzungs-Funktion:** Zeugung, Empfängnis, Schwangerschaft, Nachkommenschaft.
- **Kommunikations-Funktion:** Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse nach Zugehörigkeit, Angenommenheit, Vertrautheit, Geborgenheit, Intimität und Nähe. (Maslow, 1932; Frankl, 1952; Armstrong, 1964, Van Emde Boas, 1966, Nijs, 1972; Loewit, 1978; Begriffsmodifikation: Ahlers & Lissek, 2015).

Die **Erregungsfunktion** wird als Synonym und Inbegriff von „Sex“ verstanden und nimmt einen entsprechend großen Raum in der wissenschaftlichen Forschung, gesellschaftlichen Befassung, medialen Repräsentation und klinischen Versorgung ein sowie in der fiktionalen Darstellung (Erotika und Pornografie). Die **Fortpflanzungsfunktion** tritt hingegen nur im Kontext von Empfängnisverhütung und Empfängniserzeugung (künstliche Befruchtung / Reproduktionsmedizin) in den Vordergrund und verliert nach Abschluss von Familienplanung und -gründung wieder an Bedeutung.

Die **Kommunikationsfunktion** richtet sich auf die Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse nach Zugehörigkeit, Angenommenheit, Vertrautheit, Geborgenheit, Intimität und Nähe durch sexuelle Körper- und Seelen-Kommunikation (vgl. Maslow, 1932; Frankl, 1952; Armstrong, 1964, Van Emde Boas, 1966, Nijs, 1972; Loewit, 1978; Begriffsmodifikation: Ahlers & Lissek, 2015).

Für die Kommunikationsfunktion von Sexualität besteht jedoch kein wissenschaftliches, gesellschaftliches, und folglich auch kein klinisches sowie individuelles Bewusstsein. Auch in der sexualwissenschaftlichen Forschung und klinischen Versorgung erfährt die Kommunikationsfunktion von Sexualität kaum Berücksichtigung und findet sich entsprechend wenig bis gar nicht in der gesellschaftlichen Auseinandersetzung und medi-

alen Berichterstattung zum Thema sexuelle Gesundheit, bildet aber einen Kernaspekt fiktionaler Darstellung im Genre des Liebes- und Beziehungsromans und -films (Ahlers & Lissek, 2015).

Bereits bei Primaten, wie den Zwergschimpansen, findet sich eine Entkoppelung zwischen Sexualität zur Orgasmus- und Re-Produktion und sexueller Interaktion als sozialer und partnerschaftlicher Kommunikation, wie sie auch bei Naturvölkern beobachtet wurde (Schiefenhövel, 2003). Und während die Fortpflanzungsfunktion nur während der Familiengründung relevant ist und die Bedeutung der Erregungsfunktion mit zunehmendem Lebensalter nachlässt (vgl. Schaefer et al., 2003), bleibt die Bedeutung der Kommunikationsfunktion der Sexualität über die gesamte Lebensspanne stabil und (auch gesundheitlich) relevant (Loewit, 1992, 1994; Kleinplatz, 2012).

Sexuelle Funktionsstörungen und die primären Funktionen von Sexualität

Sexuelle Funktionsstörungen werden ausschließlich auf den Ebenen der Erregungs- und der Fortpflanzungsfunktion wahrgenommen: D.h. die Perspektive auf sexuelle Funktionalität und sexueller Gesundheit ist wissenschaftlich, klinisch und gesellschaftlich auf *Orgasmus-* und *Re-Produktion* verengt (Ahlers & Schaefer, 2018), auf das Gelingen von Erregung und Orgasmus, ggf. zur Zeugung bzw. Befruchtung. Unberücksichtigt bleibt in dieser Perspektive, dass die *Kommunikationsfunktion von Sexualität* (Loewit, 1994) aus gesundheitlicher Perspektive relevanter ist als die Erregungs- und Fortpflanzungsfunktion. Daraus resultiert, dass die Möglichkeit, durch sexuelle Körper- und Seelen-Kommunikation wechselseitig psychosoziale Grundbedürfnisse nach Zugehörigkeit, Angenommenheit, Geborgenheit, Intimität und Nähe erfüllen, in der Diskussion und Klassifikation sexueller Funktionsstörungen keine Rolle spielt. Aufgrund fehlender Erregung und Fortpflanzung wird niemand krank, wohl aber aufgrund leidvoll erlebter Partnerlosigkeit (*Sad Singles*, Ahlers & Lissek, 2015) oder aufgrund misslingender partnerschaftlicher Beziehungsverläufe, sog. *Syndyastischer Deprivation*, die in Gestalt von *Beziehungsdysstress* (Ahlers & Lissek, 2015) einen starken psychosozialen Belastungsfaktor darstellt. Dieser kann psychosomatische Folgebeschwerden sowie affektive Beeinträchtigungen bedingen wie bspw. psychosomatische Beschwerden, depressive Reaktionen (Rüegg, 2003; Hüther, 2006).¹⁰ Fehlende (sozio)sexuelle Erregung und Fortpflanzung

¹⁰ Die chronische Entbehrung von körperkommunikativ vermittelten bzw. entstehenden emotionalen Nähezuständen, Intimitäts Erfahrungen und Geborgenheitsgefühlen durch leibliche (sexuelle) Annahme, mithin also eine Frustration der Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse durch syndyastische Deprivation, erhöht nach derzeitigem Stand der Forschung

stellen demgegenüber nachrangige Faktoren psychosozialer und sexueller Gesundheit dar. Vor diesem Hintergrund ist eine Differenzierung des Erfüllungsniveaus auf allen drei Funktionsebenen von Sexualität in der paar- und sexualpsychologischen Diagnostik und Therapie sexueller Störungen von zentraler Bedeutung (Loewit & Ahlers, 2013).¹¹

