

*»Ejaculatio praecox«*

# Eine lästige Störung entspannt angehen

Es gibt vielleicht nur ganz wenige Männer, denen es noch nicht passiert: Das Vorspiel war schon viel zu heiß, die Partnerin möchte den Mann in sich spüren – und vorbei ist es, das Schäferstündchen, das man/frau eigentlich noch viel länger genießen wollte. Nicht selten gehört eine solche Erfahrung bereits zur Schlafzimmerroutine. Viele Frauen werden dadurch sexuell frustriert, und schon manche partnerschaftliche Beziehung brach nicht zuletzt deswegen entzwei. Ganz abgesehen davon ist es dem Selbstwertgefühl des Mannes sicher nicht förderlich, sich immer wieder als »Versager« zu erleben.

Zum Glück stellt die angewandte klinische Psychologie hier therapeutische Techniken bereit, die – wenn sie konsequent und kontrolliert eingesetzt werden – meist in wenigen Sitzungen (und damit Wochen) Abhilfe schaffen. Die Behandlungsprognose ist ausgesprochen günstig. Allein, die Motivation zur Behebung dieses Defizits und die Bereitschaft beider Partner, sich diesem Problem wirklich zu stellen, müssen hoch sein. Erst dann können verhaltenstherapeutische Interventionen erfolgreich sein. Im folgenden sollen das Verständnis der Symptomatik und die daraus resultierenden therapeutischen Maßnahmen systematisch aufbereitet werden.

## Kennzeichen des guten Liebhabers

Weder die Größe des Penis noch die ständige Bereitschaft zum ungestümen Geschlechtsakt sind trennscharfe Kriterien, die den Traum-

**»Ejaculatio praecox«, vorzeitiger Samenerguß, Alptraum manches Mannes und bisweilen vorzeitiges Ende eines Schäferstündchens – Beziehungsdrama oder nur eine lästige Störung? Dr. P. Kochenstein, Diplompsychologe in München, beschreibt ein Verhaltenstraining in mehreren Stufen, das dem Patienten in kurzer Zeit Erleichterung bringen kann.**



Dipl.-Psych.  
Dr. P. Kochenstein

Lover vom Durchschnittsbürger unterscheiden. Obwohl immer wieder betont wird, daß Sexualität mehr ist als das Rein-raus-Spiel in verschiedenen Positionen, obwohl hinreichend bekannt sein dürfte, daß viele Frauen durch den Koitus allein gar nicht zum Orgasmus stimuliert werden können – ein beinahe unerklärbares Klischee steckt nach wie vor in den Männerhirnen. Dabei ist es irrelevant, ob dieser Mythos von einem unbewußten, arterhaltenden Trieb oder vielmehr von den dümmlichen Vorlagen der Erotik- und Pornoindustrie gespeist wird. Fest steht für viele Paare, daß nach wie vor der Geschlechtsakt selbst das Nonplus-ultra der Begegnung von Mann und Frau darstellt. Ihn zu verlängern und zu dynamisieren ist somit vorrangigstes Ziel der genannten Veränderungswünsche dieser meist männlichen Patienten.

Der Patient ist König, der Therapeut ordnet sich dieser Zielsetzung unter, und dennoch: eine Entmythologisierung des Koitus tut not. Aufklärungsarbeit ist zu leisten, da sonst das Erreichen des Zieles in Frage gestellt sein könnte.

Was kennzeichnet den guten Liebhaber? Mit dieser Frage des Therapeuten könnte eine kognitive Umstrukturierung angebahnt werden. Ergebnis eines darauf aufbauenden Gesprächs ist eine Neudefinition der Sexualität, soweit sie zusammen mit einem Partner erfahren wird: Ein bedingungsloses Geben und Nehmen auf der Grundlage einer erotischen Spannung zum Zweck der Lustmaximierung mit dem Ziel, einen Zustand totaler sexueller Befriedigung zu erreichen.

Man sieht: Das Wort Koitus taucht bei dieser Definition nicht auf. Ein guter Liebhaber fühlt sich dabei optimal in die augenblickliche Bedürfnislage der Geliebten ein.

