

# DIAGNOSTIK IN DER PSYCHOTHERAPIE SEXUELLER STÖRUNGEN

Steffen Fliegel und Katrin Thiemann

Der vorliegende Artikel widmet sich diagnostischen Fragen und Methoden in der Psychotherapie Sexueller Störungen aus überwiegend verhaltenstherapeutischer Perspektive. Bei sexuellen Störungen häufig zu beobachtende aufrechterhaltende Bedingungen werden beleuchtet. Neben der Vorstellung einzelner diagnostischer Verfahren und Möglichkeiten, denen in der Regel auch immer schon eine therapeutische Funktion innewohnt, wird die besondere Rolle der Sprache in der Therapie sexueller Probleme aufgegriffen. Neben den klassischen DSM- und ICD-Klassifikationen werden andere Beschreibungs- und Einordnungsschemata für sexuelle Probleme angeboten und ein Verständnis für mögliche Funktionen / Botschaften der Störungen wird angeregt.

Das diagnostische Vorgehen bei der Behandlung sexueller Störungen gliedert sich ein in den psychotherapeutischen Problemlöseprozess, der wie folgt verstanden werden kann:

- **Problembeschreibung:** Wie heißt das Problem?
- **Problemanalyse:** Welche sind die aufrechterhaltenden Gründe für die heutige Existenz des Problems?
- **Analyse des zu erreichenden Therapie- oder Beratungsziels:** Was soll durch die Therapie / Beratung erreicht werden?
- **Planung** der für die Erreichung des Therapie- oder Behandlungszieles sinnvoll einzusetzenden Interventionen
- **Interventionen:** Welche Verfahren können in welcher Reihenfolge zu den gesetzten Therapiezielen führen?
- **Durchführung der Interventionen**
- **Erprobung und Bewertung** der vollzogenen Schritte

Diagnostik findet dabei vor allem in den ersten drei und der letzten Phase statt.

## PROBLEMBESCHREIBUNG

In der Phase der Problembeschreibung werden die Problembereiche, die für die therapeutische<sup>1</sup> Veränderung relevant sind, festgelegt. Die Angaben der Patientin, des Patienten oder des Paares bilden die Grundlage für die Beschreibung der Probleme, die Leidensdruck für den Patienten, die Patientin, seine / ihre Umwelt oder das Paar verursachen. Es wird ermittelt, welche Probleme eine Veränderung hinsichtlich ihrer Auftretenshäufigkeit, ihrer Intensität, ihrer Dauer und hinsichtlich der Bedingungen, unter denen sie auftreten, verlangen.

Zielsetzungen der Diagnostik sind die genaue Stellung der Indikation, die Beschreibung der sexuellen Probleme, die Erarbeitung ursächlicher und aktuell aufrechterhaltenden Bedingungen der sexuellen Problematik sowie die Zielfindung und die Therapieplanung.

---

<sup>1</sup> Wenn im Folgenden von Therapie und Behandlung gesprochen wird, gelten die Informationen gleichermaßen für Beratungsprozesse. Allerdings ist im Regelfall die psychotherapeutische Diagnostik aufwendiger.

Diagnostische Methoden, deren Einsatz diesen Zielen dient, sind:

- die Exploration bzw. das Anamnese-Gespräch
- Selbstbeobachtungen der Patientin, des Patienten oder des Paares
- Selbstbeschreibungen, z. B. in Form einer Tagebuchführung
- spezielle Fragebögen
- Arbeit mit Fantasien
- spezielle Übungen im Therapieraum
- Ggf. auch organische und / oder psychopathologische Abklärungen

## Diagnostische Verfahren

### Explorationsgespräche

In (verhaltenstherapeutischen) Explorationsgesprächen wird die Problemsicht des Patienten erfragt. Die Exploration ist hypothesengeleitet und hilft der Therapeutin oder dem Therapeuten, das Problem in all seinen Zusammenhängen zu erkennen und zu verstehen.

Im ersten Gespräch bekommen Patienten und Patientinnen Gelegenheit, die eigene Problemsicht darzustellen, den Leidensdruck und ihre persönlichen Änderungswünsche zu beschreiben. Der Therapeut oder die Therapeutin strukturiert das Gespräch zunehmend, um entsprechend seines / ihres therapeutischen Ansatzes wesentliche Informationen zu gewinnen.

### Diagnostische Funktion

In einem verhaltenstherapeutischen Setting z. B. kann eine Problembeschreibung anhand folgender Fragen erfolgen:

- Wie äußert sich das aktuelle Problem? (z. B. *der Orgasmus kommt zu spät, die Ejakulation kommt zu früh, beim Koitus schmerzt die Scheide, keine Lust auf Sex mit dem Partner, es tritt ein Scheidenkrampf auf usw.*)
- Welche konkreten Verhaltensweisen des Partners oder der Partnerin, welche Kognitionen, welche körperlichen Reaktionen, welche Emotionen sind in dem Zusammenhang mit dem beschriebenen sexuellen Problem von Bedeutung?
- Wodurch wird das Problem ausgelöst? (z. B. innere Stimuli wie Gedanken, Partnerreaktionen, spezielle Stimulierungen, äußere Bedingungen)
- Wie sieht die Sexualität, das aktuelle Erleben und Verhalten des Patienten, der Patientin oder des Partners, der Partnerin aus?
- Welche Formen von Körperkontakt, Zärtlichkeit und sexuellem Erleben werden als angenehm erlebt?
- Wie wird die Sexualität bei der Selbstbefriedigung erlebt?

