

Anhang. Manual zur Paartherapie sexueller Funktionsstörungen

Margret Hauch, Gerd Arentewicz und Martina Gaschae

Inhaltsübersicht

I. Übersicht	164
1 Überblick über den Therapieverlauf	164
2 Qualifikationsvoraussetzungen der Therapeuten	166
3 Indikation	167
a) Indikation nach Funktionsstörung, b) Notwendige Rahmenbedingungen, c) Indikation nach Setting	
4 Therapieziele	168
II. Therapeutisches Vorgehen	169
Vorbemerkung	169
1 Indikationsgespräch	169
a) Ziele, b) Vorgehen	
2 Vorgespräch	170
a) Ziele, b) Vorgehen	
3 Einzelexplorationen	172
a) Ziele, b) Vorgehen, c) Fragenkatalog in Stichworten, d) Transkript, e) Auswertung der Explorationsergebnisse	
4 Besprechung der Explorationsergebnisse mit dem Paar	182
a) Ziele, b) Vorgehen, c) Transkript	
5 Streicheln I	192
a) Ziele, b) Vorgehen, c) Transkript, d) Besprechung der Erfahrungen, e) Transkript, f) Vorgehen in den weiteren Sitzungen, g) Besondere Probleme, h) Beendigung des Abschnitts	
6 Streicheln II	205
a) Ziele, b) Vorgehen, c) Transkript, d) Besprechung der Erfahrungen, e) Besondere Probleme, f) Beendigung des Abschnitts	
7 Erkundendes Streicheln im Genitalbereich	208
a) Ziele, b) Vorgehen, c) Transkript, d) Besprechung der Erfahrungen, e) Transkript, f) Besondere Probleme, g) Beendigung des Abschnitts	
8 Stimulierendes Streicheln. Das Spiel mit sexueller Erregung	219
a) Ziele, b) Vorgehen, c) Transkript, d) Besprechung der Erfahrungen, e) Weiteres Vorgehen, f) Besondere Probleme, g) Beendigung des Abschnitts	
9 Einführen des Penis	226
a) Ziele, b) Vorgehen, c) Transkript, d) Besprechung der Erfahrungen, e) Besondere Probleme, f) Beendigung des Abschnitts	

Inhaltsübersicht

163

10 Koitus mit erkundenden und stimulierenden Bewegungen	230
a) Ziele, b) Vorgehen, c) Besprechung der Erfahrungen, d) Weiteres Vorgehen, e) Besondere Probleme, f) Beendigung des Abschnitts	
11 Koitus in verschiedenen Stellungen	233
a) Ziele, b) Vorgehen, c) Besprechung der Erfahrungen, d) Besondere Probleme, e) Beendigung des Abschnitts	
12 Das Abschlußgespräch	236
a) Ziele, b) Vorgehen, c) Transkript	
III. Zusätzliche Interventionen	242
1 Körperliche Selbsterfahrung: Frauen	242
a) Überlegungen zur Indikation, b) Ziele, c) Vorgehen, d) Besprechung der Erfahrungen, e) Weiteres Vorgehen, f) Besondere Probleme, g) Integration in die Paartherapie	
2 Körperliche Selbsterfahrung: Männer	247
3 Spezielle Interventionen beim Vaginismus	247
a) Ziele, b) Vorgehen, c) Transkript, d) Besprechung der Erfahrungen, e) Besondere Probleme, f) Weiteres Vorgehen, g) Beendigung des Abschnitts	
4 Spezielle Interventionen bei vorzeitiger Ejakulation	253
a) Ziele, b) Vorgehen, c) Besprechung der Erfahrungen, d) Besondere Probleme, e) Weiteres Vorgehen	
5 Spezielle Interventionen bei ausbleibender Ejakulation	255
a) Ziele, b) Vorgehen, c) Besprechung der Erfahrungen, d) Weiteres Vorgehen, e) Besondere Probleme, f) Beendigung des Abschnitts	

I. Übersicht

Unser Manual für die Paartherapie sexueller Funktionsstörungen kann sinnvoll und ohne Schaden anzurichten nur von *psychotherapeutisch ausgebildeten* und *psychotherapeutisch erfahrenen* Kollegen aus den helfenden Berufen benutzt werden, die *ständige Supervisionsmöglichkeiten* durch Kotherapeuten oder durch ein Arbeitsteam haben.

Zur *Selbsthilfe* ist dieses Manual *ungeeignet*. Die Verhaltensanleitungen sind nur ein Teil des psychotherapeutischen Prozesses und führen bei der Selbstanwendung ohne therapeutische Kontrolle im günstigsten Fall zu Enttäuschung, im ungünstigen Fall aber zu einer Verschärfung der Konflikte und der Symptomatik.

Die Anwendung des Manuals setzt die *genaue Kenntnis* von Kap. 1–3 (Symptomatik, Vorkommen; Ursachen; Therapie) zwingend voraus; sie sind die theoretischen Grundlagen der Therapie.

Bevor anhand des Manuals die erste Therapie durchgeführt wird, ist es notwendig, das Manual schon einmal *ganz durchgearbeitet* zu haben. Die einzelnen Interventionen (Exploration, Verhaltensanleitungen, Besprechen der Erfahrungen) sollten mit dem Kotherapeuten im *Rollenspiel* erprobt sein.

Das Manual behandelt v. a. die *technischen Seiten* der Paartherapie, es beschreibt die einzelnen Verhaltensanweisungen im Detail und ihre Abfolge, es lehrt, wie die Verhaltensanweisungen erteilt und die Erfahrungen mit den Übungen in der Therapie besprochen werden. Psycho- und partnerdynamische Interventionen werden nur am Rande behandelt. Die Beherrschung der Technik ist eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen der Therapie.

1 Überblick über den Therapieverlauf

Mit der Paartherapie sexueller Funktionsstörungen können nur Patienten behandelt werden, die in einer festen Partnerschaft leben, und deren Partner bereit ist, an der Therapie teilzunehmen.

Nach der Indikationsstellung (S. 167) wird zunächst entschieden, in welchem Setting die Therapie durchgeführt werden soll: Sie kann als *verteilte Therapie* durchgeführt werden, und zwar mit einem *Therapeutenteam* (bestehend aus einem weiblichen und einem männlichen Therapeuten) oder aber mit nur *einem* Therapeuten, der dann möglichst das gleiche Geschlecht wie der Symptomträger haben sollte. In diesem Setting werden etwa 1–3 Wochen nach dem Vorgespräch (S. 170) die Einzelexplorationen (S. 172) durchgeführt und in der nächsten Sitzung gemeinsam mit dem Paar besprochen (S. 182). Anschließend kommt das Paar in der Regel 6–8 Monate lang (30–40 Sitzungen) 2mal wöchentlich zu Therapiesitzungen, und die Partner führen je 2mal zwischen den Sitzungen nach Verhaltensanleitungen der Therapeuten zu Hause bestimmte Übungen durch.

Sie kann als *massierte Therapie* mit einem *Therapeutenteam* und einer Behandlungsdauer von 3 Wochen bei täglichen Sitzungen (6mal die Woche) durchgeführt werden. Um neben den täglichen Therapiesitzungen noch Zeit für jeweils 2 Übungen zu haben, müssen sich die Partner für die Dauer der Be-

handlung entweder beurlauben oder krankschreiben lassen. Auswärtige Patienten müssen sich am Ort eine Unterkunft suchen. Um die knappe Therapiezeit nicht mit Organisationsproblemen zu belasten, ist es sinnvoll, das Vorgespräch in diesem Setting etwa 1–2 Monate vor Therapiebeginn anzusetzen, um derartige Fragen abzuklären. An den ersten beiden Tagen der 3 Wochen werden die Einzelexplorationen durchgeführt, am 3. Tag findet die Besprechung der Explorationsergebnisse statt. Die restlichen 15 Sitzungen stehen dann zur Bearbeitung des Programms zur Verfügung.

Das Konzept ist für beide Settings¹ gleich und umfaßt die Schritte Streicheln I (S. 192), Streicheln II (S. 205), erkundendes Streicheln im Genitalbereich (S. 208), stimulierendes Streicheln (S. 219), Einführen des Penis (S. 226), Koitus mit erkundenden und stimulierenden Bewegungen (S. 230), Koitus in verschiedenen Stellungen (S. 233) und das Abschlußgespräch (S. 236).

Dieses Grundkonzept gilt für alle Paare. Da Funktionsstörungen Ausdruck sexueller Konflikte, Ängste, Hemmungen und Lerndefizite sind, ob sie sich als Erektions-, Ejakulations-, Erregungs-, Orgasmusstörungen oder als Vaginismus manifestieren (Kap. 2), gehen wir davon aus, daß alle Patienten, unabhängig von der Art der Störung, einen gleichartigen Prozeß des Neu- und Umlernens durchlaufen müssen, um ihre Schwierigkeiten abzubauen.

Das Grundkonzept wird ergänzt durch therapeutische Interventionen bei speziellen Problemen. Dazu liegen vor: Anleitung zur körperlichen Selbsterfahrung (S. 242) sowie Zusatzinterventionen bei Vaginismus (S. 247), vorzeitiger Ejakulation (S. 253) und ausbleibender Ejakulation (S. 255). Die Anleitungen zur körperlichen Selbsterfahrung sind für Männer und Frauen wichtig, denen ihr eigener Körper fremd ist, die Schwierigkeiten haben, ihren Körper zu akzeptieren oder die keine Masturbationspraxis haben. In diesen Fällen werden sie ab dem Abschnitt Streicheln II in die Grundübungen integriert. Die speziellen Interventionen bei Vaginismus, vorzeitiger Ejakulation und ausbleibender Ejakulation sind obligatorisch.

Der *zeitliche Aufwand* für die Bearbeitung der einzelnen Abschnitte soll sich an den inhaltlichen Kriterien orientieren, die für jeden Abschnitt angegeben sind. Es erscheint uns aufgrund unserer praktisch-therapeutischen Erfahrung sinnvoll, nur den unumgänglichen Minimalaufwand zu präzisieren, da je nach Art der Störung und der individuellen Problematik des Paares hinsichtlich der Zahl der Sitzungen zur Bearbeitung der verschiedenen Abschnitte beträchtliche Schwankungen auftreten. Die Therapeuten müssen jeweils im Einzelfall entscheiden, wann die Ziele eines Abschnitts erreicht sind und weitergegangen werden kann. Tabelle 28 kann also nur ungefähre Orientierungswerte liefern. Insgesamt hat in unseren Paartherapien die ausführliche Bearbeitung der ersten Stufen an Bedeutung gewonnen.

Bei der Durchführung von massierten Therapien muß die Zeit für die Bearbeitung der einzelnen Stufen insgesamt knapp kalkuliert werden. Es hat sich jedoch gezeigt, daß es notwendig ist, dem Paar für die ersten grundlegenden Er-

¹ Die Verhaltensanleitungen des Konzepts gelten grundsätzlich auch für die Gruppentherapie. Das Vorgehen wird dabei aber so modifiziert, wie in Kap. 7 beschrieben.

Tabelle 28. Zeitliche Folge der Therapieabschnitte

Therapieabschnitt	Anzahl der Sitzungen			
	Minimal		Maximal	
	Einzelner Abschnitt	Gesamt	Einzelner Abschnitt	Gesamt
Streicheln I	2	2	10	10
Streicheln II	1	3	4	14
Erkundendes Streicheln im Genitalbereich	3	6	6	20
Stimulierendes Streicheln	3	9	8	28
Einführen des Penis	2	11	6	34
Koitus mit erkundenden und stimulierenden Bewegungen	3	14	6	40
Koitus in unterschiedlichen Positionen	1	15	5	45

fahrungen genügend Zeit zuzugestehen, und zwar unabhängig von der Diagnose. Aus unseren Erfahrungen hat sich als sinnvolle Richtzeit ergeben, daß etwa Mitte der 2. Woche das erkundende Streicheln im Genitalbereich abgeschlossen sein sollte. In Ausnahmefällen können die Therapeuten dem Paar für die Bearbeitung der abschließenden Abschnitte noch 2–3 Ergänzungsstermine anbieten.

2 Qualifikationsvoraussetzungen der Therapeuten

Voraussetzung für die verantwortungsvolle Durchführung der Paartherapie ist eine *abgeschlossene Ausbildung in einer der anerkannten Psychotherapierichtungen*, z. B. Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, Psychoanalyse oder psychoanalytisch orientierte Therapie, Gestalttherapie. Bei der Paartherapie geht es nicht um die vordergründige Vermittlung von Techniken, sondern in erster Linie um die Bearbeitung von Einstellungen, Hemmungen, Ängsten und Konflikten im Zusammenhang mit der Sexualität und von Beziehungsproblemen. Die Therapeuten müssen in der Lage sein, eine tragfähige Beziehung herzustellen und in kritischen Situationen angemessen zu intervenieren, bzw. das von den Patienten angebotene Material in Hinblick auf die Therapieziele sinnvoll therapeutisch zu nutzen.

Unser Therapiekonzept basiert auf verhaltenstherapeutischer Grundlage und arbeitet mit Verhaltensanleitungen. Zur adäquaten Durchführung der Therapie ist es daher notwendig, sich mit den *lerntheoretischen Grundlagen der Verhaltenstherapie auseinanderzusetzen*.

Für die Durchführung der Paartherapie ist eine *ständige Supervision* notwendig, gerade auch im Hinblick auf die besonderen Probleme, die sich aus der affektiven Besetzung und den normativen Aspekten der Sexualität ergeben. Wir halten es für *unabdingbar, daß die ersten Paartherapien sexueller Störungen*

als *Teamtherapien* durchgeführt werden, so daß eine gegenseitige Supervision und Besprechung nach jeder Sitzung gewährleistet ist und die Kotherapeuten gemeinsam das weitere Vorgehen planen können. Die gegenseitige Supervision von Kotherapeuten ersetzt keineswegs die Supervision durch eine Gruppe oder einen nicht an der Therapie beteiligten Kollegen. (Zur Problematik der Supervision vgl. Kap. 8.)

3 Indikation

a) Indikation nach Funktionsstörung

Die Paartherapie ist indiziert bei Patienten mit folgenden sexuellen Störungen:

Beim Mann	Bei der Frau
– Erektionsstörung,	– Erregungsstörung,
– vorzeitiger Samenerguß,	– Orgasmusstörung,
– ausbleibender Samenerguß,	– Vaginismus,
– sexuelle Lustlosigkeit ohne Funktionsstörung	– sexuelle Lustlosigkeit ohne Funktionsstörung

Sie ist selbstverständlich auch anwendbar, wenn beide Partner eine Funktionsstörung haben, d. h. wenn eine Doppelstörung vorliegt. Für die Indikation ist es unerheblich, ob es sich um primäre oder sekundäre Störungen handelt. Die Therapie ist aber nur bei chronifizierten Funktionsstörungen indiziert. Bei initialem und passagerem Auftreten reicht in der Regel eine Beratung aus.

b) Notwendige Rahmenbedingungen

Folgende Voraussetzungen müssen zusätzlich erfüllt sein, bevor die Indikation für die Paartherapie gestellt werden kann:

- Da das Konzept grundsätzlich die Behandlung beider Partner voraussetzt, können nur Patienten behandelt werden, die einen festen Partner haben. Die Partnerschaft soll insofern intakt sein, als beide sie fortsetzen möchten und bereit sind, gemeinsam etwas dafür zu tun.
- Es muß abgeklärt sein, daß die sexuelle Funktionsstörung nicht somatisch bedingt ist.
- Es sollten keine anderen Psychotherapien parallel laufen, damit sich die Partner voll und ganz auf die neuen Erfahrungen konzentrieren können.
- Es sollten während der Therapie keine sexuellen Außenbeziehungen bestehen, da solche Konstellationen erfahrungsgemäß ein Sicheinlassen auf die Therapie und auf die neuen Erfahrungen verhindern.
- Die Empfängnisverhütung muß sichergestellt sein (z. B. durch orale Antikonzeptiva, Intrauterinpessar, Diaphragma), da die Angst vor Empfängnis die Durchführung der Übungen beeinträchtigt und eine tatsächlich eintretende Schwangerschaft erfahrungsgemäß zum Therapieabbruch führt.

Schwere Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie akute Psychosen stellen Kontraindikationen dar. Eine Indikationsstellung nach neurosenpsychologischen Gesichtspunkten ist auch nach unseren Erfahrungen und Ergebnissen nicht notwendig. Deshalb erscheint es uns sinnvoll, sich vorerst auf die Indika-

tionstellung nach den oben genannten, formalen Gesichtspunkten zu beschränken. Die Indikation ist nicht altersgebunden.

c) Indikation nach Setting

Die Entscheidung, in welchem Setting die Therapie durchgeführt wird, orientiert sich hauptsächlich an praktischen Kriterien. Wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind, führen wir in der Regel eine *verteilte* Therapie durch: Die Partner sind zeitlich in der Lage, 2mal in der Woche zu den Therapiesitzungen zu kommen und sich zwischen den Sitzungen jeweils 2mal etwa eine Stunde Zeit für die Durchführung der Übungen zu nehmen; sie haben einen Raum oder eine Wohnung, wo sie ungestört zusammensein können; es ist gewährleistet, daß während der Therapiezeit (etwa 6–8 Monate) keine langen oder häufigen Unterbrechungen auftreten (z. B. Kuren, Dienstreisen).

Ob die Therapie von einem *Therapeutenteam* oder einem *einzelnen* Therapeuten durchgeführt wird, hängt von der zur Verfügung stehenden Versorgungskapazität ab. Unerfahrene Therapeuten sollten unter keinen Umständen ohne Kotherapeuten arbeiten.

Eine *massierte* Behandlung bieten wir in der Regel nur auswärtigen Paaren an, in Ausnahmefällen aber auch Patienten, die aus anderen Gründen (z. B. Schichtarbeit, häufige beruflich bedingte Abwesenheit von zu Hause) nicht an einer verteilten Therapie teilnehmen können. Die Durchführung einer massierten Therapie ist nur dann indiziert, wenn sichergestellt ist, daß sich die Partner für den geplanten Therapiezeitraum von 3 Wochen von allen anderen Verpflichtungen freimachen können, d. h. außer Beurlaubung oder Krankenschreibung beispielsweise auch die Möglichkeit haben, sich familiärer Verpflichtungen wie der Kinderversorgung zu entledigen. Bei auswärtigen Paaren muß geklärt werden, ob sie überhaupt die Kosten für die Unterkunft tragen können. Wir führen massierte Therapien immer mit 2 Therapeuten durch, nicht nur wegen der großen Belastung der Therapeuten (S. 84), sondern auch aus praktischen Überlegungen. Wegen der knapp kalkulierten Zeit kann ein auch nur kurzfristiger Ausfall des Therapeuten (z. B. durch Krankheit) die Behandlung scheitern lassen; dies ist besonders auch im Hinblick auf die organisatorischen Vorleistungen der Patienten unzumutbar.

4 Therapieziele

Ansatzpunkte der Paartherapie sind das sexuelle Erleben und die sexuelle Beziehung des Paares. Die Partner erhalten durch die Therapie die Möglichkeit, Ursachen und Bedeutung ihres sexuellen Problems besser zu verstehen und zu erkunden, ob und wie sie ihre sexuelle Beziehung befriedigender, lebendiger und frei von behindernden Symptomen erleben können.

Wie wir weiter oben (S. 56) ausgeführt haben, hat die Therapie folgende Ziele: Sie soll 1) den Selbstverstärkungsmechanismus auflösen, 2) sexuelle Lerndefizite beheben, 3) die Bedeutung der sexuellen Störung für die Partnerbeziehung verstehbar machen und zugrunde liegende Partnerkonflikte bearbeiten; 4) ursächliche psychodynamische Konflikte und Ängste verstehbar machen und bearbeiten. Diese Ziele sind je nach individueller Problematik bei jedem Paar von unterschiedlicher Bedeutung.

II. Therapeutisches Vorgehen

Vorbemerkung

Die Darstellung der einzelnen Therapieabschnitte ist folgendermaßen gegliedert: Ziele; Vorgehen; Besprechung der Erfahrungen (bei Einheiten, bei denen es um Verhaltensanleitungen geht); weiteres Vorgehen; besondere Probleme; Kriterien für die Beendigung des Abschnitts. An einigen Stellen halten wir es für sinnvoll, das therapeutische Vorgehen durch Transkripte zu illustrieren.

Diese Gliederung hat folgende Gründe: Es erscheint uns wichtig, daß sich die Therapeuten zunächst mit den *Zielen* jedes einzelnen Abschnitts auseinandersetzen. Die Abschnitte *Vorgehen* und *Besprechung der Erfahrung* stellen die therapeutischen Techniken im einzelnen dar. Die *Therapietranskripte* sind gedacht zur Veranschaulichung *einer* möglichen Durchführungsform; sie stellen weder die einzig richtige noch die optimale Form dar. Wir haben versucht, unterschiedliche Vorgehensstile zu verdeutlichen, indem wir die Transkripte verschiedener Therapeuten ausgewählt haben. Auf die *besonderen Probleme* können wir in diesem Rahmen nur beispielhaft eingehen und einige typische herausgreifen. Die Bearbeitung im individuellen Fall muß – auf der Basis einer sorgfältigen Exploration der Probleme – der Kreativität der Therapeuten bzw. der Patienten überlassen bleiben.

Es entspricht unserer Intention, daß durch diese Form der Gliederung bestimmte Anleitungen und Hinweise häufig wiederholt werden. Dies soll die Therapeuten darin unterstützen, das Prinzip, daß Übungen und Erfahrungen ständig wiederholt werden müssen, um das Lernziel „Verhaltensänderung“ zu erreichen, auch verbal durchzuhalten.

I Indikationsgespräch

Indikationsstellung und Therapie werden häufig von unterschiedlichen Personen, teilweise sogar in verschiedenen Institutionen durchgeführt. Die Indikationsstellung ist kein Bestandteil der Therapie, sondern ein notwendiger vorbereitender Schritt.

a) Ziele

In dem Gespräch soll geklärt werden, ob eine chronifizierte sexuelle Funktionsstörung vorliegt, für die die Paartherapie indiziert ist, oder ob es sich um andere Formen sexueller Probleme (Informationsdefizite, sexuelle Deviationen usw.) bzw. um Partnerkonflikte ohne sexuelle Störungen handelt, die andere Interventionen erforderlich machen. Ist eine behandlungsbedürftige sexuelle Funktionsstörung diagnostiziert, müssen noch die notwendigen Rahmenbedingungen für die Paartherapie abgeklärt und organische Ursachen sowie mögliche Kontraindikationen ausgeschlossen werden (S. 167).

b) Vorgehen

Patienten sprechen sexuelle Probleme oft indirekt an und verstecken sie hinter anderen Problemen. Es ist für die Patienten erleichternd und hilfreich, wenn

der Berater direkt und konkret nachfragt, wenn er sexuelle Schwierigkeiten vermutet. Das Vorgehen entspricht grundsätzlich demjenigen bei den Explorationen (S. 172), mit Verlegung des Schwerpunkts auf die Diagnose der sexuellen Problematik und der gegenwärtigen Partnerbeziehung.

Um die Partnerbeziehung richtig einschätzen zu können, ist es notwendig, *beide Partner einzeln* zu explorieren. Wenn zunächst nur einer der Partner erscheint, wird das Paar noch einmal gemeinsam einbestellt. Im Einzelgespräch mit dem anderen Partner muß sowohl seine Sicht des Problems als auch seine Motivation für eine Paarbehandlung abgeklärt werden.

Wenn die Einzelgespräche ergeben haben, daß eine Funktionsstörung bei einem oder beiden Partnern vorliegt, wenn beide für eine Paartherapie motiviert und auch die notwendigen Rahmenbedingungen (S. 167) gegeben sind, dann kann die *vorläufige* Indikation für die Therapie gestellt und mit den Partnern gemeinsam besprochen werden. Dabei werden auch die Therapieschritte erörtert, die für das Paar in Frage kommen.

Die Indikation muß nach den ausführlichen Einzelexplorationen von den Therapeuten nochmals überprüft werden (S. 172).

2 Vorgespräch

Das Vorgespräch ist die erste Sitzung im Rahmen der Therapie und wird von den Therapeuten durchgeführt. Bei der verteilten Therapie findet es 1–3 Wochen, bei der massierten 1–2 Monate vor den *Explorationen* statt.

a) Ziele

Das Vorgespräch dient dem gegenseitigen Kennenlernen von Patienten und Therapeuten. In dieser Sitzung werden die praktisch-technischen Voraussetzungen für die Durchführung der Therapie besprochen. Außerdem erhalten die Patienten einen Überblick über Konzept und Ablauf der Therapie und klären für sie offene Fragen.

b) Vorgehen

Die Therapeuten stellen sich vor und führen aus, daß die Paartherapie sowohl nach Ansicht des Erstberaters (namentlich nennen), als auch nach Ansicht der Therapeuten geeignet ist, die Schwierigkeiten zu beheben.

Die Therapeuten erläutern den Verlauf der Paartherapie: sexuelle Schwierigkeiten sind nicht eine „Störung“ des einen oder anderen Partners, sondern ein Problem in der Beziehung. Selbst wenn nur bei einem Partner eine Funktionsstörung vorliegt, ist es doch so, daß beide davon betroffen sind bzw. darunter leiden. Dadurch wird ihr Verhalten untereinander geprägt, indem sie z. B. sexuelles Zusammensein möglichst vermeiden, wodurch wiederum die Störung gefestigt wird. Deshalb werden beide Partner behandelt.

Die Therapeuten führen weiterhin aus, daß die Therapie auf der Erkenntnis basiert, daß sexuelle Gewohnheiten und Schwierigkeiten eines Menschen von seinen Erfahrungen abhängen. Jeder Mensch hat zwar die körperlichen Voraussetzungen für Sexualität, der Umgang mit der Sexualität wird aber im Lauf des

Lebens gelernt, wie z. B. auch Sprechen gelernt werden muß. Dabei können viele Pannen auftreten.

Deshalb ist es für die Therapie zunächst wichtig, möglichst viel über beide Partner und ihre Beziehung zu erfahren. Aus diesem Grund werden in den nächsten beiden Sitzungen ausführliche Einzelexplorationen (ca. 2 h) mit jedem Partner geführt, und zwar sprechen zuerst Therapeutin und Patientin bzw. Therapeut und Patient, dann umgekehrt und in der Regel etwas kürzer.

Nach den Einzelgesprächen finden bei der *verteilten Therapie* etwa 6–8 Monate lang wöchentlich 2 Therapiesitzungen zu viert² statt. Bei der *massierten Therapie* finden an den ersten beiden Tagen die Explorationen statt und anschließend für die restlichen 3 Wochen täglich eine Sitzung zu viert (außer sonntags). In der ersten gemeinsamen Sitzung werden die Ergebnisse der ausführlichen Einzelgespräche besprochen.

In den folgenden Sitzungen erhalten die Partner Verhaltensanleitungen für Erfahrungen, die sie zu Hause miteinander machen und die ihnen ein Neu- und Umlernen in ihrer sexuellen Beziehung ermöglichen sollen. Dafür ist es notwendig, daß sie bereit sind, für die erste Zeit der Therapie auf Geschlechtsverkehr zu verzichten. Statt dessen werden neue Wege gezeigt, sexuelle Erfahrungen miteinander zu sammeln, die die Schwierigkeiten schrittweise beheben. In den Sitzungen werden die Erfahrungen dann ausführlich besprochen.

Bei den *verteilten Therapien* klären die Therapeuten außerdem folgende Punkte:

- 1) *Die Kontrazeption muß geregelt sein*, und zwar durch Pille, Minipille, Spirale oder Diaphragma, da andere – z. B. chemische – Verhütungsmittel die Erfahrungen der Partner stark beeinträchtigen können und nicht genügend Sicherheit bieten. Wenn in dieser Frage Probleme auftreten, wird die Frau gebeten, diese mit ihrem Gynäkologen zu klären. Auf Nachfragen können die Therapeuten erklären, daß nicht nur eine tatsächlich eintretende Schwangerschaft erfahrungsgemäß zum Therapieabbruch seitens der Patienten führt und das Erreichte zunichte macht, sondern daß auch die Möglichkeit bzw. Gefahr einer Empfängnis die angstfreie Auseinandersetzung mit den neuen Erfahrungen in der Therapie stark beeinträchtigt oder gar unmöglich macht. Dies gilt auch für solche Paare, deren Therapiemotivation von Kinderwunsch geprägt ist.
- 2) *Die zeitlichen Voraussetzungen* für die Durchführung der Therapie sind, daß die Partner 2mal in der Woche zu Therapiesitzungen kommen müssen und sich außerdem noch 2mal zwischen den Therapiesitzungen mindestens eine Stunde Zeit füreinander nehmen, um die Übungen zu machen. Außerdem sollten für die gesamte Therapiezeit keine längeren oder häufigeren Unterbrechungen (Kur, Dienstreise) vorkommen. Urlaub sollte nicht in die ersten 8 Wochen der Therapie fallen.
- 3) *Die räumlichen Voraussetzungen* bestehen darin, daß das Paar die Möglichkeit haben muß, sich ungestört zurückzuziehen. Bei Paaren, die in unter-

² Wenn einer der Kotherapeuten verhindert ist, kann die Sitzung ausnahmsweise zu dritt stattfinden. Wenn nur einer der Partner kommen kann, fällt die Sitzung aus.

schiedlichen Wohnungen leben, sollte geklärt werden, ob sie nicht für die Dauer der Therapie zusammenziehen können. Auch Partner die in Wohngemeinschaften leben, unterschätzen oft die Schwierigkeiten, die durch diese Forderungen nach Abgrenzung auf sie zukommen, und sollten aufgefordert werden, dieses Problem für sich explizit zu klären.

Bei *massierten Therapien* klären die Therapeuten folgende Punkte:

- 1) *Die Kontrazeption muß geregelt sein* (s. oben).
- 2) Im Hinblick auf *die zeitlichen Voraussetzungen* muß geprüft werden, ob die Krankschreibung bzw. Beurlaubung geregelt ist und sich das Paar für die Therapiezeit von den übrigen Verpflichtungen des Alltags (Haushalt, Kinder) freimachen kann. Letzteres ist v. a. mit Paaren, die am Ort wohnen, noch einmal ausführlich zu erörtern, da sie die Notwendigkeit dieser Bedingung oft nicht ohne weiteres einsehen. Paare von außerhalb werden darauf hingewiesen, daß die Therapie so zeitaufwendig ist, daß sich daneben kein großes Urlaubsprogramm realisieren läßt. Die Regelblutung der Frau sollte nicht in den Therapiezeitraum fallen, da dadurch die ohnehin knappe Therapiezeit praktisch noch verkürzt wird. Wenn die Frau die Pille nimmt, wird sie auf die Möglichkeit hingewiesen, den Menstruationszeitpunkt zu verschieben, und aufgefordert, diese Frage mit ihrem Gynäkologen zu klären. Besteht diese Möglichkeit nicht, muß die Therapie in den Zeitraum zwischen zwei Regelblutungen gelegt werden.
- 3) Für *die räumlichen Voraussetzungen* gilt das Gleiche wie bei den verteilten Therapien (s. oben). Bei auswärtigen Paaren wird die Frage der Unterbringung besprochen und darauf hingewiesen, daß die Unterkunft bei Verwandten und Freunden im Hinblick auf die räumlichen und zeitlichen Bedingungen oft problematisch ist.

Am Ende des Vorgesprächs werden dann mit den Partnern die Termine für die Einzelgespräche und auch für das erste gemeinsame Gespräch zu viert vereinbart.

3 Einzelexplorationen

a) Ziele

Patienten und Therapeuten sollen einander besser kennenlernen. Die Therapeuten sollen sich ein genaues Bild von der Situation und den Schwierigkeiten des Paares machen, damit sie sich in die Problematik einfühlen können. Es ist wichtig, detaillierte Informationen über die gegenwärtigen Schwierigkeiten, Art und Ausmaß von Vermeidungsreaktionen und die Funktion des Symptoms in der Partnerschaft zu gewinnen, so daß die Therapeuten Anhaltspunkte bekommen, auf welche Konfliktbereiche sie im Rahmen der Durchführung der Therapie besonders achten müssen. Ein Überblick über die soziosexuelle Entwicklung der Partner ermöglicht den Therapeuten Annahmen über Ursachen und Entstehung der sexuellen Störungen, die dann in der „Besprechung der Explorationsergebnisse“ (S. 182) zur Entlastung der Partner erörtert werden sollen.

Eine angstfreie Kommunikation zwischen Therapeuten und Patienten über sexuelle Schwierigkeiten soll eingeleitet und damit die Grundlage für ein therapeutisches Vertrauensverhältnis geschaffen werden.

b) Vorgehen

Bei *Teamtherapien* exploriert zunächst die Therapeutin die Patientin und der Therapeut den Patienten. Diese Explorationen dauern erfahrungsgemäß zwischen 1½ und 2½ h. Dann besprechen die Therapeuten die Ergebnisse der ersten Exploration und legen gemeinsam die Schwerpunkte für die zweite, gegengeschlechtliche Exploration fest. Für diese muß man mit einem Zeitaufwand von etwa 1 – 1½ h rechnen. Diese 2. Exploration dient nicht nur dazu, offene gebliebene Fragen zu klären; sondern sie soll jedem Therapeuten ermöglichen, zu beiden Partnern eine Beziehung außerhalb der Dyade aufzunehmen. Nach Abschluß der Explorationen besprechen die Therapeuten ausführlich die Ergebnisse (S. 181).

Bei Behandlungen mit *einem* Therapeuten wird zuerst der Patient mit der manifesten Störung exploriert. In diesem Setting muß für beide Explorationen mit einem Zeitaufwand von etwa 2 h gerechnet werden.

Es ist für den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zum Patienten günstig, gleich zu Beginn der Exploration auf das sexuelle Problem, das das Paar ja in die Therapie geführt hat, einzugehen. Es entlastet die Patienten in der Regel zu merken, daß sie offen über ihre sexuellen Probleme reden können. Die Exploration beginnt mit der Aufforderung, das *sexuelle Problem* einfach einmal darzustellen. Im folgenden ist es wichtig, daß der Therapeut sich möglichst an konkreten Beispielen wie z. B. dem letzten Geschlechtsverkehr bzw. Geschlechtsverkehrsversuch, detailliert Verhaltensabläufe beschreiben läßt und in seinen Fragen auch Formulierungen anbietet, wie z. B. „Hat Ihre Frau Sie dann am Glied angefaßt und die Vorhaut hin- und herbewegt?“, oder „Wenn Ihr Mann Sie streichelt, wo fängt er dann an, im Gesicht, an den Brüsten, zwischen den Beinen?“ usw. Erst wenn die Verhaltensabläufe klar sind, können Antworten auf die Fragen nach der gefühlsmäßigen Bewertung bzw. Reaktion sinnvoll interpretiert werden. Die Besprechung der gegenwärtigen Problematik mit Schwerpunkt auf der Sexualität ist der erste der 3 großen Bereiche, die im Rahmen der Exploration behandelt werden.

Der 2. Bereich betrifft die *Vorgeschichte* der Partner; dieser Teil der Exploration soll die Erfahrungen der Patienten verständlich und nachvollziehbar machen, die zur Ausbildung des Symptoms geführt haben. Die *jetzige Partnerbeziehung*, ihre Entwicklung und die aktuelle Situation stellen den 3. Bereich dar. Dabei muß auch die Therapiemotivation der Patienten exploriert werden.

Nach diesen Gesichtspunkten geordnet haben wir im folgenden einen Fragenkatalog in Stichworten zusammengestellt, der inhaltlich die Punkte abdeckt, die zur Sprache kommen müssen; die Reihenfolge braucht jedoch nicht eingehalten zu werden. Der Therapeut sollte sich *am Gesprächsverlauf orientieren*, wie er vom Patienten strukturiert wird. Dabei muß der Therapeut jedoch immer darauf achten, ob der Patient vermeidet, sexuelle Inhalte anzusprechen, und gegebenenfalls entsprechend eingreifen.

Falls ein Partner in der Exploration Dinge anspricht, die er in der Beziehung bisher geheimgehalten hat, z. B. sexuelle Außenbeziehungen oder Selbstbefriedigung, und die für die aktuelle Situation bzw. für die Therapie von Bedeutung sind, erfragt der Therapeut die Gründe für diese Geheimhaltung und problematisiert, welche Auswirkungen das für die Beziehung und die Therapie haben kann. Er ermutigt den Patienten zu mehr Offenheit und weist darauf hin, daß die Therapiesituation eine gute Möglichkeit dafür ist.

Bei Teamtherapien soll in der 2. Exploration nicht alles ein zweites Mal besprochen werden; andererseits darf aber auch nicht die Wiederholung wichtiger Fragenkomplexe vermieden werden. Der Therapeut geht schwerpunktmäßig auf die Bereiche ein, die in der 1. Exploration nicht völlig abgedeckt werden konnten, bzw. auf Inhalte, die besonders problematisch oder unklar sind, z. B. weil sich bei der Darstellung der beiden Partner Differenzen ergeben haben. Es hat sich immer wieder gezeigt, daß bei diesen zweiten Explorationen wichtige neue Aspekte ins Spiel kommen. So werden mit dem gegengeschlechtlichen Therapeuten oft ganz andere Themen angesprochen, oder der gegengeschlechtliche Therapeut gewinnt einen ganz anderen oder ergänzenden Eindruck von dem Patienten. Die Therapeuten müssen das Konzept für die 2. Exploration ausführlich miteinander besprechen.

Voraussetzung für die Besprechung der sexuellen Symptomatik und die Durchführung der Exploration generell ist, daß der Therapeut selbst in der Lage ist, unbefangen und konkret über sexuelle Inhalte zu sprechen. Dabei muß berücksichtigt werden, daß es ein ideales „Sexualtherapeutenvokabular“ nicht gibt, daß die Patienten ihrerseits einen sehr unterschiedlichen Sprachgebrauch haben und daß jeder Therapeut für sich prüfen muß, welche Sprache er sprechen kann und will.

c) Fragenkatalog in Stichworten

A Gegenwärtige Sexualität und sexuelle Störungen

1) Art der Störung

Dauer, Verlauf, Schwankungen usw.;

Appetenz;

Einzelfunktion (z. B. Erektion, Ejakulation, Lubrikation);

Orgasmus, Befriedigung;

Abhängigkeit der Störung von Partner, Praktik, Situation;

eigene Bewertung der Störung, vermutete Bewertung des Partners.

2) Gegenwärtiges Sexualverhalten

Koitus mit Partner (Häufigkeit, Techniken, Konflikte, Initiative, Phantasien);

Körperkontakt und Zärtlichkeit (Bedürfnis, Häufigkeit, Rahmen, Initiative);

Kommunikation im sexuellen Bereich (Bedürfnisse äußern, Neinsagenkönnen, stimulierendes Vokabular);

Idealvorstellungen, Präferenzen;

Abneigungen (Praktiken, Gerüche, Sauberkeit, Sekrete), Vermeidungsverhalten;

Kinderwunsch;

Antikonzeption;

Masturbation (Häufigkeit, Techniken, Konflikte, Phantasien);

homosexuelle Kontakte bzw. Wünsche;

deviante Verhaltensweisen und Phantasien.

Einzelexplorationen

B Soziosexuelle Entwicklung

1) Elternhaus

Beruf des Vaters, der Mutter, ökonomische Situation;

Anzahl der Geschwister, Stellung in der Geschwisterreihe;

Ehe der Eltern, Partner- und Sexualverhalten der Eltern;

Verhältnis zu Vater und Mutter, früher und jetzt;

Kommunikationsmöglichkeiten über sexuelle und persönliche Probleme in der Familie;

religiöse Bindungen;

schulische und berufliche Entwicklung.

2) Sexuelle Lerngeschichte

a) Kindheit

Frühkindliche Sexualerfahrungen (Doktorspiele, Beobachtung der Eltern, Erfahrungen mit anderen Erwachsenen);

elterliche Einstellung zur Sexualität (Nacktheitstabu, Zärtlichkeit/Körperkontakt, Verbote, Strafen);

kindliche Masturbationserfahrungen;

inestuöse Erlebnisse;

sexuell deviante Erlebnisse mit Erwachsenen.

b) Pubertät und Adoleszenz

Aufklärung;

Menarche bzw. erste Ejakulation (Zeitpunkt, Vorbereitung darauf, Verarbeitung);

Masturbation (Häufigkeit, Verarbeitung, Techniken, Phantasien); soziosexuelle Stufen

(Dating, Petting, Koitus);

erster Koitus (Umstände, Kontrazeption, Verarbeitung, initiale Funktionsprobleme);

homosexuelle Erlebnisse;

sexuell deviante Erfahrungen.

c) Partnerverhalten bis zur gegenwärtigen Beziehung

Anzahl, Dauer und Verlauf von Partnerbeziehungen (auch mit Prostituierten);

sexuelle Funktionsstörungen;

sexuelle Zufriedenheit;

Schwangerschaften, Abtreibungen;

Kinder mit anderen Partnern;

sexuell deviante Erfahrungen.

C Gegenwärtige Beziehung

1) Allgemeines

Familienstand, Ehwunsch, Zusammenleben;

Dauer der Beziehung;

Kinder, Kinderwunsch, Abtreibungen;

ökonomische Situation, Beruf, Berufstätigkeit;

körperliche Krankheiten, psychische Auffälligkeiten der Partner (einschließlich Alkohol und Drogen).

2) Entwicklung der Beziehung

Kennenlernen;

Entwicklung der sexuellen Beziehung (Probleme, Ängste, Initiative, Antikonzeption);

erstes Auftreten und Entwicklung der sexuellen Störungen;

Selbstverstärkungsmechanismen (Vermeidung, Versagensangst);

Masturbation (Auftreten in der Partnerschaft, Verarbeitung in der Partnerschaft); sexuelle Außenbeziehungen (sexuelle Funktion, Heimlichkeit, Häufigkeit und Dauer, Art der Außenbeziehung und des Partners, Verarbeitung und Bedeutung in der festen Beziehung);

3) Gegenwärtige Beziehungsstruktur

Rollenverteilung, Dominanzstrukturen; positive und negative Partnerkritik im sexuellen und nichtsexuellen Bereich; Zufriedenheit mit der gegenwärtigen Situation (Wohn- und Arbeitssituation, Umgang miteinander, Rollenverteilung, Außenkontakte, gemeinsame Interessen); Kommunikation der Partner (Formen der Auseinandersetzung, Streite, Aussprechen von Wünschen und Bedürfnissen, Äußern von Zuneigung); Kinder (Erziehung, Beziehung zu den Kindern); Bedeutung und Funktion der sexuellen Störung für die Beziehung; Partner- und Sexualideologie (Liebe, Treue, Eifersucht, Autonomie der Partner).

4) Therapiemotivation

Initiative zur Therapie (einer, beide Partner); aktueller Beweggrund für die Therapie; Erwartungen, Hoffnung und Befürchtungen im Zusammenhang mit der Therapie (hinsichtlich Sexualität und Beziehung); bisherige Therapieversuche (Mißerfolge, Teilerfolge), Selbsthilfansätze.

d) Transkript³

Paar 38: Das Paar (Buchhalter, Sozialarbeiterin, beide Mitte 30) ist seit 8 Jahren verheiratet und konnte wegen Vaginismus und Erektionsstörungen noch nie Geschlechtsverkehr machen. Mit dem Paar wurde eine massierte Therapie durchgeführt. Das Transkript enthält Ausschnitte aus den Explorationen des männlichen Therapeuten mit beiden Partnern. Ausgewählt wurden nur diejenigen Teile der Explorationen, die auf die *sexuelle Symptomatik* zielen: Es sollen hier nur die speziellen Aspekte der Exploration bei der Paartherapie sexueller Störungen demonstriert werden.

