

Die klassische Sexualtherapie: Grundlagen und Entwicklungslinien

Uwe Hartmann

- 2.1 Konzept und Vorgehen der klassischen Sexualtherapie – 14**
 - 2.1.1 Das Konzept von Masters & Johnson – 14
 - 2.1.2 Das Modell von H. S. Kaplan – die Klinifizierung der Sexualtherapie – 15
- 2.2 Entwicklungsphasen der Sexualtherapie – 16**
 - 2.2.1 Phase 1: Urknall und frühe Blüte – die 1970er-Jahre – 17
 - 2.2.2 Phase 2: „Verwissenschaftlichung“, erste Ernüchterung und neue Herausforderungen – die 1980er-Jahre – 17
 - 2.2.3 Phase 3: Das Imperium schlägt zurück: Medikalisierung und Stagnation – die 1990er-Jahre – 17
 - 2.2.4 Phase 4: Diversifizierung, neue Einflüsse und Konzepte zu einer Sexualtherapie der 2. Generation – Ende der 1990er-Jahre bis heute – 18
- 2.3 Die Datenlage zur Effektivität der klassischen Sexualtherapie – 19**
 - 2.3.1 Die Behandlungseffektivität bei den sexuellen Dysfunktionen der Frau – 19
 - 2.3.2 Die Behandlungseffektivität bei den sexuellen Dysfunktionen des Mannes – 20
 - 2.3.3 Zusammenfassung: Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Sexualtherapie – 20
- 2.4 Kritikpunkte, Herausforderungen und Probleme der klassischen Sexualtherapie – 21**
 - 2.4.1 Kritikpunkte aus den Ansätzen der zweiten Generation der Sexualtherapie – 22
- 2.5 Ausblick: Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der Sexualtherapie – 24**
 - 2.5.1 Kritik der Kritik – 24
 - 2.5.2 Die Zukunft der Sexualtherapie – 26
 - 2.5.3 Die klassische Sexualtherapie als Komponente einer Sexualtherapie der Zukunft – 27
- Literatur – 27**

Dieses Kapitel dient dazu, Konzept und Vorgehen der klassischen Sexualtherapie aus heutiger Sicht zusammenzufassen und die verschiedenen Entwicklungsphasen, die sich seit der Grundlegung durch Masters & Johnson im Jahr 1970 herauskristallisiert haben, zu beschreiben und zu bewerten. Dabei werden auch die wichtigsten Kritikpunkte in den Blick genommen, die gegen das klassische Modell vorgebracht worden sind. Ziel ist es, dem Leser eine Übersicht zum State-of-the-Art der klassischen Sexualtherapie zu geben und die vorhandene empirische Evidenz zu ihrer Wirksamkeit und zu prognostischen Faktoren zu sichten. Daraus sollen Schlussfolgerungen gezogen werden zum Stellenwert der klassischen Sexualtherapie in unserem neuen Ansatz. Entsprechend seinem Hauptfokus wird dieser Beitrag vorwiegend Bezug nehmen auf die in der internationalen Literatur vorhandenen sexualtherapeutischen Standardwerke, Reviews und maßgeblichen Arbeiten zu Outcome, Prognose und Stabilität der Effekte der Sexualtherapie, die im Einzelnen im entsprechenden Abschnitt aufgeführt werden.

2.1 Konzept und Vorgehen der klassischen Sexualtherapie

2.1.1 Das Konzept von Masters & Johnson

Konzept und Vorgehen der auf die bahnbrechende Arbeit von Masters und Johnson (1970) zurückgehenden „klassischen“ Sexualtherapie¹ sind so häufig beschrieben und dargestellt, dass hier ein kurzer Abriss der „Essentials“ genügen soll. Gleichzeitig erscheint es jedoch außerordentlich lohnenswert, sich die Ursprünge und Eckpfeiler (in Herleitung, Setting und konkretem Vorgehen) des Behandlungsprogramms von Masters und Johnson zu vergegenwärtigen, da mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass dieses Originalprogramm wohl außerhalb des Instituts von Masters & Johnson selbst so gut wie nie durchgeführt wurde und zudem die allermeisten sexualtherapeutisch Tätigen (speziell die jüngeren) das originäre Therapiekonzept nur aus der Sekundärliteratur kennen. Die Gründe dafür werden in der Beschreibung des Modells von Kaplan sowie in den Entwicklungslinien kurz analysiert. Es erscheint daher durchaus legitim zu sagen, dass in vielem von dem, wo in der Folgezeit Masters & Johnson „draufstand“, nur wenig oder kaum noch Masters & Johnson enthalten war.

Das Behandlungsmodell von Masters & Johnson lässt sich mit den drei Kernmerkmalen **intensiv**, **Paar** und **Team** charakterisieren (Arentewicz und Schmidt 1980; Masters und Johnson 1970; Masters et al. 1995).

Intensiv, weil das Therapieprogramm in einem gleichsam „teilstationären“ Setting durchgeführt wurde, in dem die Paare ursprünglich in einem dreiwöchigen, später aus praktisch-organisatorischen, aber auch aus behandlungstechnischen Überlegungen auf 2 Wochen reduzierten Format behandelt wurden

und sie dafür an den Behandlungsort reisen mussten, wo sie in der Regel in einem Hotel untergebracht waren. Durch tägliche Sitzungen und zusätzliche tägliche Übungen, die das Paar für sich ausübte, sollten so schnelle Veränderungen ermöglicht werden. Gleichzeitig war es ausdrücklich erwünscht, dass das Paar auf diese Weise von seinen Alltagsverpflichtungen freigestellt wird.

Paar, weil hier die berühmt gewordene Maxime galt, dass es bei sexuellen Dysfunktionen keinen unbeteiligten Partner gibt und daher das Paar „der Patient“ ist. Für Masters & Johnson war dies eine diagnostische wie therapeutische Grundvoraussetzung, um eine sexuelle Störung verstehen und effektiv behandeln zu können, und sie führten die Therapien im Ursprungsprogramm daher auch nur im Paarsetting durch. Ohne Zweifel ist es dieses Merkmal, das von fast allen Adaptationen übernommen wurde und daher als das einflussreichste und wegweisendste Kernmerkmal gelten kann.

Team, weil im ursprünglichen Behandlungsprogramm alle Paare ebenfalls von einem gemischtgeschlechtlichen Therapeutenpaar behandelt wurden. Liest man heute noch einmal die Texte von Masters & Johnson selbst, wird deutlich, dass beiden besonders dieses Merkmal ihres Konzepts außerordentlich wichtig war. Beeindruckt von ihren sexualphysiologischen Forschungen waren sie der Auffassung, dass kein Mann das sexuelle Erleben einer Frau wirklich nachvollziehen kann und umgekehrt. Durch das Therapeutenpaar sollte so jeder Partner einen „Interpreten“ gleichen Geschlechts besitzen, um so Verzerrungen und Missverständnisse zu vermeiden. Eine weitere Funktion bestand in dem Konzept mit seinen starken edukativen und informationsvermittelnden Elementen darin, dass die Therapeuten abwechselnd „Diskutant“ und „Beobachter“ sein sollten. Darüber hinaus sollte diesem Merkmal eine eindeutige Kontrollfunktion zukommen, einerseits innerhalb des Therapeutenpaares, mehr aber noch im Hinblick auf – vor allem erotische – Übertragungsphänomene zwischen Patienten und Therapeuten. Die Existenz und Bedeutung solcher Phänomene, die in der tiefenpsychologischen Tradition als Übertragung und Gegenübertragung bezeichnet werden, wurde von Masters & Johnson zwar ausdrücklich gewürdigt, für ihr Intensivkonzept aber als kontraproduktiv angesehen. Vielmehr sollte die Bezogenheit **innerhalb des Patientenpaares** (und nicht zwischen Patienten und Therapeuten) erhöht werden. Schließlich sollte dem Therapeutenpaar eine Modellfunktion bezüglich der von Masters & Johnson als weiteren zentralen Aspekt betrachteten kommunikativen Fertigkeiten zukommen.

Der *therapeutische Ansatz* im engeren Sinne lässt sich als erfahrungsorientiert, symptomzentriert, zielgerichtet und zeitbegrenzt umschreiben. In ihrem weitgehend unätiologischen (aber nicht atheoretischen) und nicht-klinischen Modell ging es Masters & Johnson darum, die Hindernisse zu identifizieren, die eine „effektive sexuelle Funktion“ blockieren, und dann dem Paar dabei zu helfen, diese Hindernisse zu beseitigen oder zu modifizieren. So sollten die „natürlichen Funktionen“ wieder ungestört ablaufen können, die im Übrigen im Unterschied zu allen anderen physiologischen Funktionen als extrem „plastisch“ (z. B. unbegrenzt hemmbar) angesehen wurden.

Die Haupt-Gegenspieler ungestörter Sexualfunktion waren für Masters & Johnson die Versagensangst (*performance anxiety*) bzw. sexuelle Leistungsängste sowie die Selbstbeobachtung (*spectatoring*). So wurde betont, dass „Angst vor Versagen das größte Hindernis für eine volle sexuelle Funktionsfähigkeit darstellt“

1 Diese Ausführungen befassen sich ausschließlich mit den sexualtherapeutischen Konzepten und Modellen, die sich in irgendeiner Form auf das Programm von Masters und Johnson beziehen bzw. als Weiterentwicklungen oder Modifikationen verstehen. Ansätze anderer Therapieschulen finden sich zwar gelegentlich in der Literatur (z. B. Richter-Appelt (2001) zur Psychoanalyse), sind jedoch empirisch nicht überprüft und haben in der klinischen Praxis allenfalls eine marginale Bedeutung

(1973, S. 13). Für die weiter unten dargestellten Kritikpunkte am klassischen Vorgehen ist es bedeutsam, dass Masters & Johnson dabei gar nicht die Angst per se, sondern die durch sie verursachte **Ablenkung** (von der Rezeption sexueller Reize) als entscheidend ansahen. Speziell für die therapeutische Modifikation dieser Faktoren entwickelten Masters & Johnson die erfahrungs- und körperorientierten „Übungen“ (*exercises, assignments*), im Besonderen die Sensate-Focus-Übungen (Sensualitätsfokus), für die das Konzept berühmt wurde und die gemeinhin als „großer Wurf“ und zentraler Wirkfaktor des gesamten Programms betrachtet werden. Diese Übungen sind neben dem erwähnten Paarsetting (auf Patientenseite) das zweite Kernmerkmal, das fortan von praktisch allen Adaptationen übernommen worden ist. Sensate Focus soll das Paar (zusammen mit dem vorübergehenden „Verbot“ genitaler Sexualkontakte) von destruktiven Leistungs- und Versagensängsten entlasten und durch die (Wieder-)Entdeckung und Nutzung von Sinnlichkeit und Berührung einen indirekten Zugang zur Symptomverbesserung ermöglichen. Gleichzeitig sollen Kommunikationsfertigkeiten vermittelt und eine offene Kommunikation des Paares gefördert werden, v. a. im Zusammenhang mit den individuellen sexuellen Ängsten beider Partner. Wir werden uns mit dem Sensualitätsfokus, den mit ihm verbundenen Missverständnissen und seiner konkreten Anwendung in unserem Ansatz ausführlich in ► [Kap. 8](#) befassen und dazu auch noch einmal einige in der Folgezeit „verschüttgegangene“ Kernmerkmale des ursprünglichen Konzepts von Masters & Johnson diskutieren.

2.1.2 Das Modell von H. S. Kaplan – die Klinifizierung der Sexualtherapie

Der Grund, warum das Modell von Kaplan in diesem Abschnitt und nicht bei den Entwicklungsphasen dargestellt wird, liegt darin, dass das Kaplan-Konzept sehr rasch eine starke Dominanz gewann und die Entwicklung aller weiteren Programme und Modelle bis hin zur Klassifizierung sexueller Dysfunktionen im DSM maßgeblich beeinflusste. Mit ihrem 1974 erschienen Buch *The New Sex Therapy* prägte sie darüber hinaus maßgeblich den Begriff „Sexualtherapie“ und mit ihrem fünf Jahre später erschienenen Buch zu den Störungen des sexuellen Verlangens steckte sie das Terrain dieser fortan so bedeutsamen Störungsgruppe ab.

Kaplan definierte ihre „neue Sexualtherapie“ als *störungsspezifische Form der Psychotherapie* und vertrat ein multikausales, psychosomatisches Ätiologiekonzept. Hellsichtig erkannte sie das enorme Potenzial der erfahrungsorientierten Übungen im Masters-Johnson-Programm, die sie in ihr sehr pragmatisches, aber eindeutig psychodynamisches Therapiemodell integrierte. Die populäre Sichtweise, nach der Kaplan damit das Masters-Johnson-Konzept um „psychodynamische Elemente“ ergänzte, trifft den tatsächlichen Sachverhalt allerdings nicht, da Kaplan vielmehr Masters-Johnson-Elemente in ihr psychiatrisch-psychotherapeutisches Konzept der Behandlung sexueller Funktionsstörungen einbaute. Kaplan definierte ihr Vorgehen daher auch kaum über ihre Unterschiede zu Masters & Johnson, sondern viel stärker über ihre Modifikationen traditioneller psychotherapeutischer Ansätze, unter denen sie zwei als entscheidend ansah: (1) die Beschränkung der Behandlungsziele auf die Beseitigung oder Verbesserung sexueller Symptome und (2) die Kombination von

Psychotherapie mit der gezielten Anleitung zu spezifischen sexuellen Erfahrungen (Kaplan 1974).

Weitere wichtige Veränderungen bestanden darin, dass Kaplan das von Masters & Johnson aufgestellte Modell der sexuellen Reaktion zu einem biphasischen Modell vereinfachte, das nur noch aus den Kernelementen Erregung und Orgasmus bestand. Dieses erweiterte sie später (Kaplan 1979a) durch Vorschaltung einer Komponente und Phase des sexuellen Verlangens zu ihrem einflussreichen triphasischen Modell (Appetenz – Erregung – Orgasmus). Viel intensiver als Masters & Johnson beschäftigte sie sich mit den Ursachen sexueller Dysfunktionen, deren multikausales Kontinuum der „Verursachungstiefe“ sie in ein Zwei-Ebenen-Modell der „unmittelbaren“ und „tiefer verwurzelten“ Ursachen komprimierte, welches sie der psychosomatischen Krankheitslehre entlehnte (► [Abb. 2.1](#)). Mit diesem Modell verband sie die Grundannahme ihres Konzepts, nach der die Symptome sexueller Dysfunktionen grundsätzlich **immer** das Endprodukt von im Hier-und-Jetzt wirkenden destruktiven kognitiven oder emotionalen Faktoren und Abwehrvorgängen sind. Die unmittelbaren Ursachen sind somit die „gemeinsame Endstrecke“, auf der eine Vielzahl von (größtenteils unspezifischen) somatischen, dyadischen oder intrapsychischen Faktoren die sexuellen Funktionen beeinträchtigen können. Für Kaplan hieß dies auch, dass sexuelle Dysfunktionen durchaus auf tiefer verwurzelten (neurotischen) psychischen Konflikten beruhen **können**, aber nicht unbedingt **müssen**. Im Unterschied zum klassischen tiefenpsychologischen Verständnis postulierte sie einen der entscheidenden Eckpfeiler der neuen Sexualtherapie, dass nämlich die Symptome sexueller Dysfunktionen nur dann wirkungsvoll verbessert werden können, wenn es gelingt, die unmittelbaren Ursachen zu korrigieren. Genau hier sah sie den Stellenwert der therapeutisch angeleiteten Erfahrungen nach Masters & Johnson, die Kaplan allerdings – anders als bei Masters & Johnson – nicht in einem festen, standardisierten Stufenprogramm, sondern indikativ einsetzte.