Da man außerdem in aller Regel nicht gleichzeitig bedingungslos Lust geben und nehmen kann, wird auf eine wichtige Voraussetzung für eine genußvolle Sexualität hingewiesen: die Fähigkeit, dabei körperlich zu entspannen, völlig passiv zu

Sinn der genannten Neudefinition von Sexualität ist es jedoch daneben, dem Paar unmißverständlich zu verdeutlichen, daß sexuelle Lust und Befriedigung nicht an einen Geschlechtsakt gekoppelt sein müssen. Außerkoitale Praktiken zur Erreichung des sexuellen Höhepunktes sind nicht nur möglich, sondern geradezu erwünscht und sollten aus den verschiedensten Gründen das sexuelle Verhaltensre-

diese Thematik unbefangen kommunizieren?

So etwa lauten die dazu notwendigen Basisfragen, aus deren Antworten sich die erforderlichen Behandlungsschritte ableiten lassen. Oft wird man dann erfahren, daß viele Paare gar nicht in der Lage waren, ihre Bedürfnisse zu artikulieren. Für viele war die Intimität auf einen gewissen Automatismus zusammengeschrumpft, stumm und frustrierend.

Hinter jeder funktionellen Sexualstörung verbirgt sich immer auch eine Kommunikationsstörung!

Dieser Leitsatz kann gar nicht oft genug betont werden. Wenn die Exploration der letzten intimen Begegnung noch nicht genügend Material zur therapeutischen Einflußnahme zutage fördert, empfiehlt es sich, nach der vorletzten Intimität zu fragen. Interessante diagnostische Hinweise erbringt gegebenenfalls die Frage, ob sich beide Partner an ein ausgesprochen befriedigendes sexuelles Zusammensein erinnern können. Hierbei ist eine geschickte Verbalisationsfähigkeit des Therapeuten, die dem Paar den Einstieg in diese intime Thematik erleichtert, neben einer guten Vertrauensbeziehung in einer gelockerten Gesprächsatmosphäre eine notwendige Voraussetzung für eine zielgerichtete, aufschlußreiche Diagnostik.

*Sexualität ist bedingungsloses Geben und Nehmen auf der Grundlage einer erotischen Spannung zum Zweck der Lustmaximierung mit dem Ziel, einen Zustand totaler sexueller Befriedigung zu erreichen.*

sein und die Liebkosungen des Partners genießen zu können.

Viele Männer, die über einen vorzeitigen Samenerguß klagen, haben diesbezüglich enorme Schwierigkeiten. Vegetativ agitiert, glauben sie, ständig in Aktion sein zu müssen, und so ist es nahezu vorhersehbar, daß die Symptomatik der Ejaculatio praecox von den Patienten häufig in Verbindung mit – psychophysiologisch bedingten – erektilen Dysfunktionen beschrieben wird. Dies macht dann eine differenziertere therapeutische Behandlung unabdingbar.

Das Erlernen der Entspannungsfähigkeit ist das erste Lernziel und die Vorbedingung für weitere therapeutische Interventionen. Es geschieht bei der diskutierten Verhaltensstörung vorzugsweise durch meditative Techniken. Entsprechende Übungen lassen sich im Regelfall schon bald in die häusliche Umgebung des Patienten delegieren, und zwar am ehesten, wenn seine Partnerin gleichzeitig instruiert werden kann. Sexualtherapie richtet sich immer an beide Betroffene und ist prädestiniert für ein Paar-Setting.

pertoire des Paares bereichern. Eine solche Einstellungsänderung und Umbewertung erotischer Bedürfnisse kann als generelle Maxime unserer Sexualerziehung gelten.