1) Exploration mit dem Mann (Ausschnitt)

m Th: Erzählen Sie mir einfach mal, was Sie für Schwierigkeiten haben.
Mann: Ja, im Grunde ganz einfach, daß wir während unserer Ehe noch keinen Verkehr gehabt haben. Im Grunde genommen hat es vielleicht damit angefangen, daß ich vor der Ehe auch mit keinem anderen Mädchen Verkehr gehabt habe und meine Frau mit keinem anderen Mann vor der Ehe Verkehr gehabt hat. Und, naja, dann hat es also bei uns in unserer ersten Nacht nach der Hochzeit nicht geklappt. Und es stellte sich also dann raus, immer wieder wenn wir es versuchten, daß also entweder bei mir wohl die Erektion kam, in dem Moment aber, wo ich versuchte, in meine Frau einzudringen, Feierabend war. Beziehungsweise, daß vielleicht sich auch meine Frau dann manchmal ein bißchen verkrampft hat. Und das hat sich über eine ganze Weile hingezogen. Wir waren dann ungefähr ein halbes Jahr nach unserer Hochzeit mal bei einer Frauenärztin, die meine Frau untersucht hat. Die hat ihr dann ein Medikament mitgegeben, das sie vor dem Verkehr eine halbe Stunde vorher nehmen sollte. Ich nehm' an, daß das irgendwas Krampflösendes war, weiß es aber nicht mehr genau. Und aber auch mit diesem Medikament hat es nicht geklappt. An sich hatte sie uns gesagt, dann sollten wir vielleicht nochmal wiederkommen. Na, das haben wir nicht gemacht. Das war vielleicht damals ein Fehler von uns.

³ Die in den Transkripten benutzten Abkürzungen bedeuten: *m Th* männlicher Therapeut, *w Th* weiblicher Therapeut. „Mann“ und „Frau“ sind die Partner.

m Th: Also Sie haben eigentlich nach diesem ersten Versuch bei der Frauenärztin nichts unternommen?
Mann: Nichts.
m Th: Ja, haben Sie die Versuche, den Verkehr durchzuführen, irgendwann ganz aufgegeben oder ...
Mann: Kann man so sagen.
m Th: Ja, wann ungefähr?
Mann: Mitte 70? Das kann ich also jetzt nur so ...
m Th: Das genügt auch. Dann haben sie es ungefähr 2 Jahre versucht, die ersten 2 Jahre?
Mann: Ja.
m Th: Dann nie mehr?
Mann: Nee, das heißt schon noch einmal seit der Eingriff bei meiner Frau gemacht wurde⁴, ja, das war jetzt im Januar. Und da wollte sie auch noch nicht so richtig. Und wir haben uns dann eben auch gesagt, bevor wir uns da noch mehr in irgendwas reinsteigern, daß wir dann also lieber die Therapie abwarten. Ansonsten stell ich fest, wenn ich meine Frau anfasse und wir zusammenliegen, normaler kann es im Grunde gar nicht sein.
m Th: Ja.
Mann: Nur eben das Entscheidende, das läuft nicht.
m Th: Dieser Versuch vor 3 Monaten – ich würde das ganz gut finden, wenn Sie das mal ganz genau beschreiben, was da passierte, wie Sie sich dabei fühlten.
Mann: Vom Ablauf her ganz ähnlich wie ganz zu Anfang, daß ich also zuerst ganz normal reagiert hab.
m Th: Und kriegten ein steifes Glied.
Mann: Ja, ja. Dann haben wir vielleicht ein bißchen zu lange gewartet und es wurde wieder schlaff. Und dann hat meine Frau es noch mal mit der Hand gereizt und dann haben wir es versucht aber dann war es vielleicht zu spät, oder wie auch immer. Jedenfalls kam dann nicht die nötige Steife zustande.
m Th: Wurde nicht so steif wie sonst.
Mann: Nee.
m Th: Ja, und haben Sie dann versucht es einzuführen? Oder haben Sie das ...
Mann: Ja, versucht schon. Doch.
m Th: Und was passierte da?
Mann: Praktisch im Moment, als ich einführen wollte, weil wir es ein bißchen ungeschickt angestellt haben und es ein bißchen zu lange gedauert hat, da war die Erektion dann weg. Kann also fast sagen, ganz weg.
m Th: Ging das Glied überhaupt nicht rein?
Mann: Nur ganz wenig. Also nicht vollständig jedenfalls.
m Th: Ich fragte Sie schon nach den Gefühlen. Waren Sie aufgeregt dabei oder ...
Mann: Ja, schon ein bißchen.
m Th: Schwitzen Sie, zum Beispiel?
Mann: Schwitzen, nee, kann ich an sich nicht sagen. Ist natürlich schwer, sich darauf zu besinnen nach der Zeit jetzt.
m Th: Wenn Sie die Situation, also rein vom Sichfühlen her mal vergleichen mit dem, was Sie sonst sexuell mit ihrer Frau machen.
Mann: Da war es eigentlich unangenehmer.
m Th: Ja. Inwiefern?
Mann: Das hat also für mich persönlich wieder so einen Premiercharakter. Die Gynäkologin, die den Eingriff gemacht hat bei meiner Frau, hat uns gesagt, also warten Sie jetzt nicht zu lange.
m Th: Premiere heißt Lampenfieber?
Mann: Ja, so vielleicht kann man es beschreiben.
m Th: Verliehen die Versuche früher auch so?
Mann: Ja, kann man genauso sagen.

⁴ Die Frau hatte sich vor der Paartherapie einer Hymeninzision unterzogen.

- m Th: Und in den ersten anderthalb Jahren wie oft haben Sie es ungefähr versucht?
 Mann: Zwanzig, dreißigmal. Die Abstände wurden immer länger.
 m Th: War das Glied auch mal, als Sie versuchten einzudringen, ganz steif und ging nicht?
 Mann: Ja, das war auch, ziemlich zu Anfang mal. Da war beides. Einmal daß von vornherein einfach die Erektion richtig war bis zu dem Moment wo ich eindringen wollte und dann vorbei war und es auch passierte, ziemlich zu Anfang, wenn ich es versucht habe und auch das Glied steif genug war, daß meine Frau dann auch Schmerzen hatte und daß dann in dem Moment . . .
- m Th: Ja, spätestens dann die Erektion wegging?
 Mann: Ja.
 m Th: Sie sagten, daß Sie andere Formen gefunden hatten. Petting wahrscheinlich?
 Mann: Ja.
 m Th: Wenn Sie jetzt mal an das letzte halbe Jahr denken, wie oft machen Sie das?
 Mann: Das ist unterschiedlich, einmal pro Woche.
 m Th: Von wem geht da so mehr die Initiative aus?
 Mann: Beidseitig, gleich wechselnd.
 m Th: Hm. Können Sie mir mal schildern, was Sie da im einzelnen . . .
 Mann: Na, ich streichle meine Frau, Schenkel und Hals, ihre Brüste, das gefällt ihr wohl gut. Sie streichelt mich und reizt dann eben mit der Hand mein Glied bis zu meinem Orgasmus. Bei ihr ist es unterschiedlich. Manchmal hat sie wohl einen Orgasmus, aber nicht immer.
- m Th: Wie machen Sie das bei ihr?
 Mann: Also häufig bei ihr nur durch das intensive Küssen der Brust, gelegentlich eben auch durch das Reizen der Klitoris.
 m Th: Das ist aber seltener?
 Mann: Ist seltener, ja.
 m Th: Haben Sie das Gefühl, Ihre Frau ist besonders an der Brust empfindlich?
 Mann: Ich würde sagen ja.
 m Th: Haben Sie auch schon mal versucht, das mit dem Mund zu machen?
 Mann: Ja schon, aber da hat sie Vorbehalte. Obwohl, die Vorbehalte gehen also weniger davon aus, daß sie das nicht mag, sondern daß das also vielleicht auch so ein bißchen Erziehungssache ist.
- m Th: Was haben Sie selber für einen Eindruck. Wenn Sie Ihre Frau am Geschlechtsteil streicheln, mag sie das nicht so gern und wird sie da so starr und steif?
 Mann: Manchmal. Hab ich den Eindruck.
 m Th: Ja. Können Sie das mal beschreiben?
 Mann: Na ich merke manchmal, daß sie also ihre Beine geschlossen läßt, daß ich mit der Hand mit ein bißchen Druck dazwischen gehen muß, damit sie die Beine öffnet und ich hab ganz allgemein doch den Eindruck, daß sie einfach häufiger mehr davon hat und mehr Freude hat durch das intensive Berühren der Brüste mit der Hand oder mit dem Mund als durch das Berühren ihres Geschlechtsteils. Ist nicht ein direktes Sperren, so will ich das nicht nennen, aber irgendwie hab' ich den Eindruck, daß sie also doch häufiger zum Orgasmus kommt auf die andere Weise, als durch Berühren ihres Geschlechtsteils.
- m Th: Sind sie beide nackt dabei?
 Mann: Ja.
 m Th: Faßt Ihre Frau Sie beim Petting, wenn sie Sie zum Orgasmus bringt, am Penis an?
 Mann: Ja.
 m Th: Merken Sie irgendwelche Vorbehalte bei Ihrer Frau, Ihr Glied anzufassen?
 Mann: Nee, ich glaube nein, mit Sicherheit nicht.
 m Th: Und gegenüber dem Samenerguß . . .
 Mann: An sich auch nicht, nein.
 m Th: Wenn Sie so Petting machen, wie lange dauert das?
 Mann: Zwischen 5 und 10 Minuten.
 m Th: Also geht relativ schnell vorbei.
 Mann: Ja.
 m Th: Kommt es dabei vor, daß Sie mal einen Finger in die Scheide Ihrer Frau einführen?

- Mann: Hm, aber praktisch erst seit Januar.
 m Th: Vorher ging das nicht?
 Mann: Nee, es war praktisch unmöglich vor der Operation.
 m Th: Und seit der Operation?
 Mann: Nö, da geht es.
 m Th: Haben Sie das gelegentlich gemacht oder regelmäßig?
 Mann: Gelegentlich.
 m Th: Geht er relativ leicht rein?
 Mann: Relativ.
 m Th: Haben Sie den Finger auch mal länger dringelassen?
 Mann: Hm.
 m Th: Das geht auch?
 Mann: Das geht auch, ja.
 m Th: Wie ist Ihnen dabei selber zumute?
 Mann: Ungewohnt. An sich ungewohnt, im Moment einfach; oder sagen wir ganz zu Anfang, Mitte Januar, nachdem das passiert war, weil ich es noch nie gemacht hatte.
- m Th: Hm.
 Mann: Aber ansonsten an und für sich ohne besondere Empfindung.
 m Th: So das Gefühl, wenn Sie ein bißchen drin gewesen sind, Sie möchten jetzt wieder rausziehen.
 Mann: Ja, weiß ich nicht . . .

2) Exploration mit der Frau (Ausschnitt)

- m Th: Ja, Ihr Mann sagte mir, das Hauptproblem liegt darin, daß Sie eigentlich noch nie Verkehr machen konnten?
 Frau: Genau, ja.
 m Th: Haben Sie eine Vorstellung, woran das liegen mag?
 Frau: Ich kann das wirklich nicht erklären, weil an sich dem gar nichts im Wege steht. Kann mir nur vorstellen, da eben vor der Ehe beide noch keinen sexuellen Verkehr gehabt haben, daß wir beide auch ein bißchen skeptisch da rangegangen sind, insgesamt.
- m Th: Hm.
 Frau: Und da nun wirklich Schwierigkeiten auftauchten, haben wir auch schnell resigniert, muß ich sagen.
 m Th: Ja.
 Frau: Vielleicht kommt hinzu, daß ich, weiß nicht, ich hab es schon sehr häufig überlegt, aber ich finde fast, daß mir das sogar angenehm war. Muß ich fast sagen. Weil ich irgendwie doch so ein bißchen Angst gehabt hab' davor. Wir haben zwar nie darüber gesprochen, aber manchmal glaube ich, daß es mir wirklich angenehmer so war. Zunächst.
- m Th: Inwiefern . . .?
 Frau: Ja, daß ich irgendwie vor dem Ganzen ein bißchen Angst hatte, weil in der Familie nie darüber gesprochen wurde und es auch mit der Aufklärung haperte.
- m Th: Können Sie die Angst mal ein bißchen näher . . .
 Frau: Ja, ist vielleicht schon zu scharf formuliert, Angst, aber irgendwie ein gewisses Unbehagen dem Ganzen gegenüber.
 m Th: Daß so die Tatsache, daß es nicht ging . . .
 Frau: Daß das vielleicht äh für mich sehr angenehm war, im Moment.
 m Th: Sie davor schützte, sich mit diesem Unbehagen . . .
 Frau: Genau, auseinanderzusetzen.
 m Th: Wie ist das denn heute?
 Frau: Ja, ich möchte schon, daß es auf jeden Fall dazu kommt und auch klappt. Auf jeden Fall. Weil ich ja mit den Jahren meinen Mann auch sehr viel besser kennengelernt habe und ihn damals in der Weise überhaupt nicht kannte, wie er da sein würde, ob er irgendwie sehr rigoros sein würde oder fordernd. Heute wünsche ich mir es auf jeden Fall. Das heißt, schon lange.

- m Th: Wenn Sie sich das so vorstellen würden, die Erektion ist völlig okay, was würde jetzt passieren?
- Frau: Würd'ich mir wirklich sehr wünschen, ganz bestimmt. Weil es meine erste Erfahrung auch wäre. Zumal ich meinen Mann auch wirklich sehr lieb habe. Deshalb glaube ich, daß es für uns beide auch sehr schön sein würde.
- m Th: Ja. Das leuchtet mir auch ein. Aber Gefühle sind ja häufig nicht so eindeutig. Sie können auch so gemischt sein, das heißt, daß schon irgendwo eine Freude drauf ist, aber dann auch irgendwo noch . . .
- Frau: Kann ich eigentlich nicht sagen, daß ich irgendwie Angst davor hab' oder so. Ich weiß vor allem, mein Mann ist sehr vorsichtig, also wenn es irgendwelche Schwierigkeiten gäbe, würde er bestimmt nicht weiter darauf drängen oder unbedingt fortsetzen wollen. Das weiß ich ganz genau.
- m Th: Ja. Sie haben jetzt so das ganz sichere Gefühl, Sie können sich auf ihn verlassen.
- Frau: Ja. Unbedingt.
- m Th: Ja, können Sie denn mal noch ein bißchen genauer erzählen wie das so gewesen ist, auch am Anfang. Sie haben es das erste Mal versucht in der Hochzeitsnacht?
- Frau: Ja, da kann ich mich schon drauf besinnen. Wir haben uns zunächst ausgezogen, jeder für sich und Nachtkleidung angezogen und sind ins Bett gegangen, haben dann mehr zunächst mal miteinander geschmust, gestreichelt und haben uns dann ausgezogen. Und ich hab meinen Mann gestreichelt, mein Mann hat mich auch gestreichelt. Ich fand das sehr schön alles. Und ich hab dann seinen Penis auch gestreichelt, und er wurde schon ziemlich steif. Mein Mann versuchte dann, den Penis einzuführen, und er merkte wie die Erektion nachließ.
- m Th: Hm.
- Frau: Und er wurde dann sofort irgendwie sehr deprimiert und sagte, wir hätten eben doch vorher mal das ausprobieren sollen, er habe eben noch nie Geschlechtsverkehr gehabt mit anderen Frauen. Und es war wahrscheinlich doch nicht richtig, daß wir es nicht mal vorher probiert haben. Und, wie ich schon sagte, ich fand das nicht so tragisch. Ich hab ihn dann auch versucht zu trösten und hab noch gesagt, daß es vielleicht doch einer Übung bedarf und daß es nicht sofort beim ersten Mal klappen kann. Er war aber gleich fürchterlich niedergeschlagen. Und wir haben es dann auch nicht gleich nochmal probiert.
- m Th: Wie ging es dann weiter?
- Frau: Ja, und dann verlief das wieder ganz genauso. Wir haben das allerdings, glaub' ich, erstmal wochenlang vor uns hergeschoben, ohne daß überhaupt noch mal . . .
- m Th: Irgendwann haben Sie es ganz aufgegeben, nicht?
- Frau: Ja.
- m Th: Wann war das ungefähr?
- Frau: Das weiß ich nicht genau. Kam allerdings hinzu, daß mein Mann damals auch beruflich nicht mehr in unserem Ort tätig war und dann ein halbes Jahr ganz weg war. Wir waren immer nur zum Wochenende zusammen. Und ich glaube, daß es da war, also etwa so nach einem halben Jahr oder so schon. Danach nur noch ganz gelegentlich.
- m Th: Der letzte Versuch war nach der Operation.
- Frau: Ja, und es klappte aber wieder nicht.
- m Th: Was würden Sie sagen, wenn Sie so die ganzen Ehejahre zusammennehmen, so über den Daumen gepeilt, wie oft haben Sie es versucht?
- Frau: Na, ich glaube, daß es unter 10mal war. Ja.
- m Th: Gab es da auch mal Versuche, wo das Glied steif war und es trotzdem nicht ging?
- Frau: Nein, soweit kam es meist erst gar nicht. Wenn mein Mann versuchte, sich über mich zu beugen, dann ließ die Erektion schon wieder nach.
- m Th: Sie haben dann Petting gemacht.
- Frau: Ja.
- m Th: Wie oft, wenn Sie etwa so das letzte halbe Jahr sehen, machen Sie das so?
- Frau: Schwer zu sagen, ist eben auch sehr unterschiedlich, weil ich manchmal abends auch etwas früher ins Bett gehe als mein Mann und dann kommt es halt gar nicht dazu. Und auch am Wochenende liegt oft so viel an. Ich würd' sagen 2- bis 3mal im Monat. Vielleicht auch mal öfter, das ist halt unterschiedlich.

- m Th: Ist Ihnen das genug, oder . . .
- Frau: Ich möchte schon manchmal häufiger. Aber dann ist mein Mann auch manchmal sehr müde.
- m Th: Hm.
- Frau: Oder wie gesagt, es kommt rein zeitlich nicht dazu.
- m Th: Von wem geht da die Initiative aus?
- Frau: Ich würde sagen von beiden Teilen gleich.
- m Th: Können Sie mir mal so ein bißchen schildern, was dabei passiert?
- Frau: Wir streicheln meist zunächst das Gesicht und den Hals, und mein Mann berührt meine Brüste und auch weiter die Scheide und ich ebenfalls den Penis und bringe ihn meist auch bis zum Orgasmus.
- m Th: Mit der Hand?
- Frau: Ja, mit der Hand.
- m Th: Mögen Sie den Penis ganz gern anfassen?
- Frau: Ja. Ist für mich eben schön.
- m Th: Ja, und wenn der Samen rauskommt . . .
- Frau: Ja, doch, das finde ich sehr schön, für mich auch. Nicht unangenehm, auf keinen Fall.
- m Th: Bringt Ihr Mann Sie auch zum Orgasmus?
- Frau: Selten, selten.
- m Th: Von 10mal ungefähr wie oft?
- Frau: Zweimal vielleicht.
- m Th: Möchten Sie nicht häufiger oder geht es nicht öfter?
- Frau: Ja, meist ist mein Mann dann schon eher soweit und ich komm' halt nicht soweit, weil mein Mann dann auch irgendwie aufhört.
- m Th: Und wenn Sie zum Orgasmus kommen, wodurch kommen Sie zum Orgasmus, was ist für Sie das Erregendste?
- Frau: Ja, bis jetzt muß ich sagen die Berührung der Brüste.
- m Th: Und kommen Sie dann einfach durch's Berühren der Brust zum Orgasmus?
- Frau: Ja.
- m Th: Auch mal durch Berühren der Klitoris?
- Frau: Ja.
- m Th: Aber mit der Brust geht es besser?
- Frau: Hm.
- m Th: Können Sie ein bißchen was zur Operation sagen?
- Frau: Was gemacht wurde, oder? Ja, ich hab mit der Gynäkologin gesprochen und sie hat gesagt, daß sie eben das Hymen inzidiert hat. Sonst hat sie gesagt wäre alles okay. Rein organisch also überhaupt keine Bedenken. Alles in Ordnung.
- m Th: Sie waren 3 Tage stationär?
- Frau: Ja.
- m Th: Hat das irgendwie weh getan oder Beschwerden gemacht?
- Frau: Gar nicht. Ganz bißchen Blutung, aber kaum. Sonst hatte ich keine Beschwerden.
- m Th: Ja. Danach haben Sie noch einmal Verkehr versucht?
- Frau: Hm.
- m Th: Können Sie mir das noch mal schildern, wie das gewesen ist, möglichst genau? Das war so etwa vor 3 Monaten?
- Frau: Ja. Ja, also ich war eigentlich ganz sicher, daß es eigentlich klappen müßte, weil an sich ja doch kein mechanischer Hinderungsgrund da war. Ich hab dann meinen Mann wieder gestreichelt, bis eben der Penis ziemlich steif war und mein Mann versuchte, sich über mich zu beugen und dann ließ wieder die Erektion nach. Und ich, wir haben es auch noch mal in umgedrehter Stellung versucht, was mein Mann auch gar nicht gern wollte, es klappte aber auch nicht. Ich war eigentlich überzeugt, daß es jetzt keinen Hinderungsgrund mehr geben könnte.

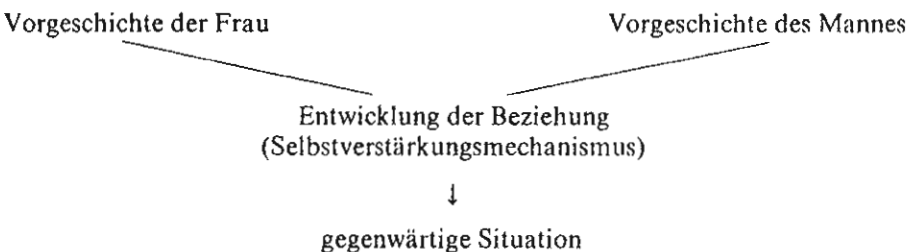
e) Auswertung der Explorationsergebnisse

Die Besprechung der Explorationsergebnisse (S. 182) mit dem Paar gehört zu den schwierigsten therapeutischen Interventionen der Therapie. Die Therapie-

ten müssen sie durch die ausführliche Diskussion der Explorationsdaten, möglichst in einem größeren Team, sorgfältig vorbereiten.

Zunächst überprüfen die Therapeuten die Indikation nach den oben (S. 167) genannten Kriterien. Wenn sie die Therapie als *nicht* indiziert ansehen, weil sich in den Explorationen neue Gesichtspunkte ergeben haben, dann besprechen sie mit den Patienten: erstens ob es Möglichkeiten gibt, die Kriterien zu erfüllen und die Therapie solange zu verschieben; zweitens ob es eine therapeutische Alternativen gibt.

Die Aufgabe der Therapeuten besteht darin, anhand der Informationen aus den Einzelexplorationen die Entwicklungsbedingungen, die zu der Entstehung der sexuellen Funktionsstörung in der Beziehung beigetragen haben können, beispielhaft anhand der konkreten Erfahrungen beider Partner (*wichtig*: auch des „nichtgestörten“ Partners) herauszuarbeiten. Dabei sollen zunächst die individuellen Lernerfahrungen der Partner bis zum gegenseitigen Kennenlernen und dann die Entwicklung der Beziehung bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt analysiert werden.



Bei der Auswertung der Vorgeschichte berücksichtigen die Therapeuten auch soziokulturelle Aspekte, um später dem Paar aufzeigen zu können, daß es sich bei seinen Schwierigkeiten und Erfahrungen nicht nur um individuelle Probleme handelt. Die Einzelheiten des Vorgehens sind im nächsten Abschnitt beschrieben. Die ausführliche Auswertung der Explorationsergebnisse ist notwendig, um den Therapeuten einen besseren Überblick über die Beziehungsstruktur des Paares und ein umfassenderes Verständnis für die vorliegende Problematik zu ermöglichen. Nur so können sie dem Paar auch Zusammenhänge einsichtig machen.

4 Besprechung der Explorationsergebnisse mit dem Paar

a) Ziele

Die Patienten sollen das grundlegende Konzept der Therapie kennenlernen: Sexualität ist weitgehend durch Erfahrungen beeinflusst. Dazu werden ihnen die Entwicklung ihrer sexuellen Schwierigkeiten und deren aufrechterhaltene Mechanismen anhand ihrer Lerngeschichte, soweit sie in den Explorationen erhoben werden konnte, einsichtig gemacht. Das dient zur Entlastung der Patienten und ermöglicht ihnen ein neues Verständnis ihrer Problematik, wodurch das therapeutische Konzept von Neu- und Umlernen für sie eher akzeptabel bzw. nachvollziehbar wird. Der Anteil des „nichtgestörten“ Partners an der se-

xuellen Problematik soll herausgearbeitet werden, um noch einmal nachdrücklich zu zeigen, daß das Paar und nicht der „gestörte“ Partner „Patient“ ist.

b) Vorgehen

In dieser Sitzung besteht im besonderen Maße die Gefahr, daß die Therapeuten dem Paar einen Vortrag halten und die Partner in eine passive Rolle drängen. Um dies zu verhindern sollten die Therapeuten versuchen, die Patienten in das Gespräch mit einzubeziehen. Sie ermuntern zu Zwischenfragen und zu Stellungnahmen zu den Thesen, die sie selbst vortragen.

Die Therapeuten erläutern Sinn und Ablauf der Sitzung; es gehe zunächst darum, anhand der Informationen aus den Einzelgesprächen darüber zu sprechen, wie es zu den sexuellen Schwierigkeiten gekommen ist. Danach wird man dann noch einmal auf das Therapiekonzept und auf die ersten Therapieschritte eingehen.

Zuvor aber fragen die Therapeuten die Partner, ob sie miteinander über die Exploration gesprochen haben und ob sie noch etwas ergänzen möchten. Eventuelle Widersprüche in den Angaben beider Partner werden diskutiert und geklärt.

Um den Patienten die Bedeutung von ungünstigen Lernerfahrungen für ihre sexuellen Schwierigkeiten und das therapeutische Konzept korrigierender Erfahrungen einsichtig zu machen, werden mit ihnen die Anamnesedaten unter folgenden Gesichtspunkten besprochen:

- 1) disponierende Erfahrungen in der Lebensgeschichte des „Symptomträgers“ bis zum Kennenlernen des Paares;
- 2) disponierende Erfahrungen in der Lebensgeschichte des Partners bis zum Kennenlernen des Paares;
- 3) Zusammenwirken dieser Faktoren bei der Entwicklung der gestörten sexuellen Beziehung des Paares;
- 4) verfestigende und stützende Mechanismen in der gestörten sexuellen Beziehung des Paares.

Für die Erörterung dieser Fragen sind die Explorationsdaten v. a. unter folgenden Gesichtspunkten zu behandeln:

- Haben die Partner Ängste, die dazu führen, daß sie in ihrer Sexualität verunsichert sind und/oder die intakte Funktion vermeiden (vgl. S. 31 ff.)?
- Wo bestehen bei den Partnern Lerndefizite, die die sexuelle Funktionsstörung begünstigen oder aufrechterhalten (vgl. S. 45 ff.)?
- Welche Partnerprobleme und -konflikte bestehen bei dem Paar, die die Funktionsstörungen bedingen, mitbedingen oder aufrechterhalten, welche Bedeutung hat das sexuelle Problem für die Partnerbeziehung (vgl. S. 38 ff.)?
- Wie funktioniert der Selbstverstärkungsmechanismus bei dem Paar (vgl. S. 47 ff.)?

Die Therapeuten zeigen also zunächst ungünstige Erfahrungen in der Lerngeschichte jedes der beiden Partner auf, die die Entstehung sexueller Probleme verständlich und nachvollziehbar machen. Dabei kann es sinnvoll sein, zu-

nächst mit der Lerngeschichte des „Symptomträgers“ zu beginnen; auf jeden Fall aber ist es notwendig, auch auf die ungünstigen Lernerfahrungen und Voraussetzungen beim „nichtgestörten“ Partner einzugehen.

Anschließend gehen die Therapeuten auf die Entwicklung der Beziehung und zeigen auf, wie die Vorerfahrungen beider Partner den Aufbau einer befriedigenden Sexualität in ihrer Beziehung erschwert haben. Die Therapeuten gehen auch ausführlich darauf ein, in welcher Form sich die Patienten bemüht haben, ihre sexuellen Schwierigkeiten zu überwinden, und führen aus, warum dies nicht gelingen konnte. In diesem Zusammenhang erläutern sie den Selbstverstärkungsmechanismus: Sind in einer Partnerschaft erstmals sexuelle Probleme aufgetaucht, sei es aufgrund von Unerfahrenheit, Angst, Unwissenheit usw., so bemühen sich die Partner um jeden Preis, sexuelle Erregung bzw. sexuelles Funktionieren zu erzwingen, indem z. B. der „ungestörte“ Partner sich um den „gestörten“ Partner besonders bemüht, was den anderen natürlich unter Druck setzt. Leistungsdruck und gespannte Erwartung aber machen das Aufkommen sexueller Erregung unwahrscheinlich. Dieser Zusammenhang läßt sich recht gut am Beispiel des Einschlafens verdeutlichen: Es ist fast unmöglich, willentlich zu einem bestimmten Zeitpunkt einzuschlafen, und je stärker man das Einschlafen versucht, desto schwieriger wird es. Beide Partner geraten in eine Beobachterrolle und unter Erwartungsangst, die jeden spielerischen Umgang mit Sexualität, jede Spontaneität und Unbefangenheit verhindert. Unter solchen Bedingungen kann Sexualität weder „funktionieren“ noch Spaß machen. Die Partner erleben immer wieder Mißerfolge, die dann dazu führen können, daß einer oder beide schließlich resignieren und ihre Versuche ganz einstellen. Unter diesem Blickwinkel wird deutlich, daß es nicht um fehlende Bereitschaft geht, sondern vielmehr um Hilflosigkeit, Angst, Enttäuschung usw. Es wird klar, daß es die Partner alleine gar nicht schaffen können, sich aus diesem Teufelskreis von Versagensangst, Leistungsorientiertheit, Verkrampfung und Mißerfolg zu lösen. Dies wird Aufgabe und Ziel der Therapie sein. Da beide Partner in diesen Teufelskreis verwickelt sind und zur Aufrechterhaltung der Störung beitragen, ist es unabdingbar, daß beide in die Therapie einbezogen werden.

Die Therapeuten gehen auch auf die positiven Seiten der Partnerschaft ein, beispielsweise, daß die Partner trotz der sexuellen Schwierigkeiten noch zärtlich miteinander sein können, daß sie einander vertrauen können, daß sie gemeinsame Interessen haben, daß sie sich mögen usw. Auch die Entscheidung, gemeinsam diese Therapie zu beginnen, zeigt die Bereitschaft beider Partner, sich für die Beziehung einzusetzen. Falls bisherige Therapie- oder Selbsthilfensätze zu gewissen Erfolgen geführt haben, sollten diese als Beispiel für die Veränderbarkeit der Beziehung herangezogen werden.

Die Therapeuten entlasten die Patienten weiterhin durch den Hinweis, daß unter den soziosexuellen Bedingungen unseres Kulturkreises sehr viele Menschen sexuelle Schwierigkeiten entwickeln und daß dies kein persönliches Versagen ist.

Anschließend erläutern die Therapeuten das Konzept und die Ziele der Therapie: Die Partner haben ihre sexuellen Schwierigkeiten sozusagen gelernt, d. h. aber, daß sie sie auch wieder verlernen können. Deshalb sollen sie im

Rahmen der Therapie neue sexuelle Erfahrungen machen, den sexuellen Lernvorgang sozusagen wiederholen, aber diesmal unter günstigeren Bedingungen. Die Patienten sollen zunächst Erfahrungen mit Zärtlichkeit, Körperberührung, Streicheln und Nähe machen und lernen, in diesem wichtigen sexuellen Bereich sicher, entspannt und spielerisch miteinander umzugehen. Das wird dadurch ermöglicht, daß die Patienten nach Vorschlag der Therapeuten zu Hause miteinander bestimmte Streichelerfahrungen machen. Sexuelle Erregung und Koitus werden zunächst ausgeklammert und erst später, wenn die Patienten sicherer geworden sind, wieder einbezogen. Der ganze Lernprozeß ist in kleine Schritte aufgeteilt. Das dient einmal dazu, auftretende Schwierigkeiten genau lokalisieren und bearbeiten zu können, und zum anderen wird die Gefahr von Mißerfolg und Enttäuschung auf diese Weise reduziert bzw. werden positive Erfahrungen möglich.

Es gibt kein für alle Paare gültiges Schema der Sexualität – weder bezüglich der Häufigkeit sexueller Kontakte noch bezüglich der Dauer oder der Praktiken. Deshalb ist es wichtig, daß sich beide Partner im Verlauf der Therapie und bei der Erfahrung miteinander über ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse klarer werden und lernen, sich darüber zu verständigen. Nur so können sie zu einer für sie befriedigenden sexuellen Beziehung kommen.

Falls sich bei den Explorationen schon entsprechende Anhaltspunkte ergeben haben, z. B. wenn einer oder beide Partner keinerlei Masturbationserfahrungen haben, kann an dieser Stelle auch schon auf die ergänzenden Interventionen, wie sie im Abschnitt über „körperliche Selbsterfahrung“ (s. S. 242) beschrieben sind, hingewiesen werden. Beim Vaginismus wird in dieser Sitzung schon der Wirkungsmechanismus dieser Störung erläutert, daß nämlich eine reflexartige Verkrampfung des Scheidenmuskels die Einführung des Gliedes unmöglich macht, und anhand von Abb. 4 verdeutlicht. Schon hier wird auf das entsprechende Zusatzprogramm (S. 247) hingewiesen.

Im Anschluß an die Besprechungen der Explorationsergebnisse wird in der Regel die Anleitung für das Streicheln I gegeben (S. 193).

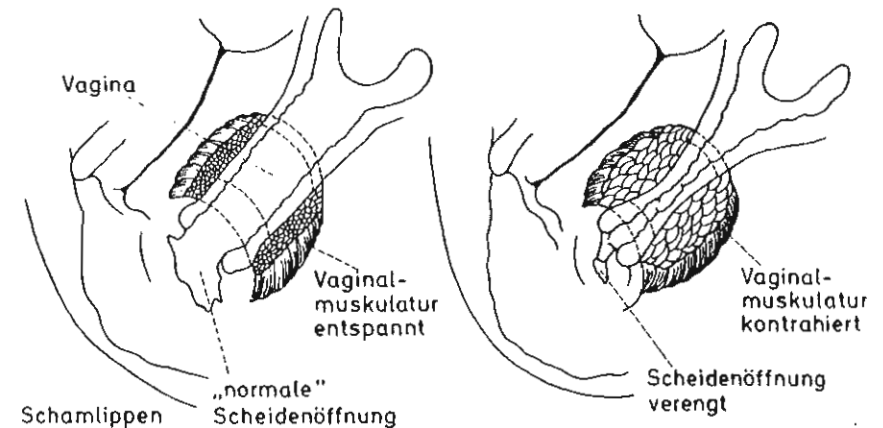


Abb. 4 Die Wirkungsweise des Vaginismus. (Nach McCary 1973)

c) Transkript

Paar 39: Beide Partner sind Mitte 30, Angestellte, seit 9 Jahren verheiratet, haben keine Kinder. Der Mann hat seit seinem ersten Geschlechtsverkehr eine ausgeprägte vorzeitige Ejakulation und in den letzten Jahren zunehmend auch Erektionsschwierigkeiten. Die Frau hat noch nie einen Orgasmus beim Koitus gehabt, kommt aber beim Petting zum Orgasmus. Sie hat starkes Vermeidungsverhalten gegenüber der Sexualität, läßt den Verkehr widerwillig über sich ergehen „wenn es dann sein muß“.

Mit dem Paar wurde eine verteilte Therapie mit einem Therapeuten durchgeführt.

m Th: Ja, hat sich irgendwas Neues ergeben oder ist irgendwas noch nachzutragen nach unserem letzten Gespräch?

Mann: Nein, eigentlich nicht.

m Th: Ja, es geht ja heute darum, daß wir nochmal so kurz Revue passieren lassen, was Sie mir in den Einzelgesprächen erzählt haben um zu einem Verständnis zu kommen, Ihres Problems. Wir haben so einen Glaubenssatz hier, und der lautet, daß es in Partnerschaften, in denen sexuelle Schwierigkeiten vorkommen, so etwas wie einen Partner ohne Schwierigkeiten nicht gibt, daß sexuelle Schwierigkeiten etwas sind, was zwischen zwei Leuten sich abspielt, auch von zwei Leuten nur gelöst werden können, und dafür sind Sie, glaube ich, eigentlich ein sehr gutes Beispiel. Das läßt sich an vielen Punkten demonstrieren. (Zum Mann:) Sie sind ja zunächst gekommen mit dem Problem: „Ich hab' einen vorzeitigen Samenerguß.“ Und das ist auch sicher ein Problem, das zunächst mal bei Ihnen bestand, denn es trat ja auch mit anderen Frauen auf. So ein vorzeitiger Samenerguß ist eigentlich immer ein Zeichen für zwei Bedingungen. Erstens eine ziemlich starke Erregbarkeit, also, wenn Sie so wollen, eher eine zu starke sexuelle Potenz als eine zu schwache. Und das zweite ist eine Unsicherheit gegenüber Frauen. Und diese Unsicherheit haben Sie selber beschrieben. Sie sagten, daß Sie eigentlich sehr schüchtern gewesen wären beim Kontaktmachen mit Frauen. Und Ihre Phantasien, die Sie mir geschildert haben, die zumindest doch bis vor kurzem sehr aggressive Inhalte gegenüber Frauen hatten, sind im Grunde auch so ein Zeichen einer Unsicherheit gegen Frauen.

Ich weiß nicht im einzelnen, woher die Unsicherheit kommt; das ist auch nicht so wichtig. Aber ich glaub' schon, daß so dieses abrupt abgebrochene Verhältnis zu Ihrem Vater eine Rolle spielt. Das heißt so mitten in der Pubertät, wo man ja seine Identität als Mann entwickelt und seine Vorstellungen davon, wie man zu sein hat.

Mann: Ja Gott, es war so, daß ich meinen Vater praktisch nur 3 Jahre kannte, weil er in Kriegsgefangenschaft war bis ich 8 war. Als er starb, war ich so um 13.

m Th: Wie Sie sagten, war er ja auch eine ganz wichtige Person für Sie. In jedem Fall mußten Sie entscheidende Jahre Ihres Lebens ohne männliche Bezugsperson leben. Ja, ich glaube, diese Unsicherheit ist die Ursache dafür, daß Sie es schwerer hatten als andere Männer so am Anfang Ihres sexuellen Lebens, das zu lernen, was jeder Mann lernen muß und jedem Mann zunächst auch schwer fällt, nämlich seine Ejakulation zu kontrollieren. Die Reizung zu dosieren und dadurch seine eigene Lust aber auch die Lust seiner Partnerin zu steigern. Und wenn so ein Problem erst mal da ist, dann wird das sehr schnell so ein Teufelskreis. Dann kommt diese Angst dazu, daß es wieder nicht klappt und daß es vielleicht wieder zu früh losgeht. Die Angst vor dem Versagen kommt dann noch hinzu. Das ist etwas, was tatsächlich dann das Versagen bedingt, nämlich die zusätzliche Verspannung und Verkrampfung, die dadurch auftritt. Es kommt natürlich noch hinzu, daß auch die Enttäuschung der Partnerin und ihre sexuellen Schwierigkeiten, dieses Versagenserlebnis noch bestärken. Sie erzählten, daß sie nicht nur das Gefühl hatten, es klappt bei mir nicht richtig, sondern auch zugleich das Gefühl, wenn meine Frau jetzt keine Lust hat mit mir zu schlafen, dann liegt es eben daran, weil ich nicht richtig funktioniere.

Ja, dann bedrücken Sie in letzter Zeit die Erektionsprobleme. Auch das läßt sich zunächst erklären durch dieses ständige Enttäuschtwerden.

(Zur Frau:) Ich glaube, was da eine wichtige Rolle spielt, ist Ihre abnehmende Lust, die sicher auch wieder zum Teil auf die vorzeitige Ejakulation zurückzuführen ist, die

natürlich aber wieder zurückwirkt auf den Mann. Und es ist klar, wenn man selber keine Lust hat zur Sexualität, dann macht man das ganze auch lustlos. Und Sie haben das ja auch so geschildert und es ist ja auch kein Geheimnis, daß Sie das dann also dem Mann zuliebe tun und Sie selber sagten glaub' ich mal, Herr . . ., äh Sie hätten das Gefühl, also okay, heut' kannst du, mach' bitte schnell damit. Das kann man auch verstehen, wenn man keine Lust dazu hat, ist es ja eine naheliegende Geschichte. Ein Partner der keine Lust hat, von dem geht ja kein Echo aus. Und damit ein ganz wichtiger Teil des sexuellen Reizes.

(Zur Frau:) Und so wird Ihre Lustlosigkeit sicher mit dem vorzeitigen Samenerguß etwas zu tun haben; sie wirkt dann aber zurück auf Ihren Mann und es ergab sich dieses Erektionsproblem, das in den letzten Jahren ja deutlich stärker wurde. Sie sehen daran schon, wie eng sexuelle Wirkung und Gegenwirkung verbunden sind, denn das ist ja eine Wechselwirkung. Ist das so einleuchtend?

Frau: Nee, im Grunde war mir das auch klar.

m Th: (Zum Mann:) Jetzt haben wir erst mal mehr über Sie gesprochen und mehr Ihr Problem beleuchtet: (zur Frau:) aber wir haben dabei ja nebenbei auch schon Ihr Problem behandelt. Sie sagten auch, daß Sie nie beim Verkehr einen Orgasmus bisher bekommen haben. Aber ich glaub', das ist nicht Ihr eigentliches Problem, denn beim Petting und auch bei der Selbstbefriedigung ist das ja keine Schwierigkeit, einen Orgasmus zu kriegen.

Frau: Hm.

m Th: Ich glaub', das Problem, das Sie haben, liegt in der Tatsache, daß Sie keine Lust haben. Und das wiederum könnte damit zu tun haben, daß es Ihnen einfach ein bißchen schwer fällt, Nähe oder Intimität oder Zärtlichkeit oder Zuwendung oder Zuneigung anzunehmen oder zu ertragen.

Frau: Ja, einmal das und zum anderen aber auch schwer fällt, mich so ganz hinzugeben, wollen wir mal sagen.

m Th: Sich gehenzulassen.

Frau: . . . Überhaupt, das tu' ich auch sonst eigentlich im allgemeinen eben nicht. Ich laß' mich eigentlich nie gehen. Bewahre immer Haltung. Und das ist etwas, was sich da natürlich ganz auswirkt.

m Th: Ja. Das ist richtig.

Frau: Ich glaube, daß das eigentlich mein größeres Problem ist. Denn wenn man das kann und dadurch so ein Stück Genießen lernt, dann wird sich das andere wahrscheinlich von selber einspielen.

m Th: Ja. Das ist richtig, das ist ein ganz wichtiger Aspekt. Nur, ich glaube auch hier wieder sieht man die Wechselwirkung. Dieses Problem hatten Sie ja sicher auch schon, als Sie die Ehe eingingen. Aber der vorzeitige Samenerguß ihres Mannes machte es Ihnen leichter . . .

Frau: Den Rückzug anzutreten.

m Th: . . . den Rückzug anzutreten, der Ihnen ohnehin naheliegt bei diesen Schwierigkeiten sich gehenzulassen, die Kontrolle zu verlieren, sich, wie Sie sagten, hinzugeben.

Frau: Und schwierig wird das immer bei langfristigen Beziehungen. So bei kürzeren Beziehungen ist noch so dieses Gefühl, wissen Sie, des Entdeckens. Das war auch für mich interessant und machte auch noch irgendwo Spaß. Aber wenn das sich dann so einschleift, . . . man weiß schon wie der andere reagiert, was er mag und was er nicht mag. Und dann läßt das so allmählich nach.

m Th: Wir sollten man überlegen, woher das bei Ihnen kommen könnte. Ich könnte mit vorstellen, daß Ihre unetnetigen Beziehungen zu Bezugspersonen in der Kindheit da etwas mit zu tun haben. Sie haben nie eine permanente Zuwendung von einer Person bekommen. In den ersten 3 Lebensjahren oder auch später wurden Sie ziemlich viel herumgereicht. Die Mutter starb früh, der Vater etwas später. Und Sie haben eigentlich nie die Erfahrung gemacht, sich auf irgend eine Beziehung verlassen zu können. Und wenn man dieses Gefühl hat, so ganz früh, mit der Flasche sozusagen schon vermittelt bekommt, dann liegt es vielleicht nahe, je tiefer oder inniger die Beziehungen zu werden drohen, desto mehr sich zurückzuziehen. Weil man ja irgendwo die Erfahrung gemacht hat, so richtig darauf verlassen kann ich mich doch nicht. Das dicke Ende ist

bisher immer gekommen, warum soll es nicht wieder kommen. Wichtiger ist, glaub' ich, zu sehen, daß diese Lustlosigkeit sicher nicht allein auf dieses Erektionsproblem oder auf den vorzeitigen Samenerguß Ihres Mannes zurückzuführen ist.