Pragmatisch ging Kaplan davon aus, dass vorhandene tiefer verwurzelte Faktoren nur dann bearbeitet werden müssen, wenn sie sich dem Therapieprozess als Hindernisse bzw. Widerstand „in den Weg stellen“. Selbst wenn dies geschieht, empfahl Kaplan aber zunächst das Manöver des „Umgehens“ (Bypassing) dieser Probleme, indem die Konflikte zwar de facto weiter bestehen, aber so ausgegrenzt oder umschifft werden, dass sie die sexuellen Funktionen nicht beeinträchtigen – eine Methode, die später zum Teil heftig kritisiert wurde (z. B. Apfelbaum 1977a; Schnarch 1991). Nur wenn auch dieses Umgehungsmanöver scheitert, müssen die tiefer liegenden Faktoren psychotherapeutisch bearbeitet und „aufgelöst“ werden. Die „Eleganz“ der neuen Sexualtherapie sah Kaplan in der Kombination von sexuellen Interaktionen mit Psychotherapie, wobei für sie ganz klar die „meisten Interventionen in der Praxis“ psychotherapeutische sind und in „aktiver Deutung, Hilfestellung, Klärung und Integration der Erlebnisse“ (Kaplan 1995, S. 65) bestehen.

Nach den Arbeiten von Kaplan waren damit die **Kernmerkmale der Sexualtherapie**, wie sie fortan am häufigsten als „eklektisches“ Verfahren in der Praxis angewendet wurde, abgesteckt. Sie können wie folgt zusammengefasst werden:

- Sexualtherapie besteht aus der Integration von systematisch strukturierten sexuellen Erfahrungen mit der psychotherapeutischen Bearbeitung der intrapsychischen Konflikte des Patienten sowie der Dynamik der Partnerinteraktion.

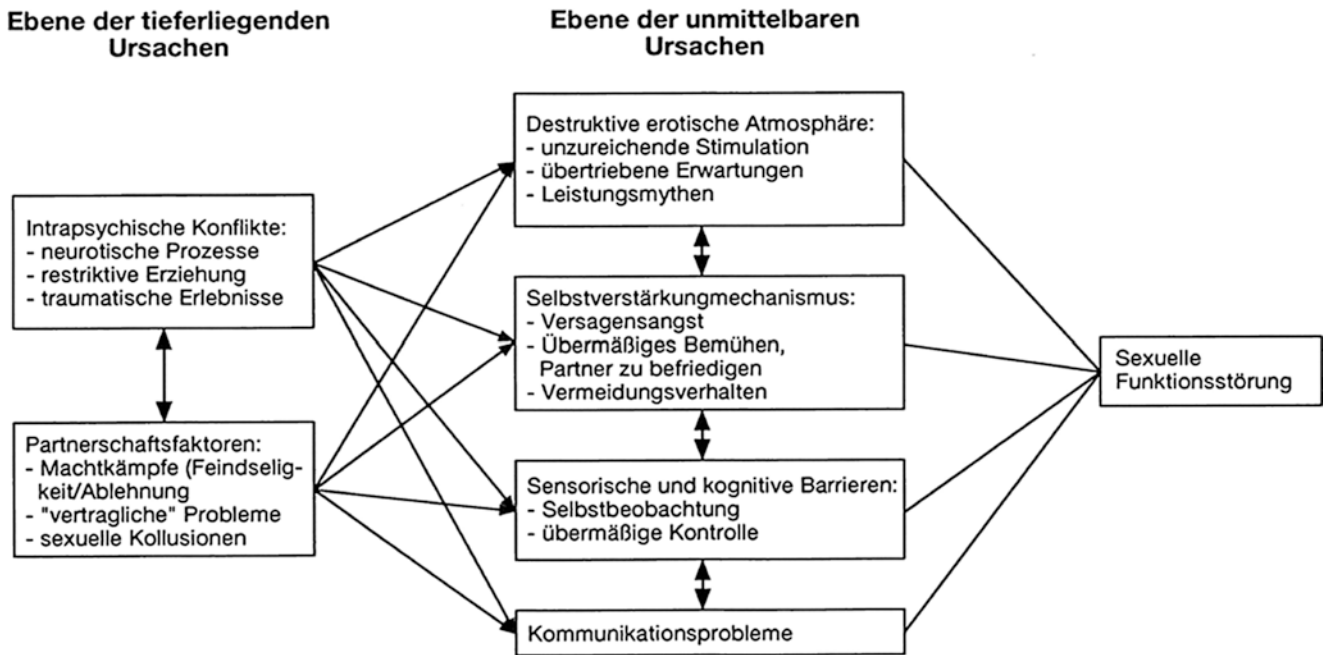


Abb. 2.1 Das Zweiebenen-Verursachungsmodell von Kaplan

- Die sog. „Übungen“ bieten die Möglichkeit zu spezifischen, neuen sexuellen Erfahrungen und sind von großer Bedeutung für den therapeutischen Prozess, weil sie die entscheidende Dynamik des Problems enthüllen und für die Therapiesitzungen verfügbar machen.

Bezüglich der Zielsetzung der Sexualtherapie ist es entscheidend, die unmittelbaren, im Hier-und-jetzt wirkenden Verursachungsfaktoren zu beseitigen oder zu mildern, d. h. den Selbstverstärkungsmechanismus aus Versagensängsten und Vermeidungsverhalten aufzulösen und Lerndefizite bzw. verzerrte Vorstellungen zu modifizieren. Dabei müssen vorhandene tieferliegende Störungsursachen nur „bei Bedarf“, d. h. wenn sie den therapeutischen Prozess tatsächlich behindern, bearbeitet werden. Vorher kann noch der Versuch gemacht werden, die ursächlichen psychodynamischen Konflikte und Ängste aus der Sexualität „auszuklammern“ (Bypassing). Die Bedeutung der sexuellen Störung für das Paar sollte transparent gemacht werden und die zugrunde liegenden Partnerkonflikte sollten behoben oder gemildert werden.

Der *schematische Ablauf* des Vorgehens lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- Gemäß Symptomatik und diagnostischer Evaluation angemessene Erfahrungsanleitungen mit dem Paar entwickeln bzw. dem Paar vorgeben („Hausaufgaben“, Übungen).
- Die Erfahrungen des Paares bei der Durchführung dieser Übungen analysieren.
- Die positiven Erfahrungen und die Hindernisse/Widerstände (Einstellungen, Ängste, Konflikte) identifizieren.
- Wege erarbeiten, um diese Hindernisse so zu modifizieren/reduzieren, sodass die Erfahrungsvorgaben erfolgreich ausgeführt werden können.
- Den nächsten Erfahrungsschritt entwickeln.

Die Frage, warum das Konzept von Kaplan so erfolgreich wurde, erfordert eine vielschichtige Antwort, die diesen Rahmen sprengen

würde. Ein entscheidendes Erfolgsgeheimnis lag u. E. in der *Klinifizierung* des weitgehend nicht-klinischen Masters-Johnson-Ansatzes, der von Kaplan gesichtet und sortiert und in den Korpus von Psychiatrie und Psychotherapie eingeordnet wurde. Durch ihr dezidiertes Votum, dass Sexualtherapie Psychotherapie ist und durch den fortbestehenden psychodynamischen Rahmen des therapeutischen Geschehens „besänftigte“ sie die traditionelle Psychotherapie und Psychiatrie, und durch die von ihr übernommenen und ausgestalteten Neuerungen gewann sie diejenigen, die sich für den Masters-&Johnson-Durchbruch begeisterten. In gewisser Weise machte sie so die Sexualtherapie klinisch-psychotherapeutisch „gesellschaftsfähig“. Was Kaplan Masters & Johnson voraus hatte, war ihre enorme therapeutische Erfahrung (mit psychischen Störungen generell und mit Sexualstörungen im Besonderen) sowie ihre Verankerung in klinischer Psychiatrie, Psychosomatik und Psychoanalyse. Dadurch und durch ihre sprachliche Eleganz waren ihre Bücher und die darin vertretenen Ansichten viel leichter zugänglich als das sperrige Buch von Masters und Johnson (1970), das primär als Bericht über ein Forschungsprojekt verfasst wurde. Es ist immer wieder einmal darüber spekuliert worden, ob und wie der Gang der Geschichte wohl anders verlaufen wäre, wenn Masters & Johnson das von ihnen angekündigte „Therapiebuch“, in dem die therapeutischen Feinheiten ihres Vorgehens detailliert beschrieben werden sollten, tatsächlich veröffentlicht hätten. De facto ist dies nie geschehen, was sicherlich auch damit zusammenhängt, dass das hochkomplexe und dynamische Prozessgeschehen des so „trügerisch einfachen“ (Apfelbaum 1995) Masters-&Johnson-Programms außerordentlich schwer abzubilden war.

2.2 Entwicklungsphasen der Sexualtherapie

In der folgenden, bewusst etwas plakativ überschriebenen Einteilung sollen die wesentlichen Entwicklungsphasen kurz nachgezeichnet werden, um danach die wesentlichen aktuellen

Kritikpunkte und Problemfelder der klassischen Sexualtherapie in den Blick zu nehmen.

2.2.1 Phase 1: Urknall und frühe Blüte – die 1970er-Jahre

Der „Masters-&-Johnson-Durchbruch“ (Apfelbaum 1995) kann ohne große Übertreibung als Urknall der modernen Sexualtherapie bezeichnet werden. Das neue Technikkonzept und die bis dato unvorstellbaren Erfolgsquoten führten in kürzester Zeit zu einer Aufbruchsstimmung, in der sich die Möglichkeiten des neuen Therapieansatzes mit dem Zeitgeist von Liberalisierungen, tiefgreifenden gesellschaftlichen Veränderungen und der Blütezeit der humanistischen Psychologie verbanden. Rasch wurde die neue Sexualtherapie in der Behandlung sexueller Funktionsstörungen konkurrenzlos. In den 1970er-Jahren wurden zahlreiche Beiträge zur „direkten“ oder „aktiven“ (wie sie in Abgrenzung zu den herkömmlichen Verfahren oft bezeichnet wurde) Behandlung sexueller Dysfunktionen veröffentlicht, von denen neben dem bereits dargestellten Konzept von Kaplan als wichtigste die Arbeiten von Lobitz und LoPiccolo (Lobitz und LoPiccolo 1972; LoPiccolo und Lobitz 1972, 1973, 1978), Apfelbaum (1977a, 1977b) oder Hartman und Fithian (1974) gelten können. Es wurden Gruppensettings erprobt (Leiblum et al. 1976) und populäre Ratgeber publiziert, z. B. *Male Sexuality* (Zilbergeld 1978), *Becoming orgasmic* (Heiman et al. 1976) oder *For Yourself* (Barbach 1975), viele mit einem Fokus auf (weibliche) Orgasmusstörungen.

2.2.2 Phase 2: „Verwissenschaftlichung“, erste Ernüchterung und neue Herausforderungen – die 1980er-Jahre

Die zweite Phase der Entwicklung der Sexualtherapie wurde vor allem von drei Veröffentlichungen eingeläutet und bestimmt: (1) dem Buch *Disorders of Sexual Desire* von Helen Kaplan (Kaplan 1979a), mit dem die Luststörungen die Bühne betraten; (2) die primär methodisch orientierte Fundamentalkritik an Masters & Johnson von Zilbergeld und Evans (*The Inadequacy of Masters & Johnson* 1980); (3) die Veröffentlichung der Ergebnisse des im Hamburger Institut für Sexualforschung durchgeführten Forschungsprojekts zu Prozessen und Ergebnissen eines modifizierten Masters-&-Johnson-Programms zur Paartherapie sexueller Dysfunktionen inklusive ausführlichem Therapiemanual (*Sexuell gestörte Beziehungen*; Arentewicz und Schmidt 1980).

Das Hamburger Projekt ist neben der Serie von Masters & Johnson selbst bis heute eine der größten (über 200 Paare) und methodisch besten Studien zur Sexualtherapie, die darin anhand verschiedener Störungsbilder und verschiedener Settings überprüft wurde. Das Therapiemanual lieferte den Lernenden dabei genau das, was Masters & Johnson selbst versäumt haben, nämlich eine Anleitung, wie eine Paartherapie Schritt für Schritt aufgebaut und wie mit den Übungen gearbeitet werden kann. Das Hamburger Projekt steht damit prototypisch für eine Reihe von methodisch anspruchsvolleren (im Vergleich zur ersten Phase) Studien der 1980er-Jahre, in der die Sexualtherapie bezüglich Outcome (Heiman und Lopiccolo 1983), Settingvariablen (Clement und

Schmidt 1983; Crowe et al. 1981; Heiman und Lopiccolo 1983; LoPiccolo et al. 1985), Stabilität der Effekte (De Amicis et al. 1985; Dekker und Everaerd 1983; Hawton et al. 1986) und prognostischen Faktoren (Hawton und Catalan 1986) unter die Lupe genommen wurde. Diese deutlich distanziertere „Verwissenschaftlichung“ löste den euphorischen Impetus der Anfangszeit ab, verbunden mit einer Korrektur der Erfolgsquoten nach unten und einer Ernüchterung bezüglich der Grenzen des neuen Ansatzes. Gleichzeitig etablierte sich die Sexualtherapie damit aber weiter im Kanon wissenschaftlich überprüfter Therapiekonzepte, in welchem sie auch mit korrigierten Erfolgsraten durchaus gut „mithalten“ konnte. Die Studien zum Setting ließen erkennen, dass der Einsatz eines einzelnen Therapeuten sowie wöchentlicher statt täglicher Sitzungen keinen bedeutsamen Unterschied bezüglich der Therapieeffekte brachten.

