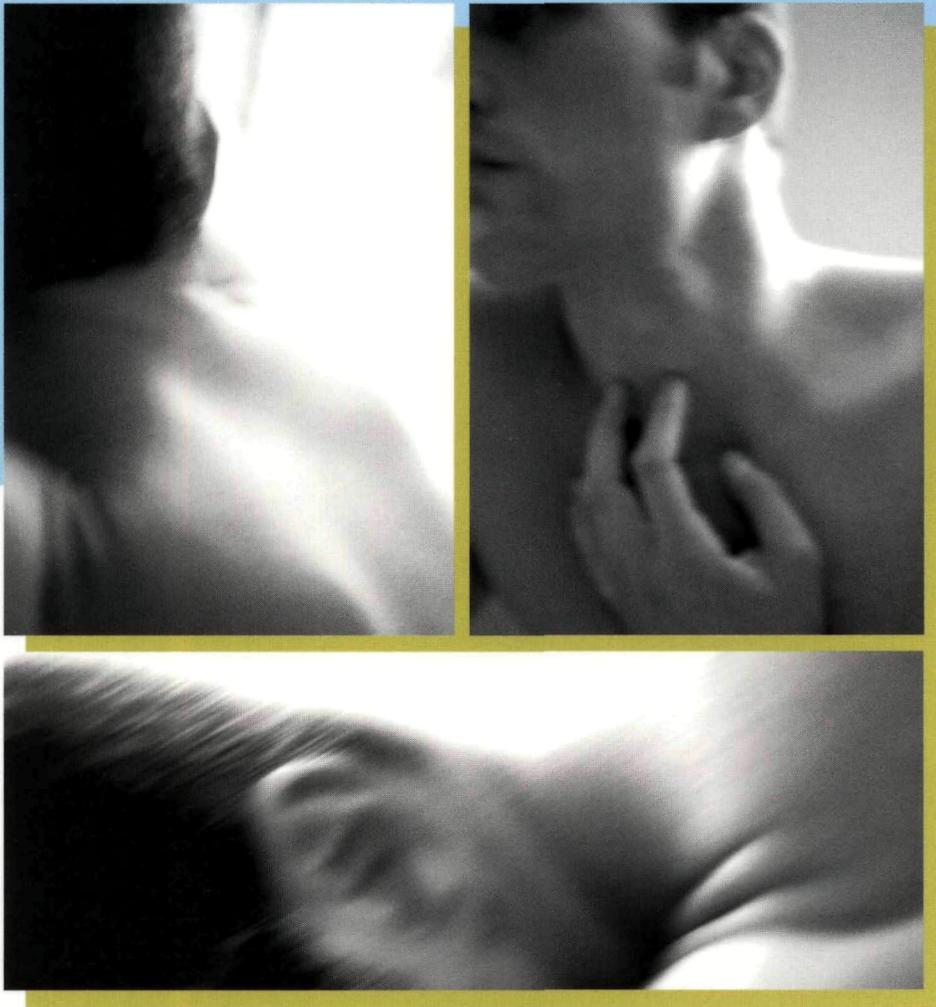


Ejaculatio praecox

Therapiemanual

Michael J. Hanel

2. Auflage



Ejaculatio praecox

Therapiemanual

Michael J. Hanel

2., überarbeitete Auflage

Georg Thieme Verlag
Stuttgart • New York

Dipl.-Psych. Michael J. Hanel
e-mail: M_HANEL@VORZEITIGERSAMENERGUSS.DE

Bibliographische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar

1. Auflage 1998:
Ejaculatio praecox, Therapiemanual
(Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart)

Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe **dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes** entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

© 2003 Georg Thieme Verlag
Rüdigerstraße 14
D-70469 Stuttgart
Telefon: +49/07 11/89 31-0
Unsere Homepage: <http://www.thieme.de>

Printed in Germany

Umschlaggestaltung: Thieme Verlagsgruppe
Umschlagfoto: PhotoAlto, Paris
Druck: Druckhaus „Thomas Müntzer“ GmbH, Bad Langensalza