Ja, und so mit dieser Problematik sind Sie hierhergekommen. (zum Mann:) Sie leiden darunter, Sie sagen, ich möchte gern mehr Sexualität machen; ich möchte vor allen Dingen Sexualität machen, die auch klappt, die befruchtender ist.

(Zur Frau:) Sie sagen eigentlich, ich hab' mich gut arrangiert, Sexualität brauch ich eigentlich nicht. Im Gegenteil, diese Art unseres Zusammenlebens kommt mir eigentlich entgegen, die entspricht so durchaus meinem Wunsch nach ein bißchen Distanz, nach Sich-nicht-gehenlassen-müssen, nach Abgrenzung gegen zuviel Intimität. Und das heißt, Ihre Beweggründe oder Ihre Motivation, was zu ändern . . .

Frau: . . . ist ziemlich mager.

m Th: . . . ist mager. Motivation ist durchaus vorhanden, aber nur im Hinblick auf Ihren Mann. Er soll es besser haben. Sie sagen nicht, *ich* möchte es besser haben; sondern Sie sagen, das geht eigentlich so nicht, und aus ganz verstandesmäßigen Gründen müssen wir das ändern. Aber Sie könnten eigentlich auch so weiterleben. Und das macht mich skeptisch gegenüber dem, was wir hier machen. Wobei ich mir des Dilemmas durchaus bewußt bin. Wir können nicht einfach sagen, nun hab' mal den Wunsch, Dich zu verändern, weil wenn das nicht da ist, ist das nicht da. Ich finde auch verständlich, daß es nicht da ist, denn Ihnen fehlt ja nichts. Das Problem ist nun aber, daß sexuelle Schwierigkeiten nur behoben werden können, wenn beide das wirklich wollen. Sexualität ist ja nicht nur so etwas, wo der eine . . .

Mann: Eine Wechselwirkung.

m Th: . . . wo der eine nur mitmacht, sozusagen als Helfer des anderen oder als, ja, als Atrappe für den anderen. Und ich weiß nicht so recht, wie wir mit diesem Problem hier umgehen sollen.

Frau: Ja, ich hab überhaupt wenig Vorstellung davon, wie Sie überhaupt generell damit umgehen. Ich bin auch skeptisch, ob man Lusthaben lernen kann.

m Th: Aber ich glaube das Problem liegt noch woanders, nämlich daß Sie eigentlich die Lust, Lust zu bekommen nicht haben. Verstehen Sie?

Frau: Naja, das ist im Grunde ja ganz natürlich, wenn man nie irgendwas an Schönerm erlebt hat, woher soll man denn wissen, was schön ist, nicht?

m Th: Ich versteh' das sehr gut. Ich glaube auch, das ist nicht sowas, was man jetzt anzünden kann wie eine Gasflamme. Und dabei werden Ihr Mann und auch ich Ihnen nicht helfen können. Das ist etwas, was in Ihrer Verantwortung auch liegt, wobei ich allerdings gern nochmal das Problem auf eine andere Ebene bringen will. Also *ich* fühle mich eigentlich unwohl.

Frau: Ja. Moment mal, da möcht ich nochmal darauf eingehen.

m Th: Ja.

Frau: Sie sagen, das ist einfach ein Problem, wobei Sie und mein Mann mir nicht helfen können, wo ich also auf mich alleine angewiesen bin.

m Th: Ja.

Frau: Ich glaube, daß es mir nicht immer an gutem Willen gemangelt hat. Von daher frag' ich mich, wie ich das alleine angehen soll. Wenn ich das alleine könnte, dann hätte ich das ja theoretisch schon machen können, nicht?

m Th: Ich glaub', Sie verstehen mich jetzt falsch. Ich meine jetzt gar nicht die Bereitschaft, mit Ihrem Mann zu schlafen. Ich meine die Bereitschaft, die davor liegt. Die Bereitschaft, ob Sie was ändern wollen. Alles andere was dann passiert, sexuelle Lust oder sexuelles Verlangen, das ist dann eine Sache, die man rausfinden muß. Aber wissen Sie, ich hab' eigentlich so ein schlechtes Gefühl für mich dabei, warum soll ich Ihnen eigentlich Sachen andrehen, die Sie eigentlich gar nicht möchten. Sie selbst sind doch ganz zufrieden so.

Frau: Ich für mich persönlich. Wenn ich allein leben würde, würde ich sagen, warum soll ich da was ändern. Es drängt mich gar nichts danach, irgendwas zu ändern. Da ich aber in meinem Mann jemanden habe, mit dem es sich ansonsten gut zusammenleben läßt, und ich im Grunde genommen auch weiterhin mit ihm zusammenleben möchte, das aber mit diesen Schwierigkeiten auf die Dauer nicht gehen wird, meine ich, es muß

doch irgendeine Möglichkeit geben, daß wir beide da auf einen Nenner kommen. Wenn Sie so wollen, profitiere ich dabei ja auch ein Stück.

m Th: Welches?

Frau: Welches? Wenn wir also jetzt hier feststellen, das geht nicht, müssen wir uns überlegen, was machen wir. Und dabei herauskommen wird zweifelsohne, daß wir sagen, also war alles ja ganz schön, aber *der* Punkt haut nicht hin, wir werden uns also irgendwo trennen, und wir werden jeder den Versuch mit einem anderen Partner machen, das heißt, ich wahrscheinlich nicht, denn das wird genauso ausgehen. Mein Mann wird es vielleicht mit einer anderen nochmal versuchen. Das wäre doch die Konsequenz, die ich aber im Moment nicht will, weil ich irgendwo immer noch glaube, daß wir das doch noch mal in den Griff kriegen. Für mich persönlich entbehre ich nichts, aber ich habe doch ganz erhebliche Schuldgefühle, weil ich mich immer unter dem Druck und unter der Forderung bin, eigentlich müßtest du ja fühlen. Das ist nicht meine eigene Motivation, aber die drückt auch ganz schön.

m Th: Ja, das glaub' ich. Aber es bleibt trotzdem dann die Frage, warum sollen Sie etwas tun, was Sie nur aus Schuldgefühlen tun.

Frau: Weil mir an der Beziehung zu meinem Mann liegt. Im Augenblick zwar nicht an der sexuellen, aber an der menschlichen.

m Th: Kann man die menschliche Beziehung nicht aufrechterhalten ohne Sexualität? Muß da die Sexualität immer unbedingt eine Rolle spielen?

Frau: Ja, ich könnte das, wahrscheinlich, aber mein Mann könnte das nicht. Auf gar keinen Fall.

m Th: Sie protestieren, Herr . . .

Mann: Ja, ach Gott, was heißt protestieren. Man ist da zwar altmodisch, aber irgendwo gehört das dazu. Das ist ein Mensch den ich gern hab', den ich auch begehre oder so. Mit dem ich mich verbunden fühle. Das ist also für mich irgendwo eine große Lücke.

m Th: Hm. Na, aber wie sehen Sie das Problem, daß Ihre Frau nur Ihnen zuliebe was ändern möchte?

Mann: Ja, wissen Sie, das ist ja mein Problem eigentlich schon lange, oder unser Problem. Das hat meine Frau mir auch oft genug sehr deutlich gesagt, daß sie es eigentlich nur mir zuliebe macht. Und sie fühlt sich ja auch hier ursprünglich hergeschleift. Und ich hab' eben einfach auch ein bißchen dummes Gefühl dabei, so den Anspruch zu erheben, sie so zu irgendeinem von mir vermeintlichen Glück zu zwingen.

m Th: Vielleicht stehen Sie einfach vor der quälenden oder schmerzenden Einsicht, daß Sexualität zwischen Ihnen nicht realisierbar ist. Oder, sagen wir, so eine sexuelle Beziehung, die für beide wichtig, befriedigend ist.

Frau: Also bis jetzt nehme ich das noch nicht so hin, daß das nicht zu realisieren ist. Nur bisher bin ich davon noch nicht überzeugt. Und bevor ich das nicht bin, meine ich doch, wir sollten noch in irgendeiner Form versuchen, da einen Weg zu finden.

Mann: Wissen Sie, ich hab' also wirklich das Gefühl, daß da irgendwo ein gordischer Knoten sitzt, der meine Schwierigkeiten letztlich verursacht.

m Th: Hm. Wobei ich glaube, das ist wieder zu einseitig gesehen. Wenn es so ein Pille gäbe, die man ihnen geben könnte, und Sie könnten ab sofort den Samenerguß kontrollieren solange wie Sie wollen, und Sie könnten Erektionen kriegen, solange wie Sie wollen, das würde an Ihrer sexuellen Situation miteinander überhaupt nichts ändern.

Frau: (Zum Mann:) Guck mal, wenn das so einfach wäre, müßtest Du doch eigentlich längst im Lauf der letzten Jahre auf die Idee gekommen sein, Dir irgendeine Freundin zu suchen.

Mann: Ja, auf die Idee schon.

Frau: Naja, ich weiß, daß Du das auch mal probiert hast, aber daß das nicht hingehauen hat; ich konnte mir so eine gewisse Schadenfreude nicht verkneifen.

m Th: Hm.

Frau: Ich hoffe, daß Du mir das nachsiehst. Äh, aber im Grunde genommen hättest Du das ja mit viel mehr Intensität betreiben müssen. Hast Du aber nicht. Das kann natürlich daran liegen, daß Du Dir nie sicher warst, wie das klappt und ob Du da genau die gleichen Mißerfolgslebnisse einstecken mußst. Wenn Du hier und da mal so ein bißchen am Rande Dich vergnügen würdest, glaube ich bestimmt, daß das Dein Verhältnis zu mir ändern würde.

- Mann: Ja, da bin mir also nicht sicher.
 m Th: Ich versteh das jetzt nicht richtig, möchte das nochmal in eine Frage kleiden. Würden Sie, sagen wir mal, einen Vertrag schließen, daß Sie weiter zusammen leben, aber die Sexualität draußen vor bleibt, und Ihr Mann kann sich eine Freundin nehmen, mit der er eine sexuelle Beziehung hat?
 Frau: Wissen Sie, in der Theorie ist das ganz schön. Nur das hat ja Konsequenzen. Und das kann man praktisch nicht durchführen.
 m Th: Sie meinen also, das ist kein praktikabler Lösungsweg?
 Frau: Nein, das sind Scheuklappen oder wie soll ich das nennen. In die eigene Tasche lügen oder wie auch immer.
 m Th: Ja, ich hatte Sie eben so verstanden, daß Sie das vorschlugen mit der Freundin. Vielleicht ist Ihr sexuelles Problem ein Teil, sicher nicht alles, ein Teil des Zusammenhaltens Ihrer Ehe. So grotesk das klingt, ist das sexuelle Problem das, was Sie miteinander haben.
 Frau: Ja, weil das genau in die Kerbe des anderen haut, nicht?
 m Th: Genau.
 Mann: Ich hätte Angst vor der Aufnahme von Beziehungen zu Frauen.
 m Th: Ja, und Ihre Frau ist jemand, die Ihr sexuelles Problem akzeptiert. Sie will trotzdem mit Ihnen zusammenleben. Sie brauchen ihr nicht zu erklären, daß es Probleme gibt, Sie brauchen sich nicht vor ihr zu schämen wegen dieses Problems.
 (Zur Frau:) Und andererseits, bei Ihnen ist es ähnlich.
 Frau: Weil mir das sehr entgegenkommt. Denn wenn Du jetzt wirklich so ein Potenzprotz wärst, dann bin ich aufgeschmissen.
 Mann: Denn du hast ja immer erklärt, daß Du Deinen Rückzug angetreten hast, als du das als Forderung von meiner Seite erlebt hast.
 Frau: Da sprichst Du meines Erachtens einen Punkt an, der für mich wichtig ist, oder in meinem Verhalten wichtig ist. Solange ich selber diejenige bin, die die Aktionen startet, klappt das alles noch besser. Sobald ich aber der unterlegenere Teil bin, sagen wir mal, der sich erobern lassen soll oder müßte, ist das schon ganz schlecht. Ich kann mich insgesamt schlecht unterordnen. Und ich bin sehr ungern abhängig von irgendetwas und von irgendwem. Ich gebe mich eigentlich auch sonst nicht so in Abhängigkeit. Dazu gehören natürlich auch intensive zwischenmenschliche Beziehungen, die ja auch eine gewisse Abhängigkeit bewirken, und da kommen wir wieder auf den Punkt des so ein bißchen Reserviertseins und ein bißchen Zurückhaltens, nicht?
 m Th: Wollen selbständig sein, unabhängig, lieber selber erobern als ...
 Frau: Ja, und wissen Sie, unsere Beziehung zueinander, das fällt mir jetzt so auf dabei, war solange zumindest relativ in Ordnung, würde ich sagen, solange bei mir noch dieses Gefühl war.
 Mann: Na, es kommt eben dann von meiner Seite hinzu, als dann die ersten Anzeichen eines Rückzugs kamen, war das sehr enttäuschend, denn ich habe das eigentlich nicht so ganz begreifen können, daß meine Frau sich immer mehr zurückzieht, so daß das dann im Laufe der Zeit immer mehr eine Forderung meiner Seite wurde. Ich begriff dann aber auch irgendwie die Welt nicht mehr.
 Frau: Na ja, nun ist das Ganze ja so eine Entwicklung, die man bewußt in dem Augenblick nicht mitvollzieht. Das schleift sich allmählich ein und plötzlich ist der Zustand da.
 m Th: Ja, aber wenn man jetzt diesen Prozeß rückgängig macht. (Zur Frau:) Ich weiß nicht, ob das nicht auch ein bißchen was Bedrohliches hat für Sie. Oder, daß Sie das zumindest unterschiedlich sehen. Ihr Mann sieht es so, dann bin ich diesen ganzen Quatsch mal los und dann bin ich selbstbewußter und ich kann endlich mal Sexualität haben, während Sie es doch eigentlich so erleben müßten, dann werde ich stärker bedrängt, dann muß ich vielleicht nochmal wieder Dinge machen, die ich gar nicht möchte, dann ist er mir pausenlos zu nahe, dann werd ich vielleicht abhängiger. Vielleicht hat Ihre geringe Motivation eine ganze Menge damit zu tun, daß Sie sexuelle Beziehungen erst mal eben auch tatsächlich als bedrohlich erleben.
 Frau: Als bedrohlich insofern, weil für mich soviel Unsicherheit darin liegt. Rational ist mir das zwar klar, daß das ein Geschäft auf Gegenseitigkeit ist und daß ich dabei auch profitieren könnte. Hauptsache, unterm Strich bleibt für mich was. Ich sag das mal so,

- ich seh auch nicht ein, warum ich das eben beschönigen soll, das klingt sicher egoistisch ...
 m Th: Nee, das klingt sehr gut, ich finde, nur so kommen wir weiter.
 Frau: So ein Stück Offenheit muß da schon mal sein, nicht?
 m Th: Und die Sexualität ist ja auch bedrohlich. Wenn wir uns das mal einen Augenblick vorstellen, daß Sie eine sexuelle Beziehung miteinander haben, die frei ist von Problemen, das verändert Ihre Beziehung doch völlig.
 Frau: Hm, und dann müssen die Positionen erst mal wieder neu abgesteckt werden.
 m Th: Oder sich so stark fühlen, daß Sie die Stärke Ihres Mannes ertragen können. Mit Stärke mein ich jetzt Symptommfreiheit im sexuellen Gebiet: das ist ja auch eine stärkere Position. Er ist jetzt doch immer so der, bei dem es nicht richtig klappt, der das Problem hauptsächlich bei sich sah, der sagt, ich bin eigentlich kein richtig funktionierender Mann. Ich hab immer diesen vorzeitigen Samenerguß, das haut ja alles nicht hin, das Glied wird schlaff, wenn ich eigentlich schlafen möchte mit meiner Frau. Motivation zu haben, das Problem zu bereinigen, bedeutet für Sie eben auch, unter anderem: bin ich selber so stark, daß ich einen so gestärkten Partner neben mir haben kann, ohne Angst zu kriegen.
 Frau: Ja, so stark bin ich nicht. Ich bin nämlich im Grunde gar nicht so, wie ich mich gern sehen möchte.
 Mann: Ja, und deswegen darf ich auch nicht stark sein.
 m Th: ... daß Sie einfach sagen, ich kann jetzt ein Stück Stärke bei ihm und ein Stück Schwäche bei mir zulassen.
 Frau: Ich meine, das wird schon stimmen. Denn ich weiß sehr wohl, daß das ein Punkt ist, der liegt nicht nur im sexuellen Bereich, der behindert mich auch in anderen Bereichen. Ja, so als Beispiel, was mir gerade so einfällt: Es fällt mir sehr schwer, Kritik zu ertragen. Und mich kritisieren können ungestraft eigentlich nur wenige Leute.
 Mann: Ich darf's nicht.
 Frau: Doch, Du darfst es. Von guten Bekannten, Menschen von denen ich weiß, daß sie mir persönlich sehr zugetan sind, kann ich es weitaus besser ertragen, andere kritisieren mich natürlich auch und ich überleb' das auch. Aber es fällt mir weitaus schwerer.
 m Th: Hm.
 Frau: Wenn Du mich in irgendeiner Form kritisierst ...
 Mann: Muß ich auch sehr vorsichtig sein, wenn ich das mache.
 m Th: Ich glaub' auch, daß Sie in mancher Hinsicht einen heillosen Respekt haben vor Ihrer Frau.
 Mann: Unbedingt.
 m Th: Und manchmal eher davor zurückschrecken, sich den Mund oder die Zunge zu verbrennen.
 Mann: Ja, ich möchte sie ja auch nicht bewußt oder absichtlich verletzen.
 m Th: Hm. Ja, es geht ja nicht um verletzen.
 Mann: Ja, aber ...
 m Th: Um die Vertretung Ihrer eigenen Ansprüche.
 Mann: Obwohl ich die Kritik meist gar nicht verletzend meinte, im Gegenteil, sie war gut gemeint, aber die Reaktion war immer anders.
 Frau: Na ja, Du hast insofern Recht. Ich hatte mir, das muß ich also wirklich sagen, angewöhnt, wenn mir also irgendwas nicht paßte, so förmlich einzurasten.
 Mann: Ohne daß ich wußte weshalb.
 Frau: Und das war auch so ein Mechanismus, der hatte sich irgendwie eingespielt und der lief so ab, ohne daß ich das ganz gezielt eingesetzt habe. Ich rastete hörbar ein und dann war Funkstille.
 Mann: Manchmal eine ganze Woche lang.
 Frau: Ich verhielt mich dann so, daß mein Mann sich offenbar ganz schlecht fühlte und dachte, siehste, nun hast du sie geärgert und du hast Schuld, daß sie jetzt so eine miese Laune hat.
 Mann: Ja, das war ein Mittelding zwischen Wut und „auch was hast du nun schon wieder angerichtet“. Dann habe ich versucht, es rauszukriegen. War nicht drin. Also eine Begründung war nicht zu kriegen und dann hatte ich hinterher die Wut, verdammte Ki-

ste, man kommt einfach nicht an sie ran. So irgendwie ist das ein gläserner Käfig drum rum, und da prallt man dran ab, da war gar nichts zu machen. Und dieses Nicht-an-sich-Ranlassen, das empfinde ich eben auch im Sexuellen.

Frau: Vielleicht ist ja auch dieser Rückzug, das sind ja so Bestrafungstendenzen, du warst nicht artig . . .

m Th: . . . sprich ich nicht mit dir.

Mann: Ich habe persönlich für mich im Hinblick auf unsere Ehe nach all dem auf und ab das Gefühl, so, jetzt ist der Zeitpunkt gekommen, wo dieses sehr heikle Gebiet Sexualität auch in Angriff genommen werden kann.

m Th: Hm.

Mann: Wissen Sie, das ist einfach so ein subjektives Gefühl.

m Th: Hm. Ja, also ich bin nach wie vor skeptisch. Aber ich kann, wenn Sie das wollen, versuchen, Sie so auf die Fährte zu setzen, in der Neuarrangierung ihrer Sexualität. Ob Sie, wie Sie damit klarkommen, oder ob das . . .

Frau: Naja, daß wir da keinen Garantiepaß mitkriegen, das war uns ja klar.

m Th: Das liegt also weitgehend bei Ihnen, was Sie damit machen. Therapie kann ja nicht mehr sein als eine Hilfe, die man dann selber ausnutzt. Ich möchte aber bitten, zunächst mal folgende Frage miteinander besprechen, weil ich da gerne noch mal anknüpfen möchte; daß Sie sich beide mal vorstellen, wie sich Ihre Beziehung, Ihre gesamte Beziehung verändert oder verändern könnte, wenn die sexuellen Symptome weg sind.

Frau: Behoben sind?

m Th: Behoben sind. Wenn also Sie den Samenerguß kontrollieren können, die Erektion kommt, wenn Sie sie brauchen, und wenn Sie Lust haben, mit Ihrem Mann zu schlafen. Was daraus so resultieren würde, wenn Sie 2mal in der Woche miteinander schlafen und beide das befriedigend und schön finden, und Ihnen das beiden wichtig wird, mit dem anderen zu schlafen. Daß Sie sich das mal überlegen und auch miteinander besprechen. Und daß wir darüber beim nächsten Mal noch mal reden. Verstehen Sie, was ich meine?

Frau: Klar.

Mann: Ja³.

5 Streicheln I

a) Ziele

Dieser Abschnitt soll den Partnern die Möglichkeit geben, die einseitige Ausrichtung auf sexuelle Erregung und sexuelles „Funktionieren“ sowie Koitus und Orgasmus aufzugeben.

Im Vordergrund stehen Erfahrungen mit Körperkontakt und nichtgenitaler Zärtlichkeit, die den Partnern die Wahrnehmung und das Zulassen der eigenen Gefühle und Körperreaktionen, seien sie nun angenehm oder unangenehm, allmählich ermöglichen sollen. Konzentration auf sich selbst soll den Partnern die eigenen Bedürfnisse und Wünsche klarer machen. Sie können langsam lernen, diese zu akzeptieren, miteinander darüber zu reden und sich mit unterschiedlichen Wünschen und Erfahrungen auseinanderzusetzen. Als Maßstab gilt die persönliche Erfahrung der Partner, wobei es kein „richtig“ oder „falsch“ gibt. Jeder der beiden Partner soll allmählich erkennen, daß er für die Befriedigung

³ Da dem Therapeuten die Therapiemotivation noch nicht hinlänglich geklärt schien, vereinbart er eine Fortsetzung der Besprechung der Explorationsergebnisse. Eine solche zweite Sitzung zur Besprechung der Explorationsergebnisse wird in Ausnahmefällen erforderlich. Im Regelfall wird am Ende der Besprechung die Verhaltensanleitung für das Streicheln I gegeben.

seiner Bedürfnisse selbst verantwortlich ist, und lernen, dem anderen Gleiches zuzutrauen, um so ein vertrauensvolles und entspanntes Umgehen miteinander aufzubauen.

b) Vorgehen

Im Anschluß an die Besprechung der Explorationsergebnisse geben die Therapeuten die Verhaltensanleitungen zum Streicheln I. Diese Anleitungen sollen folgende Punkte umfassen:

Koitusverbot. Die Patienten werden gebeten, bis auf weiteres weder Koitus zu versuchen noch durchzuführen; das gleiche gilt zunächst auch für intensives, auf sexuelle Stimulation zielendes Petting. Für diese Einschränkung gibt es 2 Gründe, die den Patienten erläutert werden:

- 1) Koitus und genitales Petting waren lange verbunden mit Enttäuschungen und der Angst zu versagen; der Verzicht auf Koitus und Petting macht es möglich, Zärtlichkeiten wieder angstfrei, entspannt und unbefangen zu erleben.
- 2) Die bisherige einseitige Ausrichtung auf genitale Reizung und Koitus führte dazu, daß die Empfindsamkeit des ganzen Körpers vernachlässigt wurde; durch den Verzicht auf den Koitus können die Partner nichtgenitale Zärtlichkeiten wieder genießen lernen.

Die Therapeuten bemühen sich, den Partnern diese Zusammenhänge einsichtig zu machen. Wenn einer oder beide Partner gegen das Koitusverbot Bedenken anmelden, weisen die Therapeuten darauf hin, daß es zunächst wichtig ist, sich den Erfahrungen auszusetzen, bevor man evtl. auftretende Schwierigkeiten sinnvoll besprechen kann. (Dauer des Koitusverbotes vgl. Übersicht auf S. 166).

Übungen. Anschließend beschreiben die Therapeuten, in welcher Form das Paar neue Erfahrungen sammeln soll: Die Partner nehmen sich bis zur nächsten Therapiesitzung 2mal 30–60 min Zeit füreinander. Dabei ist wichtig, daß sie weder unmittelbar vorher noch nachher durch Termine, etwa den Beginn des Fernsehkrimis, unter Druck geraten, sondern wirklich Ruhe haben. Sie ziehen sich ganz aus und streicheln sich im Liegen. Das Zimmer soll warm und nicht dunkel sein, so daß die Partner ohne Decke liegen und sich sehen können.

Beim Streicheln übernehmen die Partner abwechselnd für jeweils etwa 5 min die „aktive“ (streichelnde) bzw. die „passive“ (aufnehmende) Rolle. Der passive Partner legt sich zunächst auf den Bauch. Der aktive Partner hockt oder legt sich seitlich neben ihn. Er streichelt seinen Partner am Kopf, am Hals, an den Schultern, Armen, Händen, am Rücken, am Po, an den Beinen und Füßen, d. h. am ganzen Körper. Es können unterschiedliche Arten des Streichelns ausprobiert werden, z. B. mit den Fingerspitzen, mit der ganzen Hand, mit dem Mund, mit der Wange, mit dem Unterarm, mit den Haaren; sanft oder kräftiger; massierend und knetend.

Der passive Partner versucht, alle Empfindungen und Gefühle beim Gestreicheltwerden zuzulassen und zu erfahren. Es geht also nicht um passives „Hinnehmen“, sondern um aktives Aufnehmen aller Empfindungen, ob ange-

nehm oder unangenehm. Es geht zunächst darum, daß die Partner lernen, sich beim Streicheln zu entspannen und wohlzufühlen. In diesem Stadium sollen Erregung, Erektion und Orgasmus überhaupt keine Bedeutung haben. Begründet wird dies damit, daß Selbstbeobachtung und Leistungsorientiertheit nur überwunden werden können, wenn die sexuelle Funktion den Partnern beim Streicheln unwichtig wird. Als Hilfe dafür sollen deshalb auch Brüste und Genitalien erst einmal ausgelassen werden.

Die Partner nehmen die aktive und passive Rolle je 3mal abwechselnd ein. Beim zweiten Mal legt sich der passive Partner auf den Rücken und läßt sich von vorne streicheln, wieder am ganzen Körper, aber mit *Ausnahme der Genitalien und der Brüste der Frau*. Falls die Brustwarzen des Mannes sehr sensibel sind, sollen sie ebenfalls vom Streicheln ausgenommen werden. Beim dritten Mal liegt der passive Partner wieder auf dem Bauch. Die Therapeuten schlagen vor, wer zunächst aktiv ist (meist Partner mit der „Störung“); sie können diesen Vorschlag mit dem Paar besprechen.

Die Partner sollen sich verbal und nonverbal mitteilen, was ihnen unangenehm ist, was sie stört, was sie anders haben möchten und was sie gerne mögen. Dabei kann der passive Partner die Hand des aktiven zu den Körperteilen führen, an denen er gerade gestreichelt werden möchte, oder von denen weg, die im Moment unangenehme Empfindungen auslösen. Er kann dabei auch gleich den gewünschten Druck und den Rhythmus des Streichelns zeigen. Die Partner sollen aber auch ermutigt werden, über ihre Gefühle und Empfindungen zu sprechen.

Grundregeln für die Partnerinteraktion. Die Therapeuten erläutern die beiden Grundregeln der Therapie:

1) Die Partner sollen auf dieser Stufe der Therapie (wie auch auf allen anderen) nur das tun und es nur so lange tun, wie es ihnen beiden Spaß macht oder zumindest nicht unangenehm wird. Falls das Streicheln unangenehm wird, sollen sie dies dem Partner sagen, sich anders streicheln lassen, die Rollen vorzeitig wechseln oder aber, wenn es unangenehm bleibt, abbrechen und das Streicheln verschieben.

Diese Regel hat 2 Gründe: Das Durchhalten unangenehmer Erfahrungen hilft nicht weiter, sondern vertieft nur die alten Erfahrungen und Enttäuschungen. Zweitens können die Partner dadurch lernen, sich über unterschiedliche sexuelle Wünsche auseinanderzusetzen, indem sie lernen, Mißfallen zu äußern, ohne Angst, den Partner zu verletzen, und die aus solcher „Verweigerung“ resultierende Enttäuschung zu tolerieren.

2) Die Partner sollen beim Streicheln zunächst auf die eigenen Gefühle achten und sich nicht für Reaktionen des anderen verantwortlich fühlen, sondern bewußt selbstbezogen und „egoistisch“ sein. Solange der Partner nichts anderes äußert (s. Grundregel 1), sollen sie davon ausgehen, daß er das Streicheln angenehm findet. Diese Selbstbezogenheit steigert die Wahrnehmung der eigenen Empfindungen und entlastet den Partner von unnötiger Rücksichtnahme und Verantwortlichkeit.

Allgemeine Gültigkeit der sexuellen Einschränkungen. Die Partner sollen außerhalb der Übungen nichts tun, was sie nicht auch innerhalb der Übungen

tun dürfen (z. B. sich auch sonst nicht genital berühren). Diese weitere Einschränkung wird damit begründet, daß die Partner sich nicht auf die Übungen einlassen können, wenn sie hinterher noch diejenigen Zärtlichkeiten austauschen, die für sie im Augenblick noch reizvoller oder angstbesetzt sind. Die Einschränkungen betreffen übrigens nicht Mund- oder Zungenküsse.

Hinweis auf die Besprechung der Erfahrungen in der nächsten Sitzung. Die Therapeuten kündigen an, daß die Erfahrungen mit dem Streicheln zu Hause in der nächsten Sitzung zu viert besprochen werden sollen. Die Therapeuten erwarten keine „Erfolgsmeldungen“: alle Erfahrungen, ob angenehm oder unangenehm, sind gleich wichtig; die Partner sollen einfach abwarten, was geschieht. An „unangenehmen“ Erfahrungen kann man seine Probleme und auch ihre Ursachen oft besonders gut erkennen und bearbeiten. Sie sind deshalb ein wichtiger Bestandteil der gesamten Therapie.

c) Transkript

Paar 34: Der Mann leidet unter sekundären Erektionsschwierigkeiten. Wir haben das Paar weiter oben (S. 138) beschrieben. Eine massierte Therapie wurde durchgeführt.

m Th: Wir möchten Ihnen vorschlagen, einige neue Erfahrungen miteinander zu machen. Und diese Erfahrungen sollen zunächst nur auf dem Gebiet der Zärtlichkeit liegen. Das heißt, wir möchten zunächst mal erreichen, daß Sie wieder im Sexuellen zärtlicher und unbefangener miteinander umgehen. Und dazu möchten wir, daß es um Verkehr, um Orgasmus oder um ein steifes Glied oder Samenerguß im Augenblick gar nicht geht. Deshalb ist es notwendig, daß Sie bis auf weiteres keinen Verkehr machen oder versuchen.

Statt dessen möchten wir Ihnen etwas vorschlagen, was vielleicht einfacher ist zunächst. Und zwar folgendes: Wir möchten Sie bitten, daß Sie sich bis zum nächsten Mal etwa zweimal eine halbe bis eine Stunde Zeit nehmen, so ganz in Ruhe, also wenn die Kleine im Bett oder am Morgen schon im Kindergarten ist, und daß Sie sich dann ausziehen und ins Bett legen oder auf die Couch oder auf den Teppich, wo immer es angenehm ist und wo es einigermaßen warm ist, d. h. daß Sie nackt liegen können, ohne sich zuzudecken.

w Th: ... angenehm für Sie beide. Darüber müssen Sie sich auch unterhalten, wenn einer von Ihnen es z. B. gerne sehr warm hat und der andere eher kühl, daß Sie dann wirklich versuchen, eine Stelle zu finden, wo Sie beide sich wohlfühlen.

Mann: Ja, meine Frau mag gern warm und ich nicht so gern.

m Th: Ja, dann müssen Sie vielleicht eine Durchschnittstemperatur nehmen. Dann legen Sie sich, Herr ... einfach hin auf den Rücken und machen die Augen zu oder auf, wie Sie wollen. Strecken Sie alle Viere von sich. Und Sie streicheln Ihren Mann, Frau ... Im Gesicht, an den Schultern, an den Armen, an der Brust, am Bauch, an den Beinen, an den Knien, an den Füßen, wo immer, nur nicht am Penis und an den Hoden, das wird sozusagen ausgespart. Und Sie Herr ... gucken einfach mal, was passiert, versuchen sich zu entspannen, sich wohlzufühlen. Aber wenn irgendwie negative Dinge hochkommen, lassen sie ruhig hochkommen, das muß alles mal raus, was da passiert, was da kommt an Reaktionen. Und so ungefähr nach 5 Minuten tauschen Sie. (Zur Frau:) Dann legen Sie sich hin, strecken alle Viere von sich. Und Sie streicheln Ihre Frau, auch im Gesicht, an den Schultern, an den Armen und Beinen, Bauch, nur nicht an den Brüsten und nicht an den Genitalien. Nach ungefähr 5 Minuten – nicht auf die Uhr gucken, so ungefähr – tauschen Sie wieder. (Zum Mann:) Dann sind Sie wieder passiv. (Zur Frau:) Und Sie streicheln Ihren Mann, das heißt, er legt sich auf den Bauch. (Zum Mann:) Danach kommt Ihre Frau mit Auf-den-Bauch-Legen dran. Dann noch mal jeder von vorne, so daß jeder 3mal aktiv und 3mal passiv ist. Und das Ganze dauert dann eine halbe bis dreiviertel Stunde. Kann auch länger dauern, kommt nicht

so drauf an. Wie gesagt, es geht überhaupt nicht um sexuelle Erregung, um steifes Glied oder Orgasmus, sondern eigentlich nur darum, ob Sie zunächst so was wie Streicheln wieder unbefangen miteinander machen können.

Mann: Ja, das ist klar.

m Th: Das wird vielleicht nicht gleich gehen, das macht überhaupt nichts; nur daß Sie es versuchen und dabei gucken, wie Ihnen zumute ist, das ist wichtig.

w Th: Wobei Sie alle möglichen Arten von Streicheln ausprobieren können. So mit den Fingerspitzen oder mit der ganzen Hand, mit den Handballen, ganz zart oder so mehr kneten oder massieren oder auch mit dem Mund streicheln. Also die verschiedensten Dinge so mal ausprobieren und daß jeder von Ihnen dann darauf achtet, was er besser findet und was er nicht so gerne mag ist auch ganz wichtig, daß Sie auf Ihre Gefühle achten, auch wenn Sie was nicht mögen, weil wir ja dann nächstes Mal darüber sprechen wollen. Und es ist auch ganz wichtig, daß Sie uns Ihre negativen Gefühle sagen, damit wir dann auch darüber sprechen können.

Mann: Ja, ist klar.

m Th: Also wir erwarten keine Erfolgsberichte. Negative Erlebnisse, die Sie dabei haben, oder was Ihnen schwerfällt, sind zumindest genauso wichtig für den weiteren Verlauf hier wie die positiven Sachen. Dann gibt es noch eine Grundregel, die Sie wissen müssen, das gilt auch für alles weitere, was wir in den anderen Stunden machen: Wenn es für irgendeinen sehr unangenehm wird, dann her nicht nur das Recht . . .

w Th: . . . sondern sogar die Pflicht . . .

m Th: . . . abzubrechen. Also wenn Sie sich z. B. so unwohl fühlen oder es schrecklich wird . . .

Mann: . . . so richtig ekelhaft . . .

m Th: Ja, z. B., oder Sie am liebsten aus dem Bett springen möchten, dann sollen Sie das dem anderen sagen: „Komm, paß' auf, laß' uns das jetzt mal abbrechen, und versuchen wir das morgen wieder oder nachher nochmal.“ Negative Erfahrungen so durchzuhalten bis zum Letzten, das bringt Sie überhaupt nicht weiter. Und das ist zugleich auch mal eine gute Möglichkeit zu lernen, „Nein“ zu sagen, und für den anderen, das „Nein“ zu akzeptieren.

w Th: Oder aber auch, wenn Ihnen etwas anderes einfällt, was Sie statt dessen lieber machen möchten, daß Sie das dann auch Ihrem Partner sagen.

m Th: Das wäre übrigens gut, obwohl das vielleicht am Anfang ein bißchen schwierig ist, daß Sie, wenn Sie etwas gut finden, das auch sagen, so daß auch jeder weiß, was in dem anderen vorgeht.

w Th: (Zum Mann:) Also das fällt Ihnen sicher schwerer als Ihrer Frau. (Zur Frau:) Sie haben ja gesagt, daß Sie das schon mal probiert hätten, darüber zu sprechen, wie es Ihnen gerade geht und wie es Ihnen gerade gefällt. Und daß Sie auch immer so'n bißchen gewartet haben, daß Ihr Mann Ihnen mal sagt, was ihm so gefällt, damit Sie sicherer werden, ob das richtig ist, was Sie gerade machen. (Zum Mann:) Erwarten Sie also nicht, daß es Ihnen leicht fällt, das kann ganz schön schwierig werden, aber daß Sie es auf jeden Fall mal versuchen.

Mann: Ja, das ist eigentlich klar.

m Th: Ja, noch eins vielleicht: Wir möchten Sie bitten, außerhalb der Übungen nichts zu machen, was über die Übungen hinausgeht. So daß Sie nicht z. B. sagen, „so, jetzt haben wir die Übung gemacht, jetzt können wir ordentlich einen losmachen“, Petting oder so. Das hat den einfachen Grund, Sie jetzt einmal einfach von dem Druck zu befreien, es könnte weitergehen, dann können Sie sich mal auf dieses Streicheln konzentrieren.

w Th: Ich weiß nicht, ob wir schon gesagt haben, daß es ganz wichtig ist, daß Sie sich dabei sehen können. Also das heißt, daß Sie es nicht unter der Decke machen. Und daß Sie, wenn Sie es abends machen, dann Licht anmachen. Ja, wie ist es Ihnen dabei zumute?

Mann: Ja, das muß man abwarten. Ich laß das mal auf mich zukommen.

Frau: Ich bin eigentlich ganz zuversichtlich. Ich glaube schon, daß das klappen wird auf diese Art und Weise.

Mann: Sicher erwarten wir keine Wunder . . . Aber mal abwarten.

w Th: Nee, das wär auch gefährlich, wenn Sie Wunder erwarten würden. Versuchen Sie einfach mal, was dabei raus kommt. Ja, dann sehen wir uns am . . .

d) Besprechung der Erfahrungen

Die Therapeuten besprechen mit den Partnern eingehend die Erfahrungen beim Streicheln. Sie versuchen zunächst, ein genaues Bild über den Ablauf des Streichelns und die Reaktion darauf zu bekommen. Sie geben den Partnern viel Raum, sich selbst zu artikulieren, und beginnen deshalb das Gespräch mit allgemein formulierten, nicht auf Details gerichteten Fragen (z. B. „Wie war es?“, „Erzählen Sie doch mal, was Sie gemacht haben“ oder ähnliches). Im Verlauf des Gespräches gehen die Therapeuten dann gezielt auf die einzelnen Aspekte der Aufgaben und die unterschiedlichen Erfahrungen dabei ein (Häufigkeit des Streichelns; Zeitpunkt; Initiative zum Beginn; unterschiedliche Reaktionen auf Aktivität/Passivität, Rückenlage/Bauchlage, verschiedene Streichelformen; Bevorzugungen und Abneigungen; Rückmeldung von Empfindungen, Mitteilungen von Wünschen; Signal für Abschluß oder Abbruch des Streichelns; Sichfühlen nach dem Streicheln usw.). Die Therapeuten helfen den Partnern, sich über ihre Reaktionen klar zu werden und sich nicht auf globale Äußerungen („Wir haben das so gemacht, wie Sie gesagt haben“, „Es war ganz angenehm“ usw.) zu beschränken.

Die Therapeuten versuchen durch akzeptierendes Zuhören und unterstützende Fragen eine Atmosphäre herzustellen, in der es den Partnern zunehmend leichter fällt, selbstverständlich und offen über ihre Sexualität zu reden. Dies ist ein erster wichtiger Schritt zur Entwicklung einer differenzierten und unbefangenen Verständigung über Sexualität zwischen den Partnern. Diese Gespräche können auch dazu beitragen, die Sexualität aus dem Zusammenhang von Heimlichkeit, Scham und Angst zu nehmen und in einen neuen Zusammenhang von Offenheit und Bejahung zu stellen. Eine Einstellungsänderung im Sinne einer stärkeren Akzeptierung der Sexualität kann dadurch in Gang gebracht werden.

Die Therapeuten ermöglichen beiden Partnern, in etwa gleichem Umfang über ihre Erfahrungen zu berichten. Sie achten darauf, daß jeder über seine eigenen Erfahrungen spricht und nicht stellvertretend für den Partner. Dadurch kann vermieden werden, daß ein Partner eine bestimmte Rolle übernimmt (z. B. „der dominante Sprecher“, der „Mittherapeut“, der „Patient“). So kann jeder den eigenen Anteil an dem Problem erkennen und akzeptieren, daß es in der Therapie um eine Veränderung beider geht.

Die Partner erleben das Streicheln oft schon bald als angenehm, und sie fühlen sich dabei wohl und entspannt. Die Therapeuten gehen verstärkend darauf ein. Sie betonen erneut die Bedeutung von Sichwohlfühlen und Entspannung für Zärtlichkeit und Sexualität. Wenn die Partner das Streicheln als besonders schön erlebten, dann sprechen die Therapeuten auch an, daß sie eine derart befriedigende Erfahrung nicht jedesmal erwarten können, daß es auch weniger befriedigende Erfahrungen geben wird. Diese Unterschiedlichkeit akzeptieren und tolerieren zu lernen, ist wichtig, um nicht ein neues Leistungsideal aufzubauen.

Die meisten Partner berichten zunächst über ambivalente oder negative Erfahrungen. Die Therapeuten problematisieren diese Schwierigkeit nicht sofort. Sie zeigen Verständnis und betonen, daß sich die Partner nach den langdauernden

den Enttäuschungen und Schwierigkeiten Zeit und Geduld zugestehen müssen. Sie versuchen zu erklären, daß auch Schwierigkeiten nützliche Erfahrungen sein können:

- 1) können sich die Partner durch die Schwierigkeiten klarer werden über ihre Probleme, Ängste und Konflikte;
- 2) können die Partner lernen, sich über solche Schwierigkeiten auseinanderzusetzen und sie zu lösen (z. B. unterschiedliche sexuelle Wünsche).

e) Transkript

Paar 40: Der Mann ist 36 Jahre alt, Arbeiter, in zweiter Ehe verheiratet; die Frau ist 38 Jahre alt, Verkäuferin und lebt in dritter Ehe. Sie sind seit 2 Jahren verheiratet. Der Mann beklagt, daß er beim Verkehr immer nur eine halbe Erektion habe und unmittelbar nach dem Einführen der Samenerguß komme. Dies sei immer so gewesen, und seine erste Ehe sei daran gescheitert. Die Frau hat Orgasmusprobleme, die sie aber auf den vorzeitigen Samenerguß ihres Mannes zurückführt; in früheren Beziehungen hat sie Orgasmen erlebt. Das Paar machte eine massierte Therapie.

m Th: Können Sie mal sagen, was Sie miteinander gemacht haben? Wie oft Sie was gemacht haben?