Bei der Beschreibung sexueller Störungen in der Exploration sind die von Arentewicz und Schmidt (1993) vorgeschlagenen Kategorien hilfreich, die vor allem der Klassifikation sexueller Lust- und Funktionsstörungen dienen:

Problemkategorie	Mögliche Symptomatik
Appetenz- oder Annäherungsphase	Aversion gegen Sexualität; Lustverlust; exzessive sexuelle Bedürfnisse
Erregungsphase	Probleme, erregt zu werden; Erregungsverlust Schmerzen bei beginnender Erregung
Kontakte der Genitalien, Einführen des Penis in die Scheide	Schmerzen; vorzeitiger Orgasmus
Koitus	Vaginismus (Scheidenkrampf);

	Dyspareunie; Verlust der Erektion; Nachlassen der Lust
Orgasmusphase	Vorzeitiger Orgasmus; verzögerter oder ausbleibender Orgasmus; trockener Orgasmus (Orgasmuserleben ohne Ejakulation); Ejakulation ohne Orgasmus; mangelnde subjektive Befriedigung
Ausklingphase der Erregung Nachorgasmusphase	Missempfindung; Schlafstörung; depressive Verstimmung; Schmerzen
Häufigkeit	Unzufriedenheit mit der Häufigkeit (zu häufig, zu selten)

Eine weitere formale Beschreibungsmöglichkeit ergibt sich durch die Feststellung, ob die sexuelle Störung von Anfang an bestand oder im Verlauf der Partnerschaft eintrat (primär oder sekundär), ob sie lang andauernd ist (chronisch), ob sie abhängig von Situationen ist (z. B. Alltag, Urlaub), ob sie partnerabhängig ist, ob sie abhängig von der sexuellen Praktik ist (z. B. Koitus vs. Selbstbefriedigung), seit wann sie andauert, und ob es eine Initialstörung ist (Auftreten zu Beginn der ersten sexuellen Erfahrung).

Im Regelfall ist die Exploration hypothesengeleitet, d. h. dass Therapeutinnen und Therapeuten im Verlauf der Exploration erste Hypothesen über aktuell aufrechterhaltende Bedingungen der sexuellen Problematik bilden. Im Verlauf der Exploration können Hypothesen verifiziert oder falsifiziert werden.

Grundlage für hypothesengeleitetes Fragen ist ein entsprechendes Ursachenverständnis, welches sich an den beschriebenen problemanalytischen Zusammenhängen orientiert (vgl. Schulte 1996, Fliegel 2004b). Die Exploration sexueller Probleme (oder sonstiger Probleme) ist zudem zielorientiert und strukturiert. Informationen werden konkret und detailliert erhoben. Die einzelnen Informationen werden zu einem stimmigen Gesamtbild zusammengefasst, welches als hypothetisches Modell die aktuelle Aufrechterhaltung der Probleme beschreibt.

Zu Beginn des Explorationsgesprächs werden im Regelfall eher offene Fragen gestellt („Welche Gefühle empfinden Sie, wenn kein Orgasmus auftritt?“). Geschlossene Fragen werden gestellt, wenn es um die Klärung von Detailfragen geht, wenn Patienten mit offenen Fragen Schwierigkeiten haben oder sehr ausschweifend berichten. Bei sexuellen Problemen treten häufig Hemmungen bei der detaillierten Beschreibung auf, so dass Fragen, die mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden können, für Patienten hilfreich sein können.

Neben den verbalen Äußerungen liefern auch die nonverbalen Mitteilungen des Patienten oder der Patientin während der Diagnostik weitere wichtige diagnostische Hinweise, z.B. Körperhaltung, Gesichtsausdruck, Zu-/Abgewandtheit gegenüber Therapeut und Therapeutin.

### *Therapeutische Funktion*

Explorationsgespräche haben neben der Erhebung von Informationen auch bereits eine wichtige therapeutische Funktion. Oft ist es die erste Aussprache über die sexuellen Probleme und damit möglicherweise auch die erste gemeinsame Aussprache mit dem Partner oder der Partnerin, die durch die Anwesenheit einer therapeutischen Person möglich wird. Auch können Patienten und Patientinnen durch das Explorationsgespräch einen sachlicheren und weniger emotionsgeladenen Zugang zu ihren sexuellen Schwierigkeiten finden.

Insofern hat die Exploration auch eine motivierende Funktion. Diese liegt in der Transparenz, also in der Offenheit des Vorgehens, in der ständigen Bereitschaft von Therapeuten und The-

rapeutinnen, das Vorgehen mit dem Patienten / der Patientin zu besprechen und ihn / sie auch Fragen zum Vorgehen stellen zu lassen.

Da sexuelle Probleme für Patienten und Patientinnen häufig mit starken Scham- und Schuldgefühlen, Versagensängsten und Furcht vor dem Verlust der Partnerschaft verbunden sind, kommt der Exploration auch eine wichtige entlastende Funktion zu.

Die beschriebenen Aspekte von Explorationsgesprächen über die Sexualität des Patienten, der Patientin oder des Paares stellen wichtige Anforderungen an Therapeutinnen und Therapeuten, zumal in dieser Phase der Behandlung die Grundlage für den Aufbau und die Gestaltung der therapeutischen Beziehung gelegt wird. Bereits Masters und Johnson (1973), Begründer einer spezifisch auf sexuelle Probleme ausgerichteten Therapie, formulierten Grundbedingungen, die für die Exploration sexueller Probleme von therapeutischer Seite erfüllt sein müssen:

- Sich Vertraut zeigen mit dem Thema „Sexualität“
- Sachkenntnisse offen zeigen, wenn es angebracht ist
- Eine von Vorurteilen freie Atmosphäre schaffen, damit Patienten und Patientinnen unbelastet ihre sexuellen Werte, Vorstellungen und Praktiken darlegen können
- Sachlich auch auf ungewöhnliche Patient(inn)enäußerungen und (beschriebene) Sexualpraktiken reagieren können
- Ausreichend Zeit für das Gespräch / die Gespräche zur Verfügung stellen.