ISBN 3-13-136712-1 1 2 3 4 5 6

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden **nicht** besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Seite	Inhaltsverzeichnis
1	1 Zur Benutzung des Manuals
2	1.1 Vorwort
3	1.2 Aufbau und Umgang mit dem Manual
5	2 Vorüberlegungen / Organisatorisches
6	2.1 Erwartungen des Patienten
6	2.2 Kommunikation mit dem Patienten
6	2.2.1 Die richtige Sprachebene als Kommunikationsbasis
8	2.2.2 Körperliche Untersuchung
8	2.3 Funktionelle Sexualstörungen - eine Einteilung
8	2.4 PLISSIT-Methode
9	2.5 Sexualberatung oder Psychoanalyse - Integratives Vorgehen und PLISSIT
10	2.6 Organisatorische Aspekte und therapeutisches Vorgehen <ul style="list-style-type: none"> - <i>Paartherapie vs. Einzeltherapie</i> - <i>Massierte vs. verteilte Therapie</i> - <i>Therapeutenteam vs. Behandlung durch einen Therapeuten</i> - <i>Therapeutisches Vorgehen</i> - <i>Qualifikation des Therapeuten</i>
13	3 Ejaculatio praecox
14	3.1 Definition
14	3.2 Anamnese
14	3.2.1 Erhebung der Sexualanamnese <ul style="list-style-type: none"> - <i>E.p. und Sexualverhalten</i> - <i>Der Patient</i> - <i>Partnerschaft und aktuelle Beziehung</i>
17	3.2.2 Spezielle Hinweise zur Anamnese
18	3.3 Somatische Aspekte
18	3.3.1 Ausschluß somatischer Ursachen
19	3.3.2 Differentialdiagnose
19	3.3.3 Weitere Ejakulationsstörungen
20	3.4 Der Einsatz von Medikamenten zur Behandlung von E.p. <ul style="list-style-type: none"> - <i>Lokalanästhetika</i> - <i>Psychopharmaka</i> - <i>Medikamente mit ejakulationshemmender Nebenwirkung</i> - <i>Schlußfolgerung</i>
21	3.5 Durchführung der Behandlung im Rahmen der PLISSIT-Methode
21	3.5.1 Permission und Limited Information <ul style="list-style-type: none"> - <i>Mythen, Normen und Klischeés</i> - <i>Bin ich normal?</i> - <i>Mangelnde Kenntnis sexueller Techniken</i> - <i>Ejaculatio praecox und sexueller Reaktionszyklus</i> - <i>Vorgehen des Therapeuten</i>

Seite	Inhaltsverzeichnis
24	3.5.2 Specific Suggestions
27	① Vorgehen und Motivation
28	② Entspannung
29	③ Körperbezogene Übungen <ul style="list-style-type: none"> - <i>Selbsterforschungsübungen</i> - <i>Kegelübung und Hüftschwung</i> - <i>Sensualitätstraining</i> - <i>Probleme beim Sensualitätstraining</i>
32	④ Masturbation <ul style="list-style-type: none"> - <i>Regeln zu den Masturbationsübungen</i> - <i>Start-Stop-Methode</i> - <i>Masturbation mit feinen Veränderungen</i> - <i>Gezielter Phantasie-Einsatz und Masturbation</i>
34	⑤ Phantasie <ul style="list-style-type: none"> - <i>Wirkungsweise der bildhaften Phantasie</i> - <i>Probleme</i>
35	⑥ Übungen zum Geschlechtsverkehr <ul style="list-style-type: none"> - <i>Manuelle Stimulation durch die Partnerin / feine Veränderungen</i> - <i>Squeeze-Technik</i> - <i>Heranführen und Einführen des Penis in die Vagina</i> - <i>Stellungen und Bewegungstechnik</i> - <i>Atmung</i> - <i>Umgang und Sex mit einer neuen Partnerin</i> - <i>Erfolge</i>
38	⑦ Psychologischer Hintergrund <ul style="list-style-type: none"> - <i>Das Verhältnis zum weiblichen Geschlecht</i> - <i>Angst</i> - <i>Verhältnis zu Schnelligkeit und Zeit allgemein</i> - <i>Schutzfunktion von Ejaculatio praecox</i>
40	3.5.3 Intensive Therapy
40	3.5.3.1 Partner- und psychodynamische Ursachen
40	① Partnerdynamik <ul style="list-style-type: none"> - <i>Wendung gegen die Partnerin</i> - <i>Nähe-Distanz-Problematik</i> - <i>Arrangement</i> - <i>Delegation</i>
41	② Psychodynamik <ul style="list-style-type: none"> - <i>Triebängste</i> - <i>Beziehungsängste</i> - <i>Geschlechtsidentitätsängste</i> - <i>Gewissensängste</i>
42	3.5.3.2 Vorgehen des Therapeuten
43	① Vorbereitung
43	② Rahmenbedingungen und Selbstbehauptung
43	③ Partnerdynamik
45	④ Psychodynamik