### **Unkommunikativ und frustrierend**

Parallel zur Aufklärung über alternative sexuelle Praktiken und deren Bedeutung für eine befriedigende Sexualität wird das spezifische Sexualverhalten des Paares exploriert. Diese Diagnostik ist für die Therapieplanung, aber auch für den Aufbau der kommunikativen Fähigkeiten des Paares unerlässlich. Wie war es genau, als Sie das letzte Mal mit Ihrer Partnerin intim waren? Von wem ging die Initiative aus? Wie waren Art und Dauer des Vorspiels? War eine Immissio penis möglich; wer inszenierte sie? Wie viele Minuten dauerte der Akt, bzw. wie viele Friktionen wurden ungefähr ausgeführt, und wie lief die sexuelle Begegnung aus? Konnten Sie Ihre Partnerin danach durch andere Praktiken zum Orgasmus bringen? Können Sie mit ihr über

### **Ejaculatio praecox als konditionierter Reflex**

Zur Vereinfachung läßt sich der vorzeitige Samenerguß als reflexhaftes Geschehen, das an irgendwelche Stimuli konditioniert ist, beschreiben. Eine Wahrnehmung der Partnerin, die sich möglicherweise gerade anschickt, zu Bett zu gehen, aber auch ein innerer Impuls, eine erotische Kurzphantasie oder die Vorstellung einer sexuellen Begegnung aktivieren einen sexuellen Triebwunsch. Eine reflexartige physiologische Reaktion in Form einer Erektion wird spätestens dann ausgelöst, wenn keine (evtl. unbewußte) Angst vor einer Intimität hemmend wirkt. Nach dem dargestell-

ten Schema ist eine Immissio penis als willkürliches Verhalten noch möglich, diese jedoch ebenfalls beinahe reflexartig von einer Ejakulation begleitet.

Therapieziel ist es nun, den Ejakulationsreflex zu deconditionieren. Der Patient lernt in abgestufter Form, daß der jeweils vorhergehende Zustand nicht zwangsläufig mit der nächsten Stufe physiologischen und realen Verhaltens verknüpft ist. Eine Erregung – operationalisiert durch eine Erektion – kann ohne nachfolgenden Geschlechtsverkehr erlebt werden, eine Immissio penis führt nicht notwendigerweise zu einer Ejakulation.

### **Sensibilität für die Erregung steigern**

Zentrales Anliegen beim Aufbau von Selbstkontrolltechniken ist die Sensitivierung der Wahrnehmung für den Ist-Zustand. Entwerfen Sie mit Ihrem Patienten sein spezifisches Erregungsdiagramm. Dabei gelten folgende Marken:

- Bei der 60%-Linie ist bereits eine deutliche sexuelle Erregung zu spüren. Sie läßt sich durch die Erektionsstärke operationalisieren, die gerade ausreicht, den wachweichen Penis in eine gut lubrizierte Vagina einzuführen.
- Die 80%-Linie ist die Grenzmarkierung, unterhalb derer die Ejakulationskontrolle absolut gesichert ist. Der Patient weiß, daß es für den Fall eines Nichterreichens dieser Marke auf keinen Fall zum Samenerguß kommt.
- Die 100%-Linie ist die Grenze, bei der das orgasmische Gefühl mit gleichzeitiger Ejakulation auftritt. Sollte Ihr Patient solche subjektiven

*Außerkoitale Praktiken zur Erreichung des sexuellen Höhepunktes sind nicht nur möglich, sondern geradezu erwünscht und sollten aus den verschiedensten Gründen das sexuelle Verhaltensrepertoire des Paares bereichern.*

ven Grenzen nicht festlegen können, so ist ein Masturbationstraining angezeigt. Hier dürfte es ihm am ehesten gelingen, seine Sensibilität für seine augenblickliche Erregung zu steigern, den Zeitpunkt für die Ejakulation praktisch endlos hinauszuzögern, erotisierende und neutrale Imaginationen zu trainieren und ihre Bedeutung für die jeweils empfundene Erregung zu erkennen.