Während die Kritik von Zilbergeld und Evans an Masters & Johnson, die sich primär gegen deren Darstellung der (Miss-) Erfolgsquoten in ihrer Studie richtete, trotz seines damaligen Beitrags zur „Entzauberung“ der Begründer der klassischen Sexualtherapie, heute nur noch von historischem Wert ist, sollte das Buch von Kaplan zu den Störungen des sexuellen Verlangens, in dem sie auch ihr neues triphasisches Konzept der sexuellen Reaktion vorstellte (s. o.), nachhaltigen Einfluss auf die weitere Entwicklung der Sexualtherapie nehmen. Die Luststörungen, die rasch zur am häufigsten diagnostizierten sexuellen Problematik der Frau wurden, schienen den Rahmen der vom sexuellen Reaktionszyklus und von der Zielsetzung, die natürlichen sexuellen Reaktionen zu „entblockieren“, abgesteckt wurde, zu sprengen und neue Ansätze erforderlich zu machen. Schnell galten die Luststörungen als komplizierter und schwieriger zu behandeln, obwohl dazu so gut wie keine zuverlässigen Daten vorlagen. Für Kaplan waren sie jedenfalls eine Bestätigung ihres klinisch-psychotherapeutischen Ansatzes, da sie vom Therapeuten nach ihrer Ansicht ein breites Instrumentarium psychotherapeutischer Fertigkeiten verlangten.

2.2.3 Phase 3: Das Imperium schlägt zurück: Medikalisierung und Stagnation – die 1990er-Jahre

Die dritte Phase der Entwicklung der Sexualtherapie begann bereits Anfang der 1980er-Jahre, nahm dann aber erst in den 1990er-Jahren „richtig Fahrt“ auf und ist streng genommen keine Entwicklung der Sexualtherapie selbst, sondern vor allem eine der Urologie und Andrologie, die sich mit zunehmendem Impetus der Diagnostik und Therapie der männlichen Erektionsstörungen zuwandten. Aus der sog. Impotenzforschung entwickelte sich über drei Jahrzehnte eine immer noch stark urologisch-andrologisch geprägte internationale Sexualmedizin wie sie sich publikatorisch vor allem im *Journal of Sexual Medicine* abbildet und inzwischen etwas gegenüber anderen Disziplinen und Sichtweisen geöffnet hat. Die Geschichte dieser urologisch-andrologischen Schiene kritisch zu beleuchten, würde einen umfangreichen eigenen Beitrag erfordern und kann und muss in diesem Kontext nicht erfolgen. Nur drei Entwicklungsstufen seien kurz hervorgehoben:

- Stufe 1: Gefäßchirurgische Ansätze (v. a. arterielle Revascularisierungsoperationen und Venenligaturen) sowie die Entwicklung zunehmend tauglicherer Penisimplantate.
- Stufe 2: Die Schwellkörperinjektionen vasoaktiver Substanzen.

- Stufe 3: Die Entwicklung der PDE5-Hemmer als erste wirksame orale Medikamente zur Behandlung sexueller Dysfunktionen.

Während die gefäßchirurgischen Bemühungen mangels Erfolg nahezu komplett verlassen werden mussten, haben sich die technisch erheblich weiter entwickelten Penisimplantate als *ultima ratio* in der Behandlung sonst therapierefraktärer Erektionsstörungen etablieren können. Die Schwellkörperinjektionen, die vor der Markteinführung der PDE5-Hemmer die Pharmakotherapie der erektilen Dysfunktion dominierten, spielen heute ebenfalls nur noch eine komplementäre Rolle in der Behandlung und eine etwas bedeutendere in der Diagnostik. Die Vorherrschaft der Schwellkörperinjektionen wie auch die ungebremsste Begeisterung für eine hochintensive organische „Impotenzdiagnostik“, die so invasive und die Patienten belastende Methoden wie Angiographien, Cavernosographien oder die Ableitung nervaler Potenziale im Schwellkörper des Penis umfasste, wurden durch die Markteinführung von Sildenafil, dem ersten oral wirksamen Medikament, das speziell zur Behandlung einer sexuellen Dysfunktion entwickelt wurde, in den Rang einer kurzen historischen Episode verwiesen. Nach Masters & Johnson kann die Verfügbarkeit der PDE5-Hemmer zweifellos als der zweite große Umbruch der neueren Zeit in der Therapie sexueller Dysfunktionen eingeordnet werden, auch wenn diese Substanzen nur bei Erektionsstörungen wirksam sind und bis heute für keine andere sexuelle Dysfunktion eine vergleichbar wirksame und erfolgreiche Option vorliegt.

Für die Sexualtherapie selbst war diese Entwicklungsphase überwiegend geprägt von einer Zeit der Stagnation und Defensive, die nur zum Teil durch den Aufschwung der somatischen Ansätze bedingt waren. Einflussreiche Veröffentlichungen wie *The stagnation of sex therapy* (Schover und Leiblum 1994) oder *Sex therapy research: has it withered on the vine?* (Hawton 1992) brachten die Situation damals auf den Punkt. Neben der Medikalisierung war die Bedrohung durch die sexuell übertragbare Immunschwächekrankheit AIDS wohl der wichtigste externe Faktor, der die „Pro-Sex-Aufbruchsstimmung“, von der die Sexualtherapie bis in die 1980er-Jahre hinein getragen wurde, endgültig kollabieren ließ. Die private und später auch berufliche Trennung von William Masters und Virginia Johnson Anfang der 1990er-Jahre und der Tod von Helen Kaplan 1995 symbolisierten diesen Prozess und markierten das Ende einer Epoche. Aus heutiger Sicht war diese Phase für die weitere Entwicklung der Sexualtherapie allerdings auch sehr bedeutsam, da sie auf zentrale „interne“ Probleme der Sexualtherapie verwies, die in den nächsten Abschnitten thematisiert werden. Dort wird auch der Ansatz von David Schnarch beschrieben, einem der wichtigsten Kritiker der traditionellen Sexualtherapie, dessen Buch *Constructing the Sexual Crucible*, mit dem er sein Konzept begründete, 1991 erschien.

2.2.4 Phase 4: Diversifizierung, neue Einflüsse und Konzepte zu einer Sexualtherapie der 2. Generation – Ende der 1990er-Jahre bis heute

Schon zuvor, aber erst recht in der „Nach-Viagra-Ära“ musste sich die Sexualtherapie viele, zum Teil unverhohlenen hämische

Kommentare gefallen lassen, die alle einen ähnlichen Tenor hatten, wonach das Postulat der überwiegend psychisch bedingten Verursachung sexueller Dysfunktionen ja nun als „Irrglaube“ entlarvt worden sei, der Pharmakotherapie (da effektiver und von den Patienten bevorzugt) die Zukunft gehöre und der Sexualtherapie eine düstere Prognose gestellt wurde. Die Schwanengesänge, mit denen stereotyp viele Beiträge zur somatischen Therapie sexueller Dysfunktionen eingeleitet wurden, haben sich nicht bewahrheitet, sondern es ist eher das Gegenteil eingetreten: Die durch die Verfügbarkeit neuer Therapieoptionen und die Medienoffensive verstärkte Suche nach professioneller Hilfe für sexuelle Probleme hat auch zu einer klaren Erhöhung der Nachfrage nach qualifizierter Sexualtherapie geführt, die größtenteils nicht befriedigt werden kann.

Diese Entwicklungsphase ist weiterhin gekennzeichnet durch Rekonzeptualisierungen verschiedener sexueller Dysfunktionen (Beispiele: Dyspareunie/Vaginismus oder weibliche Lust- und Erregungsstörungen) und neue Modelle weiblicher Sexualität (Basson 2000, 2001, 2002a, 2002b, 2010; Tiefer 2001; Tiefer et al. 2002), die rasch große Popularität gewannen, obwohl praktisch keine Daten vorhanden waren und sind, die sie belegen können (Sand und Fisher 2007). Bis heute steht diese Phase für eine starke Betonung der Geschlechterdifferenz, die mit einer Verve der „politischen Korrektheit“ auftrat (Bancroft 2009) und erst in letzter Zeit wieder infrage gestellt wird (Kleinplatz 2011; Meana 2010a, 2010b).

Während neue Modelle und Klassifikationsansätze sexueller Dysfunktionen entstanden und sich Bedingungsgefüge in der Gesellschaft und Therapielandschaft veränderten (Stichworte neben der Geschlechterdifferenz: die Verfügbarkeit von Internet und neuen Medien sowie der zunehmende Fokus auf sexuelle Übergriffe und sexuellen Missbrauch) und damit Einfluss auf die Behandlung sexueller Störungen nahmen (s. dazu Sigusch 2005), blieb das für die Sexualtherapie spezifische Interventionsportfolio auch in dieser Phase weitgehend unverändert (Leiblum 2007). Entwicklungen gab es in der Techniktheorie, was man z. B. in den verschiedenen Auflagen des Buches zum Konzept der Hamburger Gruppe reflektiert findet (Arentewicz und Schmidt 1986, 1993; Hauch und Cassel-Bähr 2006), viel weniger in der Technik selbst, die als „real existierende“ Sexualtherapie heute in aller Regel eine stark individualisierte Mischung aus klassischen sexualtherapeutischen Interventionen ist, die eher unsystematisch bzw. indikativ und kaum im vollständigen Stufenprogramm eingesetzt werden, angereichert mit oder eingebettet in Techniken, die sich je nach Grundausbildung (Tiefenpsychologie/Psychoanalyse vs. Verhaltenstherapie) und Zusatzqualifikationen (z. B. systemische Therapie, Traumatherapie) des Therapeuten unterscheiden. Diese Diversifizierung und Individualisierung der Sexualtherapie machen letztlich auch die Qualitätssicherung, Therapieforschung und Fort- und Weiterbildung in diesem Feld nicht einfacher.

Wie in ► Kap. 1 bereits beschrieben, lassen sich die skizzierten Tendenzen auch in den aktuellen internationalen Standardwerken zur Therapie sexueller Dysfunktionen ablesen (z. B. (Balon 2008; Balon und Segraves 2005, 2009; Binik und Hall 2014; Leiblum 2007; Levine et al. 2010; Porst und Buvat 2006), in denen die Diagnostik und Behandlung nicht mehr im Rahmen einer störungsübergreifenden Sexualtherapie, sondern durchweg nur noch als **störungsorientiertes** Vorgehen für die einzelnen Dysfunktionen dargestellt wird. Statt auf ein kohärentes

Sexualtherapiekonzept wird dabei oft auf die Integration somatischer Optionen als Leitthema und Desideratum gesetzt, doch bei genauerer Betrachtung von Datenlage und klinischer Realität ließe sich urteilen: oft propagiert, selten (systematisch) angewendet, (so gut wie) nie empirisch überprüft.

Ausnahmen von der Störungsorientiertheit der gegenwärtigen Therapielandschaft wie sie sich u. a. bei Fagan (2004), Hauch (2005) oder Bancroft (2009) sowie in neueren Ansätzen zur Weiterentwicklung der Sexualtherapie finden (Beier und Loewit 2004; Clement et al. 2004; Schnarch 1991, 1997), werden Gegenstand weiterer Abschnitte dieses Kapitels sein.

2.3 Die Datenlage zur Effektivität der klassischen Sexualtherapie

Dieser Abschnitt verfolgt das Ziel, die Datenlage zur Effektivität der Sexualtherapie möglichst kompakt zusammenzufassen. Dabei greifen wir ausschließlich auf Überblicks- und Sammelarbeiten zurück, insbesondere auf den Abschlussbericht der Kommission *Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction*, in dem eine Expertengruppe unter Mitwirkung des Verfassers für die zweite internationale Konsensuskonferenz über sexuelle Dysfunktionen, die 2003 in Paris stattfand, alle vorhandenen Therapiekontrollstudien sichtet, nach ihrem Evidenzlevel kategorisierte und Schlussfolgerungen zog (Althof et al. 2004, 2005).² Die zweite wesentliche Grundlage dieser Ausführungen bildet die Übersichtsarbeit von Heiman und Meston (1997) zu empirisch validierten Behandlungsmethoden für sexuelle Dysfunktionen, in der die Autorinnen die vorhandene Studienlage für die einzelnen sexuellen Dysfunktionen anhand eines Kriteriensystems der amerikanischen Psychologenvereinigung (APA) in die Effektivitätskategorien „gut nachgewiesen“ (*well-established*) und „wahrscheinlich wirksam“ (*probably efficacious*) eingeteilt haben. Cochrane-Reviews gibt es bislang nur über Spezialaspekte der Behandlung sexueller Funktionsstörungen, die für unsere Darstellung keine Relevanz haben. Eine genaue Übersicht findet der Leser auf der Website der Cochrane Collaboration oder bei Berner und Kockott (2010). Weitere Quellen sind die internationalen Standardwerke zur Therapie sexueller Dysfunktionen in ihren jeweils aktuellen Auflagen (Balon und Segraves 2005, 2009; Bancroft 2009; Binik und Hall 2014; Leiblum 2007; Levine et al. 2010; Porst und Buvat 2006).

Überblicksarbeiten im Bereich der Sexualtherapie sind allein schon deshalb schwierig, weil es letztlich nicht allzu viel zu überblicken gibt, da methodisch passable Studien zu Wirksamkeit und Nachhaltigkeit eher rar sind. Dafür gibt es verschiedene Gründe, die ausführlicher bei Heiman und Meston (1997) sowie Althof et al. (2004) aufgeführt sind und zu denen neben der Schwierigkeit Fördermittel zu akquirieren und der bereits oben angesprochenen stagnativen Selbstgefälligkeit eine Reihe methodischer Probleme gehören. So betrifft ein zentrales Problem die Wahl der klinischen Endpunkte bzw. „Erfolgskriterien“. Allgemein herrscht Einigkeit, dass ein so komplexes Phänomen wie die menschliche Sexualität

nicht allein durch die Erfassung von Häufigkeiten bestimmter sexueller Verhaltensweisen abgebildet werden kann, obgleich diese noch am einfachsten und reliabelsten festgehalten werden können. Hinzu kommen das Problem der Komorbidität (innerhalb der sexuellen Dysfunktionen und zu anderen somatischen und psychischen Krankheiten) sowie der Einfluss von Variablen wie Alter oder Beziehungsstatus und -dauer. Die häufigsten Mängel sexualtherapeutischer Outcome-Studien lassen sich in Anlehnung an Spence (zit. nach Althof et al. (2004)) in die folgenden Punkte fassen:

- (Zu) kleine Stichprobengrößen
- Keine experimentellen Kontrollgruppen (Warteliste, keine Behandlung, Erwartungsplacebo, *Treatment as usual*)
- Keine randomisierte Zuordnung in die Behandlungsarme
- Keine eindeutig definierten diagnostischen Kriterien sowie Ein- und Ausschlusskriterien
- Zumeist keine Erfassung der Stabilität der Behandlungseffekte bzw. unzureichender Follow-Up-Zeitraum
- Keine adäquate Beschreibung der tatsächlich angewendeten Therapiemethoden; kein manualisiertes Behandlungsprogramm
- Schlechte Replizierbarkeit als Konsequenz dieser Mängel.