Seite	Inhaltsverzeichnis
117	Umgang und Sex mit neuer Partnerin
120	Checklisten
122	Abschließende Bemerkungen
123	Literaturhinweise
125	Modul P A R T nerschaft/Kommunikation
126	Grundregeln im Umgang mit der Partnerin
127	Die Beziehung zum anderen Geschlecht
129	Kontrollierte Kommunikation
132	Literaturhinweise
133	Modul P S Y C H ologischer Hintergrund/Selbstbehauptung
134	Angst als Auslöser von E.p.
136	Schnelligkeit und Zeit
137	E.p. Schutzwall
139	Leistung und Hingabe
140	Aggression und Hemmung
141	Rahmenbedingungen und Selbstbehauptung
145	Bewußtes Genießen
146	Literaturhinweise
149	Anhang zum Therapiemanual
150	Anamnesebögen
162	Fragebögen

Zur Benutzung des Manuals

1 Zur Benutzung des Manuals

1.1 Vorwort

In einer sexuell immer liberaleren Gesellschaft werden immer mehr Menschen auf eigene sexuelle Probleme aufmerksam und entschließen sich, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Bei Männern sind es vor allem Ejaculatio praecox (E.p.) und verschiedene Formen der erektilen Dysfunktion, mit denen Psychologen und Ärzte konfrontiert werden.

Während es über Erektionsprobleme bereits eine unüberschaubare Anzahl an Literaturquellen gibt, wurde über Hilfen für die vielen von E.p. betroffenen Männer relativ wenig geschrieben. Insbesondere fehlt eine Kombination von theoretischem Hintergrundwissen und praxisnahen Verhaltensanleitungen. Diese Lücke schließt das vorliegende Manual. Es ist entstanden aus meiner mehr als 10jährigen Erfahrung mit von E.p. betroffenen Männern bzw. Paaren. In meiner sexualberatenden Praxis konnten so viele hundert Patienten diese als frustrierend und erniedrigend empfundene funktionelle Sexualstörung erfolgreich überwinden. Denn die Prognose der Behandlung einer E.p. ist hervorragend: die Erfolgsquote liegt generell zwischen "80 und fast 100%" (Hertoft 1989, S. 169), wie die eigenen Erfahrungen bestätigen.

Von zentraler Bedeutung ist dabei das verhaltenstherapeutisch und lerntheoretisch orientierte Vorgehen der amerikanischen Sexualforscher Masters und Johnson (1973). Es ist weit verbreitet und bildet die erste Säule des Manuals zur Behandlung von E.p. Diese Methode verzichtet auf die Zielsetzung einer auf Konfliktlösung ausgerichteten Psychotherapie. Es wird vielmehr versucht, Ängste durch Desensibilisierung abzubauen und neue Interaktionsmuster auf direktem Wege einzuüben. Es handelt sich hierbei um die heute am meisten angewandte, am besten untersuchte und erfolgversprechendste Methode.

In einigen Fällen reicht dies jedoch nicht aus. Die zweite tragende Säule der vorliegenden Unterlage bilden daher psychotherapeutische Überlegungen zur Psycho- und Partnerdynamik: Hierbei werden unbewusste, oft kindheitsbedingte, Übertragungsmechanismen bewußt gemacht und tiefsitzende Konflikte, Ängste und Wünsche verarbeitet.

In einem ganzheitlichen Ansatz können - je nach Bedarf - auch weitere Hilfsmittel zur Behandlung herangezogen werden: Insbesondere Übungen zur Entspannung, zur Verbesserung des eigenen Körperbewußtseins sowie allgemeine Informationen zur Sexualität können sehr hilfreich sein.

Die vorliegende zweite Auflage des Therapiemanuals wurde außerdem erweitert um Informationen zur aktuellen Diskussion über die orale medikamentöse Behandlung von E.p.

Verhaltenspsychologie, Psychoanalyse und ganzheitliche Basis werden hier integrativ eingesetzt: Die verschiedenen Schulen der Psychologie können sich bei der Behandlung von E.p. nicht *ersetzen*, sondern höchstens *ergänzen*. In kaum einem anderen Bereich der Psychologie wird dieses *Ineinandergreifen* der verschiedenen Richtungen so deutlich wie bei der Behandlung funktioneller Sexualstörungen.