### *Sexualität und Sprache*

Das offene und sachliche Gespräch über Sexualität fällt jedoch nicht nur Patient und Patientin, sondern auch Therapeutin und Therapeuten schwer. Aber da gerade bei sexuellen Problemen die Modellfunktion des Therapeuten / der Therapeutin in Bezug auf eine Sprache für sexuelle Themen von besonderer Bedeutung ist, sollten sie in Fortbildungen lernen, mit Patienten und Patientinnen über sexuelle Probleme zu reden. Behutsam kann dann der Therapeut / die Therapeutin das Gespräch über Sexualität in einer für die meisten Menschen vertrauten Umgangssprache (z. B. Penis, Scheide, Vagina, Koitus, Geschlechtsverkehr usw.) führen und dadurch Patienten und Patientinnen Mut machen, ihre Sexualität ebenfalls zu benennen.

Ogleich Sexualität Sprache hat, macht sie häufig auch sprachlos. Diese Sprachlosigkeit fällt bei Therapeuten und Therapeutinnen umso größer aus, je mehr und je näher die eigene Sexualität tangiert ist. Eine entsprechende Einfühlsamkeit und eine sensible Gratwanderung zwischen den Sprachebenen der Sexualität und ein Eingehen-Können auf die sexuelle Sprache des Patienten und der Patientin sind notwendig. Der Sprachcode kann medizinisch, umgangssprachlich, blumig, vulgär usw. sein. Genauso wenig wie Therapeutinnen und Therapeuten eine sehr persönliche Sprache von Patienten und Patientinnen übernehmen müssen (z. B. ficken, Schwanz, Venus) sollte auch nicht das Stottern oder Drucksen des Patienten oder der Patientin („Ej, da unten, Sie wissen schon, ...) von therapeutischer Seite bekräftigt und übernommen werden.

### **Sexual-Anamnese**

Gerade bei lang andauernden und weit in die Biographie zurückreichenden sexuellen Störungen kann es sinnvoll sein, eine ausführliche Anamnese sowohl der gegenwärtigen als auch der lebensgeschichtlichen Sexualität zu erheben. Zusätzlich zu den in der Exploration erhobenen Themen geht es in der Sexualanamnese um die Sexualität in verschiedenen Partnerschaften, um die Veränderung der persönlichen Sexualität in der Lebensgeschichte, um sexuelle Aspekte in der Ursprungsfamilie, um Aufklärung, Nacktheit usw. Leitfäden für die Erhebung der Anamnese können gerade bei Durchführung der ersten Sexualtherapien hilfreich sein. Nachfolgend ein an Hauch (2005) orientierter Leitfaden für die Anamnese sexueller Störungen:

## **1 Gegenwärtige Sexualität und sexuelle Störung**

### **1.1 Art der Störung**

1 Kurzbeschreibung

2 Letzte beispielhafte Situation

Gedanken, Gefühle, Verhaltensweisen, körperliche Reaktion im Zusammenhang mit der Störung

Abhängigkeit von Partner, sexuelle Praktik, Situation

Einzelfunktion (z. B. Erektion, Ejakulation, Lubrikation, Lust, Schmerz/Verkrampfung, Orgasmus)

Zusammenhang mit Selbstbefriedigung

Eigenbewertung der Störung, vermutete Bewertung der Störung durch den Partner/Partnerin