Mann: Ja, wir haben das so gemacht, wie Sie uns das gesagt haben, ich habe dann angefangen bei meiner Frau zu streicheln, die ersten 5 Minuten, nicht, und dann weiter abwechselnd, bis die halbe Stunde um war. An sich beim Streicheln selbst hat keiner gesagt, daß das unangenehm ist oder „Das störte mich“. Also im großen und ganzen war das Streicheln sehr angenehm.

m Th: Ja. Das ist so'n Gesamteindruck, so daß Sie sagen, das war ganz angenehm?

Mann: Ja.

m Th: Und war das so für beide Male?

Mann: Ja.

m Th: Sie haben es gestern nachmittag und heute morgen . . .

Mann: Und heute morgen.

w Th: (Zur Frau:) War es für Sie auch so?

Frau: Ja. Ich hab' sehr gut geschlafen, und es sehr angenehm, entspannend. Wie gesagt, er hat angefangen bei mir 5 Minuten, dann also 5 Minuten abwechselnd, es war sehr angenehm. Und heute morgen auch ganz gut.

m Th: Das ist ein ganz erfreulicher Gesamteindruck.

Frau: Ja, obwohl ich sehr schlecht schlafe in den letzten 2 Jahren, bin ich danach bald eingeschlafen.

m Th: Wenn Sie das sagen, „Das war so angenehm“, klingt es für mich fast so, als ob Sie überrascht sind, daß es so gut war.

Frau: Ja, es war richtig schön.

Mann: Ich hatte auch noch versucht mit dem Mund die Haut meiner Frau zu berühren.

w Th: Mit dem Mund zu streicheln, hm.

Mann: Und dann sagte sie, da wurde sie feucht unten, nicht.

m Th: Hm. Hat sie das gefreut, oder?

Mann: Ja.

m Th: Wobei es darauf jetzt gar nicht ankommt. Das ist so ein Effekt, der am Rande kommt, den Sie auch noch registrieren, weil Sie vielleicht irgendwo auch schon drauf warten. Aber darauf kommt es jetzt gar nicht an. Sie streicheln und vergessen, daß Sie Geschlechtsteile haben. Gucken erst mal, was Sie so am ganzen übrigen Körper erleben. Aber vielleicht gehen wir jetzt mal der Reihe nach alles durch. Ob wir im einzelnen rauskriegen, wo Sie noch was verbessern können. Als Sie Ihre Frau zuerst gestreichelt haben, was haben Sie da gemacht?

Mann: Ja, ich habe mit den Fingern so kreisende Bewegungen gemacht, von unten nach oben und wieder zurück, auf die Arme und wieder zurück und dann immer gleichmäßig

weiter, nicht. Ab und zu ist das so, daß ich es bloß mit einer Hand gemacht habe, nicht. Aber dann doch wieder mit beiden Händen. Immer so kreisende Bewegungen, von den Außenseiten nach innen rein und denn nach oben hin.

w Th: Ja. Wie haben Sie das Kreisen empfunden?

Frau: Äh, zuerst hat es gekitzelt, aber dann nachher hab' ich mich sehr schnell daran gewöhnt. Es waren also Sekunden, und denn war es nachher ganz gut.

m Th: War das eher so ein aufregendes Kribbeln, wie Kitzeln?

Frau: Ja, das war ein aufregendes Prickeln, so ein bißchen.

m Th: Ja, prickeln heißt ja schon wieder, das gefällt ganz gut.

Mann: Ja ja, hm, ja. Nein, es war kein unangenehmes Kitzeln. Ich merkte, daß ich jetzt anfangen muß zu lachen.

w Th: So eine ganz angenehme Aufregung. Wie ging es dann weiter?

Mann: Ja, dann hat das gleiche meine Frau bei mir gemacht und dann haben wir das also auf dem Rücken gemacht.

w Th: Wie waren so Ihre Bewegungen? Haben Sie es so ähnlich gemacht wie Ihr Mann oder anders?

Frau: Ich hab also mit einer Hand nur gestreichelt.

w Th: Ja. Und haben auch im Nacken angefangen?

Frau: Ja. Schulter und Arme und auch hier so die Seiten. Zuerst merkte ich, daß er so eine Gänsehaut kriegte.

Mann: Aber auch nur sekundenweise, und dann war das recht angenehm.

Frau: Und nachher bin ich auch im Kreis rumgegangen und dann wieder zurück. Und da merkte ich auch, daß so eine Entspannung da war.

w Th: Also daß Sie merken konnten, er wird jetzt weicher und ruhiger, schlapper.

Frau: Ja ja, hm.

w Th: Ich hab das Gefühl, daß das so schön für Sie war, zu spüren, wie Ihr Mann so reagiert.

Frau: Ja, das war erfreulich, als ich das nur merkte, daß das von ihm nun alles runterfiel.

w Th: Daß Sie ihn so entspannen konnten.

Frau: Hm, hm.

Mann: Ich finde das an allen Stellen gut, find ich das. Aber am meisten gefällt mir das hier oben am Kopf.

w Th: So die Nackengegend?

Mann: Nackengegend oder auch nur so hier. Und auf Schulter und Rücken und dann auch die Beine runter, nicht.

m Th: Das auf der Brust hat Ihnen am wenigsten gefallen?

Mann: Ja, gefallen schon, aber nicht so wie die anderen Stellen.

w Th: So das Gefühl, an den anderen Stellen bin ich empfindlicher, da ist es schöner.

Mann: Ja, schöner.

w Th: Wie war es an den Seiten?

Mann: Ach, an den Seiten war es auch ganz schön. Unter den Füßen fängt es gleich an zu kitzeln. Aber nur mit den einzelnen Fingern. Aber so mit der flachen Hand so reiben, das ist sehr schön.

m Th: Kitzelig ist man ja nur, wenn was Überraschendes kommt, oder so eine kleine Bewegung. Aber wenn Sie das dann mit der Hand machen, dann hört das wieder auf. Man kann sich ja selber praktisch gar nicht kitzeln.

Mann: Nee.

m Th: Das heißt, man ist nicht von Natur aus kitzelig, sondern nur unter bestimmten Umständen.

Frau: Meine Tochter gerade, die macht das dann auch so wie wir, hält ihren Arm hoch und wundert sich daß sie dann nicht lachen muß, und dann versucht sie so künstlich zu lachen. Hab ich jetzt gerade beobachtet.

m Th: Ja, wenn es angekündigt ist und man bemerkt, der andere will einen nicht irgendwie ärgern, dann ist man gar nicht kitzelig.

w Th: (Zur Frau:) Und gab es Stellen, wo es für Sie besonders schön war?

Frau: Ja, hier der Bauch, hier oben, das war sehr angenehm. Sonst war alles gleich. Ach so, doch hier, diese Stelle, das war auch sehr schön, möchte ich sagen, das war noch aufregender als hier oben die Schulter, nicht.

- w Th: Sie merkten plötzlich, oh, da bin ich ja ganz empfindlich, es ist schön, da gestreichelt zu werden.
- Frau: Hm.
- m Th: Dann wollte ich auch noch fragen, wie war es denn bei Ihnen am Po?
- Frau: Ja, das war auch gut.
- m Th: Sie hatten das vorhin in der Schilderung ganz ausgelassen, so daß ich mir überlegt habe, haben Sie das vielleicht ganz ausgelassen.
- Frau: Nein, nein, wir haben auch da gestreichelt, und das war auch sehr angenehm.
- Mann: Ja, hat sie, ja. Fand ich auch sehr schön. Angenehm.
- w Th: Und das Gesicht bei Ihnen? Haben Sie Ihre Frau im Gesicht gestreichelt?
- Mann: Auch nur mit der Innenkante der Fingerspitzen, auch manchmal die ganze Hand draufgelegt, so an die Wange. Und hier hinten rumgegangen.
- w Th: Daß Sie so nachgeföhlt haben die Konturen.
- Mann: Ja, und auch mit einem Finger so die Linien nachgezogen.
- w Th: (Zur Frau:) Und wie war das bei ihnen?
- Frau: Ja, es war sehr angenehm. Ich merkte auch, daß ich müde wurde, so richtig entspannt, das merkte ich dann so richtig.
- m Th: Hat es denn Unterschiede gegeben in der Art, wie Sie gestreichelt haben? Sie haben das beide ähnlich beschrieben, beide haben Sie mehr mit einer Hand und Sie mehr mit zwei Händen so kreisende, gleichmäßige Bewegungen auf dem Rücken gemacht. Oder hat das auch mal gewechselt, also mal fester.
- Frau: Ja, also ich hab, du auch.
- Mann: Wenn ich gestreichelt hab, ich hab auch mal fester und dann hat sie gesagt, also nicht zu fest.
- m Th: Ja, Sie mögen es lieber leicht.
- Mann: Wenn man so eben gerade die Hand auflegen tut auf die Haut und dann anfängt zu streicheln.
- Frau: Ja.
- m Th: Fast so drüber gleiten, das ist für Sie am schönsten. Wie ist es bei Ihnen?
- Mann: Ja, also mich kann man schon fester anpacken.
- m Th: (Zur Frau:) Haben Sie das dann auch so ein bißchen fester gemacht?
- Mann: Ja, manchmal ja.
- w Th: Aber das ist ja grad wichtig rauszufinden. (Zum Mann:) Ich hab das Gefühl, daß Sie auch ganz gern spüren würden so die Muskeln, die da drunter sitzen, nicht nur die Haut, sondern auch das drunter. (Zur Frau:) Daß Sie vielleicht auch ruhig ein bißchen reinkneten können.
- Mann: Ja, manchmal schon, das könnte abwechselnd sein. Manchmal sanft und dann auch mal wieder fester.
- m Th: War es ein bißchen gleichförmig, so in der Art?
- Mann: Ja, der Druck als solcher war ein bißchen gleichmäßig.
- w Th: (Zur Frau:) War es bei Ihnen auch so, daß Sie sich ein bißchen mehr Bewegung, Abwechslung gewünscht hätten? Oder auch mal in der Geschwindigkeit?
- Frau: Nö. Das war das Schönste, so das Gleichmäßige.
- m Th: Ihr Mann vielleicht anders als sie es mögen. (Zum Mann:) Was hat Ihnen denn besser gefallen, wenn Sie gestreichelt wurden oder wenn Sie streicheln sollten.
- Mann: Ich möchte beinah sagen, daß das beides gleich war. Also wenn wir uns im Arm haben, daß wir uns gegenseitig streicheln. Also das würde ich als sehr schön empfinden.
- m Th: Das hat Ihnen noch so ein bißchen gefehlt, daß das nicht so Hand in Hand ging.
- Mann: Ja. Daß immer nur der eine gibt oder nimmt und der andere umgekehrt.
- w Th: Hm.
- m Th: Heißt das, wenn Sie gestreichelt wurden, konnten Sie sich gar nicht so auf sich konzentrieren, sondern dachten, Sie müßten jetzt eigentlich was zurückgeben oder Sie würden jetzt gerne was zurückgeben.
- Mann: Nö, ich hab' da an sich nicht dran gedacht. Ich hab mich einfach nur so gehenlassen.
- w Th: Hm. Als Sie es machten, war es eigentlich ganz schön für Sie.
- Frau: Das Nehmen ohne jetzt was wiederzugeben, das war sehr gut.
- m Th: Sie waren froh, daß Sie nicht gleich reagieren brauchten, sondern einfach so kriegen

- Frau: Ja. Und deswegen bin ich ein bißchen erstaunt, daß mein Mann so reagierte, wenn er nun gesagt hätte, ich soll mal wieder beim Streicheln ein bißchen fester zupacken, dann hätt' ich das vielleicht gleich getan, so hab' ich mir vielleicht gedacht . . .
- w Th: Das hab' ich vorhin schon gedacht, daß Sie vielleicht jetzt ein bißchen schlechtes Gefühl kriegen, so „Ich habe es nicht so schön für ihn gemacht“. Ein bißchen enttäuscht vielleicht.
- m Th: Es ist nicht so eine Kritik an dem, was Sie machen, sondern ein Hinweis, probieren Sie es doch auch mal so, vielleicht mach' ich da auch gute Erfahrungen mit. Also so eine Ermutigung, daß Sie auch mal was anders probieren und (zum Mann:) für Sie bedeutet es sicher, sich einen Ruck geben, sowas zu sagen, weil man leicht denkt, der andere fühlt sich dadurch kritisiert oder verletzt, wenn man einen Wunsch äußert.
- w Th: Es war ja für Ihren Mann schon sehr, sehr angenehm.
- Frau: Ja.
- w Th: Genauso für sie auch. Nur daß Sie jetzt gemerkt haben, wir haben manchmal ein bißchen unterschiedliche Wünsche und können uns das gegenseitig geben. Sie können noch ein bißchen mehr für Ihre Frau tun. Das ist eigentlich die Erfahrung.
- m Th: (Zur Frau:) Mir ist noch nicht so ganz klar, was Sie schöner fanden, wenn Sie gestreichelt wurden oder wenn sie gestreichelt haben.
- Frau: Äh, wenn ich gestreichelt wurde. Das fand ich schöner.
- m Th: Hm. Da konnten Sie sich so richtig . . .
- w Th: . . . ganz hingeben.
- Frau: Ja. Ich merkte auch heute morgen, also sonst ist es morgens so unwahrscheinlich hektisch und heute morgen ist nun alles so langsam, so beim Kaffeekochen, sonst hetz' ich auch immer so ein bißchen rum. Heute morgen überhaupt nicht. Das Frühstück ging alles so leicht.
- m Th: Sie waren ausgeglichen?
- Frau: Ich war sehr ausgeglichen, ja.
- w Th: Das Streicheln macht Sie auch noch am Morgen zufrieden.
- m Th: Das ist sehr gut gelaufen, wie Sie es miteinander gemacht haben, aber es ist ganz wichtig, daß Sie nicht sagen, beim nächsten Mal, wenn wir es machen und es wird nicht genauso wie gestern oder heute, dann ist das schlimm. Das ist nicht immer gleich. Und Sie sollten jetzt nicht gleich so eine Leistung aufbauen, es muß jetzt immer gleich toll gemacht werden. Aber das find' ich schön, daß Sie sich so darüber freuen können. Daß Sie sagen, wie sehr Sie sich darüber gefreut haben.
- w Th: Das ist für Sie eigentlich auch ganz schön jetzt, zu hören, wie gut Sie das für Ihre Frau tun konnten.
- Mann: Ja, das freut mich.
- m Th: War es für Sie eigentlich schwer, die Grenzen einzuhalten? Grad so, wenn Sie auf dem Rücken liegen, wie es sonst immer so gegangen ist oder gleich hier hin.
- Mann: Ja, manches Mal mußte ich doch aufpassen, daß ich nicht mit der Hand auf die Brust kam. Es war doch manchmal der Gedanke da, daß es gekribbelt hat, ja.
- m Th: (Zur Frau:) Wie ging denn dann, haben Sie das vermißt, daß Ihr Mann da nicht angefaßt hat?
- Frau: Nein, vermißt hab' ich es nicht, aber ich hab' gemerkt, daß er da beim Streicheln so rum die Kurve nicht kriegt.
- m Th: Aber Sie haben es gar nicht so vermißt?
- Frau: Nein, nein gar nicht. Ich war auf Entspannung eingestellt.
- m Th: Fiel Ihnen das schwer, Ihren Mann nicht am Glied anzufassen?
- Frau: Nein, nicht.
- m Th: Wie ging Ihnen das, als Ihre Frau den Bogen gemacht hat?
- Mann: Ich hab an sich gar nicht weiter darüber nachgedacht. War eben total entspannt gewesen.
- m Th: Find ich ganz toll, daß Sie sich so darauf einlassen konnten.
- w Th: So die alten Gewohnheiten beiseiteschieben.
- Mann: Ich hab' gar nicht gedacht, daß sie mit einem Mal jetzt das Glied in die Hand nimmt oder so, der Gedanke ist mir gar nicht gekommen.
- w Th: Sie waren immer mehr so bei der Hand und wo die Hand gerade war und nicht bei den Stellen, wo sie noch hätte sein können.

- Mann: Ja, gerade da wo es war.
 Frau: Also, 'wenn er so rüber gestreichelt hat und von oben runter kam, dann merkte ich richtig, aha, das ist ein Tabu, da darf ich nicht hin. Aber das war gestern, heute nicht. Heute morgen war das wunderbar. Da ging es. Da hatte ich nicht das Gefühl, daß er da also „Da möcht' ich jetzt anfassen“, daß er da so gedacht hat in dem Moment.
- w Th: Und Sie es auch da nicht erwartet haben.
 Frau: Nein.
 m Th: Ja, daß Sie nicht dachten, ich möchte jetzt mehr, mach' doch mal was anderes.
 Frau: Nein, im Gegenteil. Ich bin heute sehr früh wach geworden und habe mich darauf gefreut, daß ich jetzt wieder die halbe Stunde hab', nicht, „Jetzt mußt du extra eine halbe Stunde früher wach werden“ oder so, ich war sogar munter.
- Mann: Ja, also ich hab das immer so laufen lassen.
 w Th: So mit dem Vertrauen, sie wird es schon machen.
 Mann: Ja. Wie gesagt, das festere Anfassen, das hätte ich vielleicht sagen sollen, aber ich bin nicht auf die Idee gekommen, irgendwas zu sagen.
 m Th: So während des Streichelns war es ganz gut.
 Mann: Ja.
 m Th: Wer hat eigentlich immer gesagt: „So, jetzt ist die Zeit rum, jetzt wechseln wir.“
 Mann: Ja, an sich meine Frau.
 m Th: Sie haben immer den Blick zur Uhr gehabt?
 Frau: Ich lag da jetzt so, weil ich alles nach Uhrzeit mache, deswegen muß ich lachen.
 Mann: Ich hab' weniger auf die Uhr geguckt. Ich bin auch über die 5 Minuten weg gewesen beim Streicheln, wenn ich dran war.
 m Th: Fanden Sie es störend, wenn Ihre Frau sagte: „So, jetzt ist die Zeit um?“
 Mann: Na, störend direkt nicht. Aber angenehm war es auch nicht, immer auf die Uhr zu gucken.
 m Th: Das ist jetzt am Anfang noch so eine Schwierigkeit, später machen Sie das nicht mehr so nach der Eieruhr, auf die Sekunde genau. Ist so eine Regel, daß jeder eben 3mal in beiden Rollen dran kommt. Und so eine Minute hin oder her, das kommt nicht so drauf an. Und es wär vielleicht ganz gut, wenn Sie beim nächsten Mal das so laufen lassen, ohne zu kontrollieren, ist das mit der Zeit auch richtig, daß Sie das mal probieren, Sie kümmern sich überhaupt nicht drum, Sie stellen die Uhr so hin, daß Sie sie nicht sehen. Wer hat denn heute morgen angefangen zu streicheln?
- Mann: Ich.
 m Th: Auch das sollte mal abgewechselt werden. Haben wir vergessen zu sagen. Also beim nächsten Mal streicheln Sie zuerst, beim übernächsten Mal wieder Sie, so daß immer der andere anfängt.
- Mann: Ja, den Gedanken haben wir gestern auch schon gehabt, da habe ich ja auch angefangen und da sagten wir schon, daß heute morgen das andersrum anfangen sollte, daß ich zuerst gestreichelt werde, nicht. Aber dann ist das doch irgendwie anders gekommen, und dann hat meine Frau sich auf den Bauch gelegt und dann habe ich erst wieder angefangen.
- m Th: Das soll aber auch so sein, daß Sie das immer abwechseln.
 w Th: Und das ist auch wieder keine Kritik, sondern das find' ich auch so schön, daß Sie sagen, ich möcht' das jetzt haben, und es ist ja auch wichtig zu lernen, sagen zu können, ich möchte das haben.
- m Th: Ja, ich finde das läuft ganz prima.
 Frau: Ich habe gestern abend schon beim Einschlafen zu meinem Mann gesagt, so Kleinigkeiten können einen so zufrieden machen. Und abends, ich war je ewig ein Nervenbündel.
 Mann: Ja, doch.
 Frau: Und denn konnte ich nicht schlafen. Aber gerade solche Kleinigkeiten, die bringen einen regelrecht zur Ruhe. Also deswegen hab ich mich so richtig gefreut, auch heute morgen.
 m Th: Tja, dann können wir eigentlich da jetzt den Vorschlag daraus ableiten, was Sie bis nächstes Mal machen sollten. Das ist ja so eine neue Erfahrung jetzt, daß wir Ihnen nicht nur Gefühle ausdrücken wollen. Dann können sich die neuen Erfahrungen

so ein bißchen setzen. Es wäre gut, wenn Sie das nochmal so machen und nochmal so ein bißchen mehr Gewicht darauf legen, auf die Abwechslung beim Streicheln, und daß Sie ein bißchen mehr sich trauen, Wünsche zu sagen, und rausfinden, was Sie nun stärker mögen. Es braucht nicht jedesmal das Gleiche zu sein, es kann z. B. sein, daß Ihnen heute abend was ganz Sanftes, Beruhigendes eine Zeitlang gefällt, aber Sie es dann auch mal fester mögen. Das kann wechseln. Kann auch sein, daß die Stelle am Nacken mal nicht die schönste ist, sondern vielleicht der Bauch, das ist auch nicht jedesmal die gleiche Stelle. Daß Sie einfach noch ein bißchen mehr damit experimentieren und die Stellen, die gestern und heute nicht so stark im Mittelpunkt standen, mal ein bißchen mehr nehmen und sich nicht so auf das bisherige festlegen. Wir machen es am Anfang absichtlich ein bißchen breiter und langsam, damit Sie die Gelegenheit haben, auch den Unterschied bei den einzelnen Übungen rauszufinden. Und daß Sie ganz viel Sicherheit kriegen, daß ohne die Genitalien das auch gut sein kann und befriedigend. Das haben Sie ja sehr schön erleben können diesmal. Und daß Sie Mut haben zu sagen, mach' doch mal was anderes. Man darf keine Angst haben, daß der andere einen da kritisieren will, sondern das ist ein Hinweis, da kriegen Sie was dazu. Das ist so etwas vom Wichtigsten, daß Sie das sagen können, ohne sich verletzt zu fühlen.

- Mann: Ja, genau.
 m Th: Man nimmt viel zuviel Rücksicht aufeinander in solchen Sachen und denkt, sowas darf ich nicht sagen, denn dann denkt der andere ja, er macht es schlecht und dann sagt man lieber gar nichts mehr und irgendwo ist man dann doch ein bißchen unzufrieden.
 w Th: Und daß Sie dabei natürlich auch zeigen, da ist es besonders schön, da gefällt es mir besonders gut. Nicht nur: jetzt will ich es anders haben, sondern auch zeigen, hier ist es ganz, ganz schön, wenn du da so rüber gehst.
 Mann: Ja, das ist klar.
 m Th: Gut. Termin für das nächste Mal haben wir schon.

f) Vorgehen in den weiteren Sitzungen

In den weiteren Sitzungen des Streicheln I können die Therapeuten folgende Punkte ansprechen.

Erweiterung der Verhaltensanleitungen: Die Partner baden oder duschen vor dem Streicheln zusammen und/oder cremen und ölen sich gegenseitig ein. Auch dabei sind Brüste und Genitalien auszusparen. Dies ist eine Hilfe zur Entspannung und dient dem Vertrautwerden mit dem Körper des anderen. Die Partner können sich auch vor dem Streicheln zusammenlegen und dabei darauf achten, möglichst viel Hautkontakt zu haben. Dabei soll jedoch ebenfalls das Aneinanderpressen der Genitalien unterbleiben. Sie können dadurch körperliche Nähe ertragen und genießen lernen. Die Partner können auch das Streicheln mit dieser Art des Zusammenliegens beenden. Diese Erweiterung ist dann auch eine wichtige Ergänzung, wenn die Partner den engen Hautkontakt beim Streicheln vermissen.

Sexuelle Spannung, Selbstbefriedigung: Die Einschränkung des sexuellen Verhaltens bezieht sich nicht auf die Selbstbefriedigung. Sexuelle Spannungen, Unbefriedigtsein eines oder beider Partner beeinträchtigen die Möglichkeit, sich beim Streicheln wohlfühlen. Es ist dann wünschenswert und durchaus natürlich, Selbstbefriedigung zu machen, aber nicht im Beisein des Partners. Sie sollten aber darüber sprechen und dabei auftretende Probleme (Widerwillen, „Eifersucht“ oder auch „Neid“, wenn nur ein Partner masturbieren kann) mit den Therapeuten besprechen. Häufig merken die Partner aber auch, daß

sexuelle Spannungen nicht in dem Maße auftreten, wie sie es selbst erwartet haben. Die Therapeuten können hieran aufweisen, daß Sexualität nicht nur Koitus und Orgasmus umfaßt, vielmehr können sexuelle Befriedigung und Entspannung auch durch Streicheln und durch nicht auf Erregung zielende Zärtlichkeit erreicht werden.

g) Besondere Probleme

Erfahrungsgemäß ist bei diesem Therapieabschnitt mit einer ganzen Reihe von Schwierigkeiten zu rechnen, von denen wir hier nur auf die häufigsten eingehen:

Helligkeit, Nacktheit: Die Partner genießen sich derart voreinander, daß sie die Helligkeit nicht ertragen können oder sich nicht ganz ausziehen mögen. Es werden dann verschiedene Gründe angegeben, wie z. B. „Das haben wir immer im Dunkeln gemacht“, „Es war so kalt im Zimmer“, „Ich fand es peinlich, so nackt ausgebreitet vor ihm zu liegen“, „Wenn das Geschlechtsteil nicht mitgestreichelt werden darf, kann ich doch das Höschen anbehalten“ usw.

Feuchte Küsse, Speichel: Es kann beim Küssen oder Streicheln mit dem Mund und/oder Zunge zu Ekelreaktionen kommen. Diese Reaktion, z. B. das Abwischen der feuchten Stelle, kann vom Partner als kränkend empfunden werden.

Berührungssängste: Es kann beim Streicheln zu unwillkürlichen Reaktionen kommen, wie z. B. Kitzelreaktionen, Wegzucken oder anhaltende Gänsehaut. Dies ist ein Zeichen dafür, daß Entspannung fehlt oder der Körper Berührungen überhaupt nicht mehr gewohnt ist.

Leistungsorientiertheit, Versagensängste: „Das macht anderen sicher sehr viel mehr Spaß“, „Dabei muß man eigentlich eine Erektion bekommen“, „Ich habe immer darauf gewartet, erregt zu werden“, „Mein Partner konnte sich sofort entspannen, der hat nie Schwierigkeiten“, „Ich schaffe es einfach nicht, daß mein Partner das gut findet“, „Gestern war das so gut, das schaffen wir nie wieder“ usw.

Kommunikationsprobleme: „Keiner mag so richtig anfangen“, „Sie sagt immer, wir müssen die Hausaufgaben machen, dann habe ich schon keine Lust mehr“, „Wenn sie nicht will, fühle ich mich abgelehnt“, „Wenn er eine Erektion hat, kriege ich ein schlechtes Gewissen und denke, ich muß jetzt was für ihn tun“ usw. . .

Regelübertretungen: Manchmal machen die Partner Geschlechtsverkehr trotz des Koitusverbots. Dies kann einfach Ausdruck der Befreiung von Leistungsdruck sein oder aber, wenn dies häufiger vorkommt, auch ein Sich-nicht-Einlassen auf die Therapie bedeuten. Der Ablauf dieses Erlebnisses wird genauso ausführlich besprochen wie das Streicheln. An den in der Regel negativen oder ambivalenten Erfahrungen beim Verkehr demonstrieren die Therapeuten nochmals den Sinn und Zweck des Koitusverbots. Es ist sinnvoll, den Partnern ausdrücklich zu sagen, daß das Verbot kein „Trick“ ist, dessen Übertretung die Therapeuten heimlich erwarten.

Vermeidungsverhalten: Fast alle oben genannten Schwierigkeiten können Rationalisierungen von Vermeidungsverhalten oder verdecktes Vermeidungs-

verhalten sein. Andere direktere Formen von Vermeidungsverhalten sind: „Wir hatten keine Zeit zum Üben“, „War waren beide nicht in der richtigen Stimmung zum Üben“, „Wir haben das nur einmal gemacht“, „Wir sind in letzter Zeit immer so müde“, „Das war alles so schrecklich technisch“ usw. . .

Oft lösen sich die Schwierigkeiten dadurch, daß sie in den Sitzungen ausführlich besprochen werden, durch Wiederholung der Übungen, durch nochmaliges Erörtern der Regeln und des Sinnes des Streichelns, oder eventuell durch zusätzliche Verhaltensanweisungen wie z. B. die Desensibilisierung von bestimmten Ekelreaktionen und Mißempfindungen. Bei anhaltendem Vermeidungsverhalten bestehen die Therapeuten auf der Einhaltung der Regeln und konfrontieren die Partner mit ihrem Vermeidungsverhalten und den dahinterstehenden Problemen. Die meisten Schwierigkeiten lassen sich mit diesen Methoden lösen. Es gibt aber auch Paare, bei denen gravierende Widerstände vorhanden sind, dann müssen die zugrundeliegenden Konflikte, soweit es dem Therapeuten nach Ausbildung und Schulrichtung möglich ist, angesprochen und bearbeitet werden.

Die Therapeuten fragen in den ersten Sitzungen des Streicheln I von sich aus noch nicht nach sexueller Erregung oder sexuellen Funktionen. In der Regel reagieren die Partner auf das Streicheln auch nicht mit sexueller Erregung. Wenn sie dadurch verunsichert sind, dann erläutern die Therapeuten, daß es im Augenblick auf diese Reaktionen gar nicht ankommt, sondern daß es nur darum geht, sich beim Streicheln wohlfühlen, zu entspannen, es allmählich genießen zu können, gleichgültig, ob es dabei zur Erregung kommt oder nicht. Wenn der „Symptomträger“ über sexuelle Reaktionen berichtet, dann besprechen die Therapeuten nochmals den Zusammenhang von Entspannung und sexueller Funktion, betonen aber ebenfalls, daß es auf Erregung im Moment nicht ankommt und daß die Partner dies auch nicht jedesmal erwarten sollen. Wenn der „ungestörte“ Partner über sexuelle Reaktionen berichtet, dann wird besprochen, wieweit dies den anderen unter Druck setzt. Er wird weiterhin ermutigt, sich das Erlebnis des Streichelns auch einmal ohne sexuelle Erregung oder Funktion zuzugestehen, bzw. die Erregung gelassen hinzunehmen.

h) Beendigung des Abschnitts

Das Streicheln I wird beendet, wenn das Streicheln als angenehm und entspannend erlebt werden kann und die gegenseitige Verständigung über Empfindungen und Wünsche bei den Partnern eingeleitet ist.

Für diese Stufe sind mindestens 2 Sitzungen erforderlich (vgl. Übersicht S. 166).

6 Streicheln II

a) Ziele

Für diesen Abschnitt gelten grundsätzlich weiterhin dieselben Ziele wie für Streicheln I, daß nämlich die Partner lernen sollen, Streicheln und Körperkontakt entspannt und ohne Leistungsdruck zu erfahren und zu genießen. Die Erweiterung besteht darin, daß die Partner nun die Möglichkeit haben, Brüste

und Genitalien in das entspannte, zärtliche Streicheln des ganzen Körpers mit einzubeziehen. Sie sollen die Erfahrung machen, daß die Berührung dieser Körperteile nicht notwendigerweise ein Signal zum „Weitermachen“, z. B. bis zum Koitus, ist. Mißempfindungen und Berührungsängste, die in diesem Zusammenhang häufig auftreten, sollen allmählich abgebaut und eine akzeptierende, nicht leistungsorientierte Wahrnehmung der eigenen Gefühle und Empfindungen auch an den Brüsten und Genitalien möglich werden. So soll die Basis erweitert werden für eine nicht nur genital zentrierte Auffassung von Sexualität.

b) Vorgehen

Nach der Besprechung der Erfahrungen aus den letzten Übungen schlagen die Therapeuten den Partnern vor, einen kleinen Schritt weiter zu gehen: Die Partner sollen sich bis zur nächsten Sitzung wieder 2mal Zeit zum Streicheln nehmen und dabei weiterhin abwechselnd die aktive und passive Rolle einnehmen, jeweils 3mal. Dabei streicheln sich die Partner jedesmal zu Beginn, d. h. in der 1. Phase, so, wie sie es bisher getan haben. Der neue Schritt besteht darin, daß die Partner in der 2. Phase die Brüste der Frau und, falls vorher ausgeklammert, auch die des Mannes sowie die Genitalien von Mann und Frau mit einbeziehen. Diese Körperstellen werden genauso gestreichelt wie die anderen Teile des Körpers: sie werden jetzt nicht mehr ausgelassen, aber auch nicht bevorzugt berührt. Die Partner streicheln Brust und Genitalien nur beiläufig und oberflächlich, d. h. der Mann streichelt nur über die Brüste hinweg und berührt die Frau noch nicht zwischen den Schamlippen; die Frau massiert den Penis noch nicht und bewegt auch noch nicht die Vorhaut über die Eichel hin und her. Brust und Genitalien werden also noch nicht gezielt stimuliert. In der 3. Phase, wenn sich die Partner wieder auf den Bauch legen, wird dann wieder gestreichelt wie bisher.

Die Therapeuten betonen, daß es wie bisher v. a. darum geht, sich beim Streicheln gut zu fühlen und zu entspannen, nun auch, wenn Brüste und Genitalien berührt werden; auf Erregung, Erektion und Orgasmus kommt es weiterhin nicht an. Genitalien und Brüste verlieren dadurch ihre negative Signalwirkung („Jetzt muß ich erregt werden“, „Jetzt muß ich eine Erektion haben“ usw.), und die Partner können allmählich wieder lernen, Empfindungen an den Genitalien unbefangen zuzulassen und zu genießen.

Die Therapeuten betonen, daß die beiden Grundregeln der Therapie – nur das zu tun, was beiden Spaß macht, und nur solange, wie es für beide gut ist, und selbstbezogen auf die eigenen Gefühle zu achten (vgl. S. 194) – weiterhin gelten. Auch die anderen Anleitungen bzw. Regeln des Streichelns I bleiben bestehen: Verzicht auf Koitus und Petting sowie Mitteilen der Empfindungen und Wünsche. Zusätzliche Übungen wie Duschen, Baden, Eincremen usw. können beibehalten werden.

c) Transkript

Paar 41: Die Frau ist 24 Jahre, der Mann 26 Jahre alt, beide studieren. Sie sind seit 1½ Jahren fest befreundet. Die Frau hat noch nie einen Orgasmus gehabt, weder beim Petting oder Koi-

tus mit ihren bisherigen Partnern, noch bei der Masturbation. Der Mann, für den dies die erste längere Freundschaft und sexuelle Beziehung ist, neigt zu vorzeitiger Ejakulation und fühlt sich im Vergleich zu anderen Männern sexuell unerfahren und inkompetent. Es wurde eine verteilte Therapie mit einem Therapeuten durchgeführt.

m Th: Und dann können wir auch ruhig eine Stufe weitergehen. Daß Sie weiterhin abwechseln, daß Sie beim ersten Mal sich auch wieder ein bißchen zusammenlegen, zusammenkuscheln und dann der eine den anderen streichelt.

Frau: Ach so, hmhm.

m Th: Und daß Sie beim zweiten Durchgang einfach die Brüste und die Genitalien mit einbeziehen. Aber nur so mitstreicheln, nicht besonders beachten. Also nicht mehr, als die ausgelassenen Stellen jetzt mit dazunehmen, wobei ganz wichtig ist, daß Sie dem Genitalbereich und den Brüsten nicht mehr Aufmerksamkeit zuwenden als anderen Körperteilen. Sie sind also nicht mehr ausgeschlossen, sind aber auch nichts Besonderes, sondern sind für Sie Körperteile wie Bauch, Oberschenkel usw. Wobei wichtig ist, (zur Frau:) daß Sie den Penis Ihres Mannes nicht massieren, die Vorhaut nicht zurückziehen, wie wenn sie ihn richtig stimulieren wollten; sondern nur so oberflächlich streicheln, den Penis und Hoden. Egal ob er schlapp oder steif ist. (Zum Mann:) Und daß Sie das Genitale Ihrer Frau auch nur so oberflächlich streicheln, daß Sie z. B. nicht mit den Fingern oder der Hand zwischen den Schamlippen oder im Scheidenvorhof streicheln, sondern nur so oben drüber.

Mann: Hm.

m Th: Und um sexuelle Erregung geht es weiterhin überhaupt nicht, sondern einzig und allein darum, sich zu entspannen, ganz wohl zu fühlen. Der Sinn, warum wir Ihnen jetzt raten, die Genitalien und Brüste langsam mit einzubeziehen, ist, daß diese Körperteile ihren Signalcharakter verlieren. Früher war das sicher oft so, wenn da einer anfing, dann hieß das, „also jetzt ist das der Anfang zum Verkehr“ und es stellten sich damit gleich wieder die Ängste ein: „Klappt es heute, klappt es nicht?“, „Ach, ich würd ja eigentlich doch lieber nicht, weil es nicht geht oder es nicht so schön wird, wie wir uns das vorstellen.“ So diesen Alarmcharakter bei den Berührungen dieser Körperteile langsam zu verlieren, das ist wichtig. Und die Erfahrung: „Ich kann mich auch dabei voll entspannen und es schön finden.“

Mann: Hm.

m Th: Das ist eigentlich der Sinn jetzt dieser nächsten Stufe. Es wäre gut, wenn Sie das 2mal machen, ruhig auch 3- oder 4mal, aber 2mal mindestens.

Mann: Nach oben keine Grenze.

m Th: Nach oben keine Grenze.

Mann: Ja.

d) Besprechung der Erfahrungen

Für das Besprechen der Erfahrungen gilt das für Streicheln I Gesagte (S. 197). Entsprechend der Anweisung, daß die Brüste und Genitalien nicht besonders betont werden sollen, sondern nur beiläufig und oberflächlich mit einbezogen werden dürfen, fragen die Therapeuten nicht gleich nach den Empfindungen an diesen Körperstellen, sondern lassen sich wieder ausführlich über die Erfahrungen mit der ganzen Übung berichten.

Ergänzende Interventionen: Auf dieser Stufe der Therapie sollten die Therapeuten erstmals überlegen, ob es bei dem behandelten Paar sinnvoll ist, ergänzend zu den bisher beschriebenen Übungen für beide Partner die Übung zur körperlichen Selbsterfahrung, wie sie im Teil III beschrieben werden, einem oder beiden Partnern anzubieten. Ein solches Vorgehen ist oft eine notwendige Vorbereitung für die Aufgaben der Partner im nächsten Abschnitt, dem erkundenden Streicheln (S. 208).

Bei der Vaginismusbehandlung sollten auf jeden Fall in dieser Stufe die Anleitungen für die körperliche Selbsterfahrung (S. 242) für die Frau als Vorbereitung auf die Übungen mit den Hegarstäben eingearbeitet werden.

e) Besondere Probleme

In diesem Abschnitt der Therapie treten in der Regel folgende Schwierigkeiten auf: Mißempfindungen beim Anfassen der Brüste bzw. Genitalien; Abneigung, den anderen an den Brüsten/Genitalien anzufassen; Enttäuschung über das Ausbleiben von sexueller Erregung; starke Erregung eines Partners, durch die sich der andere Partner unter Druck gesetzt fühlt. Die Therapeuten greifen diese Schwierigkeiten auf, explorieren die Verhaltensabläufe und Auslösungsbedingungen, gehen auf die dahinterstehenden Ängste ein und desensibilisieren sie mit speziellen Verhaltensanleitungen. Sie ermuntern die Partner, die Übung zu wiederholen und sich auf das Streicheln des ganzen Körpers einzulassen. Ferner ist wichtig, auf Schwierigkeiten aufgrund der unterschiedlich ausgeprägten Gefühle bei den verschiedenen Übungsteilen (aktiv und passiv) einzugehen: z. B. auf die oft unterschiedlichen Erlebnisweisen des Mannes und der Frau bei Berührungen im Genitalbereich.

Manchmal erzählen die Partner, daß sich durch das Streicheln sexuelle Spannungen aufgebaut haben, die zu Unruhe, Unbefriedigtsein geführt haben. Das kann entweder dadurch abgebaut werden, daß die Partner die Übung mit dem Streicheln „neutraler“ Körperteile beenden und anschließend noch nebeneinander liegen bleiben, um die Erregung abklingen zu lassen. Ferner ist auch in diesem Abschnitt die Selbstbefriedigung erlaubt, aber weiterhin nicht in Anwesenheit des Partners.

f) Beendigung des Abschnitts

Das Streicheln II ist beendet, wenn die Partner sich bei der Berührung des ganzen Körpers, also auch der Brüste und Genitalien, wohlfühlen können, ohne daß sie auf sexuelle Erregung warten, ihre Erfahrungen austauschen können und Mißempfindungen und Spannungen beim Streicheln in der Regel nicht mehr auftreten. Für diese Stufe sind mindestens 1–2 Sitzungen erforderlich (vgl. Übersicht S. 166).

7 Erkundendes Streicheln im Genitalbereich

a) Ziele

In diesem Abschnitt sollen die Partner durch erkundendes Streicheln ihre Genitalbereiche besser kennen und akzeptieren lernen.

Sie sollen lernen, sich gegenseitig und auch jeder für sich im Genitalbereich ohne negative Reaktionen anzusehen. Sie sollen vertraut werden mit den unterschiedlichen Streichel- und Stimulationsmöglichkeiten im Genitalbereich und ihre Vorlieben und Abneigungen im Hinblick auf diese Möglichkeiten erkunden. Sie sollen die vielfältigen und v. a. auch von Mal zu Mal unterschiedlichen Reaktionen bei genitaler Stimulation (erregt, entspannt, wohligh, überreizt usw.)

kennenlernen und erfahren, wie wichtig es ist, sich immer wieder darüber zu verständigen.

Auf diese Weise sollen Informationsdefizite, Scham- und Angstbarrieren, Ausdrucksschwierigkeiten und Tabus langsam abgebaut und das entspannte Streicheln auf den Genitalbereich ausgedehnt werden.

b) Vorgehen

Die Therapeuten schlagen den Partnern vor, einen Schritt weiter zu gehen. Die Partner sollen sich bis zur nächsten Sitzung wieder 2mal Zeit zum Streicheln nehmen und dabei, wie bisher, abwechselnd die aktive und passive Rolle einnehmen, jeder 3mal.

In der 1. Phase liegen die Partner wieder auf dem Bauch und lassen sich auf der ganzen Rückenpartie streicheln. Dieses Streicheln dient der Entspannung und der Einstimmung zur Übung. In der 2. Phase, wenn sie wieder auf dem Rücken liegen, streicheln sie auch zunächst wieder ihren ganzen Körper unter oberflächlicher Einbeziehung der Genitalien und Brüste und gehen dann zum neuen Übungsteil über.

Dieser neue Übungsteil ist das *erkundende, nicht auf Erregung oder Orgasmus zielende Streicheln im Genitalbereich*. Die Frau streichelt den Mann zunächst wieder am ganzen Körper, dann sanft an Penischaft, Eichel und Hoden. Sie zieht dann die Vorhaut vor und zurück und massiert den Penis mit den Fingern oder der ganzen Hand. Sie versucht herauszufinden, welche Bewegungen, welchen Druck, welchen Rhythmus ihr Partner dabei besonders gerne mag, wie er sich am Penis gerne berühren oder stimulieren läßt. Der Mann soll seiner Frau sagen oder durch Handführen auch zeigen, was er besonders gern hat. Es kommt nicht darauf an, ob bei diesem Streicheln eine Erektion auftritt oder nicht, vielmehr darauf, daß der Mann dieses Streicheln genießen kann und die Erfahrung macht, daß auch das Streicheln des schlaffen Penis lustvoll ist und ohne Angst erfahren werden kann.