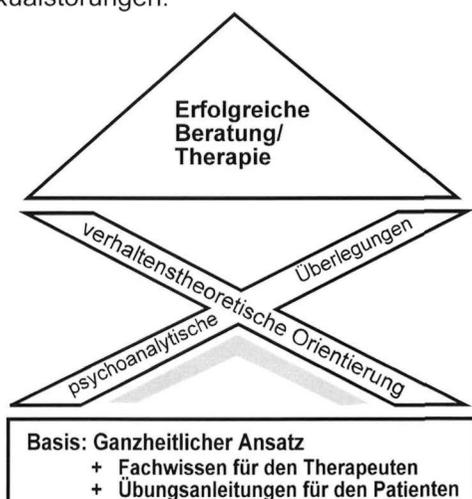


Abb. 1: Grundlagen erfolgreicher Behandlung:

Verhaltenstheoretische Orientierung und psychotherapeutische Überlegungen greifen ineinander. Sie bilden den Kern des Handbuchs.

Um ein ganzheitliches Vorgehen sicherzustellen, wird in diesem Manual auch kurz auf die (selten!) somatischen Ursachen eingegangen; diese dürfen nicht grundsätzlich ausgeklammert werden.

1.1 Vorwort

1.2 Aufbau und Umgang mit dem Manual

Adressat dieses Manuals sind in erster Linie Psychologinnen und Psychologen sowie die an der Sexualberatung interessierten Ärztegruppen. Wenn im folgenden von "Therapeut" oder "Behandelndem" die Rede ist, so sind damit immer *beide* Berufsgruppen gemeint.

Mit dem vorliegenden Handbuch erhält der Therapeut die Grundlagen, um

- 1) in unbefangener Weise mit dem Patienten über Sexualität zu sprechen,
- 2) eine Sexualanamnese zu erheben,
- 3) differentialdiagnostische Entscheidungen zu treffen,
- 4) somatisch und psychisch bedingte Störungen ganzheitlich anzugehen,
- 5) Sexualberatung im Sinne der PLISSIT-Methode selbst durchzuführen, unterstützt durch konkret ausformulierte Verhaltensanweisungen für den Patienten,
- 6) die Indikation für eine analytische Psychotherapie zu stellen bzw. auch diese Stufe bei entsprechender Kenntnis selbst durchzuführen

und damit eine wirksame Behandlung von E.p. anbieten zu können.

Meist läßt sich bereits mit den Punkten 1) bis 5) das Symptom E.p. erfolgreich beseitigen. Sie werden im folgenden als *einfache Sexualberatung* bezeichnet und beinhalten hauptsächlich verhaltenstherapeutische Maßnahmen. Psychologisches Grundwissen über die lerntheoretischen Grundlagen der Verhaltenstherapie ist für die Durchführung dieser Maßnahmen unbedingt notwendig.

Für die verantwortungsvolle Durchführung der *komplexen Paartherapie bzw. Psychoanalyse* (Punkt 6), die ein angemessenes Intervenieren des Therapeuten in kritischen Situationen notwendig macht, sollte jedoch eine abgeschlossene Ausbildung in mindestens einer anerkannten Psychotherapierichtung vorliegen. Nur dann kann der Behandelnde das vom Patienten angebotene Material im Hinblick auf die Therapieziele therapeutisch sinnvoll nutzen (Arentewicz & Schmidt 1993).

1.2 Aufbau und Umgang mit dem Manual

Das vorliegende Therapiemanual basiert auf den Erkenntnissen bekannter Sexualwissenschaftler, Mediziner und Psychologen; es ist bestimmt für die Anwendung in der täglichen Praxis. Wichtigstes Kennzeichen dieser Unterlage ist dabei das pragmatische Vorgehen im Sinne einer *verhaltenstheoretisch orientierten Psychotherapie*. Denn der integrative Ansatz aus Gestalt- und Verhaltenstherapie, psychosomatischer Medizin, Bioenergetik und Psychoanalyse ist in vieler Hinsicht zukunftsweisend.