Dauer, Verlauf, Schwankungen und so weiter

### **1.2 Gegenwärtiges Sexualverhalten**

1.2.1. Koitus mit dem Partner (Häufigkeit, Techniken, Konflikte, Initiative, Phantasien)

1.2.2. Körperkontakt und Zärtlichkeit (Bedürfnis, Häufigkeit, Rahmen, Initiative)

1.2.3. Kommunikation im sexuellen Bereich (Bedürfnisse äußern, Nein-Sagen können, stimulierendes Vokabular)

1.2.4. Idealvorstellungen, Präferenzen

1.2.5. Abneigungen (Praktiken, Gerüche, Sauberkeit, Sekrete), Vermeidungsverhalten

1.2.6. Kinderwunsch

1.2.7. Antikonzeption

1.2.8. Masturbation (Häufigkeit, Techniken, Konflikte, Phantasien)

1.2.9. Homosexuelle Kontakte bzw. Wünsche

1.2.10. Deviante Verhaltensweisen und Phantasien

## **2 Soziosexuelle Entwicklung**

### **2.1 Elternhaus**

2.1.1 Beruf des Vaters, der Mutter, sozioökonomische Situation

2.1.2 Anzahl der Geschwister, Stellung der Geschwisterreihe

2.1.3 Ehe der Eltern, Partner- und Sexualverhalten der Eltern

2.1.4 Verhältnis zum Vater und zur Mutter, früher und jetzt

2.1.5 Kommunikationsmöglichkeiten über sexuelle und persönliche Probleme in der Familie

2.1.6 Religiöse Bindung

2.1.7 Schulische und berufliche Entwicklung

### **2.2 Sexuelle Lerngeschichte**

2.2.1 Kindheit

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

2.2.1.2 Elterliche Einstellung zur Sexualität (Nacktheitstabu, Zärtlichkeit, Körperkontakt, Verbote, Strafen)

2.2.1.3 Kindliche Masturbationserfahrungen

2.2.1.4 Inzestiöse Erlebnisse

2.2.1.5 Sexuell deviante Erlebnisse mit Erwachsenen

2.2.2 Pubertät und Adoleszenz

2.2.2.1 Aufklärung

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

2.2.2.3 Masturbation (Häufigkeit, Verarbeitung, Techniken, Phantasien)

2.2.2.4 Soziosexuelle Stufen (Dating, Petting, Koitus)

2.2.2.5 Erster Koitus (Umstände, Kontrazeption, Verarbeitung, Initiale Funktionsprobleme)

2.2.2.6 Homosexuelle Erlebnisse (sexuell deviante Erfahrungen)

2.2.3 Partnerverhalten bis zur gegenwärtigen Beziehung

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

2.2.3.2 Sexuelle Funktionsstörungen

2.2.3.3 Sexuelle Zufriedenheit

2.2.3.4 Schwangerschaften, Abtreibungen

2.2.3.5 Kinder mit anderen Partnern

2.2.3.6 Sexuell deviante Erfahrungen

## **3 Gegenwärtige Beziehung**

### **3.1 Allgemeines**

3.1.1 Familienstand, Ehwunsch, Zusammenleben

3.1.2 Dauer der Beziehung

3.1.3 Kinder, Kinderwunsch, Abtreibungen

3.1.4 Ökonomische Situation, Beruf, Berufstätigkeit

- 3.1.5 Körperliche Krankheiten, psychische Auffälligkeiten der Partner (einschließlich Alkohol und Drogen)
- 3.2 Entwicklung der Beziehung**
- 3.2.1 Kennen lernen
- 3.2.2 Entwicklung der sexuellen Beziehung (Probleme, Ängste, Initiative, Antikonception)
- 3.2.3 Erstes Auftreten und Entwicklung der sexuellen Störung
- 3.2.4 Selbstverstärkungsmechanismen (Vermeidung, Versagensangst)
- 3.2.5 Masturbation (Auftreten in der Partnerschaft, Verarbeitung in der Partnerschaft)
- 3.2.6 Sexuelle Außenbeziehungen (sexuelle Funktion, Heimlichkeit, Häufigkeit und Dauer, Art der Außenbeziehung und des Partners, Verarbeitung und Bedeutung in der festen Beziehung)
- 3.3 Gegenwärtige Beziehungsstruktur**
- 3.3.1 Rollenverteilung, Dominanzstrukturen
- 3.3.2 Positive und negative Partnerkritik im sexuellen und nicht-sexuellen Bereich
- 3.3.3 Zufriedenheit mit der gegenwärtigen Situation (Wohn- und Arbeitssituation, Umgang miteinander, Rollenverteilung, Außenkontakte, gemeinsame Interessen)
- 3.3.4 Kommunikation der Partner (Formen der Auseinandersetzung, Streits, Aussprechen von Wünschen und Bedürfnissen, Äußern von Zuneigung)
- 3.3.5 Kinder (Erziehung, Beziehung zu den Kindern)
- 3.3.6 Bedeutung von Funktion der sexuellen Störung für die Beziehung
- 3.3.7 Partner- und Sexualideologie (Liebe, Treue, Eifersucht, Autonomie der Partner)
- 3.4 Therapiemotivation**
- 3.4.1 Initiative zur Therapie (einer, beide Partner)
- 3.4.2 Aktueller Beweggrund für die Therapie
- 3.4.3 Erwartungen, Hoffnungen, Befürchtungen im Zusammenhang mit der Therapie (hinsichtlich Sexualität und Beziehung)
- 3.4.4 Bisherige Therapieversuche

## Fragebögen

Neben dem Einsatz eines sogenannten Lebensfragebogens (existiert in zahlreichen Variationen), in dem sich im Regelfall auch Fragen zur Sexualität und Partnerschaft befinden, stellen spezifisch auf Sexualität und sexuelle Probleme ausgerichtete Fragebögen als Selbstbericht gute Ergänzungen zu Explorationsgesprächen oder zur Sexual-Anamnese dar. Zahlreiche Informationen über sexuelle Situationen, das Sexualverhalten, Gefühle im Kontext von Sexualität, die partnerschaftliche Sexualität, die Beziehung zur eigenen Sexualität und zum eigenen Körper, qualitative und quantitative Aspekte, die partnerschaftliche Kommunikation usw. lassen sich auf diesem Wege erheben und dienen der Weiterführung sowie der Ergänzung der diagnostischen Gespräche. Fragebögen über Sexualität sollten nie vor einem ersten intensiven therapeutischen Kontakt an Patient und Patientin zur Beantwortung ausgegeben werden. Gerade weil das Thema „Sexualität“ sehr schambesetzt ist, ist die Schaffung von Empathie in der therapeutischen Beziehung eine wichtige Voraussetzung dafür, den Patienten und die Patientin mit entsprechender Erklärung, Fragebögen in der Praxis, in der Klinik oder zu Hause ausfüllen zu lassen.

Fragebögen dienen neben der Erhebung von aktuellen Informationen auch der Verlaufs- und Erfolgskontrolle der psychotherapeutischen Behandlung.

Gute Fragebögen sind z. B. der Anamnese-Fragebogen zur Sexualität und Partnerschaft (ASP), die Tübinger Skalen zur Sexualtherapie (TSST; beide Zimmer, 1994), der Fragebogen zur sexuellen Zufriedenheit (Hoyndorf, Reinhold, Christmann 1995), der Sexualfragebogen für Frauen von Langer und Langer (1988) oder auch der Impotenz-Fragebogen von Langer und Hartmann (1992).

Die Tübinger Skalen zur Sexualtherapie (TSST) bestehen aus 35 Items und messen die Faktoren „Störungsausmaß“, „Selbstbefriedigung“, „Intensität der Erregung“, „Verteilung sexueller

Initiative“ „Frequenz sexueller Interaktion“ „Einflussverteilung in der Beziehung“, „Achtung und Respekt“, „Körperwahrnehmung“, „kommunikative Ängste“ und „aversive Reaktionen“. Der Fragebogen zur sexuellen Zufriedenheit umfasst 30 Items, die Auskunft über ein breites Spektrum des sexuellen Erlebens und Verhaltens in der partnerschaftlichen Sexualität geben.

### **Tagebuch-Aufzeichnungen**

In der Sexualität und bei sexuellen Störungen spielen Intimität und Geheimnisse eine wichtige Rolle. Es ist daher zu empfehlen, dass sich Patient und Patientin ein für sie persönliches Therapie-Tagebuch zulegen, in das sie im Verlauf der Psychotherapie persönliche Informationen, Selbstbeobachtungen, Durchführungen von Hausaufgaben und spezielle Erfahrungen eintragen. Therapeut und Therapeutin sollten nur dann Einblick in das Tagebuch des Patienten / der Patientin nehmen, wenn eine ausdrückliche Aufforderung hierzu ausgesprochen wird.

