

Paul Kochenstein

Der Weg zur gemeinsamen Lust

Verhaltenstherapeutische Behandlung funktioneller Sexualstörungen

Erektile Dysfunktion, ejaculatio praecox und Anorgasmie – letztere meist im Kontext einer Libidostörung – zählen nach wie vor zu den häufigsten genannten Problemen in der sexualtherapeutischen Praxis. Sie gehören – vorausgesetzt, die Beziehung ist ansonsten nicht beeinträchtigt – jedoch zu den Musterbeispielen, wie mit wenigen Sitzungen auf verhaltenstherapeutischer Grundlage erfolgreich interveniert werden kann. Dabei haben sich Techniken wie eine doppelte paradoxe Intervention, eine Gegenkonditionierung und ein Habituationstraining als besonders wirksam erwiesen. Im letzteren Fall ist es erforderlich, die störenden inadäquaten Kognitionen

durch sexuell stimulierende Gedankeninhalte beziehungsweise Wahrnehmungen zu substituieren. Die Therapien werden jeweils anhand eines Drei-Stufen-Programms erläutert.

Sexuelle Probleme, insbesondere nachlassendes Interesse im Bett, sind häufig die Folge einer Beziehungsstörung. Solche Partnerschaftskonflikte, deren Ursachen manchmal recht schwer zu ergründen sind, sollen in diesem Artikel ausgespart bleiben. Die dargestellten verhaltenstherapeutischen Techniken sind vor allem dann sinnvoll und erfolgreich, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind: Zwei Menschen sind sich begegnet und lieben sich. Sie bezeichnen beide ihre Partnerschaft als glücklich und harmonisch und wünschen sich nichts sehnlicher, als dass es auch im Bett so harmonisch und erfüllend sein sollte wie in den anderen Lebensbereichen. Beide sehen das sexuelle Problem als ein gemeinsames, das die Beziehung überschattet, und beide sind fest entschlossen, daran etwas zu ändern. Aus Platzgründen beschränke ich mich auf jene Störungen, die in der sexualtherapeutischen Praxis am häufigsten beklagt werden. Damit dürften jedoch etwa

neunzig Prozent der einschlägig genannten Probleme erfasst sein.

Störungen der Erektion

Was früher volkstümlich als Impotenz bezeichnet wurde, wird heute in Fachkreisen als »erektile Dysfunktion« beschrieben. Dazu werden auch jene Fälle gezählt, bei denen während bestimmter Liebespraktiken, beim Vorspiel etwa, durchaus eine starke Erektion bemerkt wird, diese jedoch ganz plötzlich nachlässt, etwa beim Versuch, den Penis in die Scheide der Frau einzuführen.

Differentialdiagnostisch ist folgende Frage zu klären: Gibt es irgendwelche Situationen, bei denen es zu einer vollkommen normalen Erektion kommt? Am Morgen etwa oder beim kurzen Aufwachen nach einem Traum, bei der Selbstbefriedigung oder bei irgendwelchen anderen intimen Praktiken? Wenn dies zutrifft, dann besteht kein Anlass, an eine organische Ursache für das Erektionsversagen zu denken. Die Gründe für die Dysfunktion liegen ausschliesslich im psychischen Bereich. Die Genese beruht auf einem sogenannten »Teufelskreis der Versagensängste« (Kochenstein, 1998), der hier kurz erläutert werden soll: Ein völlig normales und vorübergehendes Nachlassen der Erektionsstärke wird als Versagen fehlinterpretiert.



Dipl.-Psych. Dr.
Paul Kochenstein
Klinische Psychologie
BDP
D-80377 München

tiert. Anstelle des sexuellen Geniebens tritt eine ängstliche und verkrampte Selbstbeobachtung. Die Männlichkeit wird hinterfragt, es kommt zu einem erhöhten Leistungsanspruch, zu Stress und Versagensängsten. Das wiederum erhöht die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Versagens. Der Teufelskreis ist geschlossen.

Therapeutisch geht es nun darum, die intime Begegnung auf eine völlig neue Grundlage zu stellen.