Das Werk ist modular aufgebaut: Die Ausführungen des folgenden Kapitels beziehen sich auf funktionelle Sexualstörungen allgemein. Sie geben einen kurzen Überblick und bilden zusammen mit dem daran anschließenden Kapitel über E.p. den wissenschaftlichen Hintergrund des Manuals. Konkreter Praxisbezug wird überall durch  Verweise auf die Verhaltensanleitungen ("Übungen") der folgenden Module gegeben. Der modulare Aufbau hat dabei eine Reihe von Vorteilen für den Therapeuten. Dieser kann

- ◆ sein Wissen schrittweise erweitern. Jedes Modul kann für sich alleine durchgearbeitet werden. Dadurch ist der Leser in der Lage, sich selbst *gezielt* weiterzubilden, ohne eine Vielzahl von Büchern wälzen zu müssen, die viel unnötigen Ballast enthalten.
- ◆ effektiv und effizient arbeiten: Die Verhaltensanleitungen sind so konkret, daß sie dafür geeignet sind, dem Patienten/Laien in Form eines eigenen Arbeitsexemplares an die Hand gegeben zu werden. Die Beschreibungen sind ausführlich und mit vielen Beispielen versehen. So kann der Betroffene bzw. das Paar zu Hause nacharbeiten, was mit ihnen besprochen wurde. Mißverständnisse werden vermieden, und kostbare Zeit wird somit eingespart.
- ◆ kompetent behandeln und sich gegenüber denjenigen Berufskollegen differenzieren, die kein derartiges Wissen anbieten können.

Stuttgart, im April 2003

Michael J. Hanel

Vorüberlegungen / Organisatorisches

Ejaculatio praecox - Therapiemanual:	2 Vorüberlegungen / Organisatorisches
	2.1 Erwartungen des Patienten 2.2 Kommunikation mit dem Patienten 2.2.1 Die richtige Sprachebene
<p>2 Vorüberlegungen / Organisatorisches</p> <p>Bevor die eigentliche Therapie der E.p. beginnen kann, sind einige Begriffe zu klären und grundsätzliche Entscheidungen zum therapeutischen Vorgehen zu überdenken.</p> <p>2.1 Erwartungen des Patienten</p> <p>Migräne, Übelkeit, unspezifische Schmerzen - dies sind die Beschwerden, die ein Patient dem Arzt oder Psychologen "anbietet". Funktionelle Sexualstörungen sind es, die in 20% bis 30% dieser Fälle dahinterstehen (Buddeberg 1996, Franke 1983). Oft sind beide - Therapeut und Patient - nicht in der Lage, dieses heikle Thema anzusprechen. Sie sind hilflos und zugleich Opfer ihrer Sozialisation, innerhalb derer sie gelernt haben, daß über Sexualität nur geschwiegen, geprotzt oder gewitzelt wird (Crombach-Seeber und Crombach 1980).</p> <p>Um im Umgang mit dem gesellschaftlich leider immer noch tabuisierten Thema der Sexualstörungen selbstsicher und kompetent auftreten zu können, ist es von besonderer Bedeutung, sich die Erwartungen des Patienten zu verdeutlichen. Dieser hat konkrete Hoffnungen insbesondere in bezug auf die <i>Sprachebene</i>, auf der eine Sexualberatung eingeleitet wird (verbal und nonverbal) sowie die <i>äußeren Bedingungen</i> (genügend Zeit für das Gespräch, Ungestörtheit, keine weiteren Termine, keine anderen PraxismitarbeiterInnen im Zimmer etc.). Auch das Thema der <i>körperlichen Untersuchung</i> ist hier wichtig. Da es für den Betroffenen meist einige Überwindung und eventuell jahrelange innere Kämpfe bedeutet, sich mit seinem Problem an einen Fachmann zu wenden, wiegen Enttäuschungen auf diesem Gebiet besonders schwer und sind daher unbedingt zu vermeiden. Die folgenden Ausführungen helfen dabei.</p> <p>2.2 Kommunikation mit dem Patienten</p> <p>2.2.1 Die richtige Sprachebene als Kommunikationsbasis</p> <p>Mindestens ein Viertel aller in der <i>Allgemeinpraxis</i> geäußerten Beschwerden sind psychosozial mitbedingt. Hierunter fallen insbesondere die Patienten mit jahrelanger therapieresistenter Körpersymptomatik. In der <i>psychologischen Praxis</i> liegt dieser Anteil natürlicherweise noch weit höher.</p> <p>Die Frage nach der Sexualität kann dem Therapeuten daher einen ganz neuen Zugang zum Patienten und dessen Problem eröffnen. Insofern gehört dieses Thema zu jedem Erst/Beratungsgespräch des Psychologen und Arztes. In der Praxis hat sich dabei die folgende Vorgehensweise bewährt (Sohn 1995, Hertoft 1989, Langer 1989, Loewit 1988, Moors 1986, Crombach-Seeber 1980):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die <i>Frage nach der Sexualität</i> ist eine ganz normale Frage, wie jede andere auch; sie sollte daher irgendwo mitten im Erstgespräch gestellt werden. Da sich viele Patienten nicht überwinden können, die Sexualität von sich aus anzusprechen, muß die Initiative hier unbedingt vom Therapeuten kommen, wenn dieser sexuelle Funktionsstörungen vermutet. - Oft wird man auf die erste Frage nach sexuellen Problemen eine <i>Verneinung</i> zu hören bekommen. Dies gilt insbesondere dann, wenn alle anderen vorhergehenden Fragen auch verneint wurden. Hier helfen konkrete weitere Fragen, z.B. Ist Ihre Sexualität befriedigend? Wie oft haben Sie Geschlechtsverkehr? Wie oft kommt es vor, daß Sie vorzeitigen Samenerguß haben? Vielleicht dauert es eine Weile bis der Patient Vertrauen faßt. Auf jeden Fall weiß er aber, an wen er sich in Zukunft wenden kann. - Es ist wichtig, daß der Therapeut <i>ein Stück Sprachebene anbietet</i>, auf dem man sich weiterbewegen kann. Damit zeigt er seine Kompetenz und die Ernsthaftigkeit, mit der er gewillt ist, auf jegliches Problem des Patienten einzugehen. Aha, denkt der Patient, <i>Geschlechtsverkehr</i> kann man ja auch sagen - ich hatte mich geschämt, <i>Ficken</i> zu sagen, wie es meine Bekannten und Freunde immer tun. 	