Informationen aus den Tagebuch-Aufzeichnungen in der diagnostischen Phase können auch als Erinnerungsstütze hilfreich sein, wenn Patient oder Patientin zwischen den Therapiesitzungen durchgeführte Aufgaben oder gemachte Erfahrungen berichten.

### **Fantasien**

Fantasie-Reisen und Fantasie-Übungen sind gerade beim Vorliegen sexueller Probleme zur diagnostischen Erhebung sehr geeignet. Während des Fantasieerlebens (ganz aktuell und gegenwärtig) können der Patient oder die Patientin über ihre Gedanken, körperlichen Reaktionen, über die Situation und das Verhalten des Partners oder der Partnerin sprechen. Hierzu wird der Patient / die Patientin gebeten, sich im Stuhl oder im Entspannungsstuhl bequem hinzusetzen, ggf. die Augen zu schließen (wenn bereits eine ausreichende Vertrauensbasis existiert) und eine vorab vereinbarte fantasierte oder real erlebte Situation in einem Fantasiebild herzustellen. Der verbale Austausch während des Fantasieerlebens zwischen Patient / Patientin und Therapeut / Therapeutin unterstützt den Patienten / die Patientin und intensiviert im Regelfall die Vorstellungskraft.

### **Übungen im Therapieraum**

Insbesondere in der Paartherapie haben partnerschaftliche Übungen im Therapieraum einen hohen diagnostischen Stellenwert. Übungen zur Berührung der Hände, Vertrauensübungen, Körperkontaktübungen, Nähe-Distanz-Übungen, Kommunikationsübungen usw. können je nach Art der sexuellen oder partnerschaftlichen Problematik Gedanken, Gefühle und körperliche Reaktionen auslösen, die der Therapeut oder die Therapeutin unmittelbar erfragen und in die Informationserhebung einbeziehen kann. So können sich Patientin und Patient bereits frühzeitig damit vertraut machen, dass zur Psychotherapie nicht nur Gespräche, sondern auch Übungen, Konfrontationen, Erlebnisaktivierungen usw. gehören. Wichtig ist, dass für die Auswertung solcher Übungen immer genügend Zeit in der gleichen Sitzung eingeplant wird.

### **Psychophysiologische Untersuchungen**

Für die praktische Therapie sind psychophysiologische Untersuchungen der sexuellen Reaktionen nicht von Bedeutung. Psychophysiologische Verfahren sind im Regelfall sehr aufwendig (z. B. Messung des vaginalen Blutvolumens, der Erektionsstärke, Erhebung nächtlicher Erektion usw.) und schaffen wenig Klarheit über den Zusammenhang zwischen z. B. Kognitionen und physiologischen Reaktionen. Daher kann in einer Psychotherapeutischen Praxis darauf verzichtet werden.

Im Regelfall haben erfahrene Therapeutinnen und Therapeuten sogenannte „Nähkästchen-Methoden“, die nirgendwo veröffentlicht und dennoch sehr hilfreich für die Diagnostik und Therapie sexueller Störungen sein können. So kann z. B. der Patient mit Erektionsproblemen, der auch bei der Selbstbefriedigung keine befriedigende Erektion erreicht, gebeten werden, vor dem Schlafengehen einen Briefmarkenrand rund um den erschlafften Penis zu kleben. Sollte dieser geklebte Papierstreifen nicht nur in einer Nacht, sondern in zwei oder drei Nächten gerissen sein, kann auf nächtliche Erektionen geschlossen werden, was eine organische Verursachung der sexuellen Störung ausschließt.

### **Organmedizinische Abklärungen**

Organmedizinische Abklärungen sind jedoch bei sexuellen Problemen wichtiger als bei manchen anderen psychischen Schwierigkeiten.

In der Psychologisch-Psychotherapeutischen Praxis kann die ärztliche Konsultation durch den Patienten oder die Patientin genutzt werden, um in einer Fachärztlichen Praxis (Gynäkologie, Urologie u. a.) organische Verursachungen sexueller Probleme auszuschließen. Eine organmedizinische Abklärung erscheint zu Beginn einer Behandlung dann sinnvoll, wenn Hinweise auf organische Bedingungen der Störung vorliegen (ggf. bei Schmerzen, extrem niedriger Appetenz, bei Verdacht auf primäre oder sekundäre anatomische Probleme, wenn Erektion, Ejakulation und Orgasmus auch bei Selbstbefriedigung ausbleiben sowie bei anderen somatischen Erkrankungen). Auch kann die organmedizinische Abklärung die Psychotherapiemotivation für Patientinnen und Patienten erhöhen, da insbesondere männliche Patienten durch die Zunahme organmedizinischer Behandlungsverfahren in ihrem Ursachenverständnis der sexuellen Problematik somatisch orientiert sind.

### **Psychopathologische Abklärungen**

Während des Explorationsgesprächs oder durch spezielle diagnostische Instrumente (z. B. Wittchen u.a. 1997) sollten Hinweise auf Psychosen, Abhängigkeiten, Depressionen usw. geklärt werden.

### **ICD-10- / DSM IV-Klassifikationen**

Im ICD-10 wird nach sexuellen Funktionsstörungen, die nicht durch eine organische Störung oder Erkrankung verursacht sind, Störungen der Geschlechtsidentität und Störungen der Sexualpräferenz (52.0 bis 52.7) (64.2, 64.0 bis 64.9), (65.0 bis 65.9), unterschieden.

Zu den *sexuellen Funktionsstörungen* gehören z. B.