Der Mann streichelt die Frau ebenfalls zunächst wieder am Körper, an den Brüsten, dann am Genitale. Er erkundet die verschiedenen Möglichkeiten des Streichelns, z. B. Spielen mit dem Schamhaar, indirektes Reizen der Klitoris durch rhythmischen Druck auf Schamlippen und Schambein, streichelnde Bewegungen vom Scheideneingang bis Klitoris, sanftes Reiben der Klitoris, kreisende sanfte Bewegungen um die Klitoris herum usw. Auch hier geht es nicht um Erregung oder gar Orgasmus, sondern darum, sich zu entspannen und sich wohlzufühlen. Die Frau versucht sich auf ihre Gefühle beim Streicheln zu konzentrieren, um herauszufinden, wann, wo, mit welchem Druck und Rhythmus sie sich gerne im Genitalbereich streicheln läßt. Sie versucht, dies ihrem Mann mitzuteilen oder durch Handführen zu zeigen. Sie gibt ihm Hinweise, wenn sie etwas Anderes wünscht.

Die Therapeuten erklären den Partnern, daß dieses Erkunden der Genitalien nicht dazu dient, eine jederzeit verfügbare Technik effektiver Stimulation herauszufinden. Der Wunsch, wie man gestreichelt werden möchte, ist nicht konstant, sondern hängt von Stimmungen und den augenblicklichen Gefühlen zum Partner ab. Wichtiger als die Suche nach einer immer anwendbaren Tech-

nik, die es ohnehin nicht gibt, ist die Entwicklung der Fähigkeit, zu sagen oder zu zeigen, was man im Augenblick haben möchte.

Die Therapeuten besprechen mit den Partnern, daß beim Mann die Eichel des Penis und bei der Frau alles, was zwischen den großen Schamlippen liegt, d. h. Scheidenvorhof, kleine Schamlippen und Klitoris, aus empfindlicher Haut besteht. Wenn die Berührungen zu grob sind, entstehen leicht Mißempfindungen. Wenn diese Häute trocken sind, dann sind oft schon leichte Berührungen unangenehm. Es ist deshalb sinnvoll und hilfreich, den Genitalbereich mit Spucke, Babyöl oder einer Gleitcreme anzufeuchten.

Die Partner können sich auch mit dem Mund im Genitalbereich erkundend streicheln. Wie bei allen „ungewöhnlicheren“ Sexualpraktiken (im Verlauf der weiteren Therapie z. B. voreinander Masturbieren, Petting oder Verkehr während der Regel, ausgefallene Koitusstellungen usw.) weisen die Therapeuten auf diese Möglichkeit hin, ermutigen die Partner, sie auszuprobieren, um zu erfahren, was sie dabei empfinden. Sie sagen aber zugleich, daß Paare unterschiedliche Ansichten über diese Praktiken haben; einige finden sie erregend und einen wichtigen Bestandteil ihrer Sexualität, andere sehen darin eine gelegentliche Ergänzung, andere mögen sie nicht oder lehnen sie ab. Es kommt darauf an, daß sie ihre eigene Einstellung dazu finden. Auf Fragen betonen die Therapeuten, daß es objektive Argumente, z. B. hygienische, gegen Mundverkehr nicht gibt.

Falls es bei dieser Form des Streichelns zur Erregung kommt, sollen die Partner die Berührung im Genitalbereich kurz unterbrechen und die Erregung wieder abklingen lassen, bevor sie mit dem erkundenden Streicheln fortfahren.

Eine wichtige Hilfe für das erkundende Streicheln ist die *Kenntnis des Genitalbereichs und der Abbau von Scham und Angst, sich in diesem Bereich zu betrachten*. Die Partner werden deshalb gebeten, sich ihre Genitalien gegenseitig zu zeigen und sie anzusehen. Der Mann soll der Frau Penisschaft, Eichel, Vorhaut, „Bändchen“ und Hoden zeigen, und sie soll genau hingucken. Dann zeigt die Frau dem Mann die großen und kleinen Schamlippen, Klitoris, Scheideneingang, Harnröhrenöffnung. Dies fällt vielen Patienten zunächst nicht leicht, weil man diese Bereiche immer versteckt zu halten gelernt hat. Für diese Übungen ist es in der Regel sinnvoll, wenn die Partner sich vorher schon allein ihren Körper und ihre Genitalien angesehen haben (S. 207).

Die Partner sollen sich beim Zeigen und Betrachten über Bau und Funktionsweise des Genitales klarwerden. Sie sollen dabei auch ganz bewußt ihre Gefühle, auch die negativen wie Ablehnung oder Ekel, zulassen. Das Ansehen braucht nicht jedesmal beim Üben in diesem Abschnitt durchgeführt zu werden, sollte aber so oft wiederholt werden, bis die Partner auch visuell mit den Genitalien des anderen vertraut sind. Wenn die Partner nur unvollständige Vorstellungen von der Anatomie der Genitalien haben, dann besprechen die Therapeuten mit den Partnern Bilder von männlichen und weiblichen Genitalien.

Für die Verständigung ist es hilfreich, wenn *jeder Partner dem anderen zeigt, wie er sich selbst bei der Masturbation anfaßt und simuliert*. Die Partner sollen nicht voreinander masturbieren, sondern sich sozusagen die „Handgriffe“ zeigen. Sie können dann versuchen, diese Streichelart nachzuahmen und sich solange durch Hinweise oder Handführen korrigieren lassen, bis sie die optima-

len Stimulationsarten beim Partner kennen. Diese Anleitung sollte nicht in der ersten Sitzung des erkundenden Streichelns gegeben werden.

Nach dem erkundenden Streicheln in der 2. Phase lassen die Patienten das Zusammensein ausklingen, indem sie sich in der 3. Phase wieder abwechselnd auf den Bauch legen und ohne spezielle Berücksichtigung der Genitalien auf der Rückenpartie streicheln lassen. Sie können anschließend noch eine Weile zusammenliegen. Die Therapeuten betonen, daß die beiden Grundregeln der Therapie – nur das zu tun und es solange zu tun, wie es beiden Spaß macht, und selbstbezogen auf die eigenen Gefühle zu achten (S. 194) – weiterhin gelten. Auch die anderen Anleitungen bzw. Regeln bleiben bestehen: Verzicht auf Koitus und Petting; Mitteilen von Empfindungen und Wünschen; Umgang mit sexuellen Spannungen. Die zusätzlichen Übungen wie Duschen und Baden können die Partner beibehalten.

c) Transkript

Paar 36: Der Mann hat sekundäre Erektionsschwierigkeiten, die Frau Orgasmusprobleme. Wir haben dieses Paar weiter oben ausführlich beschrieben (S. 139). Eine massierte Therapie mit 2 Therapeuten wurde durchgeführt.

m Th: Es wäre jetzt ganz wichtig, daß Sie sich selber im Genitalbereich noch ein bißchen kennenlernen. Da möchten wir Ihnen folgendes vorschlagen: daß Sie sich wieder ausziehen und sich die ersten 5 Minuten wieder so streicheln wie bisher, zur Einstimmung und Entspannung.

Frau: Ja.

m Th: Und daß dann beim zweiten Durchgang, wenn Sie Ihren Mann streicheln, sich zunächst einmal gemeinsam seinen Penis angucken.

Mann: Hm.

m Th: Egal ob schlapp oder steif, das spielt gar keine Rolle. Daß Sie mal die Hoden angucken und anfassen, und daß Sie dann mal die Vorhaut des Penis zurückziehen und (zum Mann:) Sie Ihrer Frau dann mal zeigen, das ist die Eichel, die Vorhaut, das Bändchen, so richtig ein bißchen Anatomie. Und wenn Sie das so richtig alles gesehen haben, daß Sie dann mal ausprobieren, was man alles mit machen kann, mit dem Penis und mit den Hoden.

Frau: Hm.

m Th: Wie kann man die Hoden so in die Hand nehmen, wie man die streicheln oder drücken kann, daß es angenehm ist. Und vor allen Dingen aber auch, daß Sie den Penis anfassen, entweder mit 3 Fingern oder mit der ganzen Hand; mal gucken, wie weit man die Vorhaut zurückziehen kann, wieviel Druck Sie ausüben dürfen. Und (zum Mann:) Sie sagen Ihrer Frau, wie Sie es mögen „mach mal ein bißchen intensiver oder mach ein bißchen weniger stark“.

Frau: Ja, ich glaub', das hast du mir schon irgendwie beigebracht.

m Th: Dann gucken Sie einfach noch mal. (Zum Mann:) Und daß Sie dann auch ganz einfach mal selber Ihre eigene Hand nehmen und sagen, wenn ich das selber mache, dann mach' ich das so. Und daß Sie den Penis nehmen und dann nicht vor Ihrer Frau onanieren, aber Ihrer Frau mal die Bewegung zeigen. Also nur die Handgriffe sozusagen. (Zur Frau:) Und daß Sie dann mal versuchen, das nachzumachen.

Frau: Hm.

m Th: Dabei geht es nicht um Steifwerden oder um Erregung, sondern sozusagen um die Erkundung des Genitales, mit den Augen und mit den Händen.

Frau: Ja.

w Th: Und zwar so ganz bewußt. Sie haben das bestimmt bei Ihrem Mann schon gesehen. Aber daß Sie sich wirklich mal darauf konzentrieren, auch alle Fragen stellen, die sonst vielleicht mal runtergeschluckt wurden, was das ist oder ob es an der Stelle noch weitergeht, oder ob man da noch stärker machen kann oder sacher, oder ob es über-

haupt gut ist, da angefaßt zu werden. Daß Sie beide herausfinden, wie es besonders schön für ihn ist. Sie können dann zwischendurch auch mal wieder den ganzen Körper streicheln, und wenn Sie merken, das wird schwierig, das wird zu erregend, dann machen Sie einfach mal eine Pause oder streicheln Sie das Gesicht oder den Arm oder was auch sonst.

- Frau: Hm.
 w Th: Ja, und dann, wenn Sie wechseln, dann gucken Sie Ihre Frau an, das heißt Sie gucken sich zusammen an. Sie setzen sich hin und machen die Schamlippen ein bißchen auf, zeigen Ihrem Mann, was Sie selber gesehen haben, als Sie sich gestern selbst ansahen. Zeigen Sie ihm, hier die Klitoris, hier den Scheideneingang und hier die kleinen Schamlippen. Und gucken sich das gemeinsam richtig an. Wenn Sie wollen, können Sie also auch einen Spiegel dazu nehmen.
- Frau: Ja, ich glaube das wär' mir lieber.
 Mann: Das wird jetzt für mich insoweit lustig, wie soll ich sagen, ja, ich muß den Eindruck, den ich hab' schildern. Das ist lustig für mich insoweit, weil ich also weiß, daß meiner Frau das mit Sicherheit nicht gefallen wird. Sie hat das nicht gerne. Ich hab das schon mal so gemacht und nur so aus Spaß, „komm laß mich mal gucken“, dann wird sie ganz verrückt und wird ganz nervös, nicht?
- Frau: Ja, das stimmt, ich hatte das nicht gern. Wenn wir das vielleicht jetzt versuchen, dann ist mir das nicht so unangenehm.
 m Th: Sie haben ja auch gesehen, daß Sie jetzt, wenn Sie sich selber angucken, plötzlich gar nicht mehr ...
 Frau: Ja, aber vielleicht, wenn ich einen Zuschauer dabei habe, ist mir vielleicht nicht so unangenehm; da stimme ich zu, ja.
 m Th: (Zum Mann:) Aber es kann ja sein, daß es Ihnen viel schwerer fällt als ihr.
 Mann: Ich möchte gern.
 m Th: Und wenn es schwierig ist, dann wär' es so ganz hilfreich, glaub' ich, wenn Sie einfach so ein bißchen Verständnis dafür hätten, und sie nicht dafür auslachen.
 Mann: Ja, auslachen tu ich sie überhaupt nicht, das denkt sie immer. Ich lach' sie nur an. Mach' nur Spaß.
 w Th: Vielleicht wär' es dann ganz gut, wenn Sie in der Situation jetzt nicht versuchen, das so ein bißchen lustig zu machen, sondern eher so sehen, daß das für Ihre Frau schwierig ist und daß sie sich, auch wenn Sie das nicht so meinen, sehr schnell verunsichert fühlt. Und (zur Frau:) dann legen Sie sich hin und (zum Mann:) Sie streicheln Ihre Frau in diesem Bereich, also im Bereich des Geschlechtsteils. Aber auch nicht mit dem Ziel, sie zu erregen, sondern um zu erkunden, wie man sie da unten anfassen kann. Zum Beispiel können Sie so streichelnde Bewegungen von Scheideneingang hoch zur Klitoris machen; oder Sie können so um die Klitoris herumstreicheln; oder Sie können, ohne die Schamlippen auseinander zu machen, so mit der Handfläche Druck auf die Klitorisregion ausüben. Einfach mal probieren, was gut ist. (Zur Frau:) Sie sagen dann, „also das ist schön jetzt, das mußt du sanfter machen, oder da mußt du ein bißchen mehr drücken“. Nicht mit dem Ziel, daß Sie jetzt sozusagen den Knopf finden, den man dann immer drücken kann, um später einen Orgasmus bei Ihrer Frau auszulösen; sondern vielmehr, daß es ganz selbstverständlich wird, daß Sie sich darüber verständigen. Denn was Sie da gut finden, das kann sich von einem Tag zum anderen ändern.
- Frau: Ja, das hab' ich auch bemerkt.
 w Th: Uns geht es also wie gesagt mehr darum, daß Sie einfach lernen, sich jedes Mal wieder zu verständigen. Man muß immer wieder darüber reden und gucken, wie es heute ist. Und (zur Frau:) daß Sie dann vielleicht auch mal einfach zeigen, wie Sie es machen, wenn Sie sich selbst befriedigen.
 Frau: Dann kann ich nicht!
 m Th: Nein, Sie sollen sich nicht vor ihm selbst befriedigen.
 Frau: Nee, aber das kann ich von vornherein nicht. Ich kann mich vor meinem Mann nicht anfassen. Im Moment nicht, vielleicht geht es in zwei, drei Tagen besser.
 w Th: Ich sag' Ihnen nur mal, worum es geht. Wenn es Ihnen heut' noch zu schwer fällt oder morgen, tun Sie es übermorgen. Nur im Prinzip wäre es gut, wenn Sie mal sagen wür-

den, also paß' mal auf, ich mach' das so: Ich nehm' die Hand hier hin, und ihm dann zeigen, wie Sie sich berühren. Und (zum Mann:) daß Sie es dann mal genauso versuchen, es sozusagen nachahmen.

- Mann: Hm.
 m Th: Und daß Sie dabei auch weiter Hinweise geben, „stärker, nicht zu doll, hier mehr, da mehr“ usw. Das ist sicher sehr schwierig, aber Sie haben jetzt so oft erlebt, wenn man sich mal traut, ist es nicht so schwierig, wie man glaubte.
- Frau: Ja, das stimmt.
 m Th: Aber sie selber sollen bestimmen, wann Sie sich bereit fühlen oder wann Sie sich diesen Ruck geben können, es das erste Mal zu machen.
- w Th: Und vielleicht fällt es Ihnen ja noch leichter, so als Einstieg, daß Sie seine Hand auch mal führen.
 Frau: Ja, ich meine auch. Wenn ich seine Hand führe, vielleicht ja.
 w Th: Das ist ein guter Übergang, ja. Obwohl es nicht so einfach ist, das so gut zu zeigen, wie wenn man das mit der eigenen Hand macht. Aber es fällt Ihnen vielleicht erst mal leichter. Und noch etwas: (Zur Frau:) Sie haben zwar berichtet, daß Sie oft feucht wurden; aber es geht ja nicht darum, daß Sie sich erregen. Deshalb geben wir Ihnen noch so eine Creme mit. Nehmen Sie die bitte, wenn Sie nicht feucht sind, und machen Sie damit Ihr Geschlechtsteil feucht, sonst kratzt es, das sind ja empfindliche Häute.

d) Besprechung der Erfahrungen

Obwohl die Partner in der Phase oft gleich anfangen, von den neuen Erfahrungen zu berichten, achten die Therapeuten zunächst darauf, sich einen Eindruck vom gesamten Übungsverlauf zu verschaffen, bevor sie auf die neuen Übungselemente eingehen. Die Prinzipien von Streicheln I und II bleiben dabei weiter wichtig. Es ist hier, wie auch in allen weiteren Phasen der Therapie, nötig, daß sich die Therapeuten nicht vor Wiederholungen scheuen, z. B. aus der Befürchtung heraus, die Patienten zu langweilen, um dem Paar modellhaft zu verdeutlichen, daß durch neue Übungsteile die vorhergehenden nicht an Bedeutung verlieren, sondern immer wieder wichtige Erfahrungen ermöglichen.

Erst anschließend wird auf die neuen Erfahrungen eingegangen, und zwar zunächst unter dem Gesichtspunkt, was die Partner überhaupt gemacht haben, dann was sie davon schon kannten, ob ihnen neues aufgefallen oder Fragen aufgetaucht seien, auf die dann jeweils eingegangen wird. Bei der Besprechung der Gefühlsreaktionen greifen die Therapeuten zunächst die positiven Erfahrungen verstärkend auf, bevor sie ablehnende Reaktionen näher explorieren, um Ansatzpunkte für die Bearbeitung zu finden. Zum Schluß werden die positiven Ergebnisse noch einmal resümiert.

e) Transkript

Paar 40: Es handelt sich um das Paar, das wir schon im Transkript auf S. 198 beschrieben haben. Es wurde wegen einer Erektionsstörung des Mannes im Rahmen einer massierten Therapie behandelt.

- Mann: Ja, wir haben gestern abend angefangen, das was Sie uns erzählt haben, auf Entdeckungsreise gehen und so weiter. Das war interessant. War schön, fand ich jedenfalls. Ja und das übliche Streicheln auch wieder.
 m Th: Ja.
 Mann: Also ich fand es schön, meine Frau auch, als wir uns ausgesprochen haben. Ohne Überreizung, nicht?

- m Th: Sie konnten gestern das mal so erleben, wie wir es beschrieben haben.
 Frau: Ja. So daß es ganz normal ist. Wir haben uns gar nichts dabei gedacht.
 w Th: Wie haben Sie es gemacht. In der ersten Runde des Streichelns wie immer?
 Frau: Ja, mit dem Rücken angefangen, nicht.
 w Th: Wer war denn erst dran gestern?
 Mann: Gestern abend Du und heute morgen hab ich Dich zuerst gestreichelt. Ja also, die Geschlechtsteile haben wir uns auch erst bei der zweiten Runde angeguckt.
 Frau: Ja, stimmt.
 Mann: Dann auf dem Rücken, vorher hatte sie ja auf dem Bauch gelegen, da ist das ja nicht so, kann man zwar auch, aber das ist doch ein bißchen anstrengender, finde ich. Geht auch, aber ist ein bißchen komplizierter.
 w Th: Es war ja auch wichtig für Sie, mit einfachem, gleichmäßigem Streicheln anzufangen und bei der zweiten Runde erst die neue Übung zu machen.
 Mann: Ja, genau. Also die großen und kleinen Schamlippen hab ich so vorn mit zwei Fingern auseinandergehalten. Das klappte schon ganz gut.
 m Th: Haben Sie denn da neue Sachen entdeckt, wo Sie nun so genau angeguckt haben, wo Sie nie so unbefangen rangegangen sind?
 Mann: Och, befangen bin ich da eigentlich noch nie rangegangen. Denn ich hatte das ja vorher auch gemacht. Nicht so bewußt wie jetzt, aber eben doch mir alles genau angeguckt. Also ich hab' eigentlich keine Veränderung gesehen.
 m Th: Ja. Mehr so dieses gemeinsame Sich-darauf-Einlassen, oder? Ohne dabei sexuell erregt zu werden.
 Mann: Ja.
 w Th: Und Sie konnten das auch einfach so geschehen lassen?
 Frau: Ja, also ich hab' gar keine sexuellen Gedanken gehabt.
 m Th: Ohne daß Sie dachten, was noch danach kommt.
 Frau: Ja, ich hab' daran überhaupt nicht gedacht.
 w Th: Was im Moment geschah, das war richtig und gut.
 Frau: Ja, also, wie ich das so gestern festgestellt habe, war ich ganz locker und auch gestern abend merkte man nachdem noch, also ich hab' mir überhaupt nichts dabei gedacht, ich war richtig frei. Und heute morgen auch, das ist jetzt so, das gehört dazu und das ist ganz normal.
 m Th: Sie nicken immer ganz bestätigend, so als geht es Ihnen ganz ähnlich.
 Mann: Ja, das stimmt auch. Also wir sind nun so von anderen Gedanken eingenommen, daß ich vielleicht andere Gedanken hab', gar nicht. Nur eben mal dann längsfahren und mir die Sache begucken und ohne irgendwelche Gedanken zu machen.
 m Th: Vielleicht sollten wir Ihre Erfahrungen noch im einzelnen besprechen. Sie haben schon angefangen zu erzählen, was Sie gemacht haben. Sie sind die Schamlippen, großen und kleinen, entlaggefahren.
 Mann: Ja.
 m Th: Auch mal so am Kitzler hin?
 Mann: Ja.
 m Th: Und auch mal so hin wo es zum Hinterteil geht?
 Mann: Nee, da nicht.
 m Th: Können Sie beschreiben, was Ihr Mann gemacht hat, was für Sie da am angenehmsten war, wenn man das abstufen kann?
 Frau: Ja, im allgemeinen war das alles angenehm. Also ich hab ja im Spiegel zugeguckt. Übern Kitzler ist er so langsam rübergefahren, das war auch sehr angenehm und dann hat er das so mehr ein bißchen untersucht. Ich kann jetzt nicht sagen, was mir am angenehmsten war. Es war also alles angenehm.
 m Th: Manche Frauen mögen es nicht so gern, wenn sie zum Beispiel direkt am Kitzler angefaßt werden. Oder manche mögen es nicht, wenn sie an den Schamlippen direkt angefaßt werden. Sie konnten das gut haben.
 Frau: Ja, ich konnte das gut haben.
 m Th: War das denn auch sanft, wie Ihr Mann...
 Frau: Ja, sehr sanft.
 m Th: Fest oder richtig mit Druck?

- Frau: Nee, das war richtig so angenehm, wie ich es gerne haben möchte.
 w Th: War das an allen Stellen der Scheide und Schamlippen und Kitzler gleich, oder gab es Stellen, wo Sie noch sanfter...
 Frau: Also das war so richtig, wie ich es gerne haben möchte. Doch, eins muß ich sagen, da ist er dann runtergegangen und dann tat es weh. Aber das war auch nur ein Moment.
 m Th: Haben Sie es gesagt und dann haben Sie es (zum Mann:) anders gemacht?
 Mann: Ja, ja.
 w Th: Haben Sie dann fester angefaßt oder sind Sie über die Stelle rübergefahren?
 Mann: Nö, ich hab dann die ganze Hand genommen, die flache, vorher hatte ich die Fingerspitzen gehabt, nicht. Und dann bin ich mit der ganzen flachen Hand raufgegangen, und ich hab dann wieder gestreichelt.
 m Th: Sehr gut.
 Frau: Ja, genau, merk' ich ein Zucken und dann leg ich die ganze Hand drauf, und dann ist es gleich wieder weg.
 w Th: Geht ganz schnell vorüber.
 Mann: Ja.
 m Th: Was haben Sie denn bei Ihrem Mann gemacht so im Bereich vom Geschlechtsteil.
 Frau: Ja, ich hab die Vorhaut zurückgezogen und hab' das mal alles genau angeguckt, auch übern die Eichel gestreichelt.
 m Th: Ja.
 Frau: War auch sehr angenehm, auch der Hodensack, genau erst angeguckt. Und dann bin ich wieder streichelnd weitergegangen und dann habe ich es mir noch mal angeguckt.
 w Th: Haben Sie auch probiert, wie sich das alles bewegen läßt?
 Frau: Ja. Ja und dann normal weitergestreichelt, und ich hab' das Gefühl, daß meinem Mann das auch sehr gut gefallen hat.
 Mann: Es war angenehm; aber ich hätte bald Samenerguß gehabt, aber ich hab' den Gedanken gleich wieder abgeschaltet und hab' mich da wieder so entspannt hingelegt und das ist an sich dann dabei geblieben. Und dann war es wieder vorbei, nicht.
 m Th: Hatten Sie das Gefühl, so drei-, viermal hin und herbewegen, das hätte schon gereicht, damit Sie...
 Mann: Ja.
 m Th: Früher ging das wohl eigentlich nicht so schnell, Sie hatten früher immer gesagt, so schnell kam es eigentlich nie.
 Mann: Ja, doch, es kam dann vor allem, wenn eine kürzere Zeitspanne dazwischen war, dann kam es auch ziemlich schnell, nicht.
 m Th: Und was mochten Sie denn am liebsten, wie Ihre Frau da angefaßt hat?
 Mann: Ja, also wie sie den Hodensack so ein bißchen in der Hand hatte und die Vorhaut ein bißchen vor und zurückgeholt hatte.
 m Th: Mochten Sie die Berührung direkt auf der Eichel?
 Mann: Ja, mochte ich auch.
 m Th: Konnten Sie auch gut ab?
 Mann: Kann ich ab, ja.
 m Th: Weil das bei vielen Männern wiederum so was ist, was sie irgendwie überreizt, die möchten da nicht so direkt angefaßt werden. Aber das mögen Sie?
 Mann: Das mag ich, ja.
 m Th: Und so der Druck, den Ihre Frau so an den Hoden hatte?
 Mann: Ja, es könnte etwas eine Idee kräftiger sein.
 m Th: Ja.
 w Th: Am Hoden oder?
 Frau: Ich hab Angst, daß ich ihm weh tu' oder was.
 w Th: Der Druck am Hoden könnte etwas kräftiger sein?
 Mann: Nee, am Penis.
 m Th: Aja. Da können Sie sich ruhig trauen. Das Glied ist ziemlich unempfindlich, wenn es dann steifer wird, mit Blut ziemlich stark angefüllt, also wie ein Wasserkissen. Und da kann man ganz fest draufdrücken. Also je steifer es ist, desto fester können Sie drücken und auch wenn es schlaff ist, kann man relativ fest anfassen. Wenn nicht, wird Ihr Mann sagen, nun reicht es aber. Aber daß Sie das ruhig mal ausprobieren. Da geht

- man als Frau vielleicht auch so vorsichtig ran, weil man das nie... von allein wissen kann, wie fest mag es der Mann eigentlich. Sieht ja nicht so robust aus, ein Penis. Und da ist es ganz wichtig, daß Sie sich darüber verständigen. Wir haben die Brüste als „Geschlechtsteile“ völlig vernachlässigt bei unserer Frage.
- Mann: Ja, also die Brustwarzen waren schon etwas steif gewesen, aber dann hab ich auch unten am Brustansatz gestreichelt. Angenehm war es für meine Frau allerdings nur, wie ich auf den Brustwarzen selber war.
- Frau: Es tat weh, da hast du mich falsch verstanden, da hast du ein bißchen draufgedrückt, das tat weh. Also es war nicht erregend, es tat richtig ein bißchen weh.
- m Th: Auf den Brustwarzen oder wenn er die...
- Frau: Ja, er hat die ganze Hand draufgelegt gehabt. Und so der Druck war ein bißchen stark.
- m Th: Aja. Was ich nicht verstanden hab, ob Ihnen leichtes Streicheln an den Brüsten gefallen hat...
- Frau: Ja.
- m Th: ... oder ob für Sie überhaupt die Brustwarzen ein nicht so ganz geheures Gebiet sind
- Frau: Nein, das Leichte und Zarte, das kann ich ab. Aber es ist auch nicht immer, daß es weh tut. Vielleicht hat er das unbewußt ein bißchen toll gemacht, ich weiß es nicht.
- m Th: Oder vielleicht waren Sie gestern etwas empfindlicher. Das kann auch sein.
- Frau: Heute morgen war wieder alles in Ordnung.
- w Th: Mit dem Mund und mit der Zunge haben Sie sich nicht gestreichelt?
- Mann: Ja. Einmal bin ich mit der Nase über den Schamhaaren gewesen. Aber nur ganz kurz. Aber sonst mit dem Mund weiter noch gar nicht.
- w Th: Wie war das so, als Ihr Mann mit dem Gesicht ganz nah an den Schamhaaren war?
- Frau: Ja, ich hab da einen kleinen Schreck bekommen, es war unangenehm, für einen Moment aber nur.
- w Th: Daß es Sie ein bißchen überrascht hat?
- Frau: Ja, ich war überrascht, weil ich die Augen zu hatte. Also ich war richtig überrascht. Aber sonst, ich hab' mich damit abgefunden. Ich hab' ihm das gesagt, und dann hat er das auch nicht wieder gemacht. Ich hätte mich vielleicht daran gewöhnen können, wenn er noch etwas länger da geblieben wär.
- m Th: Es ist ja vorher auch eine ziemliche Beschränkung, nur den Körpern streicheln zu dürfen, wenn man es nicht gewohnt ist. Und wie wird es erst, wenn man da wieder anfängt. Und ich finde es gut, daß Sie jetzt gleich zu Anfang sehr intensiv die Erfahrung machen konnten, es ist schön, sogar so direkt anfassen, so „massiv“ anfassen und Sie sind gar nicht enttäuscht nachher, wenn es nicht weitergeht.
- Mann: Nein.
- m Th: Sondern finden es in sich rund und zufriedenstellend. Wir hatten Sie dann gestern noch so angesprochen mit den Wörtern, die Sie gegenseitig benutzen. Wenn Sie da mal versuchen zu beschreiben wie Sie es benennen.
- Frau: Ja, ich sag eigentlich Penis und mein Mann sagt Scheide.
- Mann: Ja, große Schamlippen, kleine Schamlippen, da ist der Kitzler und ich sag', hier ist der Eingang der Harnröhre.
- m Th: Ja.
- Mann: Äh, das hab ich gesagt. Bei mir hat sie gesagt Hodensack und auch die Sacknaht und Penis, Eichel, Vorhaut.
- m Th: Ja. Hatte das ein bißchen was Peinliches, darüber zu reden?
- Frau: Nein, gar nicht.
- m Th: Dann hatten wir noch angesprochen die Möglichkeit, wenn Sie Lust haben, auch mal außerhalb der Übungen sich zum Höhepunkt zu bringen, dann können Sie es machen.
- Mann: Nö, da haben wir gestern nachmittag drüber gesprochen. Ich habe da gar kein Verlangen nach, ich möchte lieber das gar nicht machen, vielleicht kommt das irgendwann mal wieder vor, aber ich habe gar kein Verlangen nach, mich selbst zu befriedigen.
- m Th: Im Moment sind Sie so ausgefüllt. Nun machen Sie ja auch am Tag zweimal 'was, sind dabei glücklich, so daß es ganz verständlich ist, was Sie jetzt sagen. Auf der anderen Seite kann das trotzdem noch was Gutes sein, das ist auch eine eigene Möglichkeit, sich sexuell zu betätigen, die auch bleibt, wenn man sich in der Partnerschaft gut ver-

- steht. Vielleicht nicht so häufig wie vorher, aber Sie sollten es nicht nur als Ersatz sehen, sondern als was, was zur Verfügung steht. Und wenn Sie jetzt unter Druck stehen, oder das Gefühl haben, jetzt möchten Sie mal, dann können Sie das ruhig auch machen.
- Frau: Ich habe früher Selbstbefriedigung gemacht.
- Mann: Ich war doch überrascht, als ich hier hörte, daß sie sich selbst befriedigte. Hab' ich gar nicht mit gerechnet, nicht? Denn ich habe es ja auch gemacht. Normalerweise hätte ich mir ja selbst sagen können, eine Frau muß das ja auch haben, wenn sie nicht zur Befriedigung kommt durch Geschlechtsverkehr.
- w Th: Sie brauchen es auch nicht nur so einschätzen, daß Ihre Frau das macht, wenn sie nicht zur Befriedigung kommt. Die Frauen machen das auch, wenn sie zur Befriedigung kommen.
- Mann: Die machen das trotzdem.
- m Th: Und Männer machen es auch, wenn sie mit einer Frau zusammen sind. Also das ist nicht was, was man ausspielen kann.
- w Th: Das ist ein anderes Stück von Sexualität, das man mit sich ganz allein haben kann.
- m Th: Find' ich aber sehr gut, daß Sie darüber reden, daß Sie es mal so ansprechen konnten. Es hat seinen Geheimnischarakter verloren. Sie haben sich ein Stück mehr kennengelernt, Sie wissen, da spielt sich was ab, und das ist nicht gegen Sie gerichtet.
- w Th: So, zu morgen sollten Sie diese Stufe ein bißchen ausbauen, innerhalb des Streichelns ein bißchen zeitlich ausdehnen, daß Sie ruhig mal zum Beispiel den Druck ausprobieren, den Ihr Mann am Glied haben möchte, so von ganz leicht bis ganz kräftig, nochmal die Vorhaut zurückziehen und ruhig so ein bißchen knuddeln da die Gegend. Und daß Sie (zum Mann) umgekehrt das auch so machen. Es soll nicht mehr so flüchtig sein, sondern richtig so vor sich gehen, wie sie am Anfang das Gesicht ausführlich gestreichelt haben. Ohne daß Sie den anderen „auf Touren“ bringen wollen oder erregen wollen, sondern einfach so alles anfassen, richtig in die Hand nehmen, wieder loslassen, nochmal anfassen, nochmal anders anfassen, drüber streicheln. Daß es ein ganz selbstverständlicher Teil wird, den Sie genau so intensiv anfassen können wie Ellbogen oder Wange.
- Mann: Jaja, genau.
- m Th: Und dann wär es ganz gut, wenn Sie auch mal ruhig probieren so mit den Lippen zu streicheln, das mögen viele ganz gerne. Und Sie scheinen es ja auch zu mögen, daß Sie das ruhig auch mal machen.
- Mann: Ja.
- m Th: An den Schamlippen oder zwischen den Beinen mit den Lippen oder der Zunge und daß Sie es umgekehrt beim Glied auch so machen.
- w Th: Daß Sie rausfinden, wie ist es denn mit den Lippen und der Zunge. Denn das sind ja sehr sehr empfindliche Körperteile, auch für den, der streichelt.
- Mann: Ja.
- m Th: Und nicht erst hochkitzeln oder so. Ich mein' das kann sein, daß trotzdem beim anderen, der jetzt geküßt wird, daß es ganz schön ist oder daß Sie merken, daß das Glied ein bißchen steifer wird, können Sie vergessen. Einfach so wie es halt kommt. Was so passiert. Sie können sich darauf verlassen, der der streichelt, wird dann schon wieder weitergehen, daß Sie sich nicht verkrampfen, weil Sie denken, „Gefühle dürfen nicht kommen“, ist überhaupt nicht gefragt. Also das muß überhaupt nicht sein. Das bedeutet eher, daß Sie es als selbstverständliche Sache ansehen. Nicht ganz so banal wie Händewaschen, bißchen angenehmer, aber genauso unkompliziert.

f) Besondere Probleme

Anatomische Unklarheiten. Besonders die weiblichen Partner werden oft durch die Konfrontation mit ihrem eigenen Körper und speziell mit ihrem Genitalbereich verunsichert. Irritiert durch Unkenntnis scheuen sie zunächst davor zurück, Fragen zu stellen. Gleiches gilt oft auch für die Männer. So stellt sich manchmal erst nach mehreren Sitzungen heraus, daß z. B. einer oder beide

Partner den Scheideneingang für die Harnröhrenöffnung halten oder die Klitoris nicht finden können. Die Therapeuten sollten dann nicht davor zurückscheuen, mehrfach die notwendigen Informationen, auch anhand von Abbildungen, durchzusprechen. Sie weisen die Partner darauf hin, daß genau wie bei Männern Unterschiede hinsichtlich der Länge, Dicke usw. des Gliedes bzw. der Hoden bestehen, es auch bei Frauen beträchtliche Unterschiede gibt, was z. B. Lage und Größe der Klitoris, Länge der äußeren und inneren Schamlippen, Farbe usw. betrifft.

Verletzungängste bei Berührungen im Genitalbereich. Wenn die Frau sich nicht traut, das Glied des Mannes so fest anzufassen wie er es wünscht, muß dieser Punkt zunächst genauer exploriert werden. Oft ist es dann sinnvoll, mit beiden Partnern zu besprechen, daß die Frau versuchen soll, beispielsweise den Penis so fest zu drücken, wie es ihr möglich ist, oder die Vorhaut so weit wie möglich zurückzuziehen. Sie soll sich darauf verlassen, daß ihr Partner ihr Bescheid gibt, sobald es schmerzhaft für ihn wird; so kann sie die Schmerzschwelle kennenlernen.

Wenn der Mann es vermeidet, die Frau im inneren Genitalbereich, d. h. zwischen den großen Schamlippen, zu berühren, oder sie selbst Angst davor hat, z. B. durch Fingernägel verletzt zu werden, müssen diese Ängste auch wieder genau exploriert werden. Es kann hilfreich sein, noch einmal zu betonen, daß diese Haut ja tatsächlich in trockenem Zustand sehr reizempfindlich ist, daß aber durch Verwendung von Speichel, Gleitcreme oder ähnlichem die Haut gleitfähiger wird und Berührungen dadurch angenehm werden. Der wiederholte und nachdrückliche Hinweis auf diese zusätzlichen Hilfsmittel ist übrigens auch wichtig, um die Frau hinsichtlich der Lubrikation nicht unter Leistungsdruck zu setzen.

Scheu und Ekel können beim intensiven Betrachten des Genitales auftreten, wobei das Unbekannte des Anblicks, Farbe, Hautbeschaffenheit, Form, Falten usw. wichtige Auslöser sein können. Oft reagieren die Partner auch mit Ekel und Widerwillen im Zusammenhang mit Körpersekreten und -gerüchen. Nachdem die Therapeuten die jeweilige Auslösesituation mit dem Partner ausführlich besprochen haben, ermutigen sie die Partner, sich der Erfahrung erneut auszusetzen, um damit vertrauter zu werden, erinnern aber auch daran, daß jeder unterbrechen soll, wenn es tatsächlich wieder unangenehm wird. Oft lösen sich diese Probleme dann schon nach wenigen Sitzungen mit zunehmender Sicherheit bei dem Paar. Falls notwendig suchen die Therapeuten gemeinsam mit dem Paar nach Zwischenschritten, die eine Annäherung erleichtern.

In diesem Therapieabschnitt wird deutlich, daß viele Paare das sexuelle Zusammensein während der Menstruation ablehnen. Die Therapeuten betonen, daß es keine objektiven Gründe für eine solche Zurückhaltung gibt, daß Paare mit dieser Frage sehr unterschiedlich umgehen, daß jedes Paar hier seinen eigenen Weg finden muß. Die Therapeuten ermutigen aber das Paar, sich der Erfahrung – Streicheln während der Menses – einmal auszusetzen.

Umgang mit aufstretender Erregung. Oft reagieren Paare irritiert, wenn während der Übung einer oder beide Partner erregt werden. Die eigene Erregung kann ihnen peinlich sein, weil sie glauben, etwas falsch gemacht zu haben, oder sie versuchen, den Partner zu überreden, sich über die Regeln hinwegzusetzen

und Petting bzw. Koitus zu machen, um die Erregung auszunutzen. Die Erregung des Partners kann sie unter Druck setzen, so daß sie ein schlechtes Gewissen haben, wenn sie anweisungsgemäß die stimulierenden Berührungen unterbrechen; oder sie fühlen sich aufgefordert, nun auch mit Erregung zu reagieren. In diesem Zusammenhang betonen die Therapeuten, daß Erregung „erlaubt“ ist und auch ruhig genossen werden soll, wenn sie auftritt. Sie stellen aber gleichzeitig klar, daß im Moment das erkundende Streicheln im Vordergrund steht und daß es in diesem Zusammenhang eine wichtige Erfahrung sein kann, Erregung auch wieder abflauen zu lassen. Sie gehen auch darauf ein, daß die Reaktion, sich von Erregung unter Druck setzen zu lassen oder sie ausnutzen zu wollen ja gewissermaßen ein Rückfall in die alten problematischen Verhaltensweisen ist.

g) Beendigung des Abschnitts

Das Ziel des erkundenden Streichelns im Genitalbereich ist erreicht, wenn das intensive, explorierende Berühren von Brüsten und Genitalien wiederholt als entspannend und angenehm erlebt wurde. Sexuelle Erregung, Erektion und Lubrikation sind in diesem Stadium nicht erforderlich.

Das Ziel dieser Stufe ist frühestens nach 3 Sitzungen zu erreichen (vgl. Übersicht S. 166).

8 Stimulierendes Streicheln. Das Spiel mit sexueller Erregung

a) Ziele

Ziel dieses Therapieabschnitts sind der Ausbau und die Erweiterung der Streichelerfahrungen im Hinblick auf angstfreies, spielerisches Umgehen mit angenehmen genitalen Empfindungen und sexueller Erregung; die Partner sollen vertraut werden mit den Möglichkeiten, sich stimulierend zu streicheln. Sie sollen das stimulierende Streicheln im Genitalbereich genußvoll und ohne Erwartungsängste zulassen. Durch einen spielerischen Umgang mit sexuellen Empfindungen – absichtlich abklingen lassen, erneut wieder aufbauen – sollen sie ihrer sexuellen Reaktionen sicherer werden. Sie sollen weiterhin lernen, das Ausbleiben sexueller Erregung gelassen zu akzeptieren.

Wenn den Partnern nach mehreren Erfahrungen mit dem stimulierenden Streicheln freigestellt wird, sich gegenseitig zum Orgasmus zu bringen, können sie ihre Reaktionen und Ängste im Zusammenhang mit dem Orgasmus kennenlernen. Sie können die Erfahrung machen, daß Petting mit und ohne Orgasmus für sich befriedigend sein kann und nicht immer den Übergang zum Geschlechtsverkehr darstellen muß.

b) Vorgehen

Die Therapeuten fordern die Partner auf, sich zunächst wieder ausführlich am ganzen Körper und ohne spezielle Berücksichtigung der Genitalien zu streicheln. Das soll ihnen die Möglichkeit geben, sich zu entspannen und sich auf die neuen Streichelerfahrungen einzustimmen. Dann werden dem Paar zwei

„Stellungen“ vorgeschlagen, die für den neuen Schritt erfahrungsgemäß besonders geeignet sind.