Soziosexuelle Selbstunsicherheit als Kernindikation für Surrogat-Partner Therapie

Die Mehrzahl der Patienten, die sich bei den Autoren in der *Praxis für Paarberatung und Sexualtherapie am Institut für Sexualpsychologie Berlin* vorstellten, um eine SPT in Anspruch zu nehmen, litt *nicht* vornehmlich unter SFS, sondern v.a. unter so ausgeprägten internalisierten Leistungsvorstellungen bezogen auf die eigene sexuelle Performanz, sodass reale Sexualbegegnungen, geschweige denn partnerschaftliche Sexualbeziehungen, ihnen in ihrem bisherigen Leben bislang schlicht unmöglich waren. Die eigentliche Indikation ist nach Auffassung der Autoren des vorliegenden Beitrages daher nicht sexuelle Dysfunktion, sondern *soziosexuelle Selbstunsicherheit* (Fahrner, 1983; 1984).

Hierbei handelt es sich um eine klinisch relevante Ausprägung allgemein verbreiteter Schüchternheit gegenüber potentiellen Sexualpartnern. Die Betroffenen leiden unter dem Fehlen von Sexualkontakten und partnerschaftlichen Sexualbeziehungen (*Sad Singles*, Ahlers & Lissek, 2015), wobei ihre euphemistische Selbstbezeichnung in Internet-Foren *Absolute Beginners* lautet. Da sie jedoch unter soziosexueller Selbstunsicherheit aufgrund internalisierter sexueller Leistungsanforderungen und resultierenden Versagensängsten leiden, vermeiden sie oft lebenslang sexuelle Kontakte und Beziehungen, und unternehmen niemals irgendwelche Versuche, eine potentielle Sexualpartnerin auch nur kennen zu lernen. Ihre korrekte Bezeichnung wäre daher eigentlich: *Absolute Avoiders* (Ahlers, 2022).

Soziosexuelle Selbstunsicherheit ist in der Regel eine Manifestation einer insgesamt *selbstunsicher ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung* (SÄVPS) (vgl. F60.6 / 301.82), die unter anderem durch ein Verharren in einem Ambivalenzkonflikt zwischen Bindungsangst und Autonomiebedürfnis gekennzeichnet ist. Der daraus resultierende ängstlich-ambivalente Bindungsstil, die zunehmende Selbstunsicherheit sowie negative Interaktions-

erfahrungen mit Gleichaltrigen tragen weiter zur Ausbildung der SÄVPS bei, können zu einer zunehmenden Vermeidung sozialer Situationen und Interaktionen, und dadurch zu einer Kumulation sozialer Kompetenzdefizite und Selbstentfremdung führen. Die SÄVPS ist somit durch ein tiefgreifendes Muster von sozialer Gehemmtheit, Insuffizienzgefühlen bzw. Minderwertigkeitskomplexen und der Überempfindlichkeit gegenüber (angenommener wie realer) negativer Bewertung bzw. Beurteilung durch andere Personen gekennzeichnet (Fiedler & Marwitz, 2016; 2024). Gehören scheiternde sexuelle Kontakte und Beziehungen gleichfalls zum Bild einer SÄVPS, dann lässt sich dies sexualdiagnostisch der Kategorie „Störungen der sexuellen Identität“ (F60.6) zuordnen: Betroffene haben ein strukturell geringes Selbstwerterleben bezogen auf die eigene Hinlänglichkeit als Sexualpartner (Ahlers et al., 2005).

Wo Betroffene in jungen Jahren noch leidvoll erlebte Partnerlosigkeit empfinden (*sad singles*, Ahlers & Lissek, 2015) steigt mit zunehmendem Lebensalter (ab dem dritten Lebensjahrzehnt) die Schambelastung aufgrund der Nichterfüllung sozial-normativer Leistungsanforderungen im Sexuellen progressiv an: „Man hat Sex und eine partnerschaftliche Sexualbeziehung!“ „Mit über 30 kann ich niemandem mehr sagen, dass ich noch Jungfrau bin.“ Subjektiv empfundene und/oder fremd geäußerte, mangelnde Normkonformität bezogen auf sexuelle gesellschaftliche Erwartungen und Leistungsanforderungen sind für Personen mit SÄVPS nachgerade unerträglich und führen zu progressiven Schamgefühlen, die drängend kompensiert werden müssen.

Die (neurotische) Kompensation von Selbstwertdefiziten kann sich v.a. in ausgeprägtem beruflichem oder sportlichem Leistungsstreben äußern, in Schönheitsmedizinischen Eingriffen und Maßnahmen sowie in Form von als „Fitness“ chiffrierter Körper- bzw. Figur-Optimierung, mit nachfolgender Selbstdarstellung, v.a. in sozialen Medien, zur Generierung von Bestätigung und Bewunderung; sog. *Online-Posing* etc. In nicht körperlich ausgetragenen Kompensationsambitionen äußert sich die Problematik (SÄVPS) häufig auch in ideologischem und dogmatischem Agitieren in sozialen Medien, vornehmlich zu religiösen, politischen oder esoterischen Themen (z.B. Klima, Corona, Identität, Religion, Gesundheit, vgl. *Orthorexie*, etc.), um auf diese Weise Aufmerksamkeit, Beachtung, Bestätigung und – wenn möglich – Bewunderung zu generieren (*Guru-Syndrom*).