2.2 Kommunikation mit dem Patienten

2.2.1 Die richtige Sprachebene

- Das *freie, gelöste Sprechen* über Sexualität will geübt sein, denn eine gewisse verbale Aktivität des Psychologen oder Arztes ist im Laufe der Beratung bzw. Therapie notwendig.
Von Bedeutung ist dabei sicherlich der Bezug des Therapeuten zur eigenen Sexualität: Es kommt nicht darauf an, selbst keine sexuellen Probleme zu haben, sondern die eigene Person bzw. Partnerschaft im Spektrum unterschiedlicher Sexualitäten zu verstehen.
- Ein möglichst *direktes Antworten auf Zwischenfragen* vermeidet Mißverständnisse. Das regelmäßige, kurze *Zusammenfassen* der Äußerungen des Patienten in eigenen Worten vermittelt Verständnis und ermöglicht es, Mißverständnisse sofort aufzuklären.
- Sehr wichtig ist die *nonverbale Kommunikation*: Durch zögerliches Fragen, fehlenden Blickkontakt, nervöses Hantieren mit irgendwelchen Gegenständen, einen leisen Tonfall, falsche Mimik und Körperhaltung metakommuniziert man Verlegenheit und "frag mich lieber nicht - es ist mir peinlich". Wenn man selbst befangen wirkt, wird sich der Patient nur schwerlich öffnen und sein sexuelles Problem offenbaren.
- Aussagekräftige Antworten werden auch durch die *Verwendung bestimmter, moralisch vorbelasteter Begriffe* verhindert: Ausdrücke wie "Ehebruch", "Um Gottes willen", Kopfschütteln (nonverbal) und sonstige Formen des Moralisierens nehmen dem Betroffenen allen Mut; er fühlt sich erst recht schuldig und seine sexuellen Schwierigkeiten können sich dadurch ganz erheblich verstärken.
- Der Behandelnde sollte auch über die *positiven Dinge der Sexualität* des Patienten sprechen, z.B. daß beide Partner noch immer zärtlich und vertrauensvoll miteinander umgehen. Man lobt den Mut und die Aufgeschlossenheit, über sexuelle Probleme offen zu sprechen. Auch die Mitteilung, daß heutzutage sehr viele Männer unter sexuellen Schwierigkeiten leiden, und dies kein persönliches Versagen ist, kann sehr entlastend wirken.
- Fällt es dem Betroffenen schwer, sich in Worte zu fassen, ist es hilfreich, ihn nach *Beispielen* z.B. beim letzten Geschlechtsakt suchen zu lassen: Wie war das genau bei Ihrem letzten Koitus(versuch)? Wie haben Sie sich gegenseitig liebte, bevor es zum Geschlechtsverkehr kam?
- Drückt sich der Patient mit lateinischen Fachbegriffen aus, kann dies zu den verschiedensten Mißverständnissen führen. Die *deutsch formulierte Frage* "Was kann der Penis nicht?" erleichtert den Betroffenen meist sehr; seine Antworten werden aussagekräftiger und klarer.
- Gibt man dem Mann bzw. dem Paar im Rahmen der Behandlung Instruktionen, so ist ständig auf seine/deren Reaktionen zu achten. Gemeinsam mit dem Patienten kann man die schriftlichen  Verhaltensanleitungen aus den folgenden Kapiteln durchgehen und dabei gleich zum Dialog auffordern, z.B. mit den Fragen: Was meinen Sie dazu? Haben Sie Kommentare?
Am Schluß der Instruktionen sollte unbedingt gefragt werden, ob alles verstanden wurde.
- *Offenes Mitprotokollieren* der Gespräche beeinflusst zwar die Gesprächssituation, kann aber bewußt in den Beratungsprozeß einbezogen werden. Erstens ist das nachträgliche Dokumentieren sehr zeitaufwendig und zweitens ergeben sich eine Reihe von Fehlern, da das Thema zu komplex ist, als daß man alle wichtigen Aspekte einer etwa einstündigen Beratung im Kopf behalten kann.
- "Ich kann Ihnen nicht weiterhelfen" ist immer dann klar und deutlich zu kommunizieren, wenn der behandelnde Arzt oder Therapeut alles in seinem Rahmen Mögliche getan hat, die Behandlung aber trotzdem abbrechen muß. Eine solche klare Aussage ist für alle Beteiligten besser als ein monatelanges Herumlaborieren ohne nachhaltigen Erfolg. Der Betroffene sollte an eine entsprechende Stelle überwiesen werden, z. B. in eine Paartherapie. In diesem Fall sollten der aufnehmenden Stelle die bereits erhobenen Informationen verfügbar gemacht werden.