- ein Mangel an oder der Verlust von sexuellem Verlangen
- sexuelle Aversion
- mangelnde sexuelle Befriedigung
- Orgasmusstörungen
- Schmerzen bei der Sexualität
- gesteigertes sexuelles Verlangen.

Zu den *Störungen der Geschlechtsidentität* gehören z. B. Transsexualismus und Transvestismus.

Zu den *Störungen der Sexualpräferenz* gehören u. a. Fetischismus, Exhibitionismus, Pädophilie, Sodomasochismus, Voyeurismus und fetischistischer Transvestismus.

Eine sehr umfassende Übersicht gibt eine Tabelle der Leitsymptome der Sexualmedizinischen Ambulanz der Frankfurter Abteilung für Sexualwissenschaft (Sigusch 2001) wieder.

Die klassischen Bezeichnungen für „sexuelle Funktionsstörungen“ wie „Impotenz“, „Frigidität“, „vorzeitige Ejakulation“ oder „Orgasmusstörungen“, wie sie sich in verschiedenen Bezeichnungen auch im ICD oder im DSM wiederfinden, können einer interdisziplinären Verständigung oder dem Abrechnungssystem mit den Krankenkassen dienen. Für eine psychotherapeutische Behandlung sexueller Probleme sind sie jedoch nur eingeschränkt brauchbar. Diese Begriffe sagen nichts über Ursachen, aufrechterhaltende Bedingungen und therapeutische Ansatzmöglichkeiten aus. Sie vermitteln den Anschein, dass sich befriedigende Sexualität durch die Herstellung der Funktionen mechanisch (wieder-)erlangen lässt und lassen die Sichtweise sexueller Störungen als Beziehungsstörungen unberücksichtigt. Sie vermitteln einseitig, es gäbe einen gestörten Partner, nämlich den mit der gestörten Funktion. Darüber hinaus stellt eine Funktion bzw. eine Funktionsstörung nur einen kleinen Teil der Erlebnissphäre von Sexualität dar. Eine sexuelle Funktion, intakt oder nicht intakt, sagt wenig oder nichts aus über Intensität und Tiefe des Erlebens, über Lust und Befriedigung. Am sexuellen Erleben wie auch an der gestörten Sexualität sind viele Ebenen und Bedingungen beteiligt.

## PROBLEMANALYSE

Die Informationen, die in der ersten Phase der Psychotherapie gewonnen wurden, dienen - vor allem im Verhaltenstherapeutischen Ansatz - dazu, eine Problemanalyse der sexuellen Störung zu erarbeiten. In der Problemanalyse werden die aktuellen Bedingungen für die Aufrechterhaltung der sexuellen Problematik hypothetisch erarbeitet und festgelegt. Im Regelfall gibt es ein Zusammenwirken mehrerer Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung sexueller Probleme. Eine Leitlinie für die Problemanalyse kann die multimodale Diagnostik nach Lazarus (1978 und 1995) sein. Dabei wird das psychische Problem systematisch in einem sogenannten **BASIC ID** auf sieben Ebenen erfasst:

- **Behavior (Verhalten):**  
Welches Verhalten (wie sieht es genau aus?) wird wann, wo und wie gezeigt?  
Welches Verhalten wird zu selten oder gar nicht gezeigt?  
Welches Verhalten wird zu häufig gezeigt?  
Was löst das Problem aus?
- **Affect (Gefühl, Emotionen):**  
Mit welchen Gefühlen ist das sexuelle Problem verbunden? (z. B. Scham, Angst, Langeweile, Wut, Ekel)  
Welche Gefühle treten in unterschiedlichen Situationen und Kontexten auf? (z. B. Liebe, Lust, Geborgenheit)
- **Sensation (körperliche Empfindungen):**  
Welche körperlichen Empfindungen treten auf? (z. B. Kitzeln, Schmerzen, Atemnot, Erröten)
- **Imagery (Imagination, innere Bilder):**  
Welche Erinnerungen, inneren Bilder, Fantasien treten auf? (Sind sie vielleicht schmerzhaft, vielleicht lustvoll?)  
Welche Vorstellungen fördern sexuelle Lust?  
Welche Fantasien behindern sie?
- **Cognition (Kognitionen, Gedanken):**  
Von welchen Gedanken werden sexuelle Aktivitäten begleitet?  
Welche sexuellen Wünsche gibt es?  
Welches sexuelle Wissen existiert?  
Welche Einstellungen und Schemata begleiten den Patienten und die Patienten?
- **Interpersonal (Paarbeziehung):**  
Was verbindet den Patienten / die Patientin mit dem Partner / der Partnerin?  
Welche Form von Partnerbeziehung existiert?

Welche Gefühle (Liebe, Zuneigung, Abneigung, Attraktivität, Unattraktivität usw.) existieren für den Partner / die Partnerin?

Wie geht das Paar um mit Macht, Verletzlichkeit, Kränkung, Verantwortung, Intimität usw.?

- Drugs (Drogen und organisch-medizinische Bedingungen):
  - Alkoholkonsum?
  - Medikamente?
  - Gynäkologische, urologische Erkrankungen?
  - Chronische Krankheiten?
  - Drogenkonsum?

Kommt ein Paar zur Therapie empfiehlt es sich, das BASIC ID für beide Partner zu erheben und dann die beiden Profile der Partner zu vergleichen.

Orientiert an Arentewicz und Schmidt (1993) (vgl. auch Fliegel 2004a, Fliegel 2004b) lassen sich ursächliche und aufrechterhaltende Bedingungen für sexuelle Störungen in sechs Bedingungsbereichen zusammenfassen:

### **Erwartungsängste:**

Nach im Regelfall einer oder mehreren traumatischen Erfahrungen von Versagen, Schmerzen und Auseinandersetzungen schaukeln sich verschiedene Faktoren in einem Teufelskreis auf. Auftretende Funktionsstörungen oder gehemmte Lust bestätigen Erwartungsängste und verstärken sie im Sinne eines Selbstverstärkungsmechanismus, diese wiederum behindern z. B. die Lust usw. Zunehmend werden dann sexuelle Aktivitäten vermieden.