Vor diesem Hintergrund soll im Folgenden die Datenlage zur Effektivität der Sexualtherapie für die verschiedenen Störungsgruppen komprimiert und schlagwortartig präsentiert werden.

2.3.1 Die Behandlungseffektivität bei den sexuellen Dysfunktionen der Frau

a. Appetenzstörungen

Obwohl sie als mit Abstand häufigste sexuelle Dysfunktion der Frau gilt, existieren nur wenige methodisch akzeptable Studien zu den Appetenzstörungen, die zudem in besonderem Maße mit definitorischen, normativen und Heterogenitätsproblemen zu kämpfen haben.

- Die Daten kontrollierter Studien in der Übersicht (s. dazu auch ► Kap. 9):
 - Hawton et al. (1986): Bei 56 % der Paare Besserung der Lust bei Therapieende; 75 % Relapserate bei 1–6 Jahren Follow-Up.
 - McCabe (2001): Bei Frauen mit HSDD (und anderen sex. Problemen) nach 10 Sitzungen mit kognitiv-behavioraler Therapie Besserung bei 44 %.
 - Trudel et al. (2001): Am Ende eines speziellen kognitiv-behavioralen Programms Symptombesserung bei 74 % der Patientinnen sowie Verbesserung partnerschaftlicher und intrapsychischer Parameter.
 - Im Review von Heiman und Meston (1997) konnte die Effektivität der Sexualtherapie bei Appetenzstörungen aufgrund mangelnder Datenlage nicht geratet werden.

b. Orgasmusstörungen

Zu den Orgasmusstörungen der Frau liegen insgesamt die meisten Therapiestudien überhaupt vor, allerdings stammt die Mehrzahl aus der Anfangszeit der Sexualtherapie.

2 Da der Bericht der entsprechenden Kommission für die dritte Konsensuskonferenz (2009) nur als Zusammenfassung vorliegt (McCabe et al. 2010) und bezüglich der Effektivität der Sexualtherapie keine neue Datenlage bietet, wird er hier nicht weiter berücksichtigt.

- Die Datenlage in der Übersicht (s. dazu auch ► [Kap. 10](#)):
 - Für die sexualtherapeutische Behandlung der primären bzw. globalen Anorgasmie gibt es überzeugende Wirksamkeitsnachweise (Rating bei Heiman und Meston [1997](#): *well-established*). Die effektivste Methode ist die *directed masturbation* (angeleitete Masturbation), die sich dem Sensate Focus und der systematischen Desensibilisierung überlegen zeigte.
 - Für die Behandlung der sekundären bzw. situativen (bezogen auf den Partnerkontakt/Koitus) Orgasmusstörungen sind die Erfolgsquoten sehr viel ungünstiger und die Verbesserungen instabiler (Heiman und Meston [1997](#): wahrscheinlich wirksam). Als Ursachen werden diskutiert: Heterogenität der Stichproben, tiefer liegende Ursachen (Partner-/intrapyschische Konflikte), fehlerhafte Klassifikation der Störung (Erregungs- oder Lustproblematik).
- c. Sexuelle Schmerzstörungen (Vaginismus/Dyspareunie; s. dazu auch ► [Kap. 11](#))

Die sexuellen Schmerzstörungen gelten heute als multifaktorielle, heterogene Störungsgruppe, in der der früher im Fokus stehende „isolierte“ Vaginismus nur als eine (eher seltene) Ausprägungsform betrachtet wird und zudem meist als Koitus- bzw. Penetrationsabwehr imponiert. Diskutiert wird, ob diese Dysfunktionen eher den Schmerzstörungen zuzuordnen und auch dementsprechend zu behandeln sind (Bergeron et al. [2014](#); Binik et al. [2007](#)).

- Die Datenlage in der Zusammenfassung:
 - In den älteren Studien hatte der Vaginismus überwiegend sehr gute und stabile Erfolgsquoten. Das sexualtherapeutische Basisvorgehen wurde mit einer systematischen Desensibilisierung (Finger, Hegarstifte) ergänzt. Im Review von Heiman und Meston ([1997](#)) wurde die Therapie des Vaginismus als „wahrscheinlich wirksam“ geratet.
 - Zur Dyspareunie/Vulvodynie liegen kaum kontrollierte Studien vor. Nach sorgfältigem Ausschluss somatischer Faktoren wird i. d. R. ein multimodales Vorgehen empfohlen (Eduktion, Sexualtherapie, Biofeedback, schmerztherapeutische Elemente).

2.3.2 Die Behandlungseffektivität bei den sexuellen Dysfunktionen des Mannes

d. Erektionsstörungen

Für die erektile Dysfunktion existieren relativ viele methodisch akzeptable Studien, die jedoch überwiegend vor der breiten Anwendung somatischer Therapieoptionen durchgeführt wurden.

- Die Datenlage in der Übersicht (s. dazu auch ► [Kap. 13](#)):
 - Insgesamt zeigen die Daten sehr gute (60–80 % Besserung am Behandlungsende) Erfolgsquoten für die sekundäre ED, z. T. deutlich niedrigere für die primäre ED. Effektivitätsrating bei Heiman und Meston ([1997](#)): *well-established*.

- Einige Beispiele: Masters und Johnson ([1970](#)): 69 % Besserung bei sekundärer und 59 % bei primärer ED. Arentewicz und Schmidt ([1980](#)): 79 % nach Therapie, relativ stabil nach 1 Jahr. Hawton und Catalan ([1986](#)): 68 % posttherapeutisch, ebenfalls recht stabil.
- Die Sexualtherapie muss sich damit vor den Erfolgsquoten der somatischen Optionen nicht verstecken. Fraglich bleibt aber, ob diese Quoten auch für die heute veränderte Klientel erektionsgestörter Männer gelten (Ø Alter der ED-Patienten in der Hamburger Studie von Arentewicz und Schmidt ([1980](#)) = 34 Jahre!)

e. Ejakulationsstörungen

Für die quantitativ bedeutsamste Gruppe der männlichen Sexualstörungen, die *Ejaculatio praecox*, gibt es nur wenige Studien, die fast alle in den 1970er- und 1980er-Jahren durchgeführt wurden. Zur verzögerten/ausbleibenden Ejakulation liegen keine systematischen Studien vor.

- Die Datenlage (s. dazu auch ► [Kap. 14](#)):
 - Die fulminanten und stabilen Erfolgsquoten von Masters & Johnson von annähernd 100 % konnten nie wieder repliziert werden. Spätere Studien erbrachten Quoten zwischen 60 und 80 %, allerdings mit eher schlechter Langzeitstabilität. Rating bei Heiman und Meston ([1997](#)): wahrscheinlich wirksam.
 - Eine aktuelle Studie mit einem kognitiv-behavioralen Ansatz erbrachte gegenüber einer Wartelistenbedingung eine achtfache Zunahme der intravaginalen Ejakulationslatenzzeit (DeCarufel und Trudel [2006](#)).
 - Die meisten älteren Studien zeigten gute Ergebnisse für die Squeeze-Technik, während sich in der Praxis eher die von Kaplan favorisierte Stopp-Start-Technik durchgesetzt hat.
 - Systematische Studien zur Kombination von Sexualtherapie mit den inzwischen verbreitet eingesetzten pharmakotherapeutischen Optionen (SSRIs) liegen nicht vor.

2.3.3 Zusammenfassung: Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Sexualtherapie

- Nach den vorhandenen Studien und Reviews hat die Sexualtherapie eine gut nachgewiesene (*well established*) Wirksamkeit bei der primären Anorgasmie der Frau und den Erektionsstörungen des Mannes. Darüber hinaus ist sie wahrscheinlich wirksam (*probably efficacious*) bei der sekundären Anorgasmie der Frau und vielleicht wirksam beim Vaginismus und der vorzeitigen Ejakulation.
- Die Langzeitstabilität der sexualtherapeutischen Effekte ist am schlechtesten bei Appetenzstörungen, dem vorzeitigen Orgasmus und sekundären Erektionsstörungen.
- Die Psychotherapie-Evaluation von Grawe et al. ([1994](#)) bescheinigte der Sexualtherapie eine recht gute, aber ausgesprochen differenzielle Wirksamkeit, d. h. sie wirkt bei einem Teil der Patienten gut bis sehr gut, bei einem anderen Teil aber nur unbefriedigend bis schlecht. In diesem Zusammenhang sei nochmals auf die prognostischen Faktoren hingewiesen, die vor allem die Gruppe um Hawton

(Hawton und Catalan 1986; Hawton et al. 1986) extrahiert hat: (a) sozioökonomischer Status; (b) Qualität der Partnerschaft; (c) Interesse der Frau an Sexualität und an einer Fortführung der Partnerschaft; (d) frühes Einlassen auf die Therapie und frühe Mitarbeit (besonders beim Mann).

- Zu beachten ist bei allem, dass fast sämtliche dieser Schlussfolgerungen auf Studien der 1970er- und 1980er-Jahre beruhen (müssen).

2.4 Kritikpunkte, Herausforderungen und Probleme der klassischen Sexualtherapie

Mit diesem Abschnitt wird der Versuch unternommen, die zentralen Kritikpunkte an der klassischen Sexualtherapie aus der Literatur kurz zusammenzufassen.

Einer der grundlegenden Kritikpunkte ist bereits weiter oben angeklungen, nämlich dass es seit spätestens Mitte der 1980er-Jahre zu einer Stagnation der Konzeptentwicklung, Forschung und Innovationsanstrengungen in der Sexualtherapie gekommen ist. In seinem Kern beruhe das therapeutische Vorgehen somit auf Konzepten der 1960er- und 1970er-Jahre, die nicht mehr „zeitgemäß“ seien. Für diesen Zustand werden – neben externen Faktoren wie dem Umstand, dass es kaum möglich ist, für Sexualtherapieforschung Fördermittel zu bekommen – verschiedene Gründe verantwortlich gemacht. So wird argumentiert, dass die Sexualtherapie anfangs „zu viel Erfolg“ gehabt habe, zu schnell ohne ernsthafte Konkurrenz gewesen sei und sich so auf der Basis der beeindruckenden Erfolgsquoten eine Selbstgefälligkeit entwickelt habe, die keinen Nährboden für Veränderungsimpulse mehr geboten habe. Ein weiteres Stichwort, das häufiger als Erklärung herangezogen wird, ist „professionelle Isolierung“ (z. B. Kleinplatz 2001a), ein Begriff, der auf die irrige und mitunter arrogante Überzeugung abzielt, dass Sexualtherapie etwas Einzigartiges und Besonderes sei, mit ganz eigenen Spielregeln. Durch dieses Bewusstsein seien Modernisierungen entscheidend behindert worden, da die Sexualtherapie sich von anderen Entwicklungen, v. a. in der Psychotherapie, weitgehend abgekoppelt habe.

Ein anderer, wenngleich in ähnliche Richtung gehender Kritikpunkt, bezieht sich auf die zu geringe Theoriebasierung der Sexualtherapie (Bancroft 2009; Kleinplatz 2001a). Vor allem Kleinplatz prononciert diesen Vorwurf, wenn sie argumentiert, dass die Sexualtherapie so tue, als ob sie Antworten auf grundlegende sexualwissenschaftliche Fragen habe, die in Wirklichkeit meist noch nicht einmal gestellt, geschweige denn beantwortet seien. Allerdings muss man hier entgegen halten, dass es eine wirkliche Zuarbeit seitens der Sexualwissenschaft zu kaum einem Zeitpunkt gegeben hat, da es weder in Deutschland noch international zur stärkeren Herausbildung einer **klinischen Sexualwissenschaft** gekommen ist und auch Bancroft sich viel mehr mit einer Stärkung der Theorie in der *Sexualforschung* (Bancroft 2000) als in der *Sexualtherapie* beschäftigt hat.

Eine Reihe weiterer Kritikpunkte lassen sich wohl am besten unter der Rubrik „externe Probleme“ der Sexualtherapie subsumieren. Hierunter ist zu nennen, dass die klassische Sexualtherapie älteren Patienten, Patienten ohne Partner oder sog. psychotherapiefern Patienten nur begrenzte Angebote machen kann.

Gemäß den aus Studien extrahierten prognostischen Kriterien (Hawton und Catalan 1986) ist die klassische Sexualtherapie vorwiegend geeignet für Mittelschichtpaare mit ausreichender Verbalisierungsfähigkeit und noch einigermaßen intakter Beziehung. Ähnliche Grenzen gelten auch für somatisch komplizierte Störungen, wie sie im höheren Lebensalter oder bei den häufigen Störungen durch Krankheit und Behandlung eher die Regel als die Ausnahme sind. Schließlich ließe sich hier noch anführen, dass die Sexualtherapie sich um die Medikalisierung und die sich darin auch ausdrückenden Bedürfnisse vieler Patienten nach einer „unkomplizierten Lösung“ ihrer sexuellen Probleme zu wenig gekümmert und ihr Angebotsportfolio dem nicht mehr angepasst hat.

Diese, zum Teil sicher nicht unberechtigten Kritikpunkte sollen an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden, da für unsere Aufgabenstellung die „internen Probleme“, d. h. die Kritikpunkte, die sich auf das sexualtherapeutische Konzept und Vorgehen im engeren Sinne beziehen, vorrangige Bedeutung haben.