Fehlen Fähigkeiten und/oder Möglichkeiten der Kompensation, so droht auf Dauer eine *Anpassungs- und Verbitterungsstörung* (Linden et al., 2004; Linden, 2023), die z.B. in einer projektiven Externalisierung der eigenen Selbstwertstörung über diskriminierende, oft rassistische oder misogyne Vorurteile bzw. Stereotype, mit hostiler, i.d.R. frauen-feindlicher Weltsicht gipfeln (vgl. sog. *Involuntary Celibates*, INCELS). Diese Ausprägung entspricht dann der narzisstischen Kompensation einer Selbstwertstörung über das Prinzip Selbstaufwertung durch Fremdabwertung, und bildet damit eine Art Endpunkt neurotischer Fehlverarbeitung eigener Selbstwertdefizite (Ahlers, 2022).

die Wahrscheinlichkeit, psychosomatische Störungen zu entwickeln und beeinträchtigt die Überwindung bestehender Beschwerden durch Alterung und Erkrankung (Egle et al., 1997).

¹¹ Eine Übersicht der grundlegenden Parameter des sexuellen Erlebens und Verhaltens findet sich im Anamneseleitfaden „5x3 der Sexualpsychologie“ (Ahlers et al., 2004).

Surrogat-Partner Therapie

Die Implementierung der Surrogat-Partner Therapie erfolgt im hier dargestellten Falle im Rahmen einer *Akzeptanz und Zugeständnis Sexualtherapie* (AZST) (Ahlers & Schaefer, 2023). Am Beginn einer 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, 2017). Die Patienten werden darin unterstützt, sich von internalisierten sexuellen Leistungsvorstellungen zu emanzipieren und das Vorhandensein ihrer 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*). 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).¹²

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 symptomtreibender Faktor für Sexualfunktions- bzw. besser *Sexualpenetrationsstörungen* (Ahlers & Schaefer, 2023). Erst die vollkommene Akzeptanz der wie sehr auch immer beeinträchtigten Sexualfunktionen und das Zugeständnis, dass penetrativer Sexualverkehr zur Orgasmusproduktion (bis auf Weiteres) ausgeschlossen ist bzw. nicht (mehr) stattfindet, eröffnet die Möglichkeit, sich von sexuellen Leistungsanforderungen und Produktionsambitionen authentisch emanzipieren zu können. Der therapeutische Prozess fokussiert dann ausschließlich auf die Kommunikationsfunktion von Sexualität (sog. *Syndyastische Fokussierung*; siehe oben) und wird – wie im Rahmen jeder Sexualtherapie – mit der Methode *Sensate Focus* von Masters & Johnson realisiert.

So, wie der Psychotherapeut ein Modellpartner für den Patienten auf der Ebene der verbalen Kommunikation ist, so ist die Surrogat-Partnerin eine Modellpartnerin auf der Ebene der körperlichen Kommunikation. Wo die Behandlungsmöglichkeiten des Psychotherapeuten im Verbalen enden, beginnen die Behandlungsmöglichkeiten der Surrogat-Partnerin im Körperli-

chen, indem sie mit dem Patienten konkreten körperlichen Austausch eintritt, im Rahmen dessen der Patient die reale, leibliche Erfahrung macht, anzufassen und angefasst zu werden, um zu gucken, ob ihn das berührt – und das vollkommen unabhängig von Erregung und Fortpflanzung.

Weil hierdurch ein vorsprachlicher Primärprozess aktiviert werden kann, beginnen so gut wie alle Patienten in den Begegnungen mit der Surrogat-Partnerin ganz anders offen zu sprechen, als sie dies im Rahmen der verbalen Kommunikation mit dem Psychotherapeuten getan haben.¹³

Hieran wird ersichtlich, dass (zumindest im Indikationsgebiet sexueller Gesundheit) in der Sexualtherapie mit Singles Psychotherapeut und Surrogat-Partnerin zwei Seiten ein und derselben Medaille sind, die einander nicht ersetzen, sondern optimal ergänzen können.

Psychotherapeutische Vorbereitung der Surrogat-Partner Therapie

Im psychotherapeutischen Prozess der SPT geht es darum, den Patienten darin zu unterstützen, ein Konzept dafür zu entwickeln, welche Form sexueller Modell-Beziehung er mit einer Surrogat-Partnerin aufbauen will und kann, wenn im Rahmen der SPT Erregung und Fortpflanzung bis auf Weiteres ausgeschlossen sind. Dabei geht es auch darum, die Bekommenheit aufzufangen, die entsteht, weil durch Selbstunsicherheit bedingte Ängste nicht *wegstimuliert* werden können, wie dies in vielen Sexualkontakten die Regel ist, bei denen eine zielgerichtete, absichtsvolle und ergebnisorientierte genitale Stimulation zur Orgasmusproduktion der verlässlichste Weg ist, um Intimität zu vermeiden (wie es dies z.B. bei Prostituierten die Regel ist). Daher kommt eine solche Sexualtherapie auch einer Mutprobe – sexuelle Intimität zu wagen – gleich, wobei die meisten Patienten nachvollziehbarerweise erst einmal ratlos sind, wie sie dies mit einer Surrogat-Partnerin realisieren sollen, wenn Orgasmusproduktion bis auf Weiteres außen vor bleibt.

Das Ziel ist also, ein Bewusstsein für die Kommunikationsfunktion von Sexualität zu eröffnen, wodurch für den Patienten 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“ (Ahlers, 2017), weil dafür nichts mehr angestrebt, betrieben, hergestellt und erreicht werden muss. Wenn dabei Erotik, Erregung und Leidenschaft

¹² „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, 1953)

¹³ Dieser Effekt ist allen Berufstätigen aus dem Bereich Körper- und Physiotherapie sowie medizinischer Heilmassage bekannt und geläufig.

aufkommen (weil sie nicht mehr kommen müssen) – um so schöner. Diese bilden aber weder die Voraussetzung, noch das Ziel und den Zweck der Begegnung. So kann der Patient lernen, dass Erregung entstehen und vergehen kann (solange sie nicht entstehen muss), ohne dass diese genutzt und zum Höhepunkt gesteigert werden „muss“ (Ahlers & Schaefer, 2018).