### **Informations- und Erfahrungsdefizite:**

Falsche Vorstellungen über physiologische Abläufe, zufriedenstellendes und lustvolles sexuelles Erleben, verschiedene sexuelle Praktiken sowie Unwissenheit z. B. über die sexuelle Vorgeschichte des Partners / der Partnerin verbunden mit Furcht vor einer Infektion und Krankheit, Wissensdefizite über Verhütung und mögliche Schwangerschaften sowie über den eigenen Körper und das eigene sexuelle Erleben und vor allem über den Körper und das sexuelle Erleben der andersgeschlechtlichen Partnerin oder des andersgeschlechtlichen Partners sind Beispiele für solche Informations- und Erfahrungsdefizite, die sexuelle Störungen begünstigen können.

### **Problemorientierte Normen, Mythen und Schemata:**

Diese resultieren im Regelfall aus der persönlichen sexuellen Biografie. Sexualität wird geprägt und kann behindert werden durch in der Erziehung gelernte Verbote, Tabus sowie negative und belastende persönliche Erfahrungen. Auch von den Medien verbreitete Fantasiemodelle von einer sogenannten „normalen“ Sexualität fordern zum Vergleich heraus und stellen Anforderungen, denen trotz vielfältigen Anstrengungen nicht entsprochen werden kann. Zilbergeld beschreibt in seinem Buch „Die Neue Sexualität der Männer“ (1996) Fantasiemodelle vom Sex, die sexuelle Störungen vorprogrammieren.

### **Persönliche Ängste und Konflikte:**

Wir geben der sexuellen Störung einen Sinn. Die sexuelle Problematik hilft das psychische Gleichgewicht des betroffenen Mannes oder der betroffenen Frau aufrecht zu erhalten. Tief-sitzende Ängste vor dem eigenen Versagen, vor dem eigenen Gewissen, Schuldgefühle, Ängste vor dem anderen Geschlecht, sexuelle Gewalt- und Missbrauchserfahrungen, religiöse Motive oder verdrängte Auseinandersetzungen mit gleichgeschlechtlichen Bedürfnissen lassen Betroffene sexuelle Erregung, Orgasmen, sexuelle Interaktionen und Koitus als Gefahr und Bedrohung erleben. Die sexuelle Störung schützt „als das geringere Problem“ vor einem konflikthaften, traumatischen, aversiven Erleben.

**Partnerkonflikte:**

Sie manifestieren sich in oder drücken sich durch die sexuelle Störung aus. Der sexuellen Störung kommt eine Funktion innerhalb der Partnerschaft zu, z. B. als Austragungsort eines Nähe-Distanz-Konfliktes, als Übereinkunft, als Abstempelung des Partners / der Partnerin oder als Ort für Schuldzuweisungen. Die sexuelle Störung verhilft zu einer Homöostase, einem Gleichgewicht in der partnerschaftlichen Beziehung, das ohne die sexuelle Störung außer Balance geraten würde.

**Organische Ursachen:**

Als aufrechterhaltende Bedingung sexueller Störungen sind sie ebenso wie psychopathologische Ursachen in der Diagnostik zu überprüfen. Zimmer formulierte 1995, dass praktisch jede Krankheit, die eine Beeinträchtigung des Wohlbefindens oder Schmerzen verursacht, sich negativ auf das sexuelle Erleben auswirken kann. Besondere Bedeutung haben aber bei der Analyse sexueller Probleme internistische Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, hormonelle Störungen, Erkrankungen oder Missbildung der Genitalien, Rückenmarkverletzungen, Hirntraumata und neurologische Erkrankungen. Aber auch Nebenwirkungen von Medikamenten, insbesondere Psychopharmaka sowie Alkohol und andere Drogen können bei übermäßigem Genuss mit verantwortlich für sexuelle Störungen sein. Auch andere psychische oder psychiatrische Erkrankungen haben ggf. problematische Auswirkungen auf die Sexualität, dazu gehören insbesondere affektive Störungen.

Gerade bei organischen Bedingungen ist zu berücksichtigen, dass somatische und physiologische Veränderungen, die mit zunehmendem Alter einhergehen und ihre Auswirkungen auf das sexuelle Erleben häufig nicht genügend berücksichtigt werden. Dies führt dazu, dass mit zunehmendem Alter entweder häufiger organische Verursachungen für sexuelle Probleme angenommen werden oder aber aus einer anderen Sichtweise heraus, dass Prozesse als sexuelle Störungen angenommen werden, die im Kontext eines Alterungsprozesses aber durchaus normal sind.

Es ist aber andererseits auch zu beobachten, dass immer mehr organ-medizinische Maßnahmen zur Behebung von sexuellen Problemen auf dem Markt verfügbar sind (z. B. Penisprothesen, Sexual-Chemotherapie), die dazu verführen, die „gestörte Funktion“ wie eine Maschine reparieren zu lassen.

**Lebensgestaltung:**

Aber auch eine lustabträgliche Lebensgestaltung kann Voraussetzung für unbefriedigende oder fehlende sexuelle Begegnungen sein. Abgespannt-Sein vom Alltagsstress, von den beruflichen Belastungen und starre sexuelle Termingestaltungen für das Wochenende lassen wenig Raum für die Entfaltung auch spontaner sexueller Bedürfnisse und Befriedigungen.