Hinweis: In der Patientenbibliothek aufgestellte Bücher über Sexualität lassen den Patienten erfahren, daß der Behandelnde in diesem Thema kompetent ist. Der Betroffene wird dann - vielleicht nicht gleich, aber doch sicher später - viel eher über seine Schwierigkeiten zu sprechen wagen (Moors, 1987).

2.2.2 Die körperliche Untersuchung

Der Patient hat oft eine "Theorie der somatischen Ursache" seiner sexuellen Schwierigkeiten entwickelt. Dadurch ist er erst dann in der Lage, über andere Aspekte nachzudenken, wenn ein Arzt seinen Körper nach genauer Inspektion für gesund erklärt hat.

Um aussagekräftige Ergebnisse zu erlangen, muß eine solche Untersuchung in freundlicher Atmosphäre, entspannt und ohne Eile durchgeführt werden. Schroffe Scherze und eine allzu distanzierte Fachsprache sind zu vermeiden. Gleiches gilt für die oft schroffen Handgriffe, die dem Patienten verdeutlichen sollen, daß es sich nicht um Zärtlichkeiten, sondern um eine Untersuchung handelt.

Eine detaillierte Beschreibung von Indikation und Vorgehen befindet sich in Kapitel 3.3.1.

2.3 Funktionelle Sexualstörungen - eine Einteilung

Funktionelle Sexualstörungen sind psychogenetisch oder neurosenpsychologisch einzuordnen. Im Gegensatz dazu wird von einer *sexuellen Dysfunktion* gesprochen, wenn ein organisch-mechanischer Eingriff, körperliche Läsion oder ein Medikament Auslöser der Störung ist (Sigusch 1979 a). E.p. ist damit fast ausschließlich eine funktionelle Sexualstörung.