Die Grundannahme der *Akzeptanz und Zugeständnis Sexualtherapie* (AZST) besteht folglich darin, dass sich gestörte Sexualfunktionen erst dann erholen und ggf. wieder einstellen können, wenn beide Partner (hier Patient und Surrogat-Partnerin) 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.¹⁴

Die Rationale im Ansatz der AZST besteht damit darin, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass sexuelle Selbstheilungskräfte aktiviert und freigesetzt werden können, indem absichtlose, 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 im Kopf des Patienten, noch bevor er sich zum ersten Mal im Rahmen des Sensualitätserlebens (*Sensate Focus*) mit der Surrogat-Partnerin verabredet. 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 (sexualmedizinischer) Ertüchtigungsbehandlungen, „damit es (wieder) klappt“, konsequent als Therapieziele ausgeschlossen bleiben, weil andernfalls die therapeutischen Begegnungen des Patienten mit der Surrogat-Partnerin 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 (Frankl, 1953; Ahlers & Schaefer, 2023).

Grundlagen und fachliche Fundierung einer Sexualtherapie mit Singles / Surrogat-Partner Therapie

1. Die Grundlagen der Sexualtherapie mit Singles unter Einbeziehung einer Surrogat-Partnerin 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, 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, sich einen Überblick über die Komponenten der allgemeinen bzw. klassischen Sexualtherapie zu verschaffen:

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

¹⁴ Hierin besteht die größte Herausforderung für Prostituierte, die sich für die Surrogat-Partner Therapie weiterbilden wollen, weil die damit verbundene innere Haltung und interaktionelle Vorgehensweise das Gegenteil ihrer bisherigen Tätigkeit darstellen, bei der Orgasmusproduktion den Kern der Dienstleistung bildet.

Aufbau und Ablauf einer *Akzeptanz und Zugeständnis Sexualtherapie* (AZST) mit Singles unter Einbeziehung einer Surrogat-Partnerin

1. Was soll erreicht werden – Die Ziel- und Werteklä rung:

- Differenzierung der primären 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*, sondern *Kommunikation* zur Erfüllung von Grundbedürfnissen.
- Aus gesundheitlicher Perspektive braucht kein Mensch Erregung und Fortpflanzung, aber die Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse durch (sexuelle) Körperkommunikation.
- Bewusstmachung der Leistungskonzeption von Sexualität: Erektion zur Penetration zur Orgasmus und ggf. Reproduktion. Vorbereitung der Emanzipation von dieser Leistungskonzeption.
- Erarbeitung eines Störungsmodells: *Internalisierter Leistungsdruck* (Orgasmus- und ggf. Re-Produktion) führt zu Versagensangst, die zu Verkrampfung und Verspannung und damit zu SFS, was wiederum Vermeidung sexueller Interaktion und sozialen Rückzug provoziert etc. („Absolute Avoiders“).
- Akzeptanz und Zugeständnis: Kann das Vorhandensein von versagensangst-begründeten Vermeidungshaltungen vor diesem Hintergrund innerlich authentisch als gegeben angenommen werden (Akzeptanz) und gelingt es, aufzuhören, innerlich dagegen anzukämpfen, dass es ist, wie es ist (Zugeständnis)?
- Gelingt es, die projektive Externalisierung der eigenen Selbstwertstörung über misogynen Stereotyp (INCELS) authentisch und nachhaltig zu überwinden und aufzugeben?
- Annehmen und Loslassen – Kann sich der Patient authentisch auf den Therapieansatz der AZST einlassen?
- 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!* Nicht die (Wieder-) Herstellung genitaler Reaktionen und sexueller Funktionen ist das Therapieziel, sondern die Erlangung sozio-sexueller Selbstwirksamkeit und Bestätigung sowie zur Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse nach Angenommenheit,

Zugehörigkeit, Geborgenheit, Intimität und Nähe durch erwartungsfreie, absichtslose, ausgangsoffene, nicht ziel- und ergebnis-orientierte, sexuelle Körper- und Seelen-Kommunikation, *unabhängig von genitalen Reaktionen und sexuellen Funktionen!*

2. Kein „um zu ...“ mehr – Die „Produktions-Verzichts-Vereinbarung“ (PVV)

- Unterstützung des Patienten bei der Erarbeitung einer „Produktionsverzichts-Vereinbarung“: Verzicht auf Orgasmus- und ggf. Re-Produktion!
- Ziel: Ausschaltung aller Druck- und Angstquellen in der sexuellen Begegnung.
- *Kein OrgasMUSS mehr! Nichts MUSS mehr!*
- Dadurch Abbau von internalisiertem Leistungsdruck und resultierender Versagensangst.
- Unterzeichnung der PVV durch den Patienten und die Surrogat-Partnerin, als Vertragsgrundlage für den gemeinsamen Prozess.