Eine häufig erhobene Kritik bezieht sich auf den Fokus der Sexualtherapie auf den **Faktor Angst** in seiner ätiopathogenetischen Funktion und auf die Angstreduzierung als Therapieziel und Voraussetzung einer Symptommodifikation. Dem wird von den Kritikern entgegengehalten, dass diese Sichtweise generell therapeutisch zu einseitig und zu eng, noch mehr aber, dass sie wissenschaftlich widerlegt sei, da Angst nicht inkompatibel zu sexueller Erregung und sexueller Funktion sei, wie es von den Pionieren der Sexualtherapie behauptet wurde. Als Beleg dafür werden zumeist Arbeiten des Angstforschers Barlow (Barlow 1986; Beck und Barlow 1984) angeführt, die fast immer aber verkürzt dargestellt und interpretiert werden (ausführlich dazu: Langer und Hartmann 1992). In der Tat konnte die experimentelle Angstforschung etwas belegen, was jedem erfahrenen Sexualtherapeuten auch vorher schon geläufig war, dass Angst nämlich nicht in einer einfachen kontrapunktischen Beziehung zu sexueller Erregung steht, sondern diese in einer umgekehrt U-förmigen Kurve bis zu einem gewissen Grad sogar verstärken kann (man denke an die Paraphilien oder an bewusst grenzüberschreitende Erregungsszenarien). Die wirklich wichtigen Resultate der Studien der Barlow-Gruppe waren daher andere, und zwar die Einsichten, dass (a) Probanden mit und ohne sexuelle Dysfunktionen in einer sexuellen Situation kognitiv-affektiv hoch-unterschiedlich reagieren und sich quasi in „verschiedenen Welten“ befinden und (b) es weniger die Angst als Emotion oder Emotionsgemisch selbst ist, die der sexuellen Funktion im Wege steht, sondern eher kognitive Aspekte wie verschobene Aufmerksamkeit, Ablenkung und Kontrollmangel (Barlow 1988). Es sei daran erinnert, dass Masters & Johnson ebenfalls nicht die Angst selbst, sondern die durch sie bedingte Ablenkung als entscheidenden Faktor ansahen (s. Punkt 1) und sich bei Kaplan (1979b) in ihrer Ebene der unmittelbaren Ursachen die Kategorie sensorische und kognitive Barrieren findet. Darüber hinaus hat die von Barlow beschriebene subjektive Verfassung und Informationsverarbeitung der sexuell dysfunktionalen Probanden sehr starke Ähnlichkeit zur Versagensangst (*performance anxiety*), wie sie von den sexualtherapeutischen Pionieren beschrieben worden ist.

Insgesamt kann man zu diesem häufig vorgebrachten Kritikpunkt sagen, dass die neuere Angstforschung das zentrale Diktum der Sexualtherapie zur Angst zwar relativiert, keineswegs aber

grundsätzlich widerlegt hat. Allerdings hat die klinische Erfahrung der vergangenen Jahrzehnte gezeigt, dass Angst (definiert als komplexer kognitiv-affektiver Zustand) nicht bei allen sexuellen Dysfunktionen und vor allem nicht bei allen Patienten gleichermaßen bedeutsam ist und zudem eine ganz unterschiedliche Tönung haben kann. In ähnlicher Weise ist deutlich geworden, dass generell eine Reduzierung hemmender oder blockierender Faktoren im Sinne einer „Beseitigung von Hindernissen“ für eine dann wieder ungestört ablaufende sexuelle Reaktion, wie sie eindeutig von Masters & Johnson, letztlich aber auch von Kaplan als zentraler Prozess der Sexualtherapie gesehen wurde, bei einer substanziellen Anzahl von Patienten unzureichend ist und zu kurz greift (s. dazu auch ► [Kap. 8](#)).

Der ebenfalls häufig erhobene Vorwurf, v. a. auch von den neueren Ansätzen (Clement 2004; Schnarch 1991, 2000), dass die Sexualtherapie mit ihrem klassischen Ansatz und Instrumentarium bei den Störungen des sexuellen Verlangens nicht wirkungsvoll ist und nur mäßige Erfolgsquoten aufweist, lässt sich – wie im nächsten Abschnitt zusammengefasst – datenmäßig weder eindeutig bestätigen noch widerlegen. In den Pionierwerken noch gar nicht vorhanden, haben Lief (1977) und dann vor allem Kaplan (Kaplan 1979a) diese Kategorie eingeführt und auch Modifikationen und Erweiterungen des sexualtherapeutischen Vorgehens beschrieben. Während Kaplan selbst bei einer umfangreichen Patientengruppe mit Luststörungen durchaus gute Erfolgsquoten berichtet (Kaplan 1995), wobei die Einschätzung des Outcome allerdings methodisch problematisch ist, zeigen andere Studien ein pessimistischeres Bild, vor allem, was die Stabilität der Therapieeffekte angeht (De Amicis et al. 1985). Unstrittig scheint heute, dass Luststörungen Modifikationen im sexualtherapeutischen Vorgehen erfordern wie z. B. eine prononciertere Bearbeitung der Beziehungsdynamik, eine intensivere Auftrags- und Zielbestimmung und ein subtiles Timing der erfahrungsorientierten Therapieinterventionen, deren Potenzial nicht vorschnell und unbedacht verspielt werden darf (s. dazu auch ► [Kap. 9](#)). Dass die Sexualtherapie bei diesen Problemen aber generell „am Ende“ sei, ist nicht belegbar.

Einige Kritikpunkte richten sich auch direkt gegen das „Herzstück“ der Sexualtherapie, nämlich die Übungen, insbesondere den Sensate Focus. Hier wird u. a. die „Künstlichkeit“ dieser Übungen angeprangert (z. B. Schnarch 1997), ohne dass bedacht wird, dass genau das, nämlich eine Unterbrechung der normalen, probleminduzierenden Interaktion des Paares, mit den Übungen erreicht werden soll (und kann). Ernst zu nehmender sind Erfahrungen, dass es bei den Übungen nicht zu den intendierten Erfahrungen, also u. a. einer Auflösung von Ängsten, sondern zu einer Art Meta-Versagensangst kommen kann. Dies ist auch nach eigenen Erfahrungen durchaus möglich, sprengt aber keinesfalls den oben abgesteckten Rahmen des sexualtherapeutischen Vorgehens, da dann Hintergründe geklärt und kognitive und emotionale Schemata modifiziert werden müssen. Auch hier sei daran erinnert, dass Masters & Johnson den Sensate Focus als „Fehler produzierendes Verfahren“ konzipiert haben, in dem es zumindest anfänglich nicht um „schöne Gefühle“ oder „harmonisches Streicheln“, sondern um neue Wahrnehmungen und Erfahrungen geht sowie um die Hier-und-Jetzt Manifestation der jeweiligen Blockaden und Hindernisse (s. dazu ► [Kap. 8](#)).

2.4.1 Kritikpunkte aus den Ansätzen der zweiten Generation der Sexualtherapie

Es ist nicht verwunderlich, dass die schärfste Kritik an der klassischen Sexualtherapie von denjenigen geübt wurde, die Weiterentwicklungen und neue Ansätze konkret vorgelegt bzw. diese angemahnt haben.

Streng genommen müsste übrigens auch das „Hamburger Modell“, also das am Hamburger Institut für Sexualforschung auf der Basis des Masters- & Johnson-Programms konzipierte und weiterentwickelte Konzept der Paartherapie zu den neueren Ansätzen gezählt werden, da es in der aktuellen Version (Hauch und Cassel-Bähr 2006) erstmals signifikante Veränderungen des Vorgehens aufweist, nachdem die vorherigen Auflagen (Arentewicz und Schmidt 1980, 1986, 1993) überwiegend kleinere Modifikationen der Techniktheorie enthielten. Andererseits gehört es auch wieder nicht in diesen Abschnitt, da dieses Konzept sich nie primär über seine Unterschiede zu Masters & Johnson definiert hat und dies auch in der aktuellen Version nicht tut. Vielmehr gehört es zu den Ansätzen, die den Wurzeln und Prinzipien des Masters- & Johnson-Therapieprogramms am treuesten geblieben sind, indem z. B. weiterhin das sexuelle Symptom bzw. Problem als solches ernst genommen wird und im Fokus steht, die Ziele per se „bescheiden“ und an der sexuellen Funktionsfähigkeit orientiert sind und die erfahrungsorientierten Interventionen in der Regel im klassischen Stufenprogramm durchgeführt werden. Stichworte zum aktuellen Vorgehen, das wiederum in ein detailliertes Manual gefasst ist, sind etwa das „Prinzip Selbstverantwortung“, eine Sichtweise der Übungen als „projektive Tests“ und des Stufenprogramms als „körperbiografischer Zeitreise“ sowie eine stärkere Betonung individueller körperlicher Selbsterfahrung. Da das Programm in seinem Kern aber letztlich nicht wirklich verändert wurde und sich in einer mitunter solipsistischen Manier primär mit sich selbst und seinen eigenen Entwicklungslinien beschäftigt und wenig externe Einflüsse (etwa aus der Psychotherapieforschung) aufnimmt, bezieht sich die im folgenden beschriebene Kritik der neueren Ansätze an der klassischen Sexualtherapie auch auf das „Hamburger Modell“.

Einer der wichtigsten Beiträge, der in gewisser Weise in beide Kategorien fällt, stammt von der kanadischen Sexualtherapeutin Kleinplatz (2001b, 2012), die in dem von ihr herausgegebenen Buch *New Directions in Sex Therapy* fundamentale Kritik übt, aber auch – in eigenen Beiträgen und durch die beteiligten Autoren – innovative Wege aufzuzeigen versucht. Ihre Hauptkritikpunkte am Grundkonzept der Sexualtherapie, die stellvertretend für andere Stimmen – vor allem auch aus feministischen Positionen – stehen, zielen darauf, dass die Sexualtherapie ihre Patienten letztlich an normative „Performance Standards“ anpasse, basierend auf einem naturalistischen Verständnis der menschlichen Sexualität, in dem die an einem normalen Reaktionszyklus orientierte (und darauf begrenzte) Symptombehebung konventionelles Ziel ist. Kleinplatz verweist darauf, dass diese Performanceorientierung die spezifisch humanen Qualitäten sexuellen Erlebens (u. a. Erotik, Leidenschaft, Hingebung, Erfüllung, Ekstase, Spiritualität) ausblendet. Ein sehr bedeutsamer Kritikpunkt, der uns im letzten Abschnitt noch beschäftigen wird, bezieht sich darauf, dass die Sexualtherapie einen zu starken Fokus auf die Symptomatik bzw. Störung legt, bei zu geringer Berücksichtigung der Personen oder Persönlichkeiten,

die die Probleme haben. Daraus resultieren zu standardisierte Ziele und zu standardisierte Therapien bei einer Tendenz zur Marginalisierung der Verschiedenartigkeit und Unterschiedlichkeit der Probleme und Patienten. Engagiert plädiert Kleinplatz für ein mutigeres, individualisiertes und diversifiziertes Angebots- und Zielportfolio der Sexualtherapie, denn nur wenn man den Patienten verschiedene und weitergehende Ziele anbietet, sie nach ihrer Auffassung auch die Chance haben, sich dafür entscheiden zu können (zur Diskussion und Umsetzung dieser Position s. ► [Kap. 8](#)).

Dem amerikanischen Sexualtherapeuten Schnarch (1991, 1997) gebührt ohne Zweifel das Verdienst, der etwas eingeschlafenen Theorie und Praxis der Sexualtherapie in den 1990er-Jahren einen Weckruf erteilt zu haben, was in der deutschen Sprache angesichts seines Namens nicht einer gewissen Ironie entbehrt. In seinem – später von ihm als „Crucible Therapie“³ bezeichneten – Konzept ging es ihm zunächst darum, die weitgehend separaten Felder der Sexualtherapie und der Paar- bzw. systemischen Therapie (ursprünglich: *marital therapy*) zu integrieren. Entwickelt hat sich dabei letztlich ein sehr eigenes Konzept, das mit systemischer Sexualtherapie (Schnarch 2000) nur sehr unzureichend beschrieben ist, inzwischen aber auch sehr kommerzielle Züge aufweist.

Den Ansatz von Schnarch adäquat darzustellen, würde den vorliegenden Rahmen deutlich sprengen. Auf einige Aspekte werden wir im letzten Abschnitt noch eingehen, beschränken uns hier aber schwerpunktmäßig auf seine Kritikpunkte an der klassischen Sexualtherapie, die von Schnarch als „Paradigma der ersten Generation“ bezeichnet wird, während er mit seinem Ansatz die zweite Generation begründen wollte. Ähnlich wie Kleinplatz sieht Schnarch (1991) die Sexualtherapie in einem Defizitfokus gefangen, gebunden an ein normatives, uniformes Störungsmodell, das die Menschen in sexuell funktionale und dysfunktionale unterteilt. Dieser Defizitorientierung setzt Schnarch ein ressourcenfokussiertes Modell (*asset model*) entgegen, in dem nicht Symptom oder Dysfunktion, sondern das „sexuelle Potenzial“ im Mittelpunkt stehen. Wie andere Ansätze der zweiten Welle oder Generation der Sexualtherapie rückte Schnarch vom sexuellen Problem bzw. der sexuellen Dysfunktion selbst wieder weg und sieht die Sexualität primär als „Fenster“ oder „Vehikel“ für persönliches Wachstum (*growth*). Er steht damit stellvertretend für die sog. Elicitation-Konzepte (wörtlich: Entlockungs-Konzepte), die Clement (2004) auf die griffige – wenn auch in dieser apodiktischen Form kaum haltbare – Formel bringt: „Therapie bringt nichts in die Menschen hinein, sondern etwas aus den Menschen heraus“ (S. 41).

In seinem fast ausschließlich auf die sexuelle Lust (*desire*) und Lustprobleme fokussierten Modell setzt Schnarch ganz auf die individuelle persönliche Entwicklung (Terminus bei Schnarch: Differenzierung) beider Partner und sieht diese und die Differenz viel mehr als die Gemeinsamkeit als Schlüssel zu Potenzialaktualisierung und sexueller Leidenschaft. Die sexualtherapeutischen Übungen als strukturierte und angeleitete Erfahrungsmöglichkeiten lehnt Schnarch vehement ab und mokiert sich – in seinen

Vorträgen mehr noch als in seinen Schriften – darüber, wenn er sinngemäß ausführt, dass kein Therapeut, der diese Übungen jemals selbst gemacht hat, sie seinen Patienten empfehlen würde. Stattdessen setzt Schnarch auf von ihm selbst entwickelte „Werkzeuge“ (*tools*) wie *hugging till relaxed* (sich in den Arm nehmen, bis man entspannt ist) oder *eyes-open sex* (Sex mit geöffneten Augen, insbesondere beim Orgasmus), wobei er generell gern kontrapunktische Positionen zur klassischen Sexualtherapie einnimmt, so, wenn er dem traditionellen Fokus auf Angstreduzierung in seinem Ansatz einen Fokus auf Angsttoleranz entgegensetzt.