Die therapeutische Anweisung dazu lautet: »Verzögern Sie bei Ihren Übungen den Zeitpunkt der Ejakulation. Beenden Sie die Selbststimulation sofort, wenn Sie glauben, die Kontrolle über Ihren Orgasmus zu verlieren. Warten Sie dann ab, bis Sie ein deutliches Nachlassen Ihrer Erektionsstärke wahrnehmen.«

Nach vier bis fünf solcher Unterbrechungen: »Fassen Sie nun den Vorsatz, die Selbstbefriedigung zielgerichtet bis zum Orgasmus fortzusetzen. Achten Sie in allen Trainingsphasen auf die begleitenden Gedanken und erotischen Phantasien.«

Nicht wenige Männer mit einer ausgeprägten Ejaculatio-praecox-Symptomatik erklären allerdings

glaubwürdig, daß sie bei der Masturbation keinerlei Kontrollverlust befürchten. In diesen Fällen können Sie eine Stufe weiter, also bereits bei einer Übung ansetzen, an der die Partnerin beteiligt ist.

### **Stimulationsprogramm aufbauen**

Allgemein gilt für diese Phase, daß das Paar sich bereit erklärt, auf den Geschlechtsverkehr zu verzichten. Angesagt ist dagegen ein wechselseitiges Stimulationsprogramm, bei dem der jeweils stimulierte Partner absolut passiv bleibt. In dieser Passivität soll der Mann voll und ganz entspannen und die Liebkoosungen genießen. Ferner kann und soll er seiner Partnerin Rückmeldung über seinen Erregungszustand und gegebenenfalls Anleitungen, wie sich seine Lust steigern läßt, geben. Nur: In dem Moment, wo die 80%-Grenze beinahe erreicht ist, wird die Stimulation auf eine Praktik reduziert, die geeignet ist, die Erregungskurve abklingen zu lassen.

Nach etwa fünf bis zehn Minuten werden die Rollen vertauscht, d.h., der Mann revanchiert sich bei seiner Geliebten. Auch hier sollte bei den ersten Übungsphasen noch kein Orgasmus angestrebt werden. Die Übung sollte durch folgendes Arrangement beendet werden: Nach vier- bis fünfmaliger wechselseitiger Stimulation erklärt das Paar gemeinsam die »Hausaufgabe« für erledigt. Daraufhin reizt zunächst der Mann seine Partnerin möglichst zielgerichtet zum Orgas-

*Der Teufel steckt im Detail. Die Hauptaufgabe des Behandlers heißt: aufklären, motivieren und richtig dosiert anleiten.*

mus, dann vice versa – jedoch unter Beachtung des Koitusverbots.

### **Koitus ja, aber nicht wie gehabt!**

Nach drei bis vier solcher Übungseinheiten an verschiedenen Tagen wird dieses Koitusverbot aufgehoben. Konkrete Vorgaben dienen jedoch einer weiteren Dekonditionierung. In einer Erregungsphase des Patienten, in der seine Gliedsteife gerade für eine Immissio ausreicht, der Samenerguß jedoch noch in relativ weiter Ferne liegt (60-%-Grenze), sollte sich seine Partnerin den Penis in der Hockstellung einführen. Nach etwa drei bis vier Friktionen, die ein gesamtes Einführen des Glieds sicherstellen, verharren beide Partner ruhig, bis sich das Erregungspotential des Mannes von etwa 65% auf ca. 40% gesenkt hat. Dies kann bei den ersten Versuchen mehrere Minuten in Anspruch nehmen. Die Stellung, bei der unser Patient auf dem Rücken liegt, empfiehlt sich u. a., weil er dabei optimal geistig und körperlich entspannen kann.

Nach Erreichen der 40-%-Stufe wird die Immissio beendet und die Erektionstärke durch nichtkoitale Praktiken wieder auf 60% gesteigert. Die Aktion wird insgesamt etwa drei bis vier Mal wiederholt. Auch diese Trainingsphase sollte nach Absprache der Partner miteinander durch einen wechselseitig induzierten Orgasmus außerhalb des Koitus abgeschlossen werden.