3. Vom Erreichen zum Erleben – Die *Syndyastische Fokussierung*

- Defokussierung der Erregungs- und / oder Fortpflanzungsfunktion – Fokussierung der Kommunikationsfunktion: Erweiterung der verbalen Kommunikation um den Bereich der körperlichen Kommunikation: „Wie kann ich das, was ich empfinde, auch ohne Worte sagen, indem ich dich anfasse, um zu gucken, ob mich das berührt“?
- Sexuelle Interaktion als partnerschaftliche Kommunikation: Sexualität als Kommunikation zur Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse nach Zugehörigkeit, Angenommenheit, Geborgenheit und Nähe – auch mit Surrogat-Partnerin.
- 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 Verrichtung zur Vermittlung,
 - von der Handlung zur Bedeutung,
 - von der Erregung zur Beziehung,
 - von der Störung zur Entwicklung,
 - von der Obligation zur Option,
 - vom Erreichen zum Erleben,
 - vom Genital zum Gesicht.

4. Das Kennenlernen – Bekanntschaft mit der Surrogat-Partnerin

- Einleitung der Erweiterung von der Psychotherapie zur Sexualtherapie unter Einbeziehung einer Surrogat-Partnerin.
- Aufklärung, dass es in einer Surrogat-Partner Therapie *nicht* um sexuelle Attraktivität bzw. erotische Anziehung oder Kompatibilität geht, sondern darum, dass eine reale Frau sich als Modell-Partnerin für den vorab erarbeiteten, therapeutischen Prozess zur Verfügung stellt (PVV).
- Aussehen, Alter und Sexualpräferenz der Surrogat-Partnerin sind daher ebenso irrelevant wie bezogen auf den Psychotherapeuten: Es handelt sich um Modell-Beziehungen, *nicht* um Kontakte, in denen es um Erotik und Erregung geht, wie beim *Casual Dating* oder im Rahmen von Prostitution.
- Vorstellung der Surrogat-Partnerin durch den Psychotherapeuten im Dreier-Setting.
- Wenn „die Chemie“ stimmt, erste Verabredung des Patienten mit der Surrogat-Partnerin, im Rahmen derer die Surrogat-Partnerin eine umfassende Aufklärung über Konditionen (z.B. Körperhygiene), Struktur und Ablauf der Begegnungen gibt und ein Kennenlern-Gespräch zu zweit führt.
- Aufklärung darüber, dass die Therapie der Hilfe zur Selbsthilfe dient und Patienten darin unterstützt und fördert, in eine pro- und interaktive Rolle in sexuellen Begegnungen hineinzuwachsen (keine Konsumenten-Position wie in der Sexual-Assistenz und Prostitution), um so soziosexuelle Selbstwirksamkeitserfahrungen machen zu können.
- Übergang zu regelmäßigen Verabredungen für verbale, körperliche und seelische Begegnungs- und Berührungserfahrungen, durch absichtslose, erwartungsfreie, ausgangsoffene, nicht ergebnis- und zielorientierte, sexuelle Interaktion mit der Surrogat-Partnerin.
- Erarbeitung und Abstimmung der körperkommunikativen Erweiterung der Verabredungen in einem sukzessiven, therapeutischen Prozess, in dem der Patient den Fortschritt und das Tempo bestimmt, solange ein Prozess zustande kommt und keine (angst- und vermeidungsbedingte) Stagnation einsetzt.
- Ablauf: Nebeneinander auf Sofa sitzen, Handhalten, Arm umlegen, Zuwenden, Blickkontakt, Umarmung, Neben- und beieinander liegen, Ablegen der Oberbekleidung, Ablegen Unterbekleidung, Erleben von Nacktheit, Umarmen, Streicheln, Halten etc.
- Vorbereitung des Einstiegs in *Sensate Focus* (Klassische Sexualtherapie): Sequenzieller und mutueLLer, konsekutiver sexueller Körperkontakt durch Berühren und ganzkörperliches Streicheln (inklusive Genitalien), ohne Provokation von Erregung, Penetration und Orgasmus durch intentionale Stimulation.
- Sexuelle Erregung kann entstehen und vergehen (solange sie nicht entstehen muss) und wird nicht absichtsvoll, ziel-

gerichtet und ergebnisorientiert bis zum Erregungshöhepunkt gesteigert.

- Abstimmung bzw. Vorab-Definition des Interaktionsrahmens vor jeder Begegnung, zur verlässlichen Vermeidung von „Veto-Situationen“ (unerwünschtes Ereignis).
- Keine vollständige Absolvierung von „Streicheln 1–6“ (vgl. Klassische Sexualtherapie: *Sensate Focus*) nötig, weil jeder Patient sein Therapieziel in jeder Verabredung mit der Surrogat-Partnerin erreichen kann.

5. *Therapeutische Triangulation* – Evaluation und Supervision

- ab diesem Zeitpunkt findet nach jeweils drei Begegnungen zwischen Patient und Surrogat-Partnerin jeweils eine Sitzung mit dem Psychotherapeuten statt.
- Mit dem Patienten zur Evaluation selbst beobachteter Veränderungsprozesse, sowohl bezogen auf sein inneres Erleben, als auch bezogen auf sein geäußertes Verhalten im Rahmen der Begegnungen mit der Surrogat-Partnerin;
- Mit der Surrogat-Partnerin zur Supervision des von ihr erlebten und geschilderten therapeutischen Prozesses.
- *Therapeutische Triangulation*: Alle Informationen des therapeutischen Prozesses werden zwischen allen drei Beteiligten zirkulär und transparent ausgetauscht, so dass immer alle auf demselben Stand sind.

Sollte im Verlauf oder zum Ende des therapeutischen Prozesses bei dem Patienten der Wunsch nach Erregungssteigerung durch intentionale genitale Stimulation, ggf. inklusive penis-vaginaler Penetration entstehen, so wird dieser Wunsch als Ausdruck seiner Genesung im Rahmen der geschützten und gestützten Exposition der SPT validiert und im Rahmen der therapeutischen Triangulation reflektiert. Im Anschluss daran bespricht der Patient mit der Surrogat-Partnerin, ob eine affirmative penis-vaginale Penetration (ohne Orgasmusproduktion) zur Abrundung der Selbstwirksamkeitserfahrung im Rahmen der SPT erfolgen kann oder nicht.