1. Es wird seitens des Therapeuten ein absolutes Koitusverbot und ein relatives Erektionsverbot erteilt (doppelte paradoxe Intervention). Der Mann legt sich ausgezogen und möglichst entspannt auf den Rücken. Seine Partnerin verwöhnt ihn nun etwa fünfzehn Minuten durch zärtliches Massieren, Streicheln und Küssen. Nach und nach kann auch der Penis in diese Zärtlichkeit miteinbezogen werden. Jedoch soll es der Mann nach Möglichkeit vermeiden, dabei mit einer Erektion zu reagieren.

2. Wichtigstes Ziel des nächsten Lernschrittes ist es, die Gedanken und Phantasien auf Sexualität einzustellen. Der Patient wird angehalten, sich bei seiner entspannten Hingabe (wie unter 1.) möglichst aufregende Sexszenen vorzustellen. Bilder, die er aus seinen Masturbationsphantasien kennt und die ihn besonders erregen.

Er darf und soll seiner Partnerin Rückmeldung geben, welche Stimulation ihn besonders reizt. Die ganze Konzentration ist jedoch nur auf eines gerichtet: auf lustvollen Sex. Auch hier ist es zunächst unerheblich, ob es dabei zu einer Erektion kommt. Allerdings werden sich nach einigen solcher Übungen ganz spontane Gliedversteifungen einstellen. Diese dürfen jedoch keinesfalls in einen Geschlechtsverkehr umgesetzt werden. Sollte die sexuelle Spannung sehr stark ansteigen, darf die Partnerin den Mann abschliessend oral oder manuell befriedigen.

3. Erst wenn die zweite Phase des Trainings auf diese Weise mehrfach

erfolgreich abgeschlossen werden konnte, wird das Koitusverbot aufgehoben. Die geschlechtliche Vereinigung sollte jedoch wie folgt inszeniert werden: Der Penis ist stark erigiert, eine Ejakulation könnte in kurzer Zeit erfolgen, und auch die Partnerin ist stark erregt und wünscht sich einen Geschlechtsverkehr. Sie setzt sich nun behutsam auf das männliche Glied und führt es dabei in ihre Scheide. Der Mann trägt für das, was geschieht, keinerlei Verantwortung. Er genießt ausschliesslich die behutsamen Beckenbewegungen seiner Partnerin und gibt rechtzeitig vor seiner Ejakulation ein Signal, damit die Bewegungen unterbrochen werden. Nach einigen Minuten sollte der Liebesakt zugunsten der anderen bewährten Liebkosungen unterbrochen werden. Bei abermaliger Versteifung des Gliedes wird er aufs neue in der beschriebenen Form aufgenommen. Nach drei bis vier solcher Inszenierungen kann auch einmal eine andere Position ausprobiert werden. Alles weitere bleibt dann dem agierenden Paar überlassen.

Fosfomycin - trometamol

Die Einmaldosis-Behandlung der

Einmaldosis für 3-Tage-Wirkung

Z: Fosfomycin trometamol. **I:** Akute Harnwegsinfektionen. **D:** Erwachsene, 1 Beutel zu 3 g als Einzeldosis. **KI:** Bekannte Hypersensibilität gegenüber Fosfomycin oder einem der Hilfsstoffe. **SW:** Schwangerschaftskategorie B. **UAW:** Gastrointestinale Beschwerden, gelegentlich allergische Hautreaktionen. **IA:** Bei gleichzeitiger Einnahme von Metoclopramid, Antazida oder Kalziumsalzen. **P:** 1 Beutel zu 3 g. [A].

Ausführliche Angaben entnehmen Sie bitte dem Arzneimittelkompendium der Schweiz. Weitere Informationen erhalten Sie bei INPHARZAM AG, 6814 Cadempino/TI, ☎ 091/960 41 11



Inpharzam
Zambon Group

Abschliessend: Selbstverständlich revanchiert sich der Mann in jeder der beschriebenen Trainingsphasen bei seiner Partnerin für ihre Bemühungen. Dabei bringt er sie zur Lust und zum ausserkoitalen Orgasmus. Wie und wann dies im Einzelfall geschehen soll, ist zwischen dem Paar und eventuell mit dem Therapeuten vor Beginn der Übungen festzulegen.