Eine andere Sichtweise zur Entstehung und Aufrechterhaltung sexueller Probleme beschreiben Jürg Willi (1981) und Sam Keen (1985), aus denen sich auch diagnostische Methoden ergeben: Sie sehen sexuelle Störungen des Mannes und der Frau als körperliche Reaktionen auf die inneren und äußeren Lebens- und Situationsbedingungen an. „Wenn die Säfte nicht fließen oder bei der Frau keine Leidenschaft aufkommt, welche Botschaft drückt der Körper dann durch seine Weigerung aus? ... Könnte ein Mann auf alle Stimmen in seinem Inneren hören und die Vielfalt seiner Gefühle anerkennen, dann müsste sein Penis nicht die Rolle des Sprachlosen spielen“ (Keen 1985). Die Schlussfolgerung: Es gibt keinen impotenten Mann, und es gibt auch keine frigide Frau. Männer und Frauen sind nicht ohne Lust, sondern sie haben keine Lust auf den Partner. Sie haben es vielleicht satt, als Objekt behandelt zu werden. Vielleicht fühlen sie sich schuldig oder haben Angst vor Verletzungen. Vielleicht wünschen sie sich mehr Aktivität vom Partner, mehr Vertrauen, mehr Zärtlichkeit, mehr Verlangen. Vielleicht kennen sie sich noch nicht genug, sind einfach müde, sind gekränkt oder gönnen

dem Partner und der Partnerin nicht die sexuellen Gefühle. Sie schlagen vor, die Sprache des Körpers, also die sich körperlich äußernde sexuelle Störung, zu übersetzen, um zu einer veränderten Sichtweise, einer neuen Beschreibung, einer veränderten Ursachendefinition der sexuellen Problematik zu kommen. Eine gute gestalttherapeutische Übung dazu ist es, einen Mann oder eine Frau einen Brief aus der Sicht ihres Penis, ihrer Vagina schreiben zu lassen: „Mein Penis / meine Vagina schreibt mir einen Brief...“

## **ANFORDERUNGEN AN THERAPEUTINNEN UND THERAPEUTEN**

Psychotherapeutinnen und -therapeuten sollten einige Bedingungen erfüllen, um den Herausforderungen bei der Diagnostik (und Therapie) sexueller Störungen und Probleme sicher entgegenzutreten zu können:

- Scham- und Angstgefühle sollten eine offene Kommunikation über Sexualität und sexuelle Störungen nicht behindern.
- Gute Modellfunktion für Patienten und Patientinnen, zum Beispiel bei der Sprache
- Gute Kenntnisse über Sexualität und sexuelle Störungen
- Kenntnisse bezüglich geschlechtstypischer Unterschiede in Bezug auf subjektive Vorstellung und Konzepte von Sexualität
- Offenheit für Gefühle und Schemata in Bezug auf ungewöhnliche Sexualität bei Patienten und Patientinnen
- Möglichst frei sein von Betroffenheit und Verstricktheit bezüglich der eigenen Sexualität beziehungsweise Kenntnisse der eigenen (dann nicht mehr) blinden Flecke.

Fort- und Weiterbildungen, verbunden mit themenzentrierter Selbsterfahrung können helfen, einen offenen, angstfreien, kompetenten Zugang zu den sexuellen Problemen des Patienten, der Patientin oder des Paares zu finden (siehe dazu Strauß 2004).

## LITERATUR

- Arentewicz, G., Schmidt, G. (1993): **Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie**. 3.bearb. Aufl. Thieme, Stuttgart; Enke
- Fliegel, S. (2004a): **Verhaltenstherapie bei sexuellen Störungen**. In: Strauß, B. (Hrsg.): Psychotherapie der Sexualstörungen. Thieme: Stuttgart.
- Fliegel, S. (2004b): **Sexualität-Sexuelle Störungen-Sexualtherapie – Vom Aufhören, Penis und Scheide zwingen zu wollen**. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 2/2004.
- Hauch, M. (Hrsg.) (2005): **Paartherapie bei sexuellen Störungen**. Thieme, Stuttgart.
- Hoyndorf, S., Reinhold, M., Christmann, F. (1995): **Behandlung sexueller Störungen**. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Keen, S. (1985): **Die Lust an der Liebe**. Beltz, Weinheim und Basel.
- Langer, D., Hartmann, U. (1992): **Psychosomatik der Impotenz. Bestandsaufnahme und integratives Konzept**. Enke, Stuttgart.
- Langer, D., Langer, S. (1988): **Sexuell gestörte und sexuell zufriedene Frauen. Eine empirische Untersuchung an Selbstdarstellungen von Frauen**. Huber, Bonn
- Lazarus, A. A. (1978): **Multimodale Verhaltenstherapie**. Asanger, Kröning
- Lazarus, A.A. (1995): **Praxis der multimodalen Therapie**. dgvt-verlag, Tübingen
- Masters, W., Johnson, V. (1973): **Impotenz und Anorgasmie**. Govert-Krüger-Stahlwerk, Stuttgart.
- Schulte, D. (1996): **Therapieplanung**. Hogrefe: Göttingen.
- Sigusch, V. (2001) Hrsg.: **Sexuelle Störungen und ihre Behandlung**. Thieme: Stuttgart
- Strauß, B. (2004): **Psychotherapie der Sexualstörungen – Versorgungs- und Weiterbildungsbedarf**. In: Strauß, B. (Hrsg.): Psychotherapie der Sexualstörungen.
- Willi, J. (1981): **Therapie von Sexualstörungen. Paartherapie oder Sexualtherapie**. Familiendynamik, 3, 248-259
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Fydrich, T. (1997): **Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID 1 und SKID II)**. Deutsche Bearbeitung. Hogrefe: Göttingen
- Zilbergeld, B. (1996): **Die neue Sexualität der Männer**. DGVT, Tübingen.
- Zimmer, D. (1994): **Fragebogen zur Sexualität und Partnerschaft**. Urban & DGVT, Tübingen
- Zimmer, D. (1995): **Funktionelle Sexualstörungen**. In: K. Hahlweg, A. Ehlers (Hrsg.): **Enzyklopädie der Psychologie. Klinische Psychologie. Psychische Störungen und ihre Behandlung**. Hogrefe, Göttingen