Sollten danach weitergehende Wünsche nach penis-vaginaler Penetration inklusive Erregungssteigerung und Orgasmusproduktion bestehen, so erfolgt die Verabschiedung von der Surrogat-Partnerin und eine Überweisung zu einer mit der Praxis assoziierten Sexual-Assistentin. Hierdurch kann der Patient erproben, ob seine soziosexuelle Selbstsicherheit durch die SPT gewachsen ist und ihm erlaubt, in einem teilgeschützten Rahmen (Sexualassistentin) auch die Erregungsfunktion von Sexualität, inklusive penis-vaginaler Penetration und Orgasmusproduktion, erleben zu können. Dieser Abschluss der SPT kann vom Patienten mit dem Psychotherapeuten weiter evaluiert und begleitet werden, bis die Therapie nach +/- 25 Einheiten ein Ende findet.

Sollte der Patient im Anschluss daran eine weitere psychotherapeutische Begleitung bei seinen Gehversuchen im extratherapeutischen Feld wünschen, so kann diese im Einzelsetting

erfolgen. Manchmal wünschen sich Patienten auch begleitetes Aufsuchen von potenziellen Begegnungsorten für potenzielle (Sexual-)Partnerinnen, wie Tanzveranstaltungen, durch die

Surrogat-Partnerin. Diese Anliegen werden dann ebenfalls im Rahmen der therapeutischen Triangulation transparent reflektiert, kommuniziert und evaluiert.

Tab. 1: Differenzierung zwischen Surrogat-Partner Therapie und Sexual-Assistenz

	Surrogat-Partner Therapie	Sexual-Assistenz
Konzeption	Option im Rahmen einer Psychotherapie, hier Sexualtherapie - Integration von bzw. Kooperation mit Modell-Partnerinnen.	Keine Option im Rahmen einer Psychotherapie, hier Sexualtherapie.
Kategorie	Psychotherapeutische Heilbehandlung, mit körperlicher, sexueller Selbst- und Fremderfahrung (nicht erregungs-fokussiert).	Körperliche Zuwendung durch Massagen, Streicheln und Umarmen, inklusive genitaler Stimulation und Orgasmusproduktion.
Fachpersonen	a) Psychotherapeut:innen mit Weiterbildung in Sexualtherapie, sowie b) Spezialisierte bzw. weitergebildete Heilpraktiker:innen und Heilmasseur:innen, Körper- bzw. Physio-Therapeut:innen.	Spezialisierte bzw. weitergebildete Tantra- und Erotik- Masseur:innen sowie Fach-Prostituierte.
Adressaten	Nicht behinderte, selbstunsicher-ängstlich-vermeidende Personen, mit soziosexueller Selbstsicherheits-Störung.	Alte, kranke und körperlich und / oder geistig behinderte, unselbstständige, abhängige, ggf. pflegebedürftige Personen.
Therapie- bzw. Behandlungsziel	a) Auflösung von Ängsten, Hemmungen, Verklemmungen und Blockaden. b) Sexuelle Entschämung, Enthemmung, Entkrampfung und Entspannung. c) Soziosexuelle Selbstwirksamkeits-Erfahrung, ohne Orgasmusproduktion.	Sinnliche, körperliche Zuwendung durch Zärtlichkeit (Streicheln) sowie sexuelle Erregung und Befriedigung, i.d.R. durch manuelle und / oder apparative (keine orale) genitale Stimulation zur intentionalen Orgasmusproduktion.
Modus	sequenzielle und mutuelle, sexuelle Interaktion, zur angst- und erwartungsfreien Erfahrung von Nacktheit, Genitalität, Intimität und Nähe (<i>Sensate Focus</i>).	monolaterale, asymmetrische, applikative Zuwendung durch Massage und manuelle, ggf. apparative Stimulation zur Erregungsprovokation u. Orgasmusproduktion.
Position der Adressaten	intendiert pro- und interaktiv	überwiegend passiv - rezeptiv
Nacktheit	i.d.R. ja	i.d.R. nein
Küssen	i.d.R. nein	i.d.R. nein
Penis-vaginale Penetration	i.d.R. nein - ggf. am Ende von <i>Sensate Focus</i> als affirmative Selbsterfahrung.	i.d.R. nein
Orgasmusproduktion	i.d.R. nein – nicht intendiert – allenfalls spontaner, nicht provoziertes Orgasmus.	i.d.R. ja
Kuratives Potential	Nachhaltig hoch: Hilfe zur Selbsthilfe, Stimulation von Selbstheilungskräften durch soziosexuelle Selbstwirksamkeitserfahrungen.	Wiederkehrend hoch: Einzigste Möglichkeit für Betroffene, körperliche Nähe und Zärtlichkeit, inklusive sexueller Befriedigung, erleben zu können.
Kontraindikationen	a) Unbehandelte, manifeste psychische Erkrankungen, wie paranoide oder schizophrene Psychosen. b) Partnerschaftlich gebundene Personen.	a) Unbehandelte, manifeste psychische Erkrankungen, wie paranoide oder schizophrene Psychosen. b) Partnerschaftlich gebundene Personen ohne Zustimmung der Partnerin.
Therapeutische Triangulation (Psychotherapeut – Patient – Modell-Partnerin)	obligatorisch, kontinuierlich.	keine

Fortsetzung Tab. 1: Differenzierung zwischen Surrogat-Partner Therapie und Sexual-Assistenz