Störungen der Ejakulation

Wohl genauso häufig wie die im vorigen Abschnitt beschriebenen Erektionsstörungen sind die Störungen der Ejakulation, und hier insbesondere das Problem des vorzeitigen Samenergusses. Er gilt als so alltäglich, dass ein gelegentlicher vorzeitiger und unkontrollierter Orgasmus keinerlei spezifischer Behandlung bedarf. Ernst sollte die Thematik erst dann genommen werden, wenn mehr als ein Drittel aller intimen Begegnungen auf diese Weise ihr Ende finden. Selbstverständlich auch dann, wenn einer der Partner das Gefühl hat, dass hier etwas getan werden müsste, um die gemeinsame Sexualität lustvoller zu gestalten. Die Therapie der ejaculatio praecox soll ebenfalls in einem dreistufigen Behandlungsplan dargestellt werden.

1. Auch hier gilt zunächst ein absolutes Koitusverbot, das heisst, beide Partner erklären sich einverstanden, auf den Geschlechtsverkehr zu verzichten. Da fast alle Männer bei der Selbstbefriedigung ihre Erregung und damit ihren Orgasmus durch simples Unterbrechen der Reizung kontrollieren können, bezieht sich das erste gemeinsame Übungsziel auf eine Sensibilitätssteigerung bei der durch die Partnerin vorgenom-

menen Liebkosung. Erlaubt und erwünscht sind alle Formen der Zärtlichkeit und Reizung, zu der sie sich in der Lage fühlt.

Dabei kommt es jedoch nicht darauf an, die Erregung des Mannes immer weiter zu steigern. Im Gegenteil: Der Mann muss lernen, rechtzeitig – also zu einem Zeitpunkt, an dem der Orgasmusreflex voll beherrscht wird – ein Signal zu geben, damit die Reizung unterbrochen wird. Dann heisst es abwarten, bis die Erektion weitgehend abgeklungen, die Erregung beinahe auf den Nullpunkt gesunken ist. In dieser Pause bemüht sich der Patient um seine Partnerin, bringt sie zur Lust und nach mehreren Übungen zum Orgasmus. Es gilt auch hier: Nie sind die beiden Liebenden gleichzeitig aktiv. Der Orgasmus des Mannes darf erst dann ausgelöst werden, wenn während dieser Lernphase seine Erregung mindestens dreimal völlig abgeklungen war.

2. Dieser zweite Schritt ist der Kernpunkt einer neuen Lernerfahrung. Er darf erst inszeniert werden, wenn der Patient seine Ejakulation ausserkoital absolut beherrscht. Der Mann liegt entspannt auf dem Rücken. Seine Partnerin führt sich den Penis, der gerade so weit erigiert sein darf, um den Widerstand der Vagina zu überwinden, in der oben beschriebenen Stellung ein. Auf keinen Fall darf durch dieses Eindringen eine ungewollte Ejakulation ausgelöst werden. Nun heisst es ruhig abzuwarten, das heisst, die Frau bleibt ruhig auf dem Penis des Mannes sitzen, bis etwa nach fünf oder auch zehn Minuten die Anfangserregung deutlich, im Idealfall sogar völlig abgeklungen ist. Durch die Besonderheit dieser Stellung kann das Glied völlig schrumpfen, ohne den Vaginalraum

zu verlassen. Der Orgasmusreflex, der ja meist an das Eindringen beziehungsweise an die kurze Phase danach gekoppelt war, wird auf diese Weise deconditioniert (Kochenstein, 1998). Nach dem Abklingen der Erektion wird ausserkoital wieder dieselbe Erektionsstärke angestrebt, um den Vorgang in der beschriebenen Form zu wiederholen. Nach mehrmaliger Inszenierung dieses Aktes darf sich die Frau einige Male leicht mit dem Becken bewegen. Allerdings höchstens so lange, wie der Partner absolut sicher ist, dass auch dadurch kein Erguss ausgelöst wird. Sobald sich die Erregung dieser subjektiven Beherrschungsgrenze nähert, gibt der Patient seiner Partnerin ein deutliches Signal, wieder ruhig zu verharren. Es zeigt sich dabei, dass allmählich die Ruhepausen kürzer und die Aktivitätsintervalle der Frau länger werden. Auch in dieser Übungsphase soll der Höhepunkt des Mannes abschliessend ausserkoital angestrebt werden. Die Deconditionierung gelingt dadurch um so nachhaltiger.