Der Mann streichelt die Frau in der Sitzstellung. Die Therapeuten erklären dem Paar die Stellung anhand der Abb. 5. Der Mann lehnt sich mit dem Rücken an das Kopfende des Bettes (an eine Wand etc.) und spreizt die Beine. Er polstert sich den Rücken aus, um bequem aufrecht sitzen zu können. Die Frau setzt sich zwischen die Beine des Mannes und schlägt ihre Schenkel über die des Mannes, damit dieser ihr Geschlechtsteil streicheln kann; sie kann den Kopf an seine Schulter legen. Die Stellung hat den Vorteil, daß sich viele Frauen in ihr besonders geborgen und wenig beobachtet fühlen. Der Mann beginnt

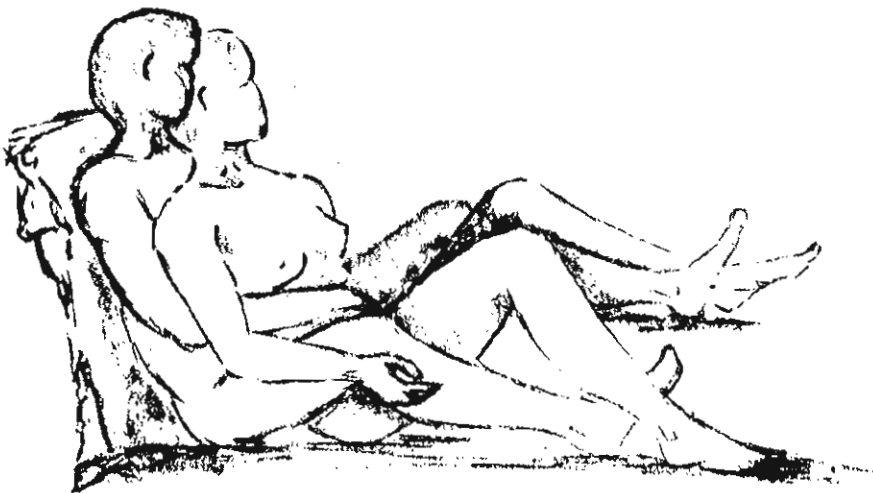


Abb. 5. Zum Therapieabschnitt „Stimulierendes Streicheln“

dann, die Frau zu streicheln, und zwar zunächst in einer Art „X-Form“, wobei der Genitalbereich der Frau den Schnittpunkt darstellt: er streichelt die Brüste, dann den Genitalbereich und dann die Schenkel. In der gleichen Weise streichelt er wieder nach oben. Wenn er dies einige Zeit gemacht hat, bezieht er den Genitalbereich intensiver mit ein, d. h. er streichelt die Schamhaare, die inneren Schamlippen, die Klitoris, den Scheideneingang usw. Dabei kann er im Hinblick auf Druck, Rhythmus usw. auf seine Erfahrungen aus dem vorausgegangenen „erkundenden Streicheln“ zurückgreifen. Die Frau konzentriert sich auf ihre Empfindungen und teilt dem Mann mit, was sie als angenehm und/oder erregend erlebt, führt gegebenenfalls seine Hand oder zeigt ihm, wie sie sich bei der Selbstbefriedigung anfaßt. Es muß auch hier dafür gesorgt sein, daß der Genitalbereich der Frau feucht ist, wenn nötig durch Gleitcreme oder ähnliches.

Wenn die Frau erregt wird, soll sie noch nicht bis zum Höhepunkt weiter stimuliert werden. Sie bittet vielmehr ihren Partner, die Stimulation kurz zu unterbrechen, um die Erregung wieder abklingen zu lassen. Wenn die Frau es wünscht, kann der Mann sie während der Unterbrechung außerhalb des Geni-

talbereiches weite, streicheln. Ist die Erregung abgeklungen, dann streichelt der Mann die Frau wieder stimulierend, bis sie wieder erregt ist. Darauf läßt sie die Erregung wieder abklingen, und dieses Spiel mit der Erregung wird 3- oder 4mal wiederholt. Kommt es *nicht zu sexueller Erregung*, dann soll dieser spielerische Umgang auch mit angenehmen genitalen Empfindungen geübt werden.

Wichtig ist, daß die Frau bei unangenehmen Berührungen den Mann sofort bittet, die Stimulationsform zu ändern. Das gilt hier besonders für Berührungen im Genitalbereich, z. B. bei vielen Frauen für die direkte Stimulation der Klitoris, die zunächst angenehm sein kann, aber manchmal nach kurzer Zeit zu einer Überreizung führt.

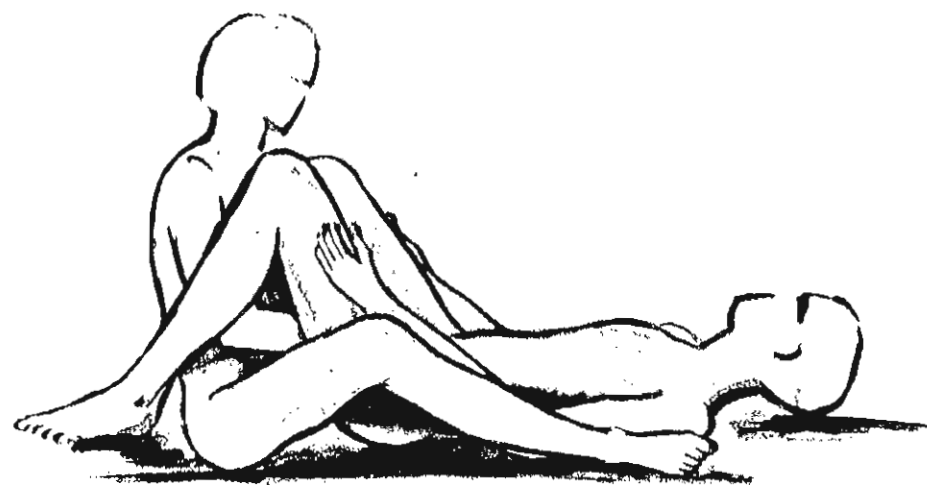


Abb. 6. Zum Therapieabschnitt „Stimulierendes Streicheln“

Die Frau streichelt den Mann in der Rückenlage. Die Therapeuten erklären dem Paar die Stellung anhand der Abb. 6. Entscheidend ist, daß der Mann entspannt auf dem Rücken liegt und die Beine weit genug gespreizt hat, damit sich die Frau bequem dazwischen setzen kann. Die Frau streichelt den Mann mit beiden Händen ebenfalls „X-förmig“, vom Oberkörper über den Bauch bis zu den Schenkeln und wieder zurück. Dann geht sie zur intensiven Reizung des Penis über. Der Mann sagt ihr, was ihm angenehm ist und was nicht, und führt gegebenenfalls die Hände der Frau, zeigt ihr beim Reizen des Penis Druck und Rhythmus, wie er es von der Selbstbefriedigung her kennt und mag. Die Stimulation wird nicht bis zum Samenerguß weitergeführt, sondern der Mann gibt der Frau vorher ein Zeichen, die Stimulation abzubrechen.

Die Partner sollen also nach dem einstimmenden, allgemeinen Streicheln abwechselnd die beiden Stellungen einnehmen und die oben beschriebenen Erfahrungen machen. Die Therapeuten weisen darauf hin, daß trotz der intensiven Stimulation im Genitalbereich zunächst oft keine Erregung auftritt. Es geht ja auch zunächst darum, daß die Partner mit dem neuen Übungsschritt vertraut werden, herausfinden, welche Form der Stimulation sie wie lange genießen

können, wie sie mit dem Wechsel von intensiver Stimulation und allgemeinem Streicheln zurecht kommen usw. Sie sollen also auf keinen Fall, z. B. durch Ausdehnung der Stimulationsphase, versuchen, die Erregung zu erzwingen. Das Streicheln in den einzelnen Stellungen sollte auch nicht länger als jeweils 5–10 Minuten dauern.

Abschließend sollten sich die Partner dann noch einmal am ganzen Körper ohne besondere Berücksichtigung der Genitalien streicheln.

c) Transkript

Paar 42: Die Partner (Handwerker, Verkäuferin) sind Ende 30, seit 11 Jahren verheiratet, ohne Kinder. Seit 8 Jahren leidet er an vorzeitiger Ejakulation und Erektionsproblemen; sie klagt über sexuelle Lustlosigkeit. Das Paar hat seit einem Jahr keine sexuellen Beziehungen mehr gehabt. Eine verteilte Therapie mit einem Therapeuten wurde durchgeführt.

m Th: Die Anleitungen sind im großen und ganzen dieselben. So beim ersten Mal streicheln wie bisher. Und beim zweiten Mal kommt das Neue. (Zum Mann:) Sie setzen sich so hin, daß Sie sich irgendwo anlehnen können, vielleicht auch mit einem Kissen hinten auspolstern. Dabei machen Sie die Beine auseinander. (Zur Frau:) Sie setzen sich zwischen die Beine Ihres Mannes, so daß er Sie so ganz umarmen kann. Genauso wie hier auf diesem Bild. Wichtig ist, daß Sie ihre Arme locker nach außen haben, daß Ihr Mann so durchgreifen kann, manchmal greifen die Männer auch außen rum, und dann sind die Frauen so eingeklemmt, das soll eigentlich nicht sein. (Zum Mann:) Und daß Sie dann Ihre Frau streicheln. Sie können ja dann mit Ihren Armen überall rankommen. So um die Brust rum und an den Seiten, die Schenkel von innen und dann am Geschlechtsteil. (Zur Frau:) Und daß Sie einfach mal sich zurücklehnen an Ihren Mann und die Augen zumachen und mal so sehen, ist es angenehm, ist es nicht so angenehm. Vielleicht, daß Sie ihm die Hand führen. Daß Sie mal so ein bißchen gucken, was regt Sie an und was regt Sie nicht so an. Und wenn so ein angenehmes Gefühl dabei kommt oder Sie erregt werden, dann sagen Sie ihm, er soll Sie woanders streicheln, damit das angenehme Gefühl im Genitalbereich oder die Erregung wieder abklingt. Dann soll ihr Mann sie wieder im Genitalbereich streicheln, und sie gucken mal, ob angenehme Gefühle oder Erregung wiederkommen. Dies Auf und Ab machen Sie, wenn es geht, drei- oder viermal. Wenn Sie Ihren Mann streicheln, machen Sie das so: Er legt sich auf den Rücken, Beine schön breit, und Sie setzen sich mal so zwischen die Beine Ihres Mannes, daß Sie Ihren Mann angucken, wie hier auf diesem Bild.

Frau: Ja.

m Th: Und daß Sie ihn dann auch streicheln. Sie brauchen sich ja nur so ein bißchen vorzulehnen, an der Brust und an den Beinen. Und dann spielen sie gezielt mit dem Glied, auch unter seiner Anleitung gucken, ob mehr am Schaft oder weiter oben und auch mal am Hodensack. (Zum Mann:) Und sie sagen, was angenehm oder was nicht so angenehm ist. Und wenn Sie merken sollten, der Samenerguß macht sich bemerkbar, nicht, das kennen Sie ja sicher, das Gefühl, es kommt gleich. Es soll ja so sein, daß Sie den Samenerguß ein bißchen rauszögern können, daß er nicht so schnell kommt.

Mann: Hm.

m Th: Wenn Ihre Mann Ihnen ein Zeichen gibt, dann streicheln Sie ihn woanders. Und dann gehen Sie zurück zum Glied, wenn das Gefühl, daß es gleich kommt und die Erektion zurückgegangen sind, und streicheln wieder gezielt den Penis, bis Sie wieder den Punkt erreicht haben, und dann lassen Sie es wieder abklingen. Dieses Auf und Ab wiederholen Sie drei- oder viermal. Sie sollen dabei nicht zum Samenerguß kommen, (zur Frau:) und auch Sie sollen sich noch nicht bis zum Orgasmus streicheln lassen. Sondern Sie beenden die Übung, indem Sie sich wiederum am ganzen Körper streicheln, ohne daß Sie die Genitalien gezielt reizen, und das ganze so abklingen lassen. Ist Ihnen der Ablauf soweit klar?

Mann: Ja, soweit.

m Th: Nicht, daß Sie erstmal wie immer anfangen und dann die neue Übungen durchführen und sich anschließend noch mal, wie gehabt, am Rücken streicheln.

Frau: Ja.

m Th: Gut, wenn Sie dazu keine Fragen mehr haben?

Frau: Nee, ich nicht.

d) Besprechung der Erfahrungen

Die Therapeuten lassen das Paar zunächst erzählen. Wenn die Partner gleich auf die neuen Erfahrungen zu sprechen kommen, sollen die Therapeuten eingreifen und zunächst nach dem Streicheln fragen, um zu zeigen, daß es auf die Erfahrung der gesamten Übung ankommt und nicht nur auf die jeweils letzten Erweiterungen. Sie sollten auch bei den „schon bekannten“ Übungsteilen wie dem nichtgenitalen Streicheln positive Erfahrungen der Partner verstärkend aufgreifen. z. B. wenn einer oder beide sich trotz des bevorstehenden neuen Schrittes gut entspannen und das Streicheln genießen konnten. Bei der Besprechung des neuen Schrittes sollten sie sich den genauen Ablauf in den beiden Stellungen schildern lassen, wie die Paare mit den Stellungen zurecht gekommen sind, wie sie angefangen haben zu streicheln, in welcher Form sie sich stimuliert haben, wie sie die gezielte Stimulation erlebt haben, welche Stimulationsformen besonders angenehm waren, ob dabei Erregung aufgetreten ist oder nicht, wie es ihnen mit dem Wechsel von stimulierendem und allgemeinem Streicheln, mit dem spielerischen Umgehen mit sexueller Erregung oder mit ausbleibender Erregung ergangen ist. Auch auf die Erfahrung beim abschließenden Streicheln am ganzen Körper und auf die Stimmung hinterher wird eingegangen.

e) Weiteres Vorgehen

Beim weiteren Vorgehen in diesem Abschnitt der Therapie müssen die speziellen therapeutischen Interventionen bei den verschiedenen Funktionsstörungen, wie sie in Teil III (S. 242) ausgeführt sind, berücksichtigt werden.

Bevor weitergegangen wird, sollte das Paar die Übungen mehrfach anweisungsgemäß durchgeführt und beide Partner die Erfahrung gemacht haben, daß sich bei angemessener Stimulation Erregung einstellt, bei Unterbrechung der Genitalberührung abklingt und durch erneute Stimulation wieder aufgebaut werden kann. Wenn die Partner sich bei diesem „Spielen mit der Erregung“ sicher fühlen, stehen sie nicht mehr unter dem Druck, jede auftretende Erregung „ausnützen“, d. h. bis zum Orgasmus oder Koitus weiterführen zu müssen. Dann schlagen die Therapeuten dem Paar folgendes vor: Wenn sie die aufgetretene Erregung mindestens einmal wieder haben abklingen lassen, stimulieren sie sich solange sie wollen, d. h. bis sie keine Lust mehr haben, bis zum Orgasmus/Samenerguß, oder bis die Erregung trotz anhaltender Stimulation ohne Orgasmus wieder abklingt.

Falls die Partner in den folgenden Sitzungen immer wieder berichten, sie hätten keine Lust gehabt, weiter zu streicheln, muß genau exploriert werden, ob es sich um Vermeidungsverhalten handelt, versucht z. B. durch Angst vor Mißerfolg oder Kontrollverlust, Ekel vor Körpersekreten, ungeschickte Stimulation usw. (s. „Besondere Probleme“).

f) Besondere Probleme

Das Paar läßt sich nicht auf die neuen Erfahrungen ein. Die neuen Verhaltensanleitungen machen soviel Angst, daß wieder das alte Vermeidungsverhalten auftritt. Die Partner schrecken vor dem gezielten Stimulieren zurück, da es sie zu sehr an ihre problematischen Erfahrungen mit Petting und Koitus erinnert. Sie verlieren vor diesem Hintergrund den Spaß, die Lust, fühlen sich müde, finden keine Zeit zum Üben oder zeigen psychosomatische Beschwerden, die als Hinderungsgründe angegeben werden. Hier verdeutlichen die Therapeuten die Unterschiede zu früheren Erfahrungen, die z. B. darin bestehen, daß die Partner, sobald sie unangenehme Erfahrungen machen, das Streicheln unterbrechen sollen, und daß darüber hinaus ja auch noch durch das Koitusverbot ein anderer Rahmen geschaffen ist. Sie ermutigen das Paar, sich auf die neuen Übungen einzulassen, da nur so die Ängste und Schwierigkeiten deutlich und einer Bearbeitung zugänglich werden.

Das Paar kommt mit den Stellungen nicht zurecht. Es kommt manchmal vor, daß ein Paar die Stellungen so unbequem oder komisch findet, daß es sich in diesen Stellungen nicht entspannt streicheln kann. Das Paar soll dann zunächst die Stellungen noch einmal „ausprobieren“ oder „üben“, ohne sich dabei gleich zu stimulieren. Die Therapeuten erläutern nochmals die Vorteile der Stellungen und schlagen nicht sofort Alternativen vor. Falls das Paar oder einer der Partner sich aber auch nach einigen Versuchen nicht auf die Stellungen einlassen kann, dann empfehlen sie dem Paar, das stimulierende Streicheln in der Stellung durchzuführen, die sie auch sonst beim Streicheln einnehmen.

Das Paar konzentriert sich ganz auf die gezielte Stimulation, d. h. das einleitende und ausklingende Streicheln werden weggelassen. Oft können die Therapeuten hier an unbefriedigenden Erfahrungen der Partner aufzeigen, wie wichtig das allgemeine Streicheln zur Einstimmung und zum Ausklingenlassen für ein befriedigendes körperliches Zusammensein sein kann, bzw. daß ein derartiges Vorgehen quasi einen Rückfall in alte, als unbefriedigend erkannte „Hau-ruck-Praktik“ bedeutet. Möglicherweise zugrundeliegende Leistungsorientiertheit und Genitalfixierungen werden problematisiert und in diesem Zusammenhang die Ziele dieses Abschnitts noch einmal ausführlich dargestellt.

Das Paar kann nicht mit der eintretenden Erregung umgehen. Die Partner haben Schwierigkeiten, die einmal eingetretene Erregung wieder abklingen zu lassen. Sie reizen sich zu stark, erschrecken dann über ihre Reaktionen, brechen das Streicheln bzw. die Stimulation ab und verbleiben in einem unangenehmen Erregungszustand. Die Folge ist ein Spannungszustand, der mit Gefühlen von Unbefriedigtsein und Enttäuschung verbunden ist. Dem Paar wird deutlich gemacht, wie wichtig es ist, die Stimulation der Genitalien rechtzeitig zu unterbrechen und andere Körperpartien zu streicheln, damit die Erregung zurückgeht. Hier kann auch nochmals auf die Möglichkeit der Selbstbefriedigung hingewiesen werden.

Das Paar lehnt Petting bis zum Orgasmus grundsätzlich ab. Einer oder beide Partner halten Petting für eine unbefriedigende, kindische Ersatzhandlung, für unanständig, ekelhaft, erniedrigend usw. Die Therapeuten müssen hier die zugrundeliegenden Ängste und Befürchtungen sehr genau explorieren, um Ansät-

ze für eine zumindest teilweise Bearbeitung herauszufinden. Eine derartige Haltung steht in der Regel in engem Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung des Symptoms. Deshalb ist es problematisch, sie einfach als persönliche Werthaltung zu respektieren und unbearbeitet zu lassen. Gute Ansatzpunkte ergeben sich oft bei Informationsdefiziten, Unsicherheiten, Ekelgefühlen usw. Die Therapeuten können darauf hinweisen, daß es wichtig ist, sich dieser Erfahrung zumindest zeitweilig auszusetzen, um die Vorbehalte kennenzulernen. Später könne das Paar dann ja wieder darauf verzichten.

Ekel vor Körpersekreten. Oft treten in dieser Phase erstmalig Lubrikation, Vorsekret und Samenerguß auf, und die Partner reagieren irritiert oder auch angewidert. Hier ist es wichtig, Einstellung und Reaktion beider Partner genau zu explorieren. Falls notwendig, werden anschließend mit dem Paar Desensibilisierungsschritte besprochen.

Fehlende Lubrikation. Oft glauben Frauen, sie seien nicht erregt, bloß weil sie bei sich keine oder nur wenig Lubrikation wahrnehmen. Oder aber der Partner glaubt ihnen nicht, wenn sie angeben, erregt zu sein. Hier muß ausführlich besprochen werden, daß Lubrikation bei der Frau kein „Beweis“ für Erregung ist. Viele Frauen lubrizieren auch in hohen Erregungsstadien nur sehr wenig; bei anderen kann die Lubrikation unter bestimmten Bedingungen, wie z. B. Müdigkeit, ausbleiben. In diesem Zusammenhang sollte immer wieder auf die Bedeutung zusätzlicher Hilfsmittel wie Gleitcreme oder Speichel hingewiesen werden. Nach der „Freigabe“ des Orgasmus taucht manchmal die Frage nach dem „Samenerguß“ der Frau auf, und muß besprochen werden.

Nur ein Partner hat Orgasmus. Solchen Paaren wird deutlich gemacht, daß der beiderseitige Orgasmus nicht dazu da ist, anschließend „quitt“ zu sein, und daß der Partner mit Orgasmus nicht der bessere, gesündere, normalere ist. Das Paar hat die Gelegenheit, damit umgehen zu lernen, wenn einer der Partner mal keinen Orgasmus oder auch keine Lust hat, sich entsprechend stimulieren zu lassen. Unter Umständen müssen Konkurrenzprobleme, die sich daraus ergeben, besprochen werden.

Vermeidung des Orgasmus aus Angst vor Kontrollverlust. Dieses Problem tritt bei Frauen mit Orgasmusproblemen auf, die noch nie in Gegenwart ihres Partners zum Höhepunkt kamen. Nach genauer Exploration kann es hilfreich sein, der Frau vorzuschlagen, in Gegenwart ihres Partners und mit dessen Wissen einen „wildem“ Orgasmus zu simulieren, um ihre Ängste abzubauen. Eine andere Möglichkeit ist, mit den Partnern unter Bezugnahme auf körperliche Selbsterfahrung (S. 242) zu besprechen, ob es für sich nicht erleichternd sei, zunächst voreinander zu masturbieren, um die Schwellenangst abzubauen.

Das Paar hält sich nicht an das Koitusverbot. Macht das Paar nach dem intensiven Streicheln Geschlechtsverkehr, muß nachdrücklich, aber ohne zu dramatisieren, auf die negativen Auswirkungen hingewiesen werden, die sich daraus ergeben können: sie können dadurch wieder unter Druck geraten, jede sexuelle Erregung zu Geschlechtsverkehr ausnutzen zu müssen. Dadurch können die alte Leistungsorientierung und das ängstlich verkrampfte Warten auf die sexuelle Erregung wieder wachgerufen werden.

g) Beendigung des Abschnitts

Dieser Abschnitt ist beendet, wenn das Paar wiederholt die Erfahrung gemacht hat, daß sich sexuelle Erregung in einer angstfreien Situation spielerisch herstellen läßt, daß sie bei Unterbrechung der Stimulation wieder abklingt und erneut herbeigeführt werden kann. Die Therapeuten überlegen, ob sie die Anleitungen für den nächsten Schritt (Einführung des Penis) geben, auch wenn sich bei den Partnern Orgasmus noch nicht oder noch nicht zuverlässig eingestellt hat. Dadurch kann ein neuer Leistungsdruck bei dem Paar vermieden werden. Voraussetzung ist, daß die Erfahrungen der Partner auch nach „Freigabe“ des Orgasmus genau exploriert sind, und die angenehmen Anteile überwiegen und dies dem Paar aufgezeigt wird.

Für die Bearbeitung dieses Abschnitts sind erfahrungsgemäß mindestens 3 Sitzungen erforderlich (vgl. Übersicht S. 166).

9 Einführen des Penis

a) Ziele

Das Ziel dieser Stufe ist, daß die Partner das Einführen des Penis nicht mehr als Beginn der „eigentlichen“ Sexualität erleben, sondern als Fortführung des Streichelns.

Sie sollen lernen, auch das Einführen des Penis in die Scheide ohne Leistungsdruck und Versagensängste zu erleben. Der Abbau dieser Ängste spielt hier eine besondere Rolle, da die Einführung des Gliedes stärker mit früheren Koituserfahrungen assoziiert ist als jede vorherige Stufe. Das Paar kann auf diese Weise die erleichternde Erfahrung machen, daß das Einführen nicht notwendigerweise das Signal zum „Weitermachen“ bedeuten muß, sondern daß schon allein das Einführen ohne weitere Bewegungen eine angenehme körperliche und innere Nähe zum Partner herstellen kann, die beide ohne „Vollzugszwang“ genießen können.

b) Vorgehen

Die Therapeuten erläutern dem Paar den nächsten Schritt der Übung. Die Partner sollen sich bis zum nächsten Mal wieder 2mal Zeit nehmen, um die Übungen in der bekannten Art durchzuführen, wobei die einzige Veränderung in der Einführung des Gliedes besteht. Die Therapeuten weisen darauf hin, daß dies eine Erweiterung der Übung bedeutet, d. h. daß alle bisherigen Teile im vollen Umfang beibehalten werden sollen.

Für die Einführung schlagen die Therapeuten die Hockstellung (Abb. 7) vor. Sie befragen das Paar nach Vorerfahrungen mit dieser Stellung und erläutern technische Einzelheiten anhand der Abbildung. Zunächst streichelt sich das Paar abwechselnd am ganzen Körper und geht dann wieder zum stimulierenden Streicheln über. Wenn der Mann passiv ist, stimuliert die Frau ihn eine Zeitlang und kniet dann in Hüfthöhe über ihn. Dann nimmt die Frau den erigierten Penis des Partners in eine Hand, mit der anderen öffnet sie die großen und kleinen Schamlippen, damit der Scheideneingang leichter zugänglich ist und führt das Glied langsam ein. Um die Einführung zu erleichtern, em-

fehlen die Therapeuten dem Paar wieder den Gebrauch von Speichel oder Creme. Wenn der Penis eingeführt ist, macht keiner der Partner Bewegungen. Beide verharren ruhig in dieser Position und konzentrieren sich auf die eigenen Gefühle wie z. B. Ungeduld, Wunsch nach Koitusbewegungen, Genießen der körperlichen Nähe, Wärme usw. Wenn nach einem kurzen Moment der Ruhe bei einem der Partner der Wunsch nach zusätzlichen Zärtlichkeiten auftaucht, sollte er dem anderen mitteilen, wie und wo er gestreichelt werden möchte. Außerdem kann die Frau, wenn sie nach dem Einführen das Bedürfnis nach mehr Körperkontakt verspürt oder die aufrechte Sitzhaltung unbequem findet, sich soweit vorbeugen, bis ihr Oberkörper entspannt auf dem des Mannes liegt.



Abb. 7. Zum Therapieabschnitt „Einführen des Penis“

Das Glied wird nach kurzer Zeit wieder ausgeführt, wenn es nicht bereits vorher durch die mangelnde Stimulation in der Bewegungspause schon herausgeglitten ist. Wichtig ist hier der ausdrückliche Hinweis für den Mann, daß ein Erschlaffen des Gliedes in dieser Phase zu erwarten ist.

Die Partner streicheln sich dann weiter, und die Frau führt das Glied noch 1- bis 2mal ein, wie oben beschrieben. Danach verständigen sich die Partner darüber, ob sie sich gegenseitig manuell oder oral zum Orgasmus bringen, zusammen masturbieren oder die Erregung einfach wieder abklingen lassen wollen.

Wenn die Frau als erste stimulierend gestreichelt wird, dann kann sie sich auch schon vor dem Einführen zum Orgasmus bringen lassen, da dadurch die Möglichkeit der Einführung ja nicht beeinträchtigt wird. Auch für diese Phase gelten weiterhin die Grundregeln der Therapie.

c) Transkript

Paar 36: Es handelt sich hier um das Paar, das wir schon oben (S. 139, S. 211) beschrieben haben und das wegen Erektionsstörung mit einer massierten Therapie behandelt wurde.

m Th: Das nächste, was wir machen wollen, ist, daß wir das Verbot, Verkehr zu machen, teilweise aufheben und sozusagen ein kleines bißchen Verkehr erlauben. Das sieht folgendermaßen aus: daß Sie sich wieder streicheln sollen, ausführlich. Also erst mal ein bißchen zusammenliegen und dann sich gegenseitig streicheln. (Zur Frau:) Und dann nehmen Sie sich Ihren Mann so ein bißchen stärker vor.

Frau: Hm.

m Th: Und wenn Sie sich ganz wohl dabei fühlen und das Glied steif ist, dann führen Sie das Glied ein. Aber nehmen Sie sich Zeit dafür. Nicht so hasten, das muß nicht innerhalb von 2 Minuten passieren, sondern sich ruhig so 20, 25 Minuten Zeit nehmen, wenn Sie das probieren. Und Sie machen dabei, wie gesagt, das Glied mit der Hand steif, und dann führen Sie das Glied in der Hockstellung ein, wie auf diesem Bild. Das heißt, Ihr Mann liegt einfach da, auf dem Rücken, Sie spielen am Glied und dann hocken Sie sich auf ihn drauf, im Reitsitz, so daß Sie Ihr Gesicht seinem Gesicht zuwenden, nehmen das Glied in die rechte Hand und machen mit der linken Hand vielleicht so die Schamlippen ein bißchen auseinander.

Frau: Hm.

m Th: ... und führen dann selbst das Glied ein. Das ist ganz wichtig, daß Sie sozusagen Ihre Scheide um den Penis tun.

Frau: Hm.

m Th: Sie müssen dabei nur aufpassen, daß Sie sich nicht einfach gerade auf ihn draufsetzen, sondern so ein bißchen schräg.

w Th: Das kann man vielleicht noch besser an dem Bild zeigen. (Zum Mann:) Und was wichtig ist, daß das nicht an Ihnen liegt, wenn es dazu kommt, sondern daß Ihre Frau das jetzt in ihrer Hand hat. Daß Sie sich einfach sozusagen zur Verfügung stellen. Das ist auch ein bißchen ungewohnt wahrscheinlich.

Mann: Aber nach vorne gebeugt.

w Th: Nein, aufrecht zuerst, beim Einführen muß sie ja erst mal so ein bißchen hantieren, einfädeln.

Mann: Nee, normalerweise braucht sie das nicht.

m Th: Soll sie aber ruhig machen.

Mann: Hm.

w Th: Das ist ganz gut, gibt auch Ihrer Frau mehr die Anteilnahme an dieser ganzen Geschichte.

m Th: Und dabei braucht der Penis ja gar nicht ganz steif zu sein, sondern so wie er ist und wenn das diesmal nicht funktioniert, dann später. Ein Vorschlag wäre, daß Sie es machen können, aber es nicht gleich klappen muß. (Zur Frau:) Und wenn der Penis dann drin ist, dann setzen Sie sich ganz still hin, beugen sich vielleicht so ein bißchen nach vorne, so wie Sie es auf dem Bild gesehen haben, oder auch noch weiter nach vorne.

w Th: Sie können sich auch mal richtig auf den Oberkörper Ihres Mannes drauflegen, wenn Sie das gerne mögen.

Frau: Ja.

w Th: Und machen gar nichts. Bewegen sich nicht. Weder Sie sich, noch Sie sich. Und dabei wird der Penis schlaff, und das soll er. Und wenn er schlaff ist, vielleicht sogar selber rausrutscht, dann nehmen Sie ihn wieder in die Hand, streicheln ihn, bis die Erektion so nach einer Zeit wieder kommt. Und dann führen Sie das Glied wieder ein, bewegen sich aber wieder nicht.

Mann: Streicheln oder direkt reiben?

m Th: Direkt reiben. Und dann bleiben Sie wieder so sitzen, und dann geht die Erektion wieder weg. Dann nehmen Sie den Penis wieder raus nach einer Zeitlang. Wenn der Penis drin ist, konzentrieren Sie sich einfach darauf, daß der Penis in der Scheide ist. Und versuchen sich dabei in dieser Situation zu entspannen. Das war ja früher immer so verbunden mit dem Gefühl na, bleibt er nun steif und wie wird das mit dem Samen-

erguß. Jetzt können Sie diese Situation, Penis ist in der Scheide, so ganz entspannt und als eine Form von Zärtlichkeit genießen, egal was passiert.

w Th: Wenn der Penis wieder schlapp wird, ist das auch eine ganz klare Sache, da Sie sich nicht bewegen. Und Sie merken, dann kommt nicht die große Enttäuschung, sondern das ist Absicht sozusagen.

m Th: Ja, und wenn Sie das zweimal gemacht haben, dann können Sie machen was Sie wollen: Petting bis zum Orgasmus bei beiden oder bei einem. Oder Sie können auch einfach sagen, jetzt kuscheln wir noch ein bißchen. Was immer Sie wollen. Also was Sie hinterher machen, ist Ihre Sache.

Mann: Nur keinen Geschlechtsakt?

m Th: Nur keinen Geschlechtsakt.

Frau: Ich hab eine Frage dazu. Wenn ich also den Penis von meinem Mann einführe, soll die Vorhaut weggezogen werden oder kann das normal bleiben.

Mann: Zieht sich doch von alleine weg.

w Th: Ja, es ist schon wie Ihr Mann sagt, die schiebt sich ja von alleine zurück durch das Eindringen in die Scheide. Wobei es gut wäre, wenn Sie einfach sicherheitshalber vorher die Gleitcreme benutzen. Daß Sie so ein bißchen von der Creme auf dem Penis verreiben, sich selbst damit so ein bißchen einschmieren, damit das auch so richtig schön rutscht.

Mann: Und keinerlei Bewegung.

w Th: Auch wenn Sie so erregt sind und denken, das wird jetzt ganz toll klappen, daß Sie einfach so sagen, wir gucken mal wie es ist und wollen uns nicht bewegen.

d) Besprechung der Erfahrungen

Die Therapeuten machen bei der Exploration der Erfahrungen wiederum deutlich, daß bei den „bekanntem“ Übungsteilen immer noch neue Erlebnismöglichkeiten auftauchen können, indem sie die Partner zunächst über die ersten Stufen berichten lassen. Sie versuchen herauszufinden, ob der bevorstehende neue Schritt das entspannte Genießen erschwert hat, ob die sonst vorhandene Erektion ausblieb. Die Therapeuten besprechen mit dem Paar nicht nur die Veränderungen, sondern auch gleichbleibende Erfahrungen, und gehen erst dann zum Besprechen des neuen Übungsteils über.

Sie fragen zunächst nach technischen Schwierigkeiten wie z. B.: Hatten Sie Schwierigkeiten mit der Stellung? Wußten Sie, in welcher Höhe Sie sich über Ihren Mann knien mußten? Haben Sie den Scheideneingang gleich gefunden? Hätten Sie sich noch eine „dritte Hand“ gewünscht? War die Stellung bequem/anstrengend? Mit diesen oder ähnlichen Fragen beginnen die Therapeuten nach dem Bericht des Paares ein gemeinsames Gespräch über den neuen Teil der Übung. Dadurch wird dem Paar deutlich, daß ein erfahrungsgemäß enttäuschender Verlauf des ersten Einführungsversuchs nichts mit Versagen zu tun hat, sondern zu diesem Zeitpunkt eigentlich zu erwarten ist.

Häufig bleibt in dieser Phase der Übung die Erektion beim Mann aus, auch wenn sie sich bei vorhergehenden Übungen verlässlich einstellte. Das gilt auch für Paare, die wegen einer sexuellen Funktionsstörung der Frau in Behandlung sind und bei denen der Mann vorher noch nie über Erektionsprobleme klagte. Das ist zurückzuführen auf den Leistungsdruck, unter den der Mann gerät: er trägt nun, da die Einführung des Gliedes den nächsten Schritt im Therapieprogramm darstellt, scheinbar die ganze Verantwortung für den weiteren Verlauf, da ohne Erektion keine Einführung möglich ist. Die Therapeuten verdeutlichen dem Paar diesen Zusammenhang und betonen, daß die Einführung ab jetzt „er-

laubt“, aber kein Muß ist. Wenn das Glied nicht steif wird, kann die Frau in der Hockstellung das Glied an den Scheideneingang legen oder sich mit dem Glied im Genitalbereich streicheln. Auf diese Weise können sich die Partner auch ohne Erektion mit diesem Schritt vertraut machen.

e) Besondere Probleme

Erwartungsangst und Leistungsdruck treten wieder auf. Diesen neuen Teil der Übung erleben die Partner bei den ersten Malen häufig als spannungsgeladener als die vorhergehenden Schritte, weil durch das Einführen des Penis stärker als bisher Assoziationen an negative Erlebnisse im Hinblick auf Koitus oder Koitusversuche geweckt werden. Sie empfinden zum Teil das Wiedererwachen von Ängsten und Leistungsdruck, die sie schon überwunden glaubten, als Rückfall („Jetzt ist alles wieder wie früher, das hat ja doch alles keinen Zweck, Streicheln ist halt keine Sexualität“ usw.). Der Mann mit Erektionsstörung wird von Panik befallen, wenn die Erektion nicht ausreicht oder nach der Einführung zurückgeht; die Frau mit der Orgasmusstörung ist verzweifelt, weil ihre Erregung durch die Einführung nicht weiter gesteigert wird.

Die Therapeuten gehen in der Besprechung von sich aus auf die Gefühle von Enttäuschung und Resignation nicht weiter durch Nachfragen ein. Sie explorieren im Gegenteil die kleinen Fortschritte, die das Paar am Rande erwähnt, z. B. daß das einleitende Streicheln trotz des bevorstehenden neuen Schrittes schön war, daß die Situation zunächst entspannt war, daß die Partner miteinander über ihre Enttäuschung sprechen konnten usw.

Es ist wichtig, daß die Therapeuten sich nicht von der Panik des Paares anstecken lassen. Sie sollten beispielsweise, wenn sich eine Erektion beim Mann über mehrere Übungen hinweg nicht einstellt, gemeinsam mit dem Paar nach Zwischenschritten suchen, um die entstandene Spannung zu lösen. Das Paar wird aufgefordert, den spielerischen Umgang mit der Erregung in den Vordergrund zu stellen und eine auftretende Erektion absichtlich verstreichen zu lassen, ohne sie zum Koitusversuch auszunutzen. Oder sie führen das Glied nur ein kleines Stück ein, soweit es bei der teilweise vorhandenen Erektion möglich ist.

f) Beendigung des Abschnitts

Die Therapeuten können zum nächsten Schritt übergehen, wenn das Einführen des Gliedes mehrfach möglich war und beide Partner es entspannt als angenehm erleben konnten. Das Ziel dieses Abschnitts ist erfahrungsgemäß nach frühestens 2 Sitzungen zu erreichen (vgl. Übersicht S. 166).

10 Koitus mit erkundenden und stimulierenden Bewegungen

a) Ziele

Die Partner sollen Erfahrungen mit verschiedenen Arten von Beckenbewegungen beim Koitus machen. Sie sollen sich über ihre Vorlieben und Abneigungen dabei klar werden und allmählich Sicherheit gewinnen, sowohl gefühlsmäßig als auch im Hinblick auf die Technik. Sie sollen lernen, die Beckenbewegungen

als eine Fortsetzung bzw. eine spezielle Form des Streichelns zu erleben und entsprechend entspannt und ohne Leistungsdruck damit umzugehen.

b) Vorgehen

Die Patienten werden angewiesen, alle Phasen des Streichelns wie bisher durchzuführen. Dann erläutern die Therapeuten den nächsten Schritt: Wenn die Patienten die Hockstellung eingenommen haben und das Glied des Mannes eingeführt ist, soll nach einer kurzen Ruhepause die Frau ganz langsam und vorsichtig das Becken auf und ab bewegen, insgesamt 3- bis 5mal. Sie kann sich dabei mit den Händen abstützen. Der Mann bleibt ganz ruhig liegen und konzentriert sich auf seine Empfindungen. Dann hält die Frau inne und führt nach einer kurzen Pause nochmals Bewegungen in der gleichen Form durch. Sie soll dabei auch ausprobieren, wie weit sie das Becken anheben kann, ohne daß der Penis aus der Scheide rutscht. Dann wird das Glied ausgeführt und die Partner liegen zusammen oder streicheln sich. Nach einer kurzen Pause wird das Glied wieder eingeführt und die Übung in der oben beschriebenen Form nochmals durchgeführt. Den Partnern wird erläutert, daß sie bei den Bewegungen Sicherheit gewinnen sollen. Sie sollen die Bewegungen allmählich entspannt als Bestandteil des Streichelns genießen lernen. Sie können sich mit der für viele ungewohnten Rollenverteilung beim Koitus – der Mann mit der passiven und die Frau mit der aktiven Rolle – vertraut machen. Die Hockstellung hat den Vorteil, der Frau besonders viel Bewegungsfreiheit zu ermöglichen. Es geht hier auch wieder nicht um optimale Stimulation oder Höhepunkt; im Gegenteil, wenn einer der Partner merkt, daß er stark erregt wird, soll er die Bewegung unterbrechen, bis die Erregung wieder abgeklungen ist. Das Glied bleibt während dieser Zeit in der Scheide. Anschließend können die Bewegungen wieder aufgenommen werden. Wenn dieser Übungsteil beendet und das Glied wieder ausgeführt ist, können die Partner entscheiden, ob sie sich noch gegenseitig zum Höhepunkt stimulieren oder voreinander masturbieren oder lieber das Zusammensein im nichtgenitalen Streicheln oder Zusammenliegen ausklingen lassen wollen. Wichtig dabei ist, daß der neue Übungsschritt nicht am Ende steht, sondern in das Streicheln integriert ist.

c) Besprechung der Erfahrungen

Zunächst werden wieder die bekannten Übungsteile besprochen, die Situationen, in der das Streicheln stattgefunden hat, Stimmung dabei usw. Dann fragen die Therapeuten, ob die Patienten mit den Anweisungen klargekommen sind, ob die Patientin sich habe gut bewegen können, ob das Glied auch mal rausgerutscht sei usw. Der Mann wird gefragt wie es ihm in der zudiktierten passiven Rolle ergangen sei. Mit beiden wird besprochen, wie sie sich dabei gefühlt haben, wie sie die Bewegungen erlebt haben (warm, schmerzhaft, angenehm, weich, enttäuschend usw.) und ob es Unterschiede gegeben habe zwischen längeren und kürzeren Bewegungen. Gegebenenfalls wird die Reaktion der Partner bei unbeabsichtigtem Herausrutschen des Gliedes besprochen und darauf hingewiesen, daß das im Rahmen dieser Übung sehr häufig passiert. Wenn die Patienten Enttäuschung äußern, z. B. die Bewegungen hätten „nicht richtig ge-

klappt“, schon die Einführung sei jetzt wieder schwierig gewesen, die Erregung habe sich nicht gesteigert bzw. sei im Vergleich zur Stimulationsphase zurückgegangen usw., dann gehen die Therapeuten darauf eher beschwichtigend ein, weisen darauf hin, daß die Patienten erst noch mehr Erfahrungen machen müssen, um sicherer zu werden, und daß es hier ja auch nicht um eine intensive gezielte Stimulation geht, das Abflauen der Erregung also ganz erklärlich ist. Sie zeigen auch hier den Patienten wieder auf, was trotzdem an positiven Erfahrungen möglich war.

d) Weiteres Vorgehen

In den folgenden Sitzungen soll die Frau die verschiedenen Möglichkeiten, sich zu bewegen, z. B. kreisende Beckenbewegungen, Auf und Ab, schnelle, langsame, kurze, lange, rhythmische Bewegungen ausprobieren, jedoch immer wieder von kurzen Pausen unterbrochen und ohne daß es bei einem der Partner zum Höhepunkt kommen soll. Wenn die Partner sich dabei relativ sicher fühlen, sollen sie anfangen, sich abwechselnd zu bewegen: zunächst bewegt sich wieder die Frau einige Male; dann, nach einer kurzen Pause, hebt sie das Becken ein wenig an und der Mann führt einige Bewegungen aus usw. Die Partner können auch versuchen, die Bewegungen wechselseitig nachzuahmen, zu „spiegeln“.

Wenn sie sich auch dabei sicher fühlen, können sie zu gleichzeitigen Bewegungen übergehen. Dabei weisen die Therapeuten darauf hin, daß die gleichzeitigen Bewegungen keineswegs grundsätzlich die „beste“ Form darstellen, sondern daß die Partner im Rahmen dieser Phase wieder Vorlieben und Abneigungen herausfinden sollen und danach über die verschiedenen Möglichkeiten entscheiden. Wenn die Patienten sich bei dieser Übung sicher fühlen, können sie, nach 1- bis 2maligem Innehalten, die Bewegungen bis zum Höhepunkt bzw. Samenerguß weiterführen. Spätestens hier müssen die Therapeuten nochmals erläutern, daß in der Regel die Bewegungen bei eingeführtem Glied für den Mann eine stärkere Stimulation darstellen als für die Frau, daß es also meistens zum Samenerguß kommt, bevor die Frau einen Höhepunkt hat, bzw. daß viele Frauen durch den Koitus allein überhaupt nicht zum Höhepunkt kommen können (S. 18). Orgasmus ist also kein Maßstab für das Gelingen der Übung. Die Frau wird dann ermuntert, sich vorher oder nachher manuell oder oral zum Orgasmus stimulieren zu lassen, oder auch bei eingeführtem Glied sich zusätzlich vom Partner mit der Hand stimulieren zu lassen oder sich selbst zu stimulieren.

e) Besondere Probleme

Die Einführung ist nicht mehr möglich. Wenn die Partner berichten, daß es im Gegensatz zu den vorherigen Malen gar nicht erst zur Einführung gekommen ist, explorieren die Therapeuten den genauen Ablauf. Dabei läßt sich meistens aufzeigen, daß die Patienten im Zusammenhang mit dem neuen Übungsschritt, sei es aus Übereifer oder aus Ängstlichkeit, die anderen wichtigen Übungsteile, d. h. sowohl das nichtgenitale Streicheln als auch die genitale Stimulation, vernachlässigt haben bzw. sich dabei wieder unter Leistungsdruck gesetzt haben. Dieser Zusammenhang wird den Partnern erläutert und sie werden ermuntert, die Übung unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte zu wiederholen.