Psychotherapeutische Evaluation	1 zu 3: nach jeder 3. Stunde mit Modell-Partnerin folgt eine Stunde Evaluation des Patienten mit dem Psychotherapeuten.	keine
Psychotherapeutische Supervision	1 zu 3: nach jeder 3. Stunde mit dem Patienten folgt eine Stunde Supervision der Modell-Partnerin mit dem Psychotherapeuten.	keine
Umfang	Therapeutische Modell-Beziehung (+/- 15 Einheiten), eingebettet in eine Kurzzeit-Psychotherapie (+/- 25 Einheiten).	Körperliche und sexuelle Dienstleistungs-Beziehung, zeitlich unbegrenzt / lebensbegleitend.
Dauer	12–24 Monate: niederfrequente Therapie mit 1 – 2 Einheiten pro Monat.	Nach Möglichkeit, beliebig.
Kosten	Selbstzahler Honorar: a) Psychotherapeut, b) Modell-Partnerin, c) Supervision.	Selbstzahler Honorar: Sexual-Assistentin pro Termin.

Literatur

- 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., Lissek, M., 2015. Himmel auf Erden und Hölle im Kopf – Was Sexualität für uns bedeutet. Goldmann, München.
- Ahlers, Ch.J., 2017. Weil nur sein kann, was nicht sein muss! – Syndyastische Sexualtherapie als Emanzipation von sexuellem Leistungsdruck“. Vortrag, Jahrestagung der DGSMW „Sexualtherapie crossover – Methoden, Ansätze, Perspektiven“, Berlin. 25. Nov.
- 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., 2022. Geschützte und gestützte Exposition – Surrogat-Partnerinnen in der Sexualtherapie mit Singles. Jahrestagung der DGSMW „Über Grenzen gehen – Sexualtherapie 2022“, Dresden. 19 Nov.
- Ahlers, Ch.J., Schaefer, G.A., 2023. Annehmen und Loslassen – Akzeptanz- und Zugeständnis-Sexualtherapie mit Paaren. *Sexuologie* 30(3–4), 133–156.
- Apfelbaum, B., 1977. The myth of the surrogate. *Journal of Sex Research* 13 (4), 238–249.
- Armstrong, H.W., 1964. Die fehlende Dimension im Sexualwissen. Ambassador College, Bonn.
- Bechthold, J.A., 2020. Surrogate Partners' Experiences Working with Sex Therapy Clients: A Multiple-Case Study (Doctoral dissertation, Capella University).
- Ben-Zion, I., Rothschild, S., Chudakov, B., Aloni, R., 2007. Surrogate versus couple therapy in vaginismus. *The Journal of Sexual Medicine* 4 (3), 728–733.
- Bernard, A., 2014. Kinder machen: Neue Reproduktionstechnologien und die Ordnung der Familie. Samenspender, Leihmütter, Künstliche Befruchtung. S. Fischer, Frankfurt am Main.
- Bloch, I., 1907. Das Sexualleben unserer Zeit. Louis Marcus Verlag, Berlin.
- Bloch, I., 1912. Die Prostitution (Band I). Louis Marcus Verlag, Berlin.
- Cole, M., 1977. The aetiology and Treatment of Sex Disorders: The Socio-Sexual Parameters of a male patient sample and the results of a programme using surrogate partner therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 5 (1), 2–3.
- Dauw, D.C., 1988. Evaluating the effectiveness of the SECS' surrogate-assisted sex therapy model. *Journal of Sex Research* 24 (1), 269–275.
- Der Spiegel, 1977. Sex-Therapie – Stunde der Wahrheit: Immer häufiger bedienen sich amerikanische Therapeuten der Hilfe von »Ersatz«-Partnerinnen, um Sexual-Störungen zu beheben. Ihre deutschen Kollegen zögern noch. *Der Spiegel* 17/1977, 17.04.
- Der Spiegel, 1982. Sex-Therapie – Nothelfer im Bett: Immer häufiger bedienen sich Therapeuten professioneller Liebeslehrer, um Sexualstörungen zu beheben – mit Erfolg, wie eine britische Studie zeigt. *Der Spiegel* 21/1982, 23.05.
- Egle, U.T., Hoffmann, S.O., Steffens, M., 1997. Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. *Nervenarzt* 68, 683–695.
- Emelianchik-Key, K., Stickney, K., 2019. Using Surrogate Partner Therapy in Counseling: Treatment Considerations. *Journal of Counseling Sexology & Sexual Wellness Research, Practice, and Education* Vol.1, No. 2, 105–113. DOI:10.34296/01021020
- Fahrner, E.M., 1983. Selbstunsicherheit – ein allgemeines Symptom bei funktionellen Sexualstörungen? *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 12, 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.
- Fahrner, E.M., Kockott, G., 1994. Funktionelle Sexualstörungen. In: Reinecker, H., (Hg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie*, 2. Aufl. Hogrefe, Göttingen, 459–478.
- Fiedler, P., Marwitz, M., 2016. Selbstunsichere und ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörungen. *PSYCH up2date* 10 (3), 215–234.
- Fiedler, P., Marwitz, M., Neumann, A., 2024. Selbstunsichere und ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörungen. *PSYCH up2date* 18 (1), 57–78.
- Frankl, V.E., 1952. Zur Pathogenese der Sexualneurose. *Wiener Med Wochenschr* 47, 797–799.
- Frankl, V.E., 1953. Die Therapie männlicher Sexualstörungen. *Klin*