3. In der abschliessenden Lernphase darf der Koitus, nachdem mehrere Erregungstäler durchschritten wurden, mit der Ejakulation abgeschlossen werden. Ist die Partnerin grundsätzlich durch den Geschlechtsverkehr beziehungsweise über eine begleitende manuelle Stimulation bis zum Höhepunkt erregbar, sollte der Orgasmus des Mannes selbstverständlich erst nach diesem Zeitpunkt angestrebt werden. Bei einer gut entwickelten Kommunikation des Paares kann dieser »Zeitpunkt danach« allmählich an den Höhepunkt der Frau angekoppelt werden.

Im folgenden Übungsverlauf gilt es, das Gelernte unter denselben Bedin-

gungen auf andere Positionen des Geschlechtsverkehrs zu übertragen.

Libidostörungen der Frau

Keine Lust auf Sex und häufig daran gekoppelte Probleme, überhaupt einen Höhepunkt zu erreichen, sind die Hauptmotive der Frauen, die sich zu einer Sexualtherapie entschlossen. Dabei gilt folgende Logik: Jenen Frauen, die im Laufe einer sexuellen Begegnung nie oder nur sehr selten einen Höhepunkt erleben, prägt sich eine negative Erfahrung ein. Ihre Lust steigt, das Begehren, die Erregung – und plötzlich ist alles vorüber. Sie konnten keine Befriedigung erleben, keine Welle der Leidenschaft, kein wohlige, entspanntes Gefühl. Ein Erregungszustand, dem kein Höhepunkt mit der wohlthuenden Entspannung folgt, wird als unangenehm erlebt. Lernpsychologisch heisst das: Die Frau wird für ihr Sexualverhalten negativ verstärkt beziehungsweise bestraft (Kochenstein, 1998).

Es ist nur folgerichtig, wenn all diese Frauen auf solche negativen Erfahrungen in kürzester Zeit mit einer Libidostörung reagieren. Dabei beschränkt sich die Abwehr eines geschlechtlichen Kontaktes nicht alleine auf den Koitus. Alle Handlungen und Zärtlichkeiten, die sie mit einem sexuellen Verlangen ihres Partners assoziieren, sind davon betroffen. Verführungsversuche werden als unangenehm erlebt. Bereits eine Bemerkung über Sexualität kann im Sinne einer Reaktionsge-

neralisierung eine Abwehrreaktion auslösen. Die Geschlechtlichkeit wird aus dem Leben der Frau beinahe eliminiert.

Die oberste sexualtherapeutische Maxime ist, dass die Patientin, die unter einer solchen Störung leidet, bei der intimen Begegnung mit ihrem Partner nachhaltig eine völlig neue Lernerfahrung macht: »Sexualität ist nicht nur erregend, sondern vor allem auch befriedigend. Es geschieht nichts, was ich nicht ausdrücklich will.«

Die Aufgabe des Therapeuten ist dabei, Modalitäten zu entwickeln, bei denen das Hauptziel der sexuellen Begegnung, der Orgasmus (definiert als ein Gefühl starker Erregung mit einem unmittelbar folgenden Zustand wohliger Entspannung), gewährleistet ist.

Dabei ist die Frage, wie dieser Zustand erreicht wird, zunächst irrelevant. Zu klären ist zunächst, um welche Form der Orgasmusstörung es sich bei der Patientin handelt.