Samenerguß bei den ersten Bewegungen. Auch Paare, bei denen ursprünglich keine vorzeitige Ejakulation vorlag, berichten manchmal, daß es schon bei den ersten Bewegungen zu einem Samenerguß gekommen ist. Darauf gehen die Therapeuten eher beschwichtigend ein, sie erläutern, daß nach so langer Enthaltensamkeit der Reiz der Bewegung für den Mann besonders stark ist. Wenn dies wieder geschieht, soll das Paar nach dem Samenerguß und einer Ruhepause das Glied nochmals stimulieren und einführen. Mit zunehmender Sicherheit werde sich das Problem erledigen.

Enttäuschung über das Ausbleiben der Erregung. Manchmal sprechen die Partner – meistens die Frau – ihre Enttäuschung darüber an, daß trotz der Bewegungen beim Koitus ihre Erregung nicht stärker wird bzw. sogar zurückgeht. Die Therapeuten führen dann aus, daß es besonders im ersten Abschnitt dieser Phase mehr um spielerisches Ausprobieren geht, und gar nicht um optimale Stimulation. Sie fordern die Patienten auf, sich auf angenehme Gefühle wie Wärme, Nähe usw. zu konzentrieren und nicht auf Erregung zu warten. Auch hier kann auf die Möglichkeit der zusätzlichen manuellen Stimulation der Frau durch den Partner oder sie selbst während des Koitus hingewiesen werden.

f) Beendigung dieses Abschnitts

Das Ziel dieses Abschnitts ist erreicht, wenn die Partner den Koitus ohne technische Probleme durchführen und lustvoll erleben können; es geht nicht darum, daß sie dabei auch zum Höhepunkt kommen. Sie sollen aber in der Lage sein, sich gegenseitig ihre Wünsche, Vorlieben und Abneigungen hinsichtlich der unterschiedlichen Bewegungs- und Stimulationsmöglichkeiten beim Koitus mitzuteilen.

Zur Erreichung dieser Ziele sind erfahrungsgemäß mindestens 3 Sitzungen erforderlich (s. Übersicht, S. 166).

Bei der verteilten Durchführung der Therapie gehen die Therapeuten zum nächsten und abschließenden Schritt über. Bei der massierten Form wird in der Regel, bedingt durch die begrenzte Zahl der Sitzungen, der nächste Schritt nur im Rahmen des Abschlußgesprächs (S. 236) mit dem Paar besprochen.

11 Koitus in verschiedenen Stellungen

a) Ziele

Die Partner sollen die positiven Erfahrungen im sexuellen Zusammensein, die sie bisher gemacht haben, auch auf andere Koituspositionen übertragen lernen und dabei auch im Hinblick auf die sexuelle Funktion allmählich sicherer werden. Sie können Vorlieben und Abneigungen im Hinblick auf die Variationen des Koitus klären, Ängste, die mit früheren Mißerfolgen verbunden waren, und Vermeidungsverhalten weiter abbauen und den Spielraum, in denen sie Sexualität miteinander genießen können, erweitern. Die Partner können sich damit auseinandersetzen, daß Frauen oft durch Bewegungen beim Koitus nicht optimal stimuliert werden, auch wenn sie sie als angenehm erleben. Das Paar kann Erfahrungen mit Koitusstellungen machen, bei denen eine zusätzliche manuelle Stimulation der Frau gut möglich ist, oder auch herausfinden, ob es Stellungen gibt, die für die Frau besonders stimulierend sind.

b) Vorgehen

Auf dieser Therapiestufe sagen die Partner oft von sich aus, daß sie auch mal andere Stellungen ausprobieren möchten. Die Therapeuten ermutigen sie dazu, weisen aber darauf hin, wie wichtig es ist, das Streicheln nicht zu vernachlässigen. Paare, die das Thema nicht von sich aus ansprechen, ermuntern die Therapeuten, andere Stellungen auszuprobieren. Gegebenenfalls machen die Therapeuten selbst Vorschläge und besprechen sie mit dem Paar. Die Therapeuten machen deutlich, daß es nicht darum geht, beim Zusammensein eine Vielzahl verschiedener Stellungen zu exerzieren, sondern daß unterschiedliche Stellungen der Befriedigung bestimmter Bedürfnisse, wie z. B. viel Körperkontakt oder möglichst große Bewegungsfreiheit, entgegenkommen. Maßstab sind immer die Erfahrungen der Partner. Wichtig ist auch immer wieder zu betonen, daß die Partner, wie bei allen neuen Schritten, sich über ihr Vorgehen verständigen müssen. Die Therapeuten warnen die Patienten vor der Annahme, daß gleich der erste Versuch gelingt. Sie verweisen auf die bisherigen positiven Erfahrungen im Umgang mit Schwierigkeiten bei neuen Schritten.

Wenn die Frau bisher beim Koitus noch nicht zum Höhepunkt gekommen ist, können die Therapeuten auch eine Stellung vorschlagen, bei der die Frau mit angewinkelten Beinen auf dem Rücken liegt und der Mann von schräg seitlich das Glied einführt (Abb. 8). In dieser Position oder in der Seitenlage, in der der Mann unter der Frau liegt, ist die zusätzliche manuelle Stimulation der Frau während des Koitus sowohl durch sie selbst als auch durch ihren Partner gut möglich, und das Paar wird ermuntert, auch damit Erfahrungen zu machen. Die Therapeuten können auch darauf eingehen, daß die indirekte Stimulation der Klitoris durch die Wahl der Stellung beeinflußt werden kann. Für viele Frauen haben unterschiedliche Stellungen deshalb einen sehr unterschiedlichen Stimulationswert. Es kann daher sinnvoll sein, daß die Partner auch in dieser Richtung ihre Erfahrung sammeln.



Abb. 8. Zum Therapieabschnitt „Koitus in anderen Stellungen“

c) Besprechung der Erfahrungen

Die Therapeuten gehen wie bisher zunächst auf die Häufigkeit des Zusammenseins und auf die Erfahrungen beim Streicheln und bei der Stimulation ein, bevor sie nach den Erfahrungen mit den anderen Stellungen fragen. Wenn das Paar den Geschlechtsverkehr in neuen Positionen ohne Schwierigkeiten durchführen konnte, weisen die Therapeuten darauf hin, daß diese Übertragungen der bisherigen Lernerfahrungen die wachsende Sicherheit und Entspannung im sexuellen Umgang anzeigt. Wenn ein Paar sich schon nach 1–2 Versuchen auf eine bevorzugte Stellung festlegt, ohne daß bei der Exploration Ängste und Hemmungen deutlich werden, die für ein Vermeidungsverhalten sprechen, dann sollten die Therapeuten diese Entscheidungen des Paares respektieren.

Die Therapeuten fragen auch nach den Erfahrungen bei der zusätzlichen manuellen Stimulation der Frau, ob sie es selbst gemacht habe oder der Partner, verstärken positive Erfahrungen und ermuntern zu Geduld und weiteren Übungen.

d) Besondere Probleme

Frühere Symptome treten wieder auf (mangelnde Erektion, Scheidenkrampf usw.). Wenn die Partner berichten, daß bei dem Versuch, den Koitus in einer neuen Stellung durchzuführen, das Glied gar nicht erst steif geworden oder die Einführung des Gliedes durch eine Verkrampfung des Scheidenmuskels unmöglich gewesen sei, explorieren die Therapeuten zunächst, ob die Partner überhaupt ausführlich gestreichelt bzw. sich gegenseitig stimuliert haben, bevor sie die neue Stellung ausprobiert haben. Außerdem weisen sie darauf hin, auf welche Art und Weise die Partner es in früheren Abschnitten der Therapie geschafft haben, derartige Schwierigkeiten zu bewältigen. Sie ermahnen das Paar immer wieder zu Geduld und ermuntern sie zu weiterem Üben.

Vermeidung der zusätzlichen manuellen Stimulation der Frau. Wenn die Frau eigentlich gerne beim Koitus zum Höhepunkt kommen möchte, aber die Partner wiederholt berichten, daß sie die zusätzliche manuelle Stimulation nicht durchgeführt haben, müssen die Therapeuten Vorbehalte auf Seiten beider Partner explorieren. Es könnte z. B. sein, daß der Mann sich gekränkt fühlt, wenn er „zusätzliche Handarbeit“ leisten muß, um seine Frau zum Höhepunkt zu bringen. Andererseits können aber auch moralische Vorbehalte auf Seiten der Frau oder eine tiefverwurzelte falsche Vorstellung vom „reifen vaginalen Orgasmus“ ein Hemmnis darstellen. In solchen Fällen wird mit beiden Partnern nochmals ausführlich die Bedeutung klitoridaler Stimulation für Erregung und Orgasmus der Frau besprochen.

Falls eine Frau die Beckenbewegung beim Koitus auch ohne besondere Erregung oder ohne Höhepunkt genießen kann und das Paar eine zusätzliche manuelle Stimulation ablehnt, kann das von den Therapeuten akzeptiert werden.

e) Beendigung des Abschnitts

Das Ziel dieses Abschnitts ist erreicht, wenn die Partner die Erfahrung gemacht haben, den Koitus in verschiedenen Stellungen befriedigend erleben zu können.

und wenn die Partner auch mit gelegentlichen Unlustgefühlen, ausbleibender Erregung/Erektion usw. gelassen umgehen können. Die Therapeuten kündigen dann das *Abschlußgespräch* (s. u.) an und damit das Ende der Therapie. Sie tun dies auch, wenn noch einige Details unbearbeitet geblieben oder die ursprünglichen Therapieziele speziell im Hinblick auf die sexuelle Funktion noch nicht ganz erreicht sind. Das ist besonders häufig bei Orgasmusstörungen der Fall, wenn das Paar das sexuelle Zusammensein und den Koitus als angenehm erleben kann, die Frau aber bisher noch nicht zum Höhepunkt gekommen ist.

Die Therapeuten weisen schon hier darauf hin, daß sich erfahrungsgemäß die eingeleiteten positiven Veränderungen nach Abschluß der Therapie noch fortsetzen. Es kann für die Paare entlastend sein, wenn die Therapie „ausgeschlichen“ wird: die Therapeuten besprechen mit den Partnern, die letzten 2–3 Sitzungen bis zum Abschlußgespräch beispielsweise in 14tägigem Abstand durchzuführen. In diesen letzten Sitzungen können auch Ängste des Paares im Hinblick auf das Ende der Therapie, vor Rückfällen usw. bearbeitet werden. Die Therapeuten weisen auch schon darauf hin, daß sie dem Paar nach Abschluß der Therapie im Bedarfsfall zu Gesprächen zur Verfügung stehen.

Die Therapeuten neigen erfahrungsgemäß dazu – besonders wenn sich im Verlauf der Therapie eine gute Beziehung zu dem Paar entwickelt hat – ein überhöhtes Anspruchsniveau im Hinblick auf die Therapieziele zu haben. Deshalb ist es sinnvoll, den Abschluß einer Therapie in der Supervisionsgruppe zu besprechen.

12 Das Abschlußgespräch

a) Ziele

Die Partner sollen die Möglichkeit erhalten, zum Therapieergebnis Stellung zu nehmen und offene Fragen bzw. Ängste und Befürchtungen hinsichtlich der Zeit nach Abschluß der Therapie anzusprechen. Die Therapeuten sollen das Therapieergebnis aus ihrer Sicht zusammenfassen und erläutern, welche Verhaltensänderungen besonders wichtig sind für die veränderte sexuelle Beziehung des Paares. Das Angebot der Therapeuten, bei Bedarf auch nach Abschluß der Therapie zu weiteren Gesprächen zur Verfügung zu stehen, soll das Paar entlasten. Weiterhin soll mit dem Paar besprochen werden, wie sie ihre Erfahrungen in den ersten Wochen nach der Therapie in den Alltag integrieren können.

b) Vorgehen

Die Therapeuten besprechen zunächst wie bisher mit den Partnern die Erfahrungen, die sie seit der letzten Sitzung gemacht haben. Anschließend gehen sie auf die Reaktionen der Partner auf den bevorstehenden Abschluß der Therapie ein. Dabei sollten folgende Punkte angesprochen werden:

Wie zufrieden sind die Partner mit dem Ausgang der Therapie, was von den ursprünglichen Therapiezielen wurde erreicht, was muß noch weiter bearbeitet werden?

Welche Erwartungen oder Befürchtungen bzw. Pläne haben die Patienten hinsichtlich der Zeit unmittelbar nach Abschluß der Therapie?

Die Therapeuten erläutern den Partnern nochmals, daß sich die positiven Veränderungen auch nach Abschluß der Therapie oft noch fortsetzen, wenn die Patienten die wichtigen Regeln für den Umgang miteinander, die sie in der Therapie gelernt haben, weiter beachten (wie z. B. offen über die gegenseitigen Gefühle und Bedürfnisse reden; nichts nur dem Partner zuliebe tun; nicht versuchen, bestimmte – sexuelle – Reaktionen zu erzwingen usw.). Die Therapeuten weisen darauf hin, daß auch nach einem erfolgreichen Therapieabschluß immer wieder Probleme auftauchen werden, auch im Hinblick auf die sexuelle Funktion. Aber auch dies sei nicht weiter problematisch, wenn die Partner in der Weise mit diesen Problemen umgehen, wie sie es in der Therapie gelernt haben.

Es ist häufig so, daß die Partner zugunsten der Therapie andere Interessen zeitweilig zurückgestellt haben, die nach dem Abschluß der Therapie verständlicherweise wieder mehr Raum einnehmen. Das sollte aber unter keinen Umständen dazu führen, daß die Partner das sexuelle Zusammensein über längere Zeit hinweg ganz vernachlässigen, da das Paar erst noch sicherer werden muß. Das Paar wird ermuntert, nach der Therapie weiterhin regelmäßig sexuell zusammenzukommen und dabei das Prinzip des „offenen Endes“ anzuwenden: sie sollen sich in diesem Fall regelmäßig streicheln und dann sehen, wie weit sie gehen wollen und wozu sie Lust haben. Es sei hilfreich für sie, ausschließliches Streicheln, Petting oder Koitus als gleichrangige Alternativen anzusehen.

Wenn ein Kinderwunsch vorliegt – besonders wenn das der eigentlich Anstoß für die Therapie war – muß mit dem Paar besprochen werden, daß eine Schwangerschaft direkt nach Abschluß der Therapie das bisher Erreichte wieder gefährden kann, da sich die positiven Erfahrungen erst noch festigen müssen. Es ist also sinnvoll, mit dem Absetzen der Verhütungsmittel noch mindestens etwa ein halbes Jahr zu warten.

Abschließend wiederholen die Therapeuten dem Paar gegenüber das Angebot, sich jederzeit wieder an die Therapeuten zu wenden, wenn sie das Gefühl haben, mit einem Problem nicht allein klar zu kommen. (Erfahrungsgemäß machen nur wenige Paare von diesem Angebot Gebrauch.)

c) Transkript

Paar 24: Es handelt sich um das Paar mit Erektionsstörung des Mannes, das wir schon auf S. 117 beschrieben haben. Eine verteilte Therapie mit 2 Therapeuten wurde durchgeführt.

Mann: Wir haben weiter so gemacht wie bisher, zweimal. Ja, mit Streicheln, allem Drum und Dran.

w Th: Und die Einführung so in der Seitenlage?

Mann: Ja. Ja.

w Th: Sie hatten ja das letzte Mal so kurz angesprochen mit anderen Stellungen. Da sagten Sie, Sie hätten von früher her noch Erfahrungen mit einer anderen Stellung, nicht?

Mann: Ja.

w Th: Haben Sie dazu Lust gehabt, die mal zu probieren?

Mann: Nee, das war auch nicht so das Wahre, also.

Frau: Nee, wir sind nicht . . .

Mann: . . . da nicht so zurechtgekommen.

- w Th: Also Sie haben doch was ausprobiert?
 Mann: Nein, wir haben jetzt den Versuch nicht gemacht.
 w Th: Aja.
 Mann: Wahrscheinlich sind da irgendwelche Abneigungen oder Hemmungen noch vorhanden, die einen oder uns daran hindern, da eben einfach zu experimentieren, wie Sie so schön sagten.
 m Th: Wenn Sie daran denken, dann tauchen diese alten Enttäuschungen wieder auf?
 Mann: Genau, genau.
 w Th: Das will man wahrscheinlich vermeiden.
 m Th: Ich kann mir das noch nicht so genau vorstellen. Wann kommt denn bei Ihnen beiden der Wunsch auf, eine andere Stellung auszuprobieren?
 Mann: Ach Gott, wir haben darüber gesprochen, aber . . .
 w Th: Außerhalb der Übung?
 Mann: Ja. Aber wir sind auf keinen Nenner gekommen.
 Frau: Wir wissen auch nicht, ob das unbedingt sein muß, ob das unbedingt erforderlich ist.
 m Th: Ja, das wollt' ich nämlich grad rausfinden, ob Sie sich fragen, vielleicht erwarten unsere Therapeuten, daß wir noch eine andere Stellung ausprobieren.
 Mann: Ja.
 Frau: Auch nicht wissen wie und was, und ob das überhaupt erforderlich ist. Ich zumindest von mir aus.
 w Th: Also Sie haben gar nicht so von sich aus das Bedürfnis?
 Frau: Nicht unbedingt.
 w Th: Ich glaub' das ist halt so ganz wichtig, daß es keine Regel gibt, was erforderlich ist.
 Mann: Ja.
 w Th: Ist ja auch nicht erforderlich, miteinander zu schlafen, man kann sich auch mit der Hand zum Höhepunkt bringen.
 Mann: Ja, genau.
 w Th: Und daß das jeder nach seinem Geschmack rauskriegen muß. Und Sie haben im Moment auch noch gar keine so große Lust zu einer anderen Stellung gehabt, oder . . .
 Frau: Vielleicht schon, aber man weiß ja nicht, ob das unbedingt sein muß.
 m Th: Ich glaub', das ist das Entscheidende. Dadurch, daß Sie sich fragen, ob das erforderlich ist, sein sollte oder nicht, in dem Moment ist es ja keine spielerische Entscheidung mehr, sondern sowas wie den letzten Rest der Hausaufgaben auch noch zu machen.
 Mann: Ja, so könnte man es . . .
 Frau: Ja, in etwa, hm.
 m Th: In dem Moment sind sie eigentlich schon nicht mehr entspannt, sondern fangen Sie an, sich zu beobachten, wie Sie sich nun hinlegen müssen, was erforderlich ist, und dann klappt es gar nicht mehr.
 Frau: Oder ob wir uns so wohler fühlen, daß wir im alten Fahrwasser bleiben.
 Mann: In dem jetzt so gewohnten Fahrwasser.
 m Th: Sie stehen dann unter dem Leistungsanspruch, etwas anderes auszuprobieren, weil wir hier „herumexperimentieren“ gesagt haben.
 Mann: Genau. Ganz ehrlich, das ist wie eine psychische Blockade.
 m Th: Möchten dem nachkommen, merken aber, daß das in dem Moment gar nicht ihr Bedürfnis ist.
 Mann: Genau.
 m Th: Ja, ich glaube dann sollten wir doch ausdrücklich sagen, daß es nicht erforderlich ist. Das gilt auch für später. Vielleicht haben Sie ja tatsächlich mal von sich aus den Wunsch, und dann könnten Sie es ja machen.
 Frau: Aber im Moment würde uns auch die Phantasie fehlen, also mir jedenfalls. Wir haben uns damit auch nicht mehr belastet dann, also ich jedenfalls nicht. Wir haben darüber gesprochen.
 w Th: Das finde ich sehr gut, daß Sie miteinander darüber sprechen.
 Frau: Uns fehlte eben, wie gesagt, die Phantasie dazu.
 Mann: Ja, und vor allem eins, wie Sie schon sagten. Wir haben darüber gesprochen und haben das dann praktisch eben ad acta gelegt, um es Ihnen vorzutragen, was Sie dazu meinen.

- w Th: Vielleicht auch noch so eine ganz wichtige Sache, daß viele Paare, die verschiedene Stellungen ausprobieren und auch problemlos durchführen können, daß viele im Endeffekt dann doch so eine Standardstellung haben, welche das ist, bleibt dahingestellt. Das ist sehr unterschiedlich, in welcher sie sich am wohlsten fühlen.
 Mann: Ja, ja.
 w Th: Aber bei den Malen, während sie zusammen waren, hat es Spaß gemacht?
 Mann: Ja.
 w Th: Keine Probleme?
 Mann: Nein.
 m Th: Sie haben Geschlechtsverkehr gehabt?
 Mann: Ja, ja.
 m Th: Mit Samenergüß in der Scheide?
 Mann: Ja.
 m Th: (Zur Frau:) War es bei Ihnen wieder so, daß Sie beim Geschlechtsverkehr oder beim Streicheln anschließend einen Orgasmus hatten.
 Frau: Nee, beim Verkehr.
 m Th: Beim Verkehr. Gibt es da so Ihrem Erleben oder auch in Ihrer Bewertung Unterschiede, ob der Orgasmus durch den Geschlechtsverkehr kommt oder durch das Streicheln?
 Frau: An sich nicht, wüßte ich nicht.
 m Th: Sie mögen beides gleich gerne?
 Frau: Ja.
 m Th: Ich glaub' das ist was ganz Wichtiges, daß Sie so von sich aus sagen, das ist gleich schön und nicht das eine als minderwertiger anzusehen.
 Frau: Nee.
 Mann: Nee, also das kann man nicht sagen, daß man jetzt das eine als wichtig hervorhebt und das andere nur sekundär betrachtet, so würde ich das auf keinen Fall hinstellen. Also auch für mich nicht.
 w Th: Daß Sie so für sich entscheiden können, wann Sie zusammen sein wollen und in welcher Form.
 Mann: Ja, ja.
 w Th: Darüber reden können, wie wer was haben will.
 Mann: Genau. Das sind eben Dinge, über die wir früher so gut wie gar nicht gesprochen haben, nicht, und wie gesagt, ich sagte es Ihnen ja schon das letzte Mal, daß sich auch das ganze Spektrum unseres Daseins wesentlich erweitert hat, und daß wir Dinge, die wir früher als nichtig betrachtet haben, daß die heute voll durchgesprochen werden. Knatsch und Ärger also das ist irgendwo, ich weiß nicht, unter „ferner liefen“.
 m Th: Hm.
 Mann: Würde ich sagen, nicht.
 m Th: Ja. Ich hätt gern noch einen Punkt angesprochen, und zwar den Zeitpunkt des Samenergusses bei Ihnen.
 Mann: Das ist sehr unterschiedlich.
 m Th: Können Sie uns mal schildern, wovon der so in Ihrer Wahrnehmung abhängig ist? Zum Beispiel ob es mal Situationen gibt, wo Sie sehr erregt sind und sich gar nicht mehr kontrollieren können . . .
 Mann: Nee, nee, also nicht mehr. Das war früher so. Heute nicht mehr, also da ist praktisch doch ein ziemlicher Unterschied würde ich sagen. Wodurch das gekommen ist . . .
 m Th: In dem Sinne, daß es länger geht.
 Mann: Ja.
 m Th: Daß Sie auch beide mehr vom Geschlechtsverkehr haben?
 Mann: Ja, ja. So würde ich es sagen, ich weiß nicht, ob meine Frau es auch so empfindet.
 Frau: Hm, hm.
 Mann: Aber für mich würde ich es so sagen. Also früher, da ist es passiert, daß praktisch ein Samenergüß innerhalb von Sekunden erfolgte.
 w Th: Also, daß es mal langsamer und mal schneller geht. Auch daß wenn es mal schneller geht, das noch so in dem Rahmen ist, daß Sie es genießen können?
 Mann: Fins möchte ich mal dazu sagen. Ich kann noch nicht immer, aber mitunter wesentlich hinauszögern.

- m Th: Wie machen Sie denn das?
 Mann: Ja, wie soll ich sagen, indem ich praktisch einen Block aufbaue und sage, also noch nicht.
- m Th: Sie geben sich also selber so eine Art Anleitung?
 Mann: Ja.
 m Th: Und diese Anleitung, die läßt Sie dann erst mal so ein bißchen abkühlen.
 Mann: Genau.
 m Th: Dann sind Sie nicht mehr so erregt.
 Mann: Ja.
 m Th: Hören Sie dann auch in dem Moment mit den Beckenbewegungen auf?
 Mann: Nein, das nicht. Ich kann das doch wesentlich mehr bewußt steuern, als daß ich es früher überhaupt für möglich gehalten habe.
- w Th: Also daß Sie sich so in dem gesamten Ablauf sicherer fühlen?
 Mann: Ja, ja. Ja vor allem wissen Sie, um es mal ganz kraß zu sagen, ich hab mich früher nicht geschämt, aber mir war das mitunter furchtbar peinlich, also wenn es so wahn-sinnig schnell zum Samenerguß kam. Und irgendwie wußte ich dann auch, daß meine Frau nicht befriedigt war. Da war dann doch wahrscheinlich ein gewisser Schuldkomplex vorhanden, und der hat sicher auch eine wesentliche Rolle mitgespielt.
- m Th: Daß es immer wieder eintrat?
 Mann: Ja.
 m Th: Weil Sie schon von vornherein sich dafür fürchteten.
 Mann: Ja.
 Frau: Dann warst Du böse.
 Mann: Dann war ich böse, ja.
 m Th: (Zur Frau:) Sie doch wohl auch, wenn ich das richtig in Erinnerung habe?
 Frau: Nicht so stark wie mein Mann.
 m Th: Ach so.
 Frau: Der war dann beleidigt und eingeschnappt.
 w Th: Also richtig so ein schönes Hochschaukeln.
 Frau: Genau.
 w Th: Sie hatten Angst davor, daß es passiert, und dann passierte es prompt. Und dann sind Sie beide böse.
- Mann: Ja, ja.
 w Th: Dann kann das ja gar nicht mehr richtig gehen.
 Mann: Eben. Heute kann man darüber bloß lachen.
 Frau: Heute ja. Früher hast Du Dich umgedreht vor lauter Wut.
 Mann: Jaja, so ungefähr, jaja.
 w Th: Also daß Sie beide auch ganz anders rangehen und sich dabei sicherer fühlen.
 Frau: Ja, das muß ich sagen.
 Mann: Ich würde sagen, das ist ein Unterschied gegen früher wie Tag und Nacht.
 w Th: Hm.
 Mann: Ich meine einmal auf dem sexuellen Gebiet, aber auch sonst so. Unser ganzer Umgang ist ein ganz anderer geworden. Nicht mehr so furchtbar verbissen. Diese Verbissenheit, die ist doch zum ganzen Teil gewichen. Oder wenn sie mal aufkommt, irgendwie mal Diskrepanzen sind, dann wird eben darüber gesprochen und dann wird es ausdiskutiert und man kommt zum Kompromiß. Also es ist nicht mehr so, daß man aneinander vorbeimarschiert.
- w Th: Sie sind nicht mehr gereizt, wenn mal ein Problem auftaucht, sondern Sie haben gemerkt, Sie können ja auch gemeinsam Probleme meistern.
 Mann: Ja. Eins der jüngsten Beispiele will ich Ihnen jetzt sagen, was uns früher wirklich vom Fenster gehauen hatte, wie man hier so schön sagt. Der Unfall unseres Jungen und dieser Beinbruch. Na gut, meine Frau hat geweint, das ist logisch gewesen.
- Frau: Aber ich muß auch dazu sagen, früher hat mein Mann solche Dinge grundsätzlich auf mich abgewälzt, immer. Ob das kleine oder größere waren. Diesmal hat er alles selbst in die Hand genommen. Darüber hab' ich mich doch gefreut, nicht? Brauchte mich um fast nichts kümmern. Er ist zur Schule gegangen, er ist hier mit ihm zur Poliklinik gefahren. Früher mußte ich das alles. Ohne daß überhaupt darüber gesprochen wur-

- de, das was Lösen selbstverständlich. „Och nee, mach' Du man, ich mag nicht.“ Heute ist das umgekehrt, zumindest wechseln wir uns ab.
- Mann: Naja, um es mal so zu sagen, wie Du es schon ausgedrückt hast, ich habe Dir praktisch die Führungsrolle überlassen und auch zugespield.
- w Th: Zugeschoben wohl.
 Frau: Ja, weil Du auch gar nichts unternommen hast. Einer muß dann ja was tun, man kann ja nicht alles so vor sich hinschieben.
- w Th: Daß Sie jetzt eigentlich partnerschaftlich mit solchen Dingen umgehen. Was ich dabei wichtig finde ist, daß Sie sich einerseits so im Umgang miteinander sehr viel sicherer fühlen und entspannter, auch liebevoller miteinander umgehen, rücksichtsvoller; aber daß Sie auch so von sich aus aufzeigen, wir haben auch gelernt mit Problemen umzugehen, und die werden immer auftauchen.
- Mann: Ja.
 Frau: Daß ja nicht jeden Tag die Sonne scheint, nicht? Aber doch nicht mehr so wie das früher war, daß wir uns anöden und jeder jedem aus dem Weg geht. Wenn der eine nicht will, na gut, dann hat er schlechte Laune, dann geht es eben nicht.
- w Th: Hm.
 Mann: Naja, nun, da kann man aber ruhig noch sagen, warum ist die schlechte Laune.
 Frau: Die hat meistens ja auch einen Grund.
 Mann: Daß man auch darüber spricht.
 w Th: Also nicht mehr so viel unter den Teppich gekehrt wird.
 Mann: Nee. Nach Möglichkeit nicht.
 Frau: Oder wenn er Ärger hat in der Firma, gut da reden wird darüber; hab' ich welchen, reden wir auch darüber. Hast du das richtig oder hast du das falsch gemacht, oder hättest du das und das vielleicht so gemacht.
- m Th: Aber wichtig ist eben, daß Sie mit dem Stand im Moment ja nicht immer so rechnen können, sondern daß Sie auch mal wieder genervter sein werden oder auch mal vor einem Problem wieder eher verzagen.
- Mann: Nee, nee, da möchte ich Ihnen ganz klar widersprechen.
 m Th: Hm.
 Mann: Sicher gibt es schwere Probleme, die mal auf uns zukommen können, denen kann man nicht ausweichen, bloß man kann versuchen, das Beste daraus zu machen.
- m Th: So daß Sie im Moment auch realistisch sind, daß wir Sie gar nicht vor Rückschlägen warnen müßten.
 Frau: Die werden immer wieder kommen.
 Mann: Die werden immer wieder kommen, darüber bin ich mir ganz klar.
 m Th: Sie sollen nur keine Angst haben, davon aus den Socken gehauen zu werden.
 Mann: Nein.
 m Th: Sondern relativ gelassen versuchen, das Problem zu erkennen und dann miteinander zu bearbeiten. Daß Sie nun ganz optimistisch sein können, daß Sie den Weg finden können.
- w Th: Trotz allem, falls sich irgendwann mal Probleme auftun sollten, die Ihnen doch sehr schwierig erscheinen, können Sie uns immer wieder anrufen.
- Frau: Ja.
 Mann: Das ist nett.
 m Th: Denn gerade diese Zeit so nach einer systematischen Therapie ist ja auch eine Zeit, wo das Paar dann sich sozusagen arrangieren muß, also allein sein eigener Therapeut sein muß.
- Mann: Genau, und den Weg weiter allein finden muß, wenn ich Sie richtig verstehe.
 m Th: Genau das. Und das kann manchmal zu so einer anfänglichen Verunsicherung führen, muß aber nicht. Aber wenn Sie irgendwie so den Eindruck haben, Sie verrennen sich in irgendwas, dann rufen Sie an und dann reden wir entweder am Telefon oder daß Sie auf einen Sprung vorbeikommen.
- Frau: Gut.
 w Th: Ich habe auch so den Eindruck, schon das letzte Mal, sie nehmen den Gedanken, daß jetzt die regelmäßigen Gespräche so ausgelaufen sind, also dieses das Abschlußgespräch ist, so ganz gelassen hin und daß Sie ganz optimistisch die nächste Zeit angehen.

- Frau: Ja ich muß sagen, darüber habe ich mir gar keine Gedanken gemacht. Überhaupt nicht darüber nachgedacht.
- Mann: Ja, ich will nicht sagen keine Gedanken gemacht. Aber, wie Sie schon beim letzten Mal sagten, wenn eben mal scheinbar unüberbrückbare Probleme auftauchen, ich sage wohl gemerkt scheinbar und es gibt ja keine unüberbrückbaren Probleme, dann melden wir uns.
- m Th: Ich meine aber nur, Sie sollten jetzt auch wirklich nicht so den ganzen großen Ehrgeiz haben, mit allem allein fertig zu werden, sondern . . .
- Frau: Das auch nicht.
- Mann: Nein.
- w Th: Wenn Fragen auftauchen . . .
- Frau: . . . rufen wir an. Das ist ein beruhigendes Gefühl. Das ist am Anfang schon ganz wichtig.
- Mann: Daß man da praktisch noch ein Sicherheitsventil hat, das ist doch, muß auch ich sagen, ein sehr beruhigendes Gefühl.

III. Zusätzliche Interventionen

Im folgenden werden einige zusätzliche Interventionen beschrieben, deren Anwendung sich im Rahmen unserer Arbeit bei bestimmten Problemen als sinnvoll erwiesen hat. Es handelt sich dabei – wie der Name schon sagt – nicht um Alternativen zur Grundform der Therapie, sondern um Ergänzungen, die die Therapeuten in die zuvor beschriebene Grundform einarbeiten, wenn es der Indikationsstellung bzw. der individuellen Problematik entspricht.

I Körperliche Selbsterfahrung: Frauen

a) Überlegungen zur Indikation

Anleitungen zur körperlichen Selbsterfahrung sind eine wichtige Ergänzung des Grundprogramms bei Patienten, die mit ihrem eigenen Körper und seinen Reaktionen nicht vertraut sind, ihren Körper nicht akzeptieren und/oder keine Erfahrungen mit Selbstbefriedigung haben.

Wie intensiv und bis zu welchem Schritt (s. unten) im Bereich „körperliche Selbsterfahrung“ bearbeitet werden soll, muß im Einzelfall entschieden werden. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß besonders die ersten Schritte (Ansehen des Körpers und der Genitalien, erkundendes Berühren der Genitalien) auch bei den Partnerinnen von Symptomträgern, die selbst keine sexuelle Funktionsstörung haben, sehr hilfreich sind, um Informationsdefizite und Hemmungen abzubauen. Das gleiche gilt für Frauen mit Vaginismus, auch wenn sie bei Petting oder Selbstbefriedigung zum Orgasmus kommen können. Bei ihnen ist die genaue Kenntnis des eigenen Körpers die Grundlage für die speziellen Übungen mit den Stäben (S. 248). Bei Frauen mit primären Erregungs- und Orgasmusstörungen setzen wir die Anleitungen zur körperlichen Selbsterfahrung *generell* als Ergänzung des therapeutischen Vorgehens ein, wenngleich auch hier nicht immer alle Stufen. Sinnvoll können die Übungen zur körperlichen Selbsterfahrung auch bei Frauen sein, die nur durch besondere Masturbationstechniken (z. B. Schenkeldruck, Anpressen der Genitalregion an Gegenstände, Manipulation über der Kleidung usw.) zum Orgasmus gelan-

gen. Die ersten Schritte des Programms sind in jedem Fall ein wichtiges diagnostisches Instrument, bei denen oft viele vorher nicht explorierbare Ängste und Hemmungen erkennbar werden.

b) Ziele

Generell soll die Frau ihren Körper und seine Reaktionen einschließlich des Genitalbereiches besser kennen und akzeptieren lernen. Ohne Leistungsdruck und durch Annäherungsschritte soll die Frau die Erfahrungen machen, wie sie auf unterschiedliche Berührungs- bzw. Stimulationsformen reagiert und so lernen, mit ihrem Körper vertraut zu werden. In diesem Zusammenhang deutlich werdende Selbstwertprobleme bzw. Zweifel an der eigenen „Weiblichkeit“ sollen bearbeitet werden. Die Möglichkeit, im Rahmen der körperlichen Selbsterfahrung ohne den Partner neue Erfahrungen zu machen, kann ihr ein neues Gefühl von Autonomie im sexuellen Bereich vermitteln und ihr die Bearbeitung von Sexualängsten, v. a. die Angst vor Kontrollverlust, erleichtern.

c) Vorgehen

Die körperliche Selbsterfahrung wurde bei uns zunächst parallel zur Paartherapie von der Therapeutin *mit der Patientin allein* bearbeitet, und zwar in etwa 20minütigen Einzelsitzungen, die jeweils den gemeinsamen Vierersitzungen vorangestellt wurden. Inzwischen sind wir zunehmend dazu übergegangen, diesen Teil der Therapie in die Vierersitzung zu integrieren. Das hat sich auch deshalb als günstig und möglich erwiesen, da wir immer häufiger die Anleitungen zur Selbsterfahrung auch beim Mann für notwendig halten. Dieser Therapieteil sollte nicht vor dem Streicheln II begonnen werden, damit das Paar zunächst einige gemeinsame Erfahrungen machen kann. Das Vorgehen basiert auf dem Konzept von LoPiccolo u. Lobitz (1972)⁶.

Der Patientin wird anhand von Beispielen aus ihrer eigenen Lerngeschichte aufgezeigt, daß ihre gegenwärtige Situation das Ergebnis bestimmter Sozialisationsbedingungen ist, die in unserem Kulturkreis überwiegend körper- und sexualfeindlich sind, und zwar besonders im Hinblick auf die Sexualität der Frau. Es handelt sich also nicht um ein individuelles Versagen „als Frau“, und sie steht mit ihrem Problem keineswegs allein. Darüber hinaus ist für die meisten Frauen die Kenntnis des eigenen Körpers und speziell des Genitalbereiches noch durch die anatomischen Gegebenheiten erschwert, da sie im Gegensatz zum Mann nicht zwangsläufig mit dem Anblick des eigenen Genitales konfrontiert werden.

Die Therapeutin exploriert die Einstellungen der Frau zu diesem Bereich und bespricht mit ihr, daß Erfahrungen und Sicherheit im Hinblick auf den eigenen Körper eine wichtige Voraussetzung für eine befriedigende sexuelle Beziehung in der Partnerschaft ist.

⁶ Es ist oft eine hilfreiche Ergänzung für die körperliche Selbsterfahrung, wenn die Frauen die Bücher Barbach LG (1982) *For yourself, Die Erfüllung weiblicher Sexualität*, Ullstein, Berlin, oder Meulenbelt A (1982) *Für uns selbst, Körper und Sexualität aus der Sicht der Frauen, Frauennoffensive*, München, lesen.

Dann wird die Patientin aufgefordert, sich bis zur nächsten Sitzung 1- bis 2mal Zeit zu nehmen. Wenn sie ungestört ist, soll sie sich, z. B. nach dem Baden oder Duschen, nackt in einem möglichst großen Spiegel von allen Seiten betrachten, und dabei darauf achten, was sie an sich mag und was nicht. Anschließend soll sie sich bequem hinlegen, die Beine leicht anwinkeln und spreizen und sich mit Hilfe eines Handspiegels auch im Genitalbereich genau anschauen und versuchen, die einzelnen Teile des Genitales wie Klitoris, große und kleine Schamlippen, Scheideneingang, Damm und Harnröhre zu erkennen. Die Therapeutin bespricht mit der Frau eine Abbildung des weiblichen Genitales und erläutert Lage und Funktion der einzelnen Teile. Es ist oft hilfreich, der Frau eine solche Abbildung mit nach Hause zu geben.

d) Besprechung der Erfahrungen

Bei der Besprechung der Erfahrungen geht die Therapeutin zunächst darauf ein, wie der Frau zumute war, ob es ihr schwer gefallen sei, die Übung durchzuführen, wie oft sie sich dafür Zeit genommen hat usw. Anschließend exploriert sie die einzelnen Reaktionen, sowohl beim Anblick des ganzen Körpers als auch des Genitales, und greift besonders Ansätze bei der Frau, sich positiv zu sehen, verstärkend auf. Wenn die Frau die einzelnen Teile bei sich nicht erkennen konnte, z. B. die Klitoris nicht gefunden hat, wird nochmals ausführlich die Abbildung besprochen und auf individuelle Variationen hinsichtlich der Größe, Färbung usw. hingewiesen.

e) Weiteres Vorgehen

Wenn sich die Patientin auf diese Weise mit dem Anblick ihres Körpers und ihres Genitalbereichs vertraut gemacht hat, wird sie aufgefordert, sich beim nächstenmal auch anzufassen und dabei mit den Fingern Schamlippen, Klitoris usw. zu fühlen. Sie soll dazu ruhig weiter Spiegel und Abbildung als Hilfe benutzen. Um bei der Durchführung dieser Übungen Mißempfindungen zu vermeiden, wird der Frau die Benutzung von Speichel oder Creme empfohlen. Außerdem soll die Patientin gelegentlich die Beckenbodenmuskulatur willkürlich anspannen und entspannen (Kegelübung) und die dabei auftretenden Veränderungen im Genitalbereich im Spiegel beobachten.

Im nächsten Schritt setzt die Frau die manuelle und visuelle Exploration des Genitalbereichs fort und achtet jetzt darauf, inwieweit die Berührung von Klitoris, Schamlippen, Scheideneingang und Dammbereich unter unterschiedlichem Druck und Rhythmus zu unterschiedlichen Empfindungen führen, was für sie angenehm und was eher unangenehm ist. Die Therapeutin ermutigt die Patientin zu einer spielerischen Experimentierhaltung und weist darauf hin, wie wichtig es ist, den gesamten Scham- und Dammbereich zu untersuchen und nicht bestimmte Areale auszuklammern, um mit allen Reaktions- und Erlebnismöglichkeiten vertraut zu werden und eventuelle Ängste abzubauen.

Wenn die Frau für ihre unterschiedlichen Empfindungsmöglichkeiten im Genitalbereich sensibilisiert ist, wird sie aufgefordert, diese Kenntnisse bei den nächsten Übungen einzusetzen und sich so zu streicheln, wie sie es als besonders angenehm erlebt. Falls dabei Erregung auftritt, soll sie zunächst nicht bis

zum Orgasmus weiter stimulieren, sondern die Erregung wieder abflauen lassen und dann durch stimulierendes Streicheln wieder herstellen, ganz entsprechend dem „Spiel mit der Erregung“ (S. 219). Anschließend kann sie dann weitermachen, bis „etwas passiert“, bis zum Höhepunkt oder bis sie keine Lust mehr hat.