Die Durchführung dieser Übung erfordert eine hohe Überzeugungskraft des Behandlers. Hier erfolgt die weitestgehende Abweichung von der gewohnten sexuellen Praktik des Paares. Erlebte der Mann bisher, daß nach einer Immissio seine Erregung (meist unkontrolliert) bis zum zu frühen und deshalb ungewollten Erguß zunahm, so macht er jetzt eine geradezu konträre Lernerfahrung: Seine Erregung nimmt ab, sein Penis schrumpft, obwohl er sich in der »gefährlichen Umgebung« befindet. Gerade diese Erfahrung ist es jedoch, die den verhängnisvollen konditionierten Re-

flex eliminiert. Auf die von anderen Autoren empfohlene Squeeze-Technik kann dagegen verzichtet werden.

Nach mehrmaligen Erfolgen unter strenger Beachtung des therapeutischen Arrangements ergibt sich das weitere Vorgehen von selbst. Die nächste therapeutische Empfehlung lautet somit: Nach dem Einführen des Gliedes in der bereits vertrauten Stellung führt die Frau leichte Bewegungen mit dem Becken durch, jedoch nur so lange, bis ihr Partner signalisiert, daß die 80-%-Grenze erreicht ist. Es erfolgt ein ruhiges Verharren, bis die Erregung und die Erektion deutlich abgeklungen sind. In der beschriebenen

Symptomatik in aller Regel in sechs bis zehn Sitzungen abbauen, und zwar zunächst nur in der therapeutisch empfohlenen Stellung. Nicht selten übertragen die Partner diese Übung auf andere Positionen beim Geschlechtsverkehr, ohne daß der Therapeut besonders darauf hinweisen muß. Falls nicht, so kann durch verschiedene Variationen des Übungssettings hier bald Abhilfe geschaffen werden.

In der Praxis hat sich herausgestellt, daß eine wöchentliche Stundenfrequenz die Übenden häufig zu sehr in die Pflicht nimmt. Empfohlen wird daher ein eher flexibler, etwa vierzehntägiger Behandlungsrhythmus, wobei allerdings auf eine

## *Hinter jeder funktionellen Sexualstörung verbirgt sich immer auch eine Kommunikationsstörung!*

nen Stellung kann bei voll eingeführtem Penis dabei auch die 60-%-Marke unterschritten werden. Sollte der Penis bei Wiederaufnahme der Friktionen aus der Scheide gleiten, so ist dies kein Problem. Er sollte dann extravaginal wieder bis zur Funktionsgröße stimuliert werden. Auch diese Übung ist mehrmals zu wiederholen. Nach vier bis fünf Erregungstälern sollte sich das Paar darauf verständigen, schließlich bis zum Höhepunkt des Mannes weiterzumachen.

Behandlungstechnisch bedeutsam ist aber auch die orgasmische Potenz der Frau. Eine Anleitung, wie ihr Partner z. B. durch gleichzeitige manuelle Reizung ihrer Klitoris das Lusterleben fördern kann, ist hierzu sinnvoll. Ein durchaus wünschenswerter Nebeneffekt der Ejaculatio-praecox-Behandlung beinhaltet somit eine entsprechende therapeutische Einflußnahme zum Ausbau dieser Orgasmusfähigkeit. Auf diese Weise läßt sich mit einem kooperationsfreudigen Paar die

kontinuierliche Motivierung des Paares geachtet werden muß. Eine Anregung, über den Verlauf der Übungseinheiten ein Kurzprotokoll anzufertigen, kann diese Motivation unterstützen.

Die hier beschriebene Behandlung des vorzeitigen Samenergusses mag ein wenig technokratisch und beinahe banal anmuten, in der therapeutischen Praxis stellt sich das anders dar: Der Teufel steckt im Detail. Die Hauptaufgabe des Behandlers heißt: aufklären, motivieren und richtig dosiert anleiten. Nicht zuletzt ist der Therapeut als Kommunikationspartner, der frei und ungehemmt über tabuisierte Themen spricht, in Sachen Sexualität ein wichtiges Lernmodell für das betroffene Paar.

*Dipl.-Psych.  
Dr. Paul Kochenstein  
Lindwurmstraße 135  
W-8000 München 2*