Orgasmusstörungen

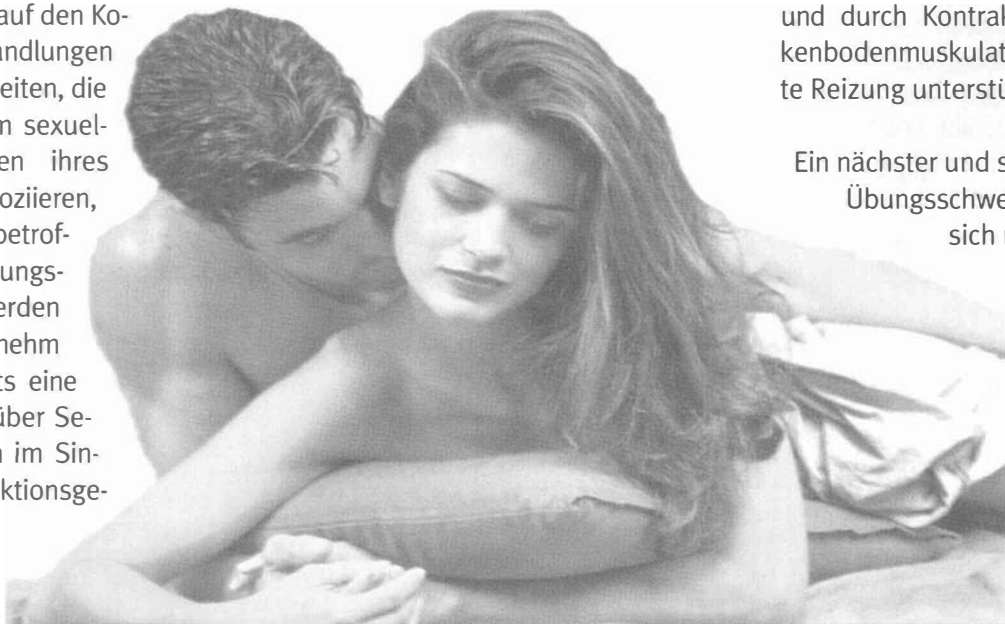
Am häufigsten sind Orgasmusstörungen, die wir als situative, sporadi-

sche oder koitale Anorgasmie bezeichnen. »Situativ« bedeutet, dass diese Frauen nur bei bestimmten Formen geschlechtlicher Reizung mit einem Höhepunkt reagieren können – etwa bei der Selbstbefriedigung. »Sporadischer Orgasmus« kann mit »sehr seltene orgasmische Reaktion« übersetzt werden. Bei den Frauen, die durchaus orgasmusfähig sind und zum Beispiel durch Erregung mit der Hand oder dem Mund des Partners zu einem Höhepunkt gelangen, jedoch beim Geschlechtsverkehr dieses Gefühl vermissen, kann von einer »koitalen Anorgasmie« gesprochen werden.

Abschliessend soll in einem dreistufigen Lernprogramm die Behandlung einer Orgasmusstörung (und damit meist auch einer Libidostörung) dargestellt werden.

1. Zunächst gilt es, den eigenen Körper hinsichtlich seines lustvollen Reagierens auf bestimmte Reize zu entdecken. Die Patientin wird angehalten, ihre erogenen Zonen aufzuspüren und durch systematisches Streicheln eine gewisse Anfangserregung herbeizuführen. Sie soll sich dabei genügend Zeit nehmen, verschiedene Reizmodalitäten (Handdusche, Massagestab) ausprobieren und durch Kontraktionen der Beckenbodenmuskulatur die lustgetönte Reizung unterstützen.

Ein nächster und sehr bedeutsamer Übungsschwerpunkt befasst sich mit den Phantasien der Frau. Die Konzentration richtet sich dabei ausschliesslich auf erotisierende Szenen. Lie-



besspiele, die gerne erlebt werden wollen, aufregende Sexszenen mit einem Traumpartner, Phantasiebilder, die die Patientin zwar nicht erleben möchte, von denen jedoch eine erotisierende Wirkung ausgeht. Diese Konzentrationsübungen können zunächst auf wenige Sekunden beschränkt bleiben, sollten aber allmählich auf eine Zeitspanne von wenigstens fünf Minuten ausgedehnt werden. Eine gute Ergänzung zum Ausbau der Konzentrationsfähigkeit und sexuellen Kreativität ist es, die gedanklichen Vorstellungen in Worte zu fassen und schriftlich festzuhalten (Kochenstein, 1998).

2. In der zweiten Lernphase geht es darum, durch systematisches Verbinden der erotischen Phantasien mit den körperlichen Reizungen einen Orgasmus auszulösen. Die Patientin nimmt sich täglich etwa dreissig Minuten Zeit und versucht durch geschicktes Manipulieren ihrer erogenen Zonen bei gleichzeitiger Versunkenheit in ihre erotische Phantasiewelt die Lust zu steigern. Verschiedene Techniken können dabei hilfreich sein und sollten deshalb variiert werden. Die Klitoris soll mit verschiedenen Fingern direkt oder indirekt über die Schamlippen stimuliert werden. Die Unterstützung mit einem Massagestab ist ebenso zu untersuchen wie die Wirkung eines rhythmischen Druckes (beispielsweise durch ein Polster oder Kopfkissen) bei gleichzeitigen Kontraktionen der Beckenbodenmuskulatur. Die Atmung soll durchaus inszeniert in ein Stöhnen übergehen. Im Falle einer Ablenkung von den erotischen Phantasien soll eine kurze Pause eingelegt werden, so lange, bis aufs neue erregende Bilder auftauchen. Sinnvoll ist dabei, sich ferner auf die Übungen durch Lesen von