In seiner Adaptation und Ausgestaltung des Ansatzes von Schnarch brachte Clement (2004) seine Kritikpunkte an der klassischen Sexualtherapie teilweise noch griffiger und plakativer vor. Auch er sah die Sexualtherapie unumkehrbar an einen normativen sexuellen Reaktionszyklus als „universeller Grammatik“ gefesselt, wodurch therapeutische Handlungsmöglichkeiten limitiert werden, „zähe Therapieverläufe“ resultieren und die Gefahr einer „Verharmlosung“ der Sexualität droht. Clement erklärte die klassische Sexualtherapie zur Vergangenheit und ihr therapeutisches Paradigma, dessen Kraft aus einer „einzigartigen Passung von gesellschaftlicher Entwicklung und therapeutischem Konzept“ (S. 23) entstammte, für „erschöpft“ oder „verbraucht“. Genau wie Schnarch änderte Clement in seinem Vorgehen den Fokus vom „nicht können“ zum „nicht wollen“, stellte das „Begehren“ und die „Differenz“ ins Zentrum der therapeutischen Prozesse und interpretierte das Symptom nicht als Mangel, sondern als Ressource. Anders als Schnarch setzte Clement allerdings durchaus auf (systemische) Interventionen oder Verhaltensverschreibungen (wie z. B. das „ideale sexuelle Szenario“), die er aber nicht einsetzte, um „Defizite übend (nachholend) zu kompensieren“, sondern um sexuelles Begehren zu entwickeln oder zu profilieren.

Die von Beier und Loewit (2004) vorgelegte „syndyastische“⁴ Sexualtherapie kann ebenfalls zur zweiten Welle oder Generation der Sexualtherapie gezählt werden. Der Ansatz selbst kann an dieser Stelle wiederum nur grob skizziert werden, mit dem Fokus auf den Unterschieden zur klassischen Sexualtherapie. Beier & Loewit sehen ihren Ansatz dezidiert als eigenständiges „Therapiekonzept der Sexualmedizin“, die sie (und nicht etwa die Sexualtherapie) als „klinischen Arm der Sexualwissenschaft“ verstehen. Entsprechend ihrem Verständnis von Sexualmedizin sehen sie ihren Therapieansatz auch nicht als Form bzw. „Sonderform“ der Psychotherapie bzw. Anwendung „etablierter psychotherapeutischer Techniken auf sexuelle Störungen“ (wie dies für sie in der klassischen Sexualtherapie der Fall ist), sondern als „umfassendes Konzept menschlicher Sexualität und Bindung“. Ausgehend von den von Loewit (1992) entwickelten Konzepten, in denen Sexualität als Sprache, Kommunikation oder „verleblichte Beziehung“ gesehen wird, sieht die syndyastische Sexualtherapie die Wurzeln aller sexuellen Störungen in „frustrierten Grundbedürfnissen“ und setzt deshalb auch nicht an den sexuellen Dysfunktionen selbst, sondern an eben diesen Wurzeln an. Ganz im Mittelpunkt des Ansatzes stehen die „unverzichtbaren psychosozialen Grundbedürfnisse“ nach „Nähe,

3 Der englische Begriff „crucible“ hat eine Doppelbedeutung und wird auch von Schnarch so als Sinnbilder für sein Therapiemodell verwendet. Crucible bezeichnet einerseits in der Metallurgie einen Schmelztiegel, in dem „heiße Prozesse“ ablaufen können, ohne dass das Gefäß damit verschmilzt. Die zweite Bedeutung lässt sich mit „Feuerprobe“ übersetzen.

4 Der Begriff „Syndyastik“ geht nach den Ausführungen der Autoren auf ein vom antiken Denker Aristoteles benutztes griechisches Wort zurück, das übersetzt etwa „disponiert zur Zweierbeziehung“ bedeutet (Beier und Loewit 2004, S. 2).

Wärme, Geborgenheit, Sicherheit und Akzeptanz“, und durch den therapeutischen Fokus auf diese Ebene soll die Sexualität in einen „erweiterten Sinnzusammenhang“ gestellt werden. Der „eigentliche kurative Faktor“ soll darin bestehen, dass „über das körpersprachliche Vermitteln gegenseitiger Zuneigung für die beiden Partner die syndyastische Erfüllung leiblich erfahrbar gemacht werden soll“ (S. 4). Der syndyastischen Sexualtherapie geht es somit primär um „Bewusstseinsbildung“ und erst in zweiter Linie um die Modifikation gestörter sexueller Funktionen. Im Zentrum des therapeutischen Prozesses steht die „Bedeutungserteilung“ oder „Bedeutungszuweisung“, durch die der Therapeut dem Paar die syndyastische Dimension seiner Sexualität bewusst macht und ihm die spezielle, körpersprachlich-kommunikative Bedeutung von sexueller Lust und Erregung erschließt. Im Unterschied zu Schnarch verzichten Beier & Loewit nicht auf den erfahrungsorientierten Teil der klassischen Sexualtherapie, setzen deren Übungen aber im Sinne einer veränderten Techniktheorie und ergänzt um die „neue Bedeutungsdimension“ ihres Ansatzes ein. Einen weiteren Unterschied zum klassischen Vorgehen sehen die Autoren darin, dass die Übungen nicht im Sinne eines strukturierten Stufenprogramms vom Therapeuten vorgeschlagen bzw. verschrieben werden, sondern vom Paar als „selbstverschriebene Erfahrung“ oder als „gemeinsam gefasster Vorsatz“ selbst entdeckt wird. Im Kern bleibt es dabei allerdings bei den bekannten Erfahrungsbestandteilen des klassischen Vorgehens, die natürlich nicht wirklich vom Patientenpaar selbst entwickelt werden können, die aber hier passgenauer und „behutsamer“, man könnte wohl auch sagen im Sinne einer „partizipativen Entscheidungsfindung“ (*shared decision making*), eingesetzt werden sollen. Trotz einiger Unterschiede zu den anderen beschriebenen Konzepten gehört auch die syndyastische Sexualtherapie zu den Elicitation-Ansätzen, da es um die „Aktivierung von grundsätzlich bereits vorhandenen Erlebnispotenzialen“ geht und „lediglich etwas (wieder) hervorgeholt und nichts ‚hineingegeben‘“ werden soll.

2.5 Ausblick: Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der Sexualtherapie

Im letzten Abschnitt dieses Kapitels sollen im Sinne eines Resümees Überlegungen zur Zukunft der Sexualtherapie und zur Sexualtherapie der Zukunft angestellt werden. Dabei interessiert uns vorrangig, welche konkreten Schlussfolgerungen aus den präsentierten Ergebnissen und Entwicklungen der klassischen Sexualtherapie für unseren Ansatz einer neuen Sexualtherapie gezogen werden können. Dies berührt auch die Frage, ob und inwieweit bzw. welche Elemente der klassischen Sexualtherapie Eingang in den neuen Ansatz finden sollten.

Dabei werden wir uns zunächst kritisch mit den Ansätzen der zweiten Generation im Sinne einer „Kritik der Kritik“ befassen und danach mit einigen allgemeinen Schlussfolgerungen zu den Eckpunkten einer Sexualtherapie der Zukunft schließen.

2.5.1 Kritik der Kritik

Die Kritik der Kritik setzt noch einmal an dem Umstand an, dass praktisch alle Weiterentwicklungen der ersten und zweiten

Generation das Masters-&-Johnson-Konzept als zu „oberflächlich“ betrachtet und in unterschiedlicher Weise „angereichert“ haben. Wie wir weiter oben aufgezeigt haben, ist das bereits in hohem Maße im Konzept von Kaplan geschehen, am radikalsten aber von Schnarch (1991, 1997) und in seinem Gefolge von Clement (2004) vollzogen worden, die das Masters-&-Johnson-Programm und seine Fundierung *in toto* für obsolet und zur Vergangenheit erklären. Dem ist entgegenzuhalten, dass u. E. keine Veranlassung besteht, das in seiner Wirksamkeit nachgewiesene Konzept und Interventions-Instrumentarium der klassischen Sexualtherapie (insbesondere deren erfahrungsorientierten Anteil) einfach „über Bord zu werfen“. Ein solches Vorgehen erscheint vielmehr leichtfertig und wissenschaftlich nicht begründbar. Zudem ist wahrscheinlich weniger die Sexualtherapie bzw. deren Paradigma „erschöpft“ (Clement), sondern vielleicht eher die Sexualtherapeuten der ersten Generation, wohingegen – wie wir an verschiedenen Stellen versucht haben aufzuzeigen – das Potenzial des Masters-&-Johnson-Ansatzes möglicherweise nie ausgeschöpft worden ist. Kritisch zu betrachten ist weiterhin, dass v. a. die recht trendig daherkommenden „systemischen“ Ansätze sich fast ausschließlich auf Probleme des sexuellen „Begehrens“ zurückziehen und auf differenzierte, psychisch und körperlich weitgehend gesunde (Mittelschicht)-Paare zugeschnitten sind. Sie gehen damit an großen Teilen des realen Versorgungsbedarfs vorbei, mit der Konsequenz, dass sexuelle Dysfunktionen wie Erektionsstörungen oder die vorzeitige Ejakulation damit überwiegend der Pharmakotherapie überlassen würden. Die wichtigsten Unterschiede im therapeutischen Vorgehen zwischen den systemischen Konzepten und unserem Ansatz werden wir in ► Kap. 8 beschreiben.

Der wahrscheinlich bedeutsamste Punkt dieser Kritik der Kritik bezieht sich darauf, dass keiner der Ansätze der zweiten Generation über irgendeine empirische Evidenz verfügt. Weder zum Konzept von Schnarch und zu dem eng mit ihm verwandten von Clement noch zum Modell von Beier & Loewit oder anderen Ansätzen liegen kontrollierte Studien zum Outcome und zur Stabilität von Behandlungseffekten vor. So gibt es auch keine Belege für die Wirksamkeit der erfahrungsorientierten „Tools“ der systemischen Konzepte, weder für die von Schnarch propagierten Übungen „*hugging till relaxed*“ oder „*eyes-open sex*“ noch für Clements „Ideales sexuelles Szenario“. Es existieren nicht einmal Kasuistiken, die nicht von den Autoren selbst stammen. Dieses Manko ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Ansätze der zweiten Welle der Sexualtherapie sich überwiegend als Universalmodelle verstehen und mit ihrem spezifischen Konzept für alle Dysfunktionen gültig sein wollen. Berger (2010) verweist demgegenüber darauf, dass es keine Universalitätsansprüche einzelner Therapieschulen mehr geben sollte und dass eine plausibel erscheinende Theorie keine ausreichende Rechtfertigung für eine unüberprüfte Anwendung einer Therapie ist. Er plädiert entschieden für eine Abkehr vom pseudokausalen Denken hin zu evidenzbasierten, störungsorientierten Psychotherapiekonzepten. Wir werden im Rahmen unserer Beschäftigung mit den Resultaten der Psychotherapieforschung noch detailliert auf diese Themen eingehen (s. ► Kap. 3 und 5).

In dieser Perspektive stellt es sich so dar, dass alle Ansätze der zweiten Generation sich nicht auf dem Stand und den

Erkenntnissen der Psychotherapieforschung inklusive der neurobiologischen Forschung zu psychischen Störungen und ihren Veränderungsmöglichkeiten bewegen, sondern letztlich „abgeschottete“ Modelle sind, die sich meist einen Aspekt oder ein Konzept herausgreifen und darauf einen Universalansatz begründen (Differenzierung und idiosynkratisches Intimitätskonzept bei Schnarch; zusätzlich dazu sexuelle Differenz und Nicht-Wollen statt Nicht-Können bei Clement; Bindungsbedürfnis und syndyastische Bedeutungserteilung bei Beier & Loewit). Dabei sind deutliche Skotomisierungstendenzen, z. B. bezüglich der in den Fokus gerückten Grundbedürfnisse, auszumachen. Schnarch geht es in dem von den beiden großen Grundmotiven Bindung/Angenommen-Sein/Geborgenheit versus Autonomie/Selbstaktualisierung/Potenzentwicklung aufgespannten Spektrum ganz um die Autonomie bzw. Differenzierung, da hier der Schlüssel zu Lust und Leidenschaft darin besteht, sich unabhängig zu machen, von der Fremd- in die Selbstvalidierung zu gehen, sich selbst regulieren zu können und auf den eigenen Füßen zu stehen. Dieser Teil der Motivwaage wird demgegenüber im Konzept von Beier & Loewit weitgehend ausgeblendet, da hier unter psychosozialen Grundbedürfnissen allein das Bedürfnis nach Nähe, Wärme und Geborgenheit verstanden wird. Dieses Grundmotiv soll durch den „syndyastischen Fokus“ und die „Bedeutungserteilung“ in der sexuellen Begegnung als „verleiblichte Kommunikation“ erfahrbar gemacht werden und so – mehr oder minder „automatisch“ – auch die sexuelle Dysfunktion aufgelöst werden. Wenngleich der Ansatz von Beier & Loewit in seiner Ausrichtung auf die menschlichen Grundbedürfnisse in die richtige Richtung zeigt, bleibt er in seiner skotomisierenden Ausrichtung auf ein einziges Grundbedürfnis sowie in seiner nach den Maßstäben der Psychotherapieforschung wenig überzeugenden Techniktheorie unzureichend. Darüber hinaus erscheint die Überzeugung, dass Sexualität – auch und gerade in ihren interpersonellen Manifestationsformen – Ausdruck ultimativer Intimität, Kommunikation und dyadischer Verbindung ist, als eine idealistisch und romantisch getönte Vorstellung, die freilich an der Realität wohl nur allzu oft zerbricht (vgl. Apfelbaum 2001; Bancroft 1989, 2009; Masters und Johnson 1979; Sigusch 2005).

Das ganz auf persönlichem „Wachstum“, Differenzierung und Selbst-Validierung basierende sexualtherapeutische Konzept von Schnarch ist vielfach – besonders von den humanistischerlebnisorientierten Ansätzen – kritisiert worden, nach deren Auffassung es keinen Sinn macht, ausschließlich an der Stärkung von Differenz und Unabhängigkeit zu arbeiten, wenn der Sinn und die Funktion, die von den meisten Menschen in einer Intimbeziehung gesucht werden, Gegenseitigkeit und wechselseitige „effektive“ Abhängigkeit sind (Greenberg 2011; Greenberg und Goldman 2008; Johnson 2004). In der emotionsfokussierten Therapie (s. ► Kap. 6) wird demgegenüber davon ausgegangen, dass gegenseitige Bezogenheit (*mutuality*) durch eine **konstante und dynamische Spannung** zwischen der Anerkennung des Anderen und der Behauptung des eigenen Selbst entsteht. Es geht um Anerkennung und Wertschätzung der Ähnlichkeit/Gemeinsamkeit – **gleichzeitig** mit der Anerkennung der Unterschiede. Diese Spannung zwischen Differenz und Ähnlichkeit ist danach auch für die Entstehung sexueller Spannung notwendig. Es geht demnach also um die Vermeidung eines *einseitigen Fokus* auf der Differenz

wie bei Schnarch oder Clement oder auf Nähe und Bindung wie bei Beier & Loewit, sondern vielmehr um das Spannungsfeld von Ähnlichkeit/Gemeinsamkeit und Differenz, um die Balance zwischen Selbstzuwendung und Partnerzuwendung, Harmonie und Widerstreit, Symbiose und Separiertheit, die in einem adäquaten Modell der Behandlung sexueller Störungen berücksichtigt und integriert werden müssen (s. dazu ► Kap. 3, 7 und 8).