Falls es notwendig erscheint, können die bisherigen Anleitungen anschließend noch intensiviert und modifiziert werden. Beispielsweise kann die Therapeutin, – nach der Besprechung möglicherweise ambivalenter Phantasieinhalte – die Patientin ermutigen, anregende Phantasien (oder auch Bild- und Textvorlagen) bei der Selbststimulation einzusetzen. Die Vorführung und gemeinsame Besprechung eines Masturbationsfilms oder die Anleitung, einen „wilden Orgasmus“ zu spielen, können beim Abbau von Angst vor Kontrollverlust hilfreich sein. Bei Frauen, die im Verlauf der verschiedenen Schritte zwar gelernt haben, ihren Körper einschließlich des Genitalbereichs zu akzeptieren und die sich bei der Selbststimulation wohl fühlen und erregt werden können, aber weder vor der Therapie noch im Verlauf der körperlichen Selbsterfahrung zum Höhepunkt kamen, kann ein durch besonders intensive Stimulation – wie sie z. B. durch den Gebrauch einer Handdusche oder eines Vibrators möglich ist – hervorgerufener Orgasmus einen Durchbruch im Hinblick auf emotionale Barrieren bedeuten. Dieses Vorgehen ist nur sinnvoll, wenn auf seiten der Patienten und auch auf seiten der Therapeutin mögliche Vorbehalte gegen diese apparative Stimulation („Künstlichkeit“, „Notlösung“ usw.) ausgeräumt werden können und kein neuer Leistungsdruck entsteht. Das erstmalige Erleben eines Orgasmus kann die Frau von der Angst entlasten, funktionell nicht intakt zu sein. Diese Erleichterung führt oft dazu, daß sie sich bei der manuellen Selbststimulation bzw. beim Petting mit dem Partner bedeutend besser entspannen kann und auch dabei hohe Erregungsstufen bzw. Orgasmus erlebt. Oft ist es aber notwendig, daß die Therapeutin die Frau schrittweise anleitet, diese Erfahrungen auch auf andere Stimulationsformen zu übertragen: Sie schlägt ihr vor, sich zunächst mit Handdusche oder Vibrator zu stimulieren, bis die Erregung sehr stark ist, und dann mit der Hand weiterzumachen usw.

f) Besondere Probleme

Massives Vermeidungsverhalten. Besonders beim ersten Schritt kommt es häufig vor, daß die Frauen keine Zeit für die Übungen finden, keine Lust haben oder sich schlichtweg weigern, die Übungen durchzuführen, weil sie sie einfach „doof“ finden. Damit sollte die Therapeutin so umgehen, wie es auch bei der Paartherapie beschrieben ist (S. 204). Außerdem kann die erste Anleitung auch in 2 Schritte aufgeteilt werden, und die Frau kann zunächst nur ihren nackten Körper betrachten.

Ekel vor dem eigenen Genitale. Viele Frauen erleben den Anblick oder die Berührung des eigenen Genitales als unangenehm, ekelig usw. als eine Art Wunde, die Verletzungsängste mobilisiert. Sie schaffen es oft nicht, diesen Bereich in ihr Körperschema zu integrieren. Oft erledigt sich dieses Problem durch die zunehmende Vertrautheit der Frau mit ihrem Körper schon nach wenigen Sitzungen. Für viele Frauen ist es in diesem Zusammenhang hilfreich, von der Therapeutin die funktionsgerechte Form des Genitales erklärt zu be-

kommen: daß die rötliche Färbung wie bei den Lippen durch die starke Durchblutung bedingt ist, daß die faltige Haut erst die für den Geburtsvorgang erforderliche Flexibilität ermöglicht. Wenn Frauen angeben, trotz Verwendung von Gleitmitteln auch sanfte Berührung als schmerzhaft zu erleben, handelt es sich oft um eine falsche Einordnung ungewohnter Empfindungen. Das Problem kann abgebaut werden, indem die Therapeutin der Patientin gegenüber diese Empfindungen umdeutet bzw. neu benennt.

Was heißt Erregung bzw. Höhepunkt? Viele Frauen haben völlig unrealistische Vorstellungen davon, wie sich Erregung und Orgasmus körperlich äußern und können ihre eigenen Empfindungen damit in keiner Weise in Übereinstimmung bringen. Dieses Problem taucht meistens dann auf, wenn sie aufgefordert werden, sich gezielt so zu streicheln, daß sie sich dabei wohlfühlen. Übersteigerte Erwartungen führen dann zu massiver Enttäuschung. In diesem Fall fragt die Therapeutin ganz detailliert nach den Empfindungen während der Übung, z. B. ob die Patientin ein Wärmegefühl im Unterleib oder ein angenehmes Kribbeln erlebt habe oder ob sie bei sich während der Übung Veränderungen wahrgenommen habe (dunklere Färbung oder Anschwellen von Klitoris und Schamlippen). Die Therapeutin erläutert, daß dies Ausdruck von Erregung sei, die aber aufgrund übersteigter Erwartung oft als solche nicht erkannt wird. Sie spricht ausführlich mit der Frau die große Variationsbreite, in der Erregung und Orgasmus erlebt werden können, und zwar nicht nur inter- sondern auch intraindividuell. In diesem Zusammenhang kann aufgezeigt werden, daß es sinnvoll ist, das subjektive Empfinden statt des objektiven körperlichen Funktionierens als Maßstab zu nehmen.

Kurz vor dem Höhepunkt „bricht die Erregung ab“. Manche Frauen berichten, daß sie zwar stark erregt werden, wenn sie sich stimulieren, daß diese Erregung dann aber plötzlich abbricht, ohne daß sie die Stimulation geändert haben oder zum Höhepunkt gekommen sind. Wenn die Frauen nicht aufgrund übersteigter Erwartung ihren Höhepunkt „übersehen“, bespricht die Therapeutin nochmals ausführlich mit der Frau, daß es im Moment darauf ankommt, sich wohl zu fühlen. Sie fordert die Frau auf, mit der Erregung zu spielen (S. 219). Erst anschließend kann die Frau sich weiter stimulieren solange sie Lust hat, soll dabei aber nicht damit rechnen, zum Höhepunkt zu kommen. Es muß auch abgeklärt werden, ob das Abbrechen der Erregung etwa mit angstauslösenden Phantasieinhalten oder mit Angst vor Kontrollverlust zusammenhängt.

g) Integration in die Paartherapie

Sowohl in den Einzelsitzungen als auch in den gemeinsamen Sitzungen mit dem Paar wird besprochen, wie die Frau ihre Erfahrung mit sich selbst in die gemeinsame Übung einbringen kann: so kann sie im Rahmen des erkundenden Streichelns dem Mann Lage und Funktion von Klitoris, Scheideneingang usw. erläutern und beim stimulierenden Streicheln Wünsche äußern, wie sie am liebsten gestreichelt werden mag, und seine Hand führen. Auch das Spielen eines Orgasmus im Beisein des Partners sowie die Erfahrung, sich vor dem Partner bis zum Höhepunkt zu stimulieren, können bei Frauen mit Orgasmus-

problemen wichtige Zwischenschritte im Rahmen des Grundprogramms sein. Auch bei den weiteren Abschnitten des Grundprogramms nach der Einführung des Gliedes kann die Frau immer wieder auf ihre Erfahrung bei der körperlichen Selbsterfahrung zurückgreifen und z. B. Wünsche hinsichtlich der Stimulation äußern.

2 Körperliche Selbsterfahrung: Männer

Wir haben die körperliche Selbsterfahrung für Männer nicht als systematische Ergänzung der Partnertherapie angewendet, weil wir die bei fast allen Männern vorhandene Masturbationskompetenz mit körperlicher Selbsterfahrung verwechselt haben und deshalb die Notwendigkeit entsprechender Übungen lange Zeit nicht sahen.

Wir haben bei einigen Männern Selbsterfahrungsübungen bei besonderen Problem angewendet:

Manche Männer befürchten aufgrund phantasierter oder realer körperlicher Gegebenheiten (z. B. Phimose) Schmerzen beim Berühren oder Stimulieren ihrer Genitalien. Sie mögen sich deshalb nicht anfassen und können dies auch nicht von seiten ihrer Partnerin zulassen. Das erkundende Streicheln mobilisiert bei diesen Männern große Verletzungängste, die – wenn sie unerkannt oder unbearbeitet bleiben – zur Stagnation der Therapie führen können. Ein stufenweises Abbauen der Ängste ist durch Selbsterfahrungsübungen (Ansehen der Genitalien, Berühren des Penis und der Eichel) möglich.

Viele Männer masturbieren mechanisch und ohne Phantasiebeteiligung. Sie haben sich nie bei der Masturbation vorgestellt, den Penis in die Scheide einzuführen oder in die Scheide einen Samenerguß zu haben. Bei Männern mit Erektionsstörungen und vorzeitiger Ejakulation kann es hilfreich sein, Erektion und Ejakulationskontrolle in der Phantasie beim Masturbieren „zu üben“.

Viele Männer haben jahrelang heimlich und schnell masturbiert, um mit einem Minimum an zeitlichem Aufwand zum Orgasmus zu kommen. Dahinter steckt oft eine verunsicherte Haltung gegenüber der Sexualität. Diese Männer trainieren auf diese Weise eine hastige Sexualität, die beim Geschlechtsverkehr zur Frustration beider Partner führt. Das Erlernen des spielerischen Umgangs mit der Erregung bei der Selbstbefriedigung kann bei diesen Männern hilfreich bei der Therapie sein.

Aufgrund der oben genannten Erfahrungen ist es wichtig, die Masturbationsphantasien und -praktiken der männlichen Partner, seien sie nun die Symptomträger oder nicht, sorgfältig zu explorieren, gegebenenfalls zu besprechen und durch Verhaltensanleitungen zu modifizieren.⁷

3 Spezielle Interventionen beim Vaginismus

Bei Paaren, die sich wegen eines Vaginismus der Frau behandeln lassen, wird dieser Zusatz bereits bei der Besprechung der Explorationsergebnisse vorbereitet, indem die Therapeuten dem Paar die Wirkungsweise des Vaginismus

⁷ Als hilfreiche Ergänzung empfehlen wir den Männern das Buch von B. Zilbergeld „Männliche Sexualität“ (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen 1983).

durchschaubar machen. Das Zusatzprogramm wird ab dem Abschnitt „Erkundendes Streicheln“ in das Grundprogramm integriert. Vorher sollte sich die Patientin im Rahmen der körperlichen Selbsterfahrung (S. 242) mit dem eigenen Körper, speziell dem Genitalbereich, vertraut gemacht haben.

a) Ziele

Die Frau soll durch einen stufenweisen Abbau der reflexartigen Verkrampfung bei vorgestellten oder realen vaginalen Einführungen in die Lage versetzt werden, sich entspannt und ohne Angst vor Schmerzen auf die Einführung des Gliedes einlassen zu können.

b) Vorgehen

Die Therapeuten knüpfen an die Besprechung der Explorationsergebnisse an und erläutern die Anwendung der Hegar-Stäbe.⁸ Die Stäbe haben *nicht* die Funktion, die Scheide zu weiten, sondern es geht darum, die Scheide daran zu gewöhnen, daß etwas in sie eingeführt und darin belassen werden kann. Zur Verdeutlichung erläutern die Therapeuten noch einmal Abb. 4, worauf zu erkennen ist, daß nicht die Scheide „zu eng“ ist, sondern daß die Verkrampfung des Scheidenmuskels einen Engpaß herstellt, der aber durch Entspannung beseitigt werden kann.

Die Therapeutin gibt dann der Patientin den dünnsten der 5 Stäbe in die Hand und exploriert deren Gefühle beim Betrachten und Anfassen des Stabes. Die Therapeutin erörtert mit der Patientin, ob sie den Stab im Beisein ihres Partners oder zunächst allein einführen möchte. Für die meisten Frauen ist es erleichternd, das Einführen alleine vorzunehmen; einige wenige fühlen sich aber durch die Anwesenheit des Mannes (als passiver Zuschauer) unterstützt.

Die Patientin soll sich zusätzlich zu den gemeinsamen Streichelübungen 2mal Zeit nehmen. Die Therapeutin empfiehlt der Patientin für die Einführung, sich mit leicht gespreizten und angewinkelten Beinen auf den Rücken zu legen und (wie bei der körperlichen Selbsterfahrung) mit der einen Hand die inneren und äußeren Schamlippen so auseinander zu halten, daß der Scheideneingang freiliegt. Dann kann die Patientin alleine bzw. im Beisein ihres Mannes den mit der Hand angewärmten und mit Gleitcreme eingeriebenen Stab in die Scheide einführen. Zuvor verteilt sie ebenfalls am Scheideneingang ausreichend Gleitmittel. Die Therapeutin erläutert, wie die Frau den Stab anfassen soll (die Krümmung nach oben), und den Winkel, den der Stab zum Scheideneingang haben sollte (nicht steil von oben oder unten).

Bei der langsamen Einführung achtet die Patientin auf ihre Empfindungen in der Scheide; treten Mißempfindungen oder Schmerzen auf, führt sie den Stab nicht weiter ein, zieht ihn aber auch nicht wieder heraus, sondern beläßt

ihn so weit eingeführt. Sie versucht sich zu entspannen und führt nach einer Weile den Stab weiter ein.

Ist der Stab soweit wie möglich, d. h. etwa 10 cm, eingeführt, sollte er für etwa 10 min in der Scheide bleiben. Die Frau konzentriert sich in dieser Zeit stark auf sich selbst, auf ihre Gefühle: ob sie entspannt ist, erleichtert, daß es nicht weh tut, ob sie Schmerzen hat, Druck empfindet, oder sich ihre Empfindungen über die Zeit hinweg verändern o. ä.

Finden die ersten Einführungsversuche im Beisein des Partners statt, verständigt sich das Paar darüber, ob bei einem der beiden ein Bedürfnis zu streicheln oder gestreichelt zu werden vorhanden ist. Wenn ja, kann das Paar sich sowohl während der Stab eingeführt ist als auch danach streicheln und/oder küssen.

c) Transkript

Paar 43: Die Frau ist Ende 20, Serviererin, der Mann Anfang 30, Büroangestellter. Sie sind seit 8 Jahren verheiratet und konnten wegen Vaginismus noch nie Geschlechtsverkehr machen. Beide haben keine sexuellen Erfahrungen mit anderen Partnern. Mit dem Paar wurde eine massierte Therapie mit 2 Therapeuten durchgeführt.

- w Th: Wir haben ja schon mal darüber gesprochen, daß diese Angst, es könnte weh tun, die Angst, es könnte nichts eingeführt werden, die Schmerzen und Verspannungen auch sehr verstärken, daß Sie sich vor lauter Angst verkrampfen. Und das Gefühl haben, daß geht nichts rein. Das ist natürlich nicht so, die Scheide paßt sich dem an.
- Frau: Ja natürlich, sonst wäre Geschlechtsverkehr ja auch nicht möglich.
- w Th: Vorne am Scheideneingang ist ein Muskel, der sich anspannt und entspannt. Man kann ihn willkürlich anspannen und lernen, ihn zu entspannen. Und wir wollten Ihnen jetzt mal die Möglichkeit geben, das auszuprobieren, d. h. etwas in die Scheide einzuführen, ohne daß es weh tut, ohne daß Sie sich verkrampfen, also die Erfahrung machen, daß auch was in die Scheide eingeführt sein kann, ohne daß es weh tut und ohne daß Sie sich verspannen.
- Frau: Hm.
- w Th: Und wir haben dafür so Stäbe, die Sie vielleicht schon beim Arzt gesehen haben, ich zeige Ihnen mal einen. Der sieht so aus. Können Sie ihn vielleicht einmal anfassen? Der ist ja noch relativ klein, dünner auch als Tampons z. B. Der ist sehr glatt, also rutscht er auch sehr gut. Und ich möchte Sie bitten, mal zu probieren, den Stab einzuführen.
- Frau: Was??
- m Th: Ihn vorher ein bißchen mit der Hand anzuwärmen . . .
- Frau: Was, dieses Ding??
- w Th: Ich erkläre es ihnen nochmal ganz genau. Also Sie wärmen den Stab mit der Hand an, dann ist das einfach angenehmer. Haben Sie noch Gleitcreme?
- Frau: Ja, habe ich da.
- w Th: Dann sollten Sie den Stab damit einschmieren, so richtig dick. Dann ist er richtig schön glatt. Und jetzt ist es so die Frage, wie Sie es machen wollen: lieber alleine, wenn ihr Mann nicht dabei ist, oder ob Sie es wollen, wenn Ihr Mann dabei ist, oder ob Sie möchten, daß ihr Mann das macht.
- Frau: Nee, nee!
- w Th: Also daß Sie es erstmal alleine probieren.
- Frau: Und wann muß ich damit fertig sein?
- w Th: Was heißt fertig sein?
- Frau: Ich mein, wieviel Zeit hab' ich da, wenn es nicht klappt?
- w Th: Sie haben endlos Zeit, Sie sollten es einfach nur probieren. Sie müssen nicht gleich in Panik geraten, wenn es nicht gleich geht. Und zwar genauso, wie Sie ihn jetzt halten, das ist wichtig. Sie legen sich auf den Rücken und versuchen die Beine zu spreizen

⁸ Wir haben einen Satz von 5 Hegar-Stäben benutzt. Diese Stäbe sind aus Stahl, innen hohl, der Scheidenform angepaßt und können leicht desinfiziert und erwärmt werden. Sie haben folgende Durchmesser: 10, 13, 18, 21 und 26 mm. Sie können in Spezialgeschäften für ärztlichen Bedarf bestellt werden.

und so mit einer Hand die Schamlippen ein bißchen auseinanderziehen, ja? Und dabei auch ein bißchen fühlen, wo der Scheideneingang ist. Sie haben sich da ja schon angesehen und angefaßt. Und daß Sie dann versuchen, den Stab einzuführen.

Frau: Kann ich dabei nichts kaputt machen?

w Th: Sie brauchen keine Angst haben.

Frau: Daß ich irgendwo einhake?

w Th: Nein, können Sie nicht.

Frau: Ja ich mein nur so, daß ich irgendwo so durch den Magen gehe.

m Th: Durch den Magen?

Frau: Naja, ich meine durch die Blase oder so.

w Th: Die Scheide ist so lang, daß Sie wirklich den Stab bis zu zwei Drittel einführen können. Also alles was sie spüren beim Einführen, das sind die Muskelverspannungen, aber nichts, was Sie kaputt machen können.

Frau: Nicht, daß ich da irgendwas . . .

m Th: Nein, Sie brauchen sich keine Sorgen zu machen.

Frau: Ist das denn hart? Ich meine den Scheideneingang, da wo es reingeht da unten.

w Th: Das ist eigentlich ganz weich.

Frau: Ja, ich meine, kann das nicht kaputt gehen, daß es zerreißt oder . . .

m Th: Nein, da kann wirklich nichts kaputt gehen. Sie müssen es nur versuchen.

Frau: Ja, und wenn der Mann denn nun so stark ist, ich mein', ist das denn nun eine dünne Röhre, wie eine Luftröhre, meine ich.

w Th: Ein Schlauch, der sich anpaßt.

Frau: So wie Gummi, also kann man da so durch?

w Th: Machen Sie es ganz langsam. Führen Sie den Stab so ein Stückchen ein. Wenn Sie merken, das kann schon sein, daß Sie sich sehr verspannen, weil Sie auch Angst haben, oder wenn Sie merken, es tut ein bißchen weh oder es drückt, oder Sie merken Widerstand, dann hören Sie auf. Ziehen Sie den Stab aber nicht wieder raus, sondern lassen Sie ihn drin und versuchen Sie sich ein bißchen zu entspannen. Dann versuchen Sie den Stab ein bißchen weiter einzuführen. Wenn sie merken, es ist vielleicht wieder ein bißchen Widerstand, dann hören Sie wieder auf, und so weiter. Wenn Sie ihn dann eingeführt haben, also so wenn Sie es bis zur Hälfte schaffen, dann ist das toll.

Frau: Ja! Aber nicht gleich ganz.

w Th: Nein.

Probieren Sie es so weit Sie es können. Und wenn Sie das haben, lassen Sie ihn eingeführt. Lassen Sie ihn ungefähr 10 Min. . . .

Frau: So lange?

w Th: . . . drin. Und legen Sie sich ganz bequem hin.

Frau: Nachher kriege ich ihn nicht mehr raus!

w Th: Das ist kein Problem. Sie sollen ihn ungefähr so ein Stück einführen. Sie können ihn auch festhalten.

Frau: Ich meine nur, es kann ja sein, daß man erschrickt und dann ist er weg.

w Th: Das kann auch nicht passieren. Können Sie nochmal wiederholen, was Sie machen sollen, die einzelnen Schritte.

Frau: Ja, ich soll erst mal streicheln. Und wenn ich dann so feucht bin . . .

w Th: Wenn Sie es nicht sind, probieren Sie es trotzdem, deswegen sollen Sie den Stab einschmieren.

Frau: Ja, denn flutscht es von ganz alleine. Und wenn ich dann so schön entspannt habe, dann sollte ich das mal versuchen. Du hältst mir Händchen oder guckst nach, und ich mach das dann allein. Und soll ich dann so oder so?

w Th: Probieren Sie es mal.

Frau: Wenn es weh tut und verkrampft, dann soll ich mich entspannen. Dann soll ich bis zur Hälfte einführen, und dann 10 Min. ruhig liegen.

w Th: Und das ist jetzt ganz wichtig. Der Stab ist nicht da, um die Scheide zu weiten oder zu dehnen!

Frau: Nein, nein, die weitet sich ja von ganz allein.

w Th: Es geht nur darum, daß Sie einfach mal die Erfahrung machen können, etwas in die Scheide einzuführen. ohne daß es weh tut.

Frau: An sich mal sagen, finde ich es enorm, daß so etwas möglich ist. Das ist ja ganz normal, wenn das wirklich nicht weh tut, und ich glaube Ihnen das auch.

w Th: Sie können sicher sein, daß nichts kaputt geht. Aber es kann schon sein, daß es ein bißchen drückt, oder Sie auch ein bißchen Widerstand merken. Dann liegt es daran, daß Sie sich verspannen. Also ich kann Ihnen nicht sagen, es wird ganz leicht gehen.

Frau: Nee, nee.

w Th: Aber Sie werden dann überrascht sein, wie einfach es geht. Und wenn Sie irgend etwas merken, sind es Muskelspannungen.

Frau: Wie beim Zahnarzt, wenn ich mich verspanne, weil ich auf den Schmerz warte.

w Th: Genauso.

Frau: Du bist dabei.

Mann: Ich bin bestimmt dabei.

w Th: Das probieren Sie bitte zweimal, aber vernachlässigen Sie das Streicheln nicht, ja. Wenn Sie das Gefühl haben, das irritiert Sie ein wenig beim Streicheln, dann machen Sie diese Übung losgelöst vom Streicheln. Wenn Sie vielleicht mit den Gedanken schon dabei sind und Ihnen unbehaglich ist, dann machen Sie es so.

Frau: Worüber ich eigentlich neugierig bin, gewisse Neugierde ist ja auch bei mir. Wie das wohl ist, wenn mein Mann einen Orgasmus hat und das bei mir drin ist. Ich meine, kommt es wieder raus, oder wie ist das?

w Th: Zum Teil läuft es wieder raus.

Frau: Wo bleibt der Rest?

m Th: Wird von den Scheidenwänden resorbiert.

w Th: Sie werden spüren, wenn Sie das erste Stück eingeführt haben, geht der Rest des Stabes viel einfacher.

Frau: Wenn Sie mir das sagen, glaube ich Ihnen das. Ich vertraue Ihnen (lacht). Das ist schon mal sehr schön.

d) Besprechung der Erfahrungen

Die Therapeuten lassen sich zunächst über die Streichelübung berichten. In jedem Falle – ob das Paar von negativen Veränderungen spricht oder nicht – fragen sie danach, ob der neue Übungsteil die vorangegangenen überschattet hat bzw. er ihnen bevorgestanden hat.

Bei der Exploration des neuen Übungsteiles geben sie sich mit globalen Schilderungen wie „und dann ist er einfach reingeflutscht“ oder „und dann ging er einfach nicht weiter rein“ nicht zufrieden. Sie fragen nach den dabei auftretenden Gefühlen, z. B.: „Das klingt, als seien Sie selbst ganz verwundert, daß es so leicht ging“ oder „Versuchen Sie mal, genauer zu beschreiben, warum es nicht weiter ging; war da ein Druck in der Scheide oder ein Brennen? Hatten Sie Angst, daß es weh tut?“ Sie versuchen herauszufinden, inwieweit bei auftretenden Schwierigkeiten technische Fehler im Spiel waren, gehen darauf ein und bestärken die Frau in den positiven Erfahrungen.

Auch die Gefühle des Mannes sind zu explorieren; ob er sich ausgeschlossen fühlte, wie er den Stab findet, ob er zugehört hat, ob er sich unsicher fühlte etc. Die Inhalte der Nachfragen richten sich danach, ob der Mann bei der Einführung anwesend war oder nicht. Während des gesamten Zusatzprogramms ist zu beachten, daß sich der Schwerpunkt innerhalb der Sitzungen nicht zu weit zu der Frau hin verlagert.

e) Besondere Probleme

Viele Therapeuten haben Vorbehalte gegen die Verwendung der Stäbe, wenn sie das erste Mal das Zusatzprogramm bei Vaginismus durchführen. Es ist

wichtig, daß die Therapeuten sich über diese Vorbehalte klar werden und bei sich akzeptieren. Erfahrungsgemäß werden diese Vorbehalte im Verlauf der Therapie weitgehend abgebaut, wenn die Therapeuten sehen, daß die Stäbe es der Patientin ermöglichen, ein Stück Autonomie mit ihrem Körper zu erleben, und die Stäbe kein Dehnungsinstrument sind.

Häufig ist es so, daß die Frauen bei der Vorstellung dieser Aufgabe oder vor dem ersten Einführungsversuch von einer leichten Panik befallen wird, dann jedoch ganz überrascht ist, wie unkompliziert dieser erste, dünne Stab einzuführen ist. Wenn der Stab sich nicht oder nur sehr schwer einführen läßt, klären die Therapeuten, ob die Frau den Stab falsch hält (die leichte Biegung nach unten oder in steilem Winkel von oben oder unten), ob sie den Scheideneingang nicht findet oder ob der Stab nicht genug eingecremt ist. All dies ist gegebenenfalls nochmals detailliert zu besprechen. Eine zusätzliche Hilfe beim Einführen kann die Anspannung der Bauchmuskeln sein (Bauchpresse), da sich dadurch die Scheidenmuskulatur entspannt.

Wenn der Stab das erste Mal eingeführt ist, fühlt sich die Frau häufig noch zu unsicher, um sich zu bewegen oder um sich streicheln zu lassen. Sie wird ermuntert, bei den nächsten Malen die Beine etwas anzuziehen oder sich auf die Seite zu legen, wenn der Stab eingeführt ist.

Viele Frauen berichten auch etwas angstvoll, daß der Stab sich herumdreht, wenn sie in loslassen. Dies können die Therapeuten dazu nutzen, darauf hinzuweisen, wie weit die Scheide im hinteren Teil ist.

f) Weiteres Vorgehen

Wenn der kleinste Stab ohne Schwierigkeiten eingeführt werden kann, erhält die Frau den nächstgrößeren. Sie führt zunächst wieder den kleinen Stab 3–4 min lang ein, nimmt ihn heraus und führt den größeren ein und läßt ihn mindestens 10 min drin. Je nach Sicherheit und Bedürfnis der Frau wird der Mann früher oder später an dem Vorgang des Einführens beteiligt. Die Therapeuten besprechen mit dem Paar die einzelnen Zwischenstufen (z. B. der Mann sieht zu; der Mann legt seine Hand auf die der Frau, wenn sie den Stab einführt; die Frau legt den Stab vor den Scheideneingang, der Mann führt ihn ein). In jedem Fall hält die Frau die Schamlippen auseinander und korrigiert Richtung und Schnelligkeit des Einführens.

Das Paar bekommt nach und nach alle Stäbe, und zwar jeweils den nächst dickeren, wenn der vorhergehende sich ohne Schwierigkeiten einführen läßt. In jeder Übung müssen die beiden vorangegangenen (dünneren) Stäbe nacheinander eingeführt werden, die ersten nur kurz, der jeweils dickste am längsten, damit die Frau sich entspannen und an Sicherheit gewinnen kann. Falls das Einführen der Stäbe keine größeren Schwierigkeiten macht, ist es ausreichend, wenn die Patientin nur jeweils den vorhergehenden Stab vor dem neuen noch einmal kurz einführt. Wenn die Frau die ersten Stäbe einführen kann, schlagen die Therapeuten dem Paar vor, daß die Frau einen Finger in die Scheide einführt. Wenn dies ohne Probleme möglich ist, soll der Mann versuchen einen Finger einzuführen. Dabei müssen etwaige Vorbehalte des Mannes und angst-

besetzte Phantasien des Mannes in bezug auf das weibliche Genitale exploriert und gegebenenfalls bearbeitet wird.

Wenn der 4. Stab ohne Schwierigkeiten eingeführt werden kann, schlagen die Therapeuten der Frau vor, die Einführung der Stäbe nun einmal in der Hockstellung (Abb. 7) auszuprobieren, aber allein, d. h. ohne sich dazu über den Partner zu hocken. Sie machen sie darauf aufmerksam, daß es in der neuen Position möglicherweise anfänglich etwas schwieriger wird als auf dem Rücken liegend, da die Bein- und Beckenmuskulatur angespannter ist.

Die Therapeuten ermuntern die Frau, die sog. „Kegelübung“ in dieser Stellung auszuprobieren, d. h. die Frau soll die Gesäßmuskulatur anspannen, damit sie (zunächst durch Fühlen mit dem Finger am Scheideneingang) bewußt erleben kann, daß sie Kontraktionen im Scheideneingang willkürlich herbeiführen kann und sich den Reflexen der Scheide nicht mehr so hilflos ausgesetzt fühlt.

Wenn die Frau auch den dicksten Stab ohne Probleme einführen kann, geben die Therapeuten die Anleitung zum Einführen des Penis (S. 226). Vor der Einführung des Penis sollte die Frau den dicksten Stab noch einmal eingeführt haben.

Häufig ist die Patientin beunruhigt, da der Penis größer als die Stäbe ist. Die Therapeuten erinnern an vorangegangene Erfahrungen mit den Stäben (Anpassungsfähigkeit der Scheide ohne Reflex) und weisen darauf hin, daß der Penis weicher und elastischer ist als der Stab.

Die Einführung des Penis macht vielen Paaren über mehrere Übungen hinweg Schwierigkeiten. Die Partner schaffen es nicht gleich, die Erfahrungen mit den Stäben auf das Einführen des Penis zu übertragen. Die technischen Probleme werden immer wieder geduldig mit dem Paar besprochen. Neben den technischen Schwierigkeiten beachten die Therapeuten die Beziehung des Paares. Sollten Schmerzempfindungen der Frau beim Einführen des Gliedes über eine Vielzahl von Übungen bestehenbleiben oder das Glied gar nicht einzuführen sein, explorieren die Therapeuten dahinterliegende Ängste (z. B.: Ist der Kinderwunsch zwischen den Partnern geklärt und hat die Frau Angst vor Schwangerschaft? Tauchen bei dem Mann Kastrationsängste – „zuschnappende Vagina“ – auf? Möchte die Frau überhaupt Geschlechtsverkehr mit ihrem Partner?).

g) Beendigung des Abschnitts

Von der Benutzung der Stäbe kann abgesehen werden, wenn das Glied ohne Mißempfindungen in die Scheide eingeführt werden kann, frühestens jedoch nach 8 Sitzungen. Die Therapeuten gehen dann weiter vor mit dem allgemeinen Programm („Bewegungen bei eingeführtem Glied“, S. 230).

4 Spezielle Interventionen bei vorzeitiger Ejakulation

Die speziellen Interventionen bei vorzeitiger Ejakulation beziehen sich auf die Abschnitte „Stimulierendes Streicheln“ (S. 219) und „Koitus mit erkundenden und stimulierenden Bewegungen“ (S. 230). Sie stellen lediglich Modifizierungen dieser Abschnitte dar.

a) Ziele

Durch genauere Kenntnis und differenzierte Wahrnehmung seiner Körperreaktion soll der Mann lernen, den Zeitpunkt des Samenergusses weitgehend selbst zu bestimmen und Berührungen und genitale Stimulation ohne Angst vor Versagen zu genießen. Mit zunehmender Sicherheit des Mannes wird die Frau von „prophylaktischen“ Maßnahmen entlastet und kann sich ihren Bedürfnissen entsprechend weniger kontrolliert verhalten.

b) Vorgehen

Die Therapeuten schlagen vor, daß der Mann, wenn er beim stimulierenden Streicheln passiv ist, darauf achtet, wie „weit weg“ oder wie „nahe“ der Samenerguss ist. Hat er seiner Partnerin z. B. vorsichtshalber das Zeichen zur Beendigung der Stimulation gegeben, als er noch weit vom Samenerguss entfernt war, oder ist es ihm gerade eben noch rechtzeitig gelungen? Die Therapeuten raten ihm zunächst, der Frau sehr früh das Zeichen zu geben, um die Wahrnehmungen des Mannes stärker auf die verschiedenen Erregungsstadien zu richten. Je differenzierter der Patient wahrnimmt, desto sicherer fühlt er sich. Er kann sich beim stimulierenden Streicheln durch den spielerischen Umgang mit der Erregung vorsichtig immer näher an den Zeitpunkt kurz vor dem Samenerguss „herantasten“.

c) Besprechung der Erfahrungen

Die Besprechung erfolgt wie beim stimulierenden Streicheln. Bezüglich der Stimulation beim Mann versuchen die Therapeuten zu erfahren, ob einer der beiden Partner unsicher war, ob z. B. die Frau „vorsichtshalber“ die Stimulation abgebrochen hat, ohne das Zeichen ihres Partners abzuwarten. Sie betonen, daß der Mann den Zeitpunkt des Stimulationsabbruches bestimmen soll, um die unterschiedlichen Stufen seiner Erregung besser kennenzulernen.

Die Therapeuten nehmen dem Paar die Angst vor einem ungewollten Samenerguss durch den Hinweis, daß es für den Mann auch eine wesentliche Erfahrung sein kann, den Zeitpunkt, an dem es zu spät ist bewußt zu erleben.

Die Therapeuten achten darauf, daß die Besprechung nicht zu sehr um das Thema Samenerguss und Erregung kreist, sondern auch die Streichelerfahrung und die Gefühle der Frau ausführlich besprochen werden.

d) Besondere Probleme

Viele Paare haben Schwierigkeiten, die Kette der zwischen ihnen seit langem praktizierten vorbeugenden Maßnahmen zu unterbrechen: Die Frau ist beispielsweise übertrieben rücksichtsvoll und bricht von sich aus die Stimulation des Gliedes ab, oder der Mann läßt sich nur sehr vorsichtig stimulieren. Sie behalten ihr „schonendes Verhalten“ trotz der Vorschläge der Therapeuten bei, um sich Mißerfolgslebnisse zu ersparen. Die Therapeuten besprechen mit dem Paar, daß durch diese Vorsicht verhindert wird, daß sich die Wahrnehmung des Mannes verbessert und er an Sicherheit gewinnt.

Häufig hat die Frau in dieser Phase das Gefühl als „Onaniermaschine“ benutzt zu werden, da sie sich bei der Stimulation ihres Partners weitgehend nach dessen Wünschen richtet. Es ist daher wesentlich, darauf hinzuweisen, daß auch hier die Grundregel gilt, d. h. die Frau den Mann nur so lange stimuliert, wie sie innerlich dazu bereit ist. Die Gefühle der Frau beim Streicheln sind genau zu explorieren, z. B. ob es ihr schwergefallen ist, mit der Stimulation auf Kommando aufzuhören, ob sie es akzeptieren konnte den Mann über eine so lange Zeit zu stimulieren, und ob sie dafür sorgen konnte, daß sie bei der Übung insgesamt auf ihre Kosten kam.

Einige Therapeuten empfehlen, bei der vorzeitigen Ejakulation die „Squeeze“-Technik anzuwenden (Masters u. Johnson 1973). Diese Technik scheint uns jedoch nur in den seltensten Fällen angemessen, da die Anwendung des stimulierenden Streicheln die Ejakulationskontrolle im gleichen Maße verbessert, bei weitem nicht so technisch und für das Paar angenehmer ist.

e) Weiteres Vorgehen

Wenn der Mann das Gefühl hat, den Zeitpunkt des Samenergusses steuern zu können, und wenn er mit der Zeitspanne zufrieden ist (frühestens nach 4 Sitzungen), kann der Mann die Frau bitten, ihn zum Abschluß des stimulierenden Streicheln bis zum Samenerguss zu streicheln.

Wenn dies problemlos möglich ist, geht das Paar zum Abschnitt „Einführen des Penis“ (S. 226) über. Vor dem Einführen stimuliert die Frau den Mann manuell 1- bis 2mal bis kurz vor den Samenerguss.

Wenn das Paar das Einführen entspannt erleben kann und der Mann dabei nicht zum Samenerguss kommt, gehen die Partner zum Abschnitt „Koitus mit erkundenden und stimulierenden Bewegungen“ (S. 230) über. Dabei werden ergänzend zu dem allgemeinen Vorgehen die Prinzipien beachtet, die wir als Ergänzung zum stimulierenden Streicheln beschrieben haben. Auch in diesem Abschnitt stimuliert die Frau den Mann vor dem Einführen 1- bis 2mal mit der Hand bis kurz vor den Orgasmus.

5 Spezielle Interventionen bei ausbleibender Ejakulation

Die speziellen Interventionen bei ausbleibender Ejakulation sind Modifikationen der Therapieabschnitte „Stimulierendes Streicheln“ und „Koitus mit erkundenden und stimulierenden Bewegungen“. Außerdem können bei dieser Problematik Anleitungen zur Selbstbefriedigung sinnvoll sein.

a) Ziele

Der Mann soll Erfahrungen im Umgang mit seinem Körper und seinen Reaktionen bei gezielter manueller Stimulation sammeln. Er soll lernen, wie er allein und zusammen mit seiner Partnerin auf verschiedene Stimulationsarten reagiert, unter welchen Umständen Verspannungen und Leistungsdruck auftreten und wann Entspannung und Wohlbefinden ihm die Möglichkeit geben, Ängste und Kontrollen aufzugeben. Dadurch lernt das Paar durch optimale Stimulation den Zeitraum bis zur Ejakulation bei Petting und Geschlechtsverkehr zu

beeinflussen, d. h. zu verkürzen. Dazu muß der Mann seine Masturbationstechniken der Partnerin mitteilen und demonstrieren können, damit diese ihn besser kennenlernen und ihr eigenes Verhalten so verändern kann, daß blockierende Ängste nicht mehr auftreten.

b) Vorgehen

Das Vorgehen richtet sich nach dem Ausprägungsgrad der Störung.

1) Besteht ein total ausbleibender Samenerguß (der Mann kommt weder durch Selbstbefriedigung noch durch Petting, noch durch Koitus zum Orgasmus) und ist eine organische Ursache durch eine somatische Untersuchung ausgeschlossen worden, wird der Mann ab Streicheln II ermutigt, allein d. h. zunächst nicht im Beisein seiner Partnerin, Selbstbefriedigung zu machen. Die Therapeuten leiten ihn an, Möglichkeiten intensiver sexueller Stimulation zu erkunden. Er kann dabei sexuell erregende Bilder und Texte benutzen und alle sexuellen Phantasien zulassen. Das Vorführen und Besprechen eines Films, der die Masturbation eines Mannes zeigt, kann hilfreich sein. Um einer Überreizung des Penis vorzubeugen, wird die Anwendung eines Gleitmittels empfohlen. Da die Bewältigung dieses Schrittes die Voraussetzung für das weitere Vorgehen im Ergänzungsprogramm darstellt, müssen die Therapeuten darauf achten, daß der Patient mehrfach und verläßlich für sich allein zum Samenerguß gekommen ist.

2) Kommt der Mann bei der Selbstbefriedigung zum Samenerguß, wird er gebeten, während des Zusammenseins mit seiner Partnerin – zunächst ohne daß sie ihn dabei beobachtet, dann auch mit Hinschauen ihrerseits – bis zum Samenerguß zu masturbieren. Wichtig ist dabei, daß die Therapeuten schon beim Vorstellen dieser Möglichkeit auf die Gefühle beider Partner sorgfältig eingehen. Dabei spielen beim Mann v. a. Ängste vor Kontrollverlust eine Rolle; bei der Frau oft Enttäuschung, „es“ beim Mann nicht zu schaffen, Ängste, abgelehnt zu werden, oder auch Ekel vor dem Samenerguß. Kann der Mann in Gegenwart seiner Partnerin Samenerguß haben, zeigt er ihr beim erkundenden Streicheln, wie er seinen Penis bei der Masturbation anfaßt, und führt ihr beim Streicheln die Hand, damit sie ein Gespür dafür bekommt, was für ihn besonders erregend und angenehm ist.

Im Abschnitt „Stimulierendes Streicheln“ geht es auch bei der ausbleibenden Ejakulation um den spielerischen, nicht auf Orgasmus gerichteten Umgang mit Erregung. Erst wenn die Partner das Spiel mit der Erregung ohne Leistungsdruck genießen können, kann die Frau den Mann zum Orgasmus bringen. Dabei kann es hilfreich sein, wenn der Mann sich schon vorher bis zu einem hohen Erregungsniveau selbst gereizt hat und die Frau ihn erst dann bis zum Samenerguß weiter stimuliert.

c) Besprechung der Erfahrungen

Die Therapeuten explorieren Vorlieben und Abneigungen bei der Stimulation. Sie stellen eine Atmosphäre her, in der der Mann angstfrei über Phantasie, Praktiken und Hilfsmittel (z. B. Bilder, Texte) berichten kann, die ihn stimulieren. Kontrollängste und die Furcht vor dem Sichgehenlassen als ein Kennzei-

chen des ausbleibenden Samenergusses werden erörtert. Im Hinblick auf die Frau ist v. a. darauf zu achten, mit welchen Gefühlen und Einstellungen sie auf ihren Partner eingeht. Es ist wichtig, daß die Therapeuten immer wieder die Wichtigkeit des vorangehenden Streichelns betonen, das Paar für Wohlbefinden und Entspannung verstärken und dem Paar helfen, nicht ungeduldig auf den Samenerguß zu warten.

d) Weiteres Vorgehen

Wenn die Partner sich beim stimulierenden Streicheln wohl und sicher fühlen und es dabei auch wiederholt zum Samenerguß kam, gehen die Partner zum „Einführen des Penis“ (S. 226) über. Für diesen Abschnitt bestehen keine Modifikationen zum allgemeinen Vorgehen.

Beim „Koitus mit erkundenden und stimulierenden Bewegungen“ (S. 230) erproben die Partner zunächst besonders stimulierende Bewegungsformen. Wenn sie sich hierüber verständigen können (frühestens nach 3 Übungen), stimuliert die Frau den Mann (oder er sich selbst) bis kurz vor den Samenerguß. Dann führt die Frau das Glied in der Hockstellung ein, und das Paar bewegt sich in der bevorzugten Art. Ist es nach mehreren Versuchen dabei nicht zum Samenerguß gekommen, kann es sinnvoll sein, dem Mann vorzuschlagen, das Zeichen zum Einführen des Gliedes erst dann zu geben, wenn der Samenerguß nicht mehr willkürlich kontrollierbar ist. Dadurch kann die „Schwellenangst“ im Hinblick auf den Samenerguß in der Scheide abgebaut werden. Wichtig ist, die Partnerin auf die Grundregel hinzuweisen; sie soll nichts tun, was ihr unangenehm ist, z. B. eine für den Mann stimulierende, für sie aber sehr anstrengende Form der Beckenbewegung nicht bis zur Erschöpfung durchführen. In solchen Fällen soll das Paar nach möglichen Alternativen suchen. Sie soll auch darauf achten, was sie besonders gern hat, damit sich das Paar in seiner Sexualität nicht krampfhaft auf die Auslösung der Ejakulation ausrichtet.

Ist diese Übung mehrfach für das Paar befriedigend verlaufen, führt das Paar den Penis schon auf einem relativ niedrigen Erregungsniveau des Mannes ein.

e) Besondere Probleme

Zusätzlich zu den sonst schon wiederholt genannten Schwierigkeiten kann in diesem Abschnitt als besonderes Problem eine Erektionsstörung eintreten. Da dieser Behandlungsabschnitt nur dann „erledigt“ werden kann, wenn der Mann eine Erektion bekommt, geraten die Männer in einen enormen Leistungsdruck. Weiterhin kann es vorkommen, daß der Samenerguß nicht oder nur nach sehr langer, erschöpfender Stimulation eintritt. In diesen Fällen ist es wichtig, daß die Therapeuten behutsam auf die Ängste und Schwierigkeiten eingehen, gegebenenfalls zusammen mit dem Paar zusätzliche Zwischenstufen ermitteln.

f) Beendigung des Abschnitts

Das Zusatzprogramm kann abgeschlossen werden, wenn der Mann bei Petting und Geschlechtsverkehr in einer für beide Partner akzeptablen Zeit zum Samenerguß kommen kann.