erotischer beziehungsweise pornographischer Lektüre oder Betrachten eines entsprechenden Videos einzustellen. Wichtig bleibt, dass sich die Patientin nicht ständig selbst beobachtet – ob der Höhepunkt jetzt kommt oder nicht. Die Gedanken kreisen ausschliesslich um lustvollen Sex – nicht um den Orgasmus. Dieser stellt sich im Laufe der nächsten Wochen von selbst ein.

3. Der abschliessende Lernschritt bezieht sich auf eine Integration des orgastischen Erlebens in die gemeinsame Intimität mit dem Partner. Er ist erst dann sinnvoll, wenn die Patientin durch zahlreiche »Selbstversuche« absolute Gewissheit hat, den Höhepunkt innerhalb weniger Minuten bei sich auslösen zu können. Der sicherste Weg zur gemeinsamen Lust ist, dabei zunächst auf den Geschlechtsverkehr zu verzichten. Schliesslich konnte der Orgasmus ja auch alleine ohne Koitus und Hilfe eines Partners induziert werden. Sinnvoll wäre es dementsprechend, den Partner an dieser erfolgreichen Lustpraktik teilnehmen zu lassen. Erfahrungsgemäss reagieren die meisten Männer mit Neugier und eigener Erregung auf eine solche Demonstration der selbstbeschafften Lust. Nicht zuletzt werden sie auf diese Weise mit den wirklich erregenden Intimpraktiken vertraut gemacht. Nach und nach unterstützen sie die Selbstreizung ihrer Partnerin, um sie schliesslich ganz zu übernehmen. Die Initiative dazu und die Regie dabei führt jedoch weiterhin die Frau. Sie führt die Hand, den Finger oder den Kopf des Partners beim Liebesspiel, bestimmt Modalität, Ort, Intensität und Dauer der jeweiligen Reizung. Verspürt sie Lust auf bestimmte Formen verbalererotischer oder optischer Unterstützung, so lei-

stet er ihr Folge. Erst nachdem zahlreiche Orgasmuserfahrungen mit dem Partner gesammelt wurden, soll schrittweise der Geschlechtsverkehr selbst in die intime Begegnung eingebaut werden. Dabei sollen insbesondere Stellungen gewählt werden, bei denen eine gleichzeitige manuelle Selbst- oder Fremdstimulation der Klitoris leicht möglich sind (»Hockstellung«, »Löffelchenstellung«). Besonders geeignet erscheint dabei die bereits beschriebene Position, bei der die Frau auf ihrem Partner sitzt beziehungsweise reitet. Denn hier ist es auch für ihn am leichtesten möglich, seinen Höhepunkt zu kontrollieren beziehungsweise zu verzögern. Ein synchrones orgastisches Erleben – ein häufiger Wunsch vieler Paare – ist damit am ehesten erreichbar.

Schlussbemerkung

Ein gemeinsames Problem partnerschaftlich lösen, das ist das Ziel lerntheoretisch begründeter Sexualtherapie. Sie richtet sich demnach immer an beide betroffenen Partner, die im Idealfall auch stets gemeinsam den Therapeuten aufsuchen. Von der hohen Motivation für eine solche Therapie bei ansonsten intakter Beziehung war einleitend die Rede. In diesem Idealfall jedoch auch eine zusätzliche Ermunterung: Es werden in aller Regel nicht einmal zehn therapeutische Sitzungen benötigt, um das Problem nachhaltig aus der Welt zu schaffen. Jede symptomorientierte Sexualtherapie sollte sich an dieser Zeitmaxime messen lassen.

Literatur:
Kochenstein, P. Ratgeber Sexualität. CIP-Medien, München 1998

© Sexualmedizin 21, 70 – 74, 1999