Unter der Perspektive einer Kritik der Kritik ist allen oben beschriebenen Ansätzen der zweiten Generation gemeinsam, dass sie mehr oder minder von der sexuellen Funktionsstörung selbst abrücken und im Sinne der Elicitation- oder Growth-Konzepte „mehr erreichen“ wollen und die Sexualität vorwiegend als „Fenster“ (in die Persönlichkeit, Dyade, Grundbedürfnisse etc.) oder „Vehikel“ (für Wachstum, Differenzierung usw.) betrachten. Im Unterschied zum Gebot der Neutralität, das für Masters & Johnson einen äußerst hohen Stellenwert hatte (der Therapeut soll kein sexueller „Cheerleader“ sein), handelt es bei den neueren Ansätzen um nicht-neutrale Konzepte, in denen der Therapeut etwas Bestimmtes vom Paar erwartet, ihm ganz bestimmte Erfahrungen oder Überzeugungen vermitteln oder es auf ein neues Level der Entwicklung heben möchte. Bei Schnarch in seinem Leitbild von Intimität als höchster Form der Autonomie ist das so ausgeprägt, dass Apfelbaum (2001) sein Modell zu den *demand approaches* (fordernden Ansätzen) zählt, mit der inhärenten Gefahr, dass der Patient vom Therapeuten in ein bestimmtes Bild gepresst oder zu bestimmten Zielen gedrängt wird und so letztlich Sexualität wieder zu einem Test der Kompetenz wird (nicht mehr bezüglich sexueller Funktion, sondern Entwicklung, Differenzierung, Intimität etc.). Zu diesem Eindruck passt der Umstand, dass sowohl bei Schnarch und noch prononcierter bei Beier & Loewit der Leser (und potenzielle Therapeut) bereits in der Einleitung und im gesamten Text immer wieder auf die Grundüberzeugungen des jeweiligen Konzepts „eingeschworen“ wird, sodass – etwas überspitzt formuliert – mitunter der Eindruck entsteht, es gehe um den Eintritt in eine Glaubensgemeinschaft und nicht um einen Ansatz zur Behandlung sexueller Probleme. Dadurch entsteht die Gefahr einer tautologischen Falle, in der das Konzept immer Recht hat, denn wenn kein Erfolg eintritt, hat man sich nicht überzeugt und ausreichend genug an das Konzept gehalten. Eine derartige zirkuläre Argumentation, wie sie etwa der Psychoanalyse in bestimmten Phasen durchaus zu Recht vorgeworfen wurde, macht eine empirische Überprüfung dann so gut wie unmöglich.

In dieses kritisch zu hinterfragende Bild passt darüber hinaus, dass in allen Ansätzen der zweiten Welle fast ausschließlich Falldarstellungen präsentiert werden, in denen in wenigen Sitzungen eindrucksvolle Veränderungen stattfinden. Ein in der Behandlung sexueller Störungen erfahrener Therapeut kann hier neidisch, aber auch ein wenig ungläubig werden angesichts der Erfahrung, dass Veränderungsprozesse bei den so gut wie immer chronifizierten, oft durch komorbide Störungen komplizierten sexuellen Dysfunktionen dazu neigen, bisweilen mühsam und zäh zu sein, manchmal im Verlauf sprunghaft und kühn, dann wieder in Widerstände verwickelt, mäandernd und kleinschrittig. Clement (2004) bringt es wie so oft griffig auf den Punkt, wenn er sagt, dass Therapien nach dem klassischen Modell oft zäh seien, in der systemischen Sexualtherapie dagegen „spannend“. Wir werden auf die u. E. wirklichen

Gründe für zähe Therapieverläufe (nicht nur in der Sexualtherapie) noch zu sprechen kommen (► Kap. 3 und 5).

Eine letzte Kritik an der Kritik ist in den bisherigen Ausführungen implizit schon erfolgt, nämlich die Kritik an dem Vorwurf, dass die klassische Sexualtherapie an das Prokrustesbett des sexuellen Reaktionszyklus gekettet sei und die Patienten so in ein enges normatives Gerüst presse. Zunächst erscheint der – weithin und von allen Ansätzen der zweiten Generation erhobene – Vorwurf merkwürdig angesichts der Tatsache, dass die Konzepte der zweiten Welle mindestens ebenso normativ sind. Sie basieren lediglich auf anderen Normen, die wir im Verlauf der Darstellung verschiedentlich herausgestellt haben und die Clement (2004, S. 216) in seiner Tabelle der „erotischen Qualität“, in der fein säuberlich und beinahe buchhalterisch aufgeführt ist, wonach sich „schlechter, mittelmäßiger und guter Sex“ bemessen, expliziert. Inwieweit eine nicht-normative Sexualtherapie überhaupt vorstellbar ist, muss hier dahingestellt bleiben, ebenso wie die (klinisch bedeutsamere) Frage, welcher normative Rahmen – derjenige der klassischen oder der Sexualtherapien der zweiten Welle – das therapeutische Geschehen mehr beeinflusst.

2.5.2 Die Zukunft der Sexualtherapie

Was ergibt sich aus diesen Analysen zur gegenwärtigen Situation nun für die Zukunft der Sexualtherapie? Dazu wird zum Abschluss auch eine externe oder strategische Perspektive eingenommen, die sich mit Fragen zu befassen hat wie:

- Wie muss sich die Sexualtherapie „im Markt“ positionieren?
- Welche (genuinen/komplementären/integrativen) Angebote sollte sie vorhalten?
- Was sollten Ärzte und Psychologen, die Patienten mit sexuellen Problemen behandeln, wissen und können?

Betrachtet man die Versorgungssituation im Bereich sexueller Dysfunktionen, dann wird deutlich, dass die Sexualtherapie in den vergangenen 15 Jahren „Marktanteile“ an die Pharmakotherapie verloren hat – und gleichzeitig immer stärker gebraucht wird, da gerade die weite Verbreitung der Pharmakotherapie die Komplexität sexueller Störungen aufzeigt und damit auch ihre eigenen Grenzen deutlich macht. Einige der Konsequenzen der Medikalisierung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Im Bereich der erektilen Dysfunktion werden ca. 90 % der behandlingssuchenden Männer mit PDE5-Hemmern behandelt. Dies entspricht den Wünschen der großen Mehrheit der Männer, die eine orale Pharmakotherapie allen anderen Optionen vorzieht.
- Patienten mit Ejaculatio praecox werden inzwischen ebenfalls zu einem hohen Prozentsatz pharmakotherapeutisch behandelt, wenngleich die Akzeptanz der dafür zugelassenen Substanz Dapoxetin weit hinter den Erwartungen der Firma zurückblieb.
- Gleichwohl ist bei männlichen Dysfunktionen die Sexualtherapie quantitativ zu einer Randerscheinung geworden.
- Mehr Betroffene suchen Hilfe, v. a. auch ältere. Die Eintrittspforte zur Hilfesuche liegt zu ca. 95 % beim Arzt. Die stärkere Einbindung der sexuellen Dysfunktionen in

das Medizinsystem hat für die Patienten zu einer gewissen De-Stigmatisierung und Schwellenerniedrigung geführt.

- Für die sexuellen Dysfunktionen der Frau gibt es bislang keine wirklich effiziente und zugelassene pharmakotherapeutische Option. Der zweimalige Stopp der Markteinführung der zentral wirksamen Substanz Flibanserin nach einer negativen Bewertung durch die FDA machte einmal mehr deutlich, dass es hier sehr wahrscheinlich keine Erfolgsgeschichte wie bei den Männern geben wird, auch wenn die Substanz 2015 nun doch die Zulassung erhielt.
- Auch bei den Männern ist die Situation allerdings keineswegs so positiv wie sie scheinen mag: 60 % der Patienten, die PDE5-Hemmer verschrieben bekommen, brechen die Behandlung innerhalb der ersten 3 Monate wieder ab. Hierfür dürfte eine Reihe von Gründen verantwortlich sein (Nebenwirkungen, Kosten, Reaktion der Partnerin, die erhoffte Problemlösung bleibt aus).
- Bei den meisten Patienten bestehen erhebliche Widerstände gegen ein „lebenslanges Angewiesensein“ auf Pharmakotherapie und eine geringe Bereitschaft (oft aber auch gar keine Möglichkeit), für die Kosten aufzukommen.

Dafür, dass eine weiterentwickelte Sexualtherapie in Zeiten der Medikalisierung sexueller Dysfunktionen im Rahmen eines **integrativen Optionsmodells** eine besonders wichtige Bedeutung einnehmen könnte, gibt es darüber hinaus auch klinische Gründe. So beruhen therapeutisch induzierte Veränderungen auch bei sexuellen Dysfunktionen auf korrigierenden Erfahrungen. Wenn diese durch pharmakotherapeutische Effekte allein möglich sind und dies mit dem Patientenauftrag übereinstimmt, wäre die Sache gleichsam „erledigt“. In der Realität kommt es allerdings einer reinen Spekulation gleich, darauf zu hoffen, dass der Patient schon irgendwie „von selbst“ die richtigen Erfahrungen machen wird oder das Medikament allein das kann. Hier bietet sich ein Vergleich zur Pharmakotherapie bei Depressionen an, wo sich gezeigt hat, dass eine Behandlung, in der das Zeitfenster der Medikamenteneinnahme nicht psychotherapeutisch bzw. generell lebensverändernd genutzt wird, wenig erfolgreich und mit hohen Rückfallquoten verbunden ist. Bezogen auf sexuelle Dysfunktionen bedeutet das, dass es viel Erfolg versprechender und zielführender wäre, wenn man die pharmakologisch (z. B. durch PDE5-Hemmer, SSRIs, DA-Agonisten) geprinten und geförderten Möglichkeitsräume dann gezielt beraterisch/therapeutisch strukturieren und beeinflussen würde.

Für unsere Überlegungen zur Zukunft der Sexualtherapie folgt daraus, dass pharmakotherapeutische Optionen nicht der „Feind“ der Sexualtherapie sind, sondern vielleicht sogar ein neuer, wenn gleich kein unproblematischer, Verbündeter. Der Sexualtherapeut bzw. Sexualmediziner wäre der prädestinierte Case-Manager in der Behandlung sexueller Dysfunktionen, benötigt allerdings ein breites Wissen und umfangreiches Interventionsrepertoire. Analog zu den in Nordamerika fest etablierten „Mental Health Professionals“ (Experten für seelische Gesundheit), eine Qualifikation, die dort ganz selbstverständlich nicht an eine bestimmte Berufsgruppe gebunden ist, benötigen wir „Sexual Health Professionals“, also Experten für sexuelle Gesundheit, die sich möglichst zu Zentren für sexuelle Gesundheit zusammenschließen oder untereinander vernetzen sollten.

Betrachtet man schließlich die Zukunft der Sexualtherapie unter dem Blickwinkel ihres Angebotsportfolios, so sollten neben den etablierten Formaten neue flexible und kreative (hinsichtlich Setting und Therapiefokus) Versorgungsangebote entwickelt werden. Beispiele könnten sein:

- PDE5- oder SSRI-„Entwöhnungsbehandlungen“
- Komplementäre Angebote zur Pharmakotherapie
- Telefonische oder Online-Beratung von Patienten bzw. Kollegen
- Sexualtherapeutische/paartherapeutische Kurzinterventionen
- Intensivangebote (Doppelstunden u. ä.)/stationäre/teilstationäre Angebote
- Hoch- bzw. Niederfrequenzangebote.

Die vielleicht größte Herausforderung für die Zukunft der Sexualtherapie liegt allerdings weiter darin, dass bis heute in der Mehrzahl medizinischer und psychotherapeutischer Behandlungen die Themen Sexualität und sexuelle Gesundheit ausgeblendet werden und in den Curricula der Medizin- und Psychologiestudiengänge sowie der psychotherapeutischen Ausbildungsinstitute eine entweder marginale oder gar keine Rolle spielen. Dafür einzutreten, dies zu ändern, sollte nach wie vor eine hohe Priorität besitzen, wenngleich die Veränderungsprozesse sich so frustrierend langsam und zäh gestalten wie in mancher Therapie.

2.5.3 Die klassische Sexualtherapie als Komponente einer Sexualtherapie der Zukunft

Dafür, dass die klassische Sexualtherapie als Komponente in dem Entwurf einer zukünftigen Sexualtherapie enthalten sein muss, haben wir im Verlauf dieses Kapitels so viele Argumente zusammengetragen, dass es dem Leser kaum entgangen sein dürfte, dass wir eine kritische Rückbesinnung auf die Wurzeln der modernen Sexualtherapie für sehr lohnend halten. Dabei versteht sich von selbst, dass eine simple Rückkehr zu Masters & Johnson nicht die Lösung sein kann. Spannend und ergiebig kann es dagegen sein, vor dem Hintergrund der aktuellen neurobiologischen und psychotherapeutischen Forschung, aber auch von sexualwissenschaftlichen Modellbildungen wie dem Modell der dualen Kontrolle von Bancroft (Bancroft 1999, 2009; Bancroft und Janssen 2000) den Originalansatz von Masters & Johnson zu re-analysieren. Dabei wird z. B. deutlich, dass dieses Konzept alle vier von Grawe und anderen (1994) identifizierten psychotherapeutischen Wirkprinzipien „an Bord“ hatte – lange bevor diese formuliert worden sind (s. dazu auch ► Kap. 3 und 5):

- Ressourcenaktivierung
- Problemaktualisierung (Prinzip der realen Erfahrung)
- Aktive Hilfe zur Problembewältigung (reale Bewältigungserfahrung)
- Therapeutische Klärung (über sich selbst klarer werden).

Bei den durchweg (geringeren) Erfolgsquoten nach Masters & Johnson wurde kaum jemals danach gefragt, ob es vielleicht daran liegt, dass vielleicht gar kein richtiges Masters- & Johnson-Programm

mehr durchgeführt wurde und in intendierten Verbesserungen und Anreicherungen tatsächliche Stärken des Programms geopfert worden sind.