- med Wochenschr 65, 675–677.
- Gilbert, S.D., 1975. The female sexual partner surrogate as an emerging member of the mental health team. United States International University.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F., 1994. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen.
- Greene, S., 1977. Resisting the pressure to become a surrogate: A case study. *Journal of Sex & Marital Therapy* 3 (1), 40–49.
- Hüther, G., 2006. Neurobiologie der Paarbindung. *Sexuologie* 13, 75–79.
- Jacobs, M., Thompson, L.A., Truxaw, P., 1975. The use of sexual surrogates in counseling. *The Counseling Psychologist* 5 (1), 73–77.
- Johnston, D.R., 1978. Some current practices in sex therapy with surrogates. California School of Professional Psychology Los Angeles.
- Kleinplatz, P.J., 2012. New directions in sex therapy: Innovations and alternatives, 2nd ed. Routledge, New York.
- Koch, M., 2010. Sexualbegleitung als Dienstleistung für Menschen mit geistiger Behinderung: eine Befragung ausgebildeter Sexualbegleiterinnen/vorgelegt von Mareike Koch (Doctoral dissertation, Graz).
- Len, M., Fischer, J., 1978. Clinicians' attitudes toward and use of our body contact or sexual techniques with clients. *Journal of Sex Research* 14 (1), 40–49.
- Linden, M., 2023. Verbitterung und posttraumatische Verbitterungsstörung. Reihe: Fortschritte der Psychotherapie - Band 65. Hogrefe, Göttingen.
- Linden, M., Schippan, B., Baumann, K., Spielberg, R., 2004. Die posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED): Abgrenzung einer spezifischen Form der Anpassungsstörungen. *Der Nervenarzt* 75, 51–57.
- Lischke, G., 1987. Von der Hoffnung der Sexualtherapie. In: Schuller, A., Heim, N., (Hrsg.). *Vermessene Sexualität*. Springer, Berlin, Heidelberg, 70–98. https://doi.org/10.1007/978-3-642-72743-6_5
- Loewit, K., 1978. Der kommunikative Aspekt der Sexualität. *Sexualmedizin* 7, 971–975.
- Loewit, K., 1992. Die Sprache der Sexualität. Fischer, Frankfurt.
- 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. BoD.
- Maslow, A.H., 1932. Self-esteem (Dominance-feeling) and Sexuality in Women. *J of Social Psychology* 16 (2), 259–294.
- Maß, R., Bauer, R., 2016. Lehrbuch Sexualtherapie. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Masters, W., Johnson, V., 1970. *Human Sexual Inadequacy*. Little, Brown & Co, Boston.
- Meston, C.M., Buss, D.M., 2007. Why humans have sex. *Arch Sex Behav* 36, 477–507.
- Nijs, P., 1972. Psychosomatische Aspekte der oralen Antikonception. *Beiträge zur Sexualforschung*, Band 50. Enke Verlag, Stuttgart. <https://www.nytimes.com/1972/02/29/archives/suits-are-dropped-insex-studies-case.html>
- Ortland, B., Scholten, A.K., 2021. „Man wird bei diesem Thema gerne mal übersehen“ – eine Exploration sexueller Themen in Weblogs von Menschen mit Körperbehinderungen. *Zeitschrift für Sexualforschung* 34 (3), 153–162.
- Roberts, B., Brown, D.A., Chary, C., 1981. Surrogate partners and their use in sex therapy. *Sexuality in America*. Greenfield Books, Ann Arbor, MI, 283–300.
- Rosenbaum, T., Aloni, R., Heruti, R., 2014. CME Information: Surrogate Partner Therapy: Ethical Considerations in Sexual Medicine. *The Journal of Sexual Medicine* 11 (2), 321–329.
- Ruegg, J.C., 2003. Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn: Neuroonale Plastizität als Grundlage einer biopsychosozialen Medizin. Schattauer, Stuttgart.
- 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.
- Schaarschmidt, Th., 2019. Unfreiwillig Jungfrau Sex erscheint in unserer Gesellschaft allgegenwärtig. Trotzdem sind manche auch im Erwachsenenalter noch unfreiwillig Jungfrau – vor allem Männer. *Spektrum der Wissenschaft*, 9.9.2019.
- Schiefenhövel, W., 2003. Geschlechterverhältnisse und Sexualität auf den Trobriand-Inseln. *Sexuologie* 10 (1), 2–13.
- Sevriens, L., 2023. „Sie versuchen, ihr schmerzhaftes Gefühl innerer Leere zu kompensieren“ Hier erklärt Sexualwissenschaftler Christoph Joseph Ahlers, wann Trieb und Lust zur Sucht werden, was er Betroffenen rät – und wie die Therapie mit Surrogat-Partnerinnen funktioniert. *Der Spiegel* 5/2023, 07.02.2023.
- Skinner, B.F., 1963. Operant behavior. *American Psychologist* 18 (8), 503.
- Skinner, B.F., 1971. Operant conditioning. *The Encyclopedia of Education* 7, 29–33.
- Sommer, S., 2023. Lieben lernen – Surrogat-Therapie: Wie sie funktioniert und sich anfühlt. *Süddeutsche Zeitung*, 23.06.2023.
- Van Emde Boas, C., 1966. Some Reflections on Sex Relations between Physician and Patient. *Journal of Sex Research* 2 (3), 215–218.
- Wolfe, L., 1978. The question of surrogates in sex therapy. In: LoPiccolo, J., LoPiccolo, L., (Eds.), *Handbook of Sex Therapy*. Springer US, Boston, MA, 491–497.
- Zentner, M., Knox, D., 2013. Surrogates in Relationship Therapy: A Case Study in Learning How to Talk, Touch, and Kiss. *Psychology Journal* 10 (2), 63–68.

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