Wir werden uns mit dem heutigen Stellenwert der klassischen Sexualtherapie im nächsten Kapitel und in weiteren Abschnitten dieses Buches beschäftigen, schwerpunktmäßig in ► Kap. 8. Festzuhalten bleibt aber schon an dieser Stelle, dass unser Ansatz – im Unterschied zu allen Konzepten der zweiten Generation – eine Rückbesinnung auf den zentralen Faktor des „Masters- & Johnson-Durchbruchs“ und des Modells von Helen Kaplan vornimmt: Die sexuelle Dysfunktion wird „direkt“ und „aktiv“ behandelt. Konkret heißt das, dass die sexuelle Störung nicht über bzw. durch etwas anderes (Paardynamik, Grundbedürfnisse, persönliches Wachstum, Differenzierung, Neurosen, Traumata etc.) erreicht und modifiziert werden soll, sondern sie wird direkt fokussiert. Dazu werden auf der Basis einer fundierten Kenntnis der Psychologie, Physiologie und Neurobiologie der Sexualität flexibel psychotherapeutische und somatotherapeutische Strategien und Interventionen eingesetzt. Dies ist immer ein zentrales Merkmal der Sexualtherapie gewesen und wird es auch in unserem Ansatz sein bzw. wieder sein. Die direkte Behandlung sexueller Dysfunktionen begründet sich u. a. in der Eigendynamik bzw. „funktionalen Autonomie“ sexueller Störungen und der Erfahrung, dass diese sich auch bei signifikanten Veränderungen von Persönlichkeit, psychischen Problemen oder Paarkonflikten nicht „automatisch“ verändern oder auflösen. Allerdings: Für eine erfolgreiche aktive Behandlung sexueller Dysfunktionen wird ein umfangreicheres, flexibleres, besser strukturiertes und empirisch begründetes Konzept und Repertoire sexualtherapeutischer Methoden benötigt als in der klassischen Sexualtherapie, für uns Anlass und Motivation zur Entwicklung unseres neuen Ansatzes der Sexualtherapie.

Literatur

- Althof, S. E., & Leiblum, S. R. (2004). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. In T. F. Lue, R. Basson, R. Rosen, F. Giuliano, S. Khoury, F. Montorsi, et al. (Hrsg.), *Sexual medicine: Sexual dysfunctions in men and women* (S. 73–116). Paris: Health Publications.
- Althof, S. E., Leiblum, S. R., Chevret-Measson, M., Hartmann, U., Levine, S. B., McCabe, M., & Wylie, K. (2005). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 2(6), 793–800.
- Apfelbaum, B. (1977a). On the etiology of sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 3(1), 50–62.
- Apfelbaum, B. (1977b). Sexual Functioning Reconsidered. In R. Gemme & C. Wheeler (Hrsg.), *Progress in Sexology* (S. 93–100). New York: Springer.
- Apfelbaum, B. (1995). Masters & Johnson revisited: A case of desire disparity. In R. Rosen & S. R. Leiblum (Hrsg.), *Case studies in sex therapy*. New York: Guilford.
- Apfelbaum, B. (2001). What the sex therapies tell us about sex. In P. J. Kleinplatz (Hrsg.), *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives*. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Arentewicz, G., & Schmidt, G. (1980). *Sexuell gestörte Beziehungen: Konzept und Technik der Paartherapie* (1. Auflage). Berlin: Springer.
- Arentewicz, G., & Schmidt, G. (1986). *Sexuell gestörte Beziehungen: Konzept und Technik der Paartherapie* (2. Auflage). Berlin: Springer.
- Arentewicz, G., & Schmidt, G. (1993). *Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie* (3. Auflage). Stuttgart: Enke.
- Balon, R. (2008). *Sexual dysfunction: The brain-body connection*. New York: Karger.

- Balon, R., & Segraves, R. T. (2005). *Handbook of sexual dysfunction*. Boca Raton: Taylor & Francis.
- Balon, R., & Segraves, R. T. (2009). *Clinical manual of sexual disorders* (1. Aufl.). Washington: American Psychiatric Pub.
- Bancroft, J. (1989). *Human sexuality and its problems* (2. Aufl.). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Bancroft, J. (1999). Central inhibition of sexual response in the male: A theoretical perspective. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 23(6), 763–784.
- Bancroft, J. (2000). *The role of theory in sex research*. Bloomington: Indiana University Press.
- Bancroft, J. (2009). *Human sexuality and its problems* (3. Aufl.). Oxford: Elsevier.
- Bancroft, J., & Janssen, E. (2000). The dual control model of male sexual response: A theoretical approach to centrally mediated erectile dysfunction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 24(5), 571–579.
- Barbach, L. G. (1975). *For yourself: The fulfillment of female sexuality*. New York: Signet.
- Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 140–148.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford.
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex & Marital therapy*, 26(1), 51–65.
- Basson, R. (2001). Using a different model for female sexual response to address woman's problematic low sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 359–403.
- Basson, R. (2002a). A model of women's sexual arousal. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(1), 1–10.
- Basson, R. (2002b). Rethinking low sexual desire in women. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 357–363.
- Basson, R. (2010). Women's difficulties with low sexual desire, sexual avoidance, and sexual aversion. In S. B. Levine, C. B. Risen, & S. E. Althof (Hrsg.), *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals* (2. Aufl., S. 159–180). New York: Routledge.
- Beck, J. G., & Barlow, D. H. (1984). Current conceptualizations of sexual dysfunction: A review and an alternative perspective. *Clinical Psychology Review*, 4(4), 363–378.
- Beier, K., & Loewit, K. (2004). Syndystastische Sexualtherapie als fächerübergreifendes Konzept der Sexualmedizin. In K. Beier & K. Loewit (Hrsg.), *Lust in Beziehung* (S. 1–19). Berlin: Springer.
- Berger, M. (2010, Februar). Zeit für einen Paradigmenwechsel. *Nexus News*.
- Bergeron, S., Rosen, N. O., & Pukall, C. F. (2014). Genital Pain in men and women: It can hurt more than your sex life. In Y. M. Binik & H. S. K. Hall (Hrsg.), *Principles and Practice of Sex Therapy* (5. Aufl.). New York: Guildford.
- Berner, M. M., & Kockott, G. (2010). Sexuelle Störungen. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie* (4. Aufl., S. 583–604). München: Elsevier.
- Binik, Y. M., Bergeron, S., & Khalifé, S. (2007). Dyspareunia and Vaginismus: So-called sexual pain. In S. R. Leiblum (Hrsg.), *Principles and practice of sex therapy* (4. Aufl.). New York: Guildford Press.
- Binik, Y. M., & Hall, K. S. K. (2014). *Principles and practice of sex therapy* (5. Aufl.). New York: The Guilford Press.
- Clement, U. (2004). *Systemische Sexualtherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Clement, U., & Schmidt, G. (1983). The outcome of couple therapy for sexual dysfunctions using three different formats. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 9(1), 67–78.
- Crowe, M. J., Gillan, P., & Golombok, S. (1981). Form and content in the conjoint treatment of sexual dysfunction: A controlled study. *Behaviour Research and Therapy Behaviour Research and Therapy*, 19(1), 47–54.
- De Amicis, L. A., Goldberg, D. C., LoPiccolo, J., Friedman, J., & Davies, L. (1985). Clinical follow-up of couples treated for sexual dysfunction. *Arch Sex Behav Archives of Sexual Behavior: The Official Publication of the International Academy of Sex Research*, 14(6), 467–489.
- DeCarufel, F., & Trudel, G. (2006). Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(2), 97–114.
- Dekker, J., & Everaerd, W. (1983). A long-term follow-up study of couples treated for sexual dysfunctions. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 9(2), 99–113.
- Fagan, P. J. (2004). *Sexual disorders perspectives on diagnosis and treatment*. Baltimore: Johns Hopkins University.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2008). *Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotion, love, and power*. Washington: American Psychological Association.
- Hartman, W. E., & Fithian, M. A. (1974). Treatment of sexual dysfunction. *Journal of Family Counseling*, 2(1), 68–80.
- Hauch, M. (2005). *Paartherapie bei sexuell gestörten Beziehungen* (1. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Hauch, M., & Cassel-Bähr, S. (2006). *Paartherapie bei sexuellen Störungen: das Hamburger Modell: Konzept und Technik; 3 Tabellen*. Stuttgart: Thieme.
- Hawton, K. (1992). Sex therapy research: Has it withered on the vine? *Annual Review of Sex Research*, 3(1), 49–72.
- Hawton, K., & Catalan, J. (1986). Prognostic factors in sex therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 377–385.
- Hawton, K., Catalan, J., Martin, P., & Fagg, J. (1986). Long-term outcome of sex therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 24(6), 665–675.
- Heiman, J. R., & Lopicollo, J. (1983). Clinical outcome of sex therapy. Effects of daily vs weekly treatment. *Archives of General Psychiatry*, 40(4), 443.
- Heiman, J. R., & Meston, C. M. (1997). Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Annual Review of Sex Research*, 8, 148–194.
- Heiman, J. R., LoPiccolo, L., & LoPiccolo, J. (1976). *Becoming orgasmic: A sexual growth program for women*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection* (2. Aufl.). New York: Brunner-Routledge.
- Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*. Oxford: Brunner/Mazel.
- Kaplan, H. S. (1979a). *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy*. New York: Simon and Schuster.
- Kaplan, H. S. (1979b). *Sexualtherapie: ein neuer Weg für die Praxis*. Stuttgart: Enke.
- Kaplan, H. S. (1995). *The sexual desire disorders: Dysfunctional regulation of sexual motivation*. New York: Brunner/Mazel.
- Kleinplatz, P. J. (2001a). A critique of the goals of sex therapy, or the hazards of safer sex. In P. J. Kleinplatz (Hrsg.), *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives* (S. 109–131). Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Kleinplatz, P. J. (Hrsg.). (2001b). *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives*. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Kleinplatz, P. J. (2011). Arousal and desire problems: Conceptual, research and clinical considerations or the more things change the more they stay the same. *Sexual and Relationship Therapy*, 26(1), 3–15.
- Kleinplatz, P. J. (2012). *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives* (2. Aufl.). New York: Routledge.
- Langer, D., & Hartmann, U. (1992). *Psychosomatik der Impotenz: Bestandsaufnahme und integratives Konzept; 21 Tabellen*. Stuttgart: Enke.
- Leiblum, S. R. (2007). *Principles and practice of sex therapy* (4. Aufl.). Guilford: New York.
- Leiblum, S. R., Rosen, R. C., & Pierce, D. (1976). Group treatment format: Mixed sexual dysfunctions. *Arch Sex Behav Archives of Sexual Behavior: The Official Publication of the International Academy of Sex Research*, 5(4), 313–322.
- Levine, S. B., Risen, C. B., & Althof, S. E. (2010). *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals* (2. Aufl.). New York: Routledge.
- Lief, H. (1977). What's new in sex research? Inhibited sexual desire. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 2, 94–95.
- Lobitz, W. C., & LoPiccolo, J. (1972). New methods in the behavioral treatment of sexual dysfunction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3(4), 265–271.
- Loewit, K. (1992). *Die Sprache der Sexualität*. Frankfurt/M.: Fischer.
- LoPiccolo, J., & Lobitz, W. C. (1972). The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 2(2), 163–171.
- LoPiccolo, J., & Lobitz, W. C. (1973). Behavior therapy of sexual dysfunction. *Behavior Change*, 343–358.
- LoPiccolo, J., & LoPiccolo, L. (Hrsg.). (1978). *Handbook of sex therapy*. New York: Plenum Press.

- LoPiccolo, J., Heiman, J. R., Hogan, D. R., & Roberts, C. W. (1985). Effectiveness of single therapy versus cotherapy teams in sex therapy. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 53, 287–294.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy* (1. Aufl.). Boston: Little, Brown.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1973). *Human sexual inadequacy: Impotenz und Anorgasmie zur Therapie funktioneller Sexualstörungen*. Frankfurt/M.: Stahlberg.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1979). *Homosexuality in perspective*. Boston: Little, Brown.
- Masters, W. H., Johnson, V. E., Kolodny, R. C., & Bergen, M. B. (1995). *Human sexuality*. New York: Harper Collins.
- McCabe, M. P. (2001). Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(3), 259–271.
- McCabe, M. P., Althof, S. E., Assalian, P., Chevret-Measson, M., Leiblum, S. R., Simonelli, C., & Wylie, K. (2010). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(1pt2), 327–336.
- Meana, M. (2010a). Elucidating women's (hetero)sexual desire: Definitional challenges and content expansion. *The Journal of Sex Research*, 47(2–3), 104–122.
- Meana, M. (2010b). When love and sex go wrong: Helping couples in distress. In S. B. Levine, C. B. Risen, & S. E. Althof (Hrsg.), *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals* (2. Aufl., S. 103–120). New York: Routledge.
- Porst, H., & Buvat, J. (Hrsg.) (2006). *Standard practice in sexual medicine*. Oxford: Blackwell.
- Richter-Appelt, H. (2001). Psychoanalyse und sexuelle Funktionsstörungen. In V. Sigusch (Hrsg.), *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung* (3. Aufl., S. 145–154). Stuttgart: Thieme.
- Sand, M., & Fisher, W. A. (2007). Women's endorsement of models of female sexual response: The nurses' sexuality study. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(3), 708–719.
- Schnarch, D. M. (1991). *Constructing the sexual crucible: An integration of sexual and marital therapy*. New York: Norton.
- Schnarch, D. M. (1997). *Passionate marriage: Love, sex, and intimacy in emotionally committed relationships*. New York: Norton.
- Schnarch, D. M. (2000). Systemic sex therapy. In S. R. Leiblum & R. C. Rosen (Hrsg.), *Principles and practice of sex therapy* (3. Aufl.). Guilford: New York.
- Schover, L. R., & Leiblum, S. R. (1994). Commentary: The stagnation of sex therapy. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 6(3), 5–30.
- Sigusch, V. (2005). *Neosexualitäten: Über den kulturellen Wandel von Liebe und Perversion*. Frankfurt/M.: Campus.
- Tiefer, L. (2001). A new view of women's sexual problems: Why new? Why now? *The Journal of Sex Research*, 38(2), 89–96.
- Tiefer, L., Hall, M., & Tavis, C. (2002). Beyond dysfunction: A new view of women's sexual problems. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(Supplement), 225–232.
- Trudel, G., Marchand, A., Ravart, M., Aubin, S., Turgeon, L., & Fortier, P. (2001). The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sexual and Relationship Therapy*, 16(2), 145–164.
- Zilbergeld, B. (1978). *Male sexuality: A guide to sexual fulfillment*. New York: Bantam.
- Zilbergeld, B., & Evans, M. (1980). The inadequacy of Masters and Johnson. *Psychology Today*, 14(3), 28.

Sexualtherapie

Ein neuer Weg in Theorie und Praxis

Hartmann, U. (Hrsg.)

2018, XVIII, 398 S. 48 Abb., 26 Abb. in Farbe. Book +
eBook., Hardcover

ISBN: 978-3-662-54414-3