Untergliedern lassen sich die Störungen nach mehreren Gesichtspunkten (Selg 1979):

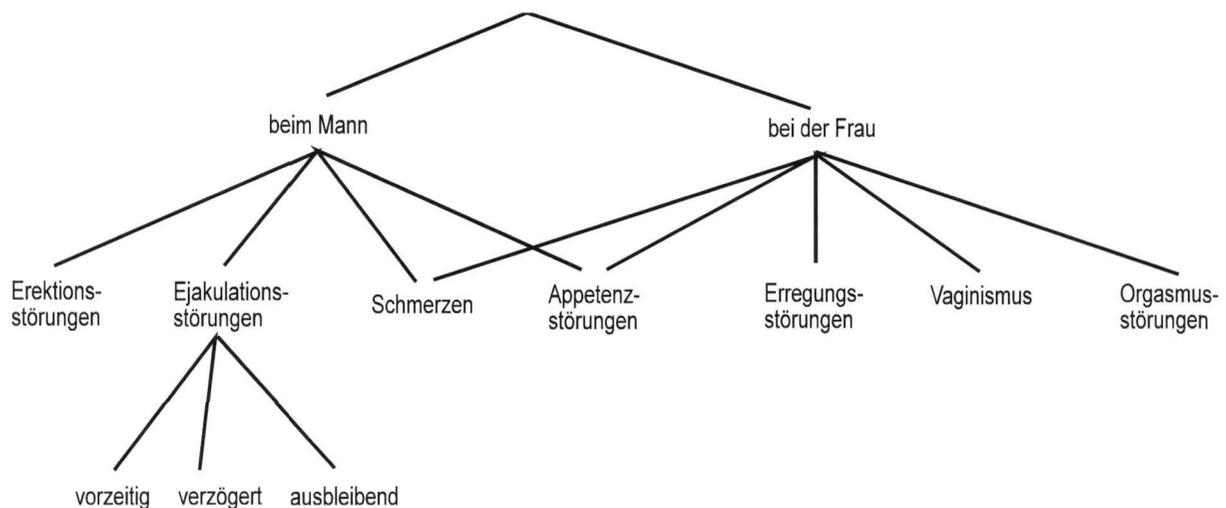


Abb. 2: Einteilung funktioneller Sexualstörungen

Weiterhin zu unterscheiden sind primär und sekundär auftretende Störungen: Eine *primäre* Störung liegt immer *seit Beginn* der sexuellen Aktivität vor, eine *sekundäre* Störung tritt erst *nach einer gewissen symptomfreien Zeit* auf. Beim weiteren Vorgehen ist es außerdem wichtig, zu unterscheiden, ob es sich um eine partnerabhängige oder -unabhängige funktionelle Sexualstörung handelt.

2.4 Die PLISSIT-Methode

Das PLISSIT-Modell wurde von dem klinischen Psychologen J. Annon (1978, 1987) entwickelt, um zu belegen, daß eine Psychotherapie nicht bei allen Sexualproblemen erforderlich ist.

PLISSIT stellt ein graduiertes System von therapeutischen Filtern dar, in dem die leichteren Fälle nacheinander oben abgefangen werden, während die schweren in abnehmender Zahl nach unten sinken. Die ersten drei Stufen können als Kurztherapie aufgefaßt werden und gehören zum Beratungskonzept jedes niedergelassenen Arztes und Psychologen. Die Durchführung der letzten Stufe bleibt dem erfahrenen Psychotherapeuten vorbehalten. Die einzelnen Behandlungsstufen sollen kurz beschrieben werden:

P = Permission (Erlaubnis oder Billigung). Viele Sexualstörungen lassen sich auf unbegründete Angst und Schuldgefühle zurückführen. Der Patient sucht ein Alibi, Dinge ausführen zu dürfen, die er zwar gerne tut, von denen er aber fürchtet, daß sie falsch oder abnormal sind. Eine mit fachlicher Autorität gegebene Erlaubnis oder Beruhigung kann daher viele Schwierigkeiten lösen.

LI = Limited Information (begrenzte Information). Oft liegen beim Patienten falsche sexuelle Vorstellungen und Erwartungen, Informationslücken und Lerndefizite vor - in diesen Fällen ist nur eine gewisse Aufklärung erforderlich. Meist genügen genaue anatomische und physiologische Auskünfte, z.B. Informationen über Nebenwirkungen von Medikamenten oder über die (Nicht)-Folgen bestimmter Unterleibsoperationen, um den Patienten wieder sexuell funktionsfähig zu machen.

SS = Specific Suggestions (spezifische Anregungen oder Vorschläge). Diese beinhalten praktische Hinweise oder Verhaltensanleitungen, die auf ein bestimmtes Problem zugeschnitten sind. Sie können vom Patienten bzw. dem Patientenpaar selbst durchgeführt werden. Sie bilden den Schwerpunkt der Behandlung von E.p. und damit den *Kern des vorliegenden Handbuchs*.

IT = Intensive Therapy (=Intensive Therapie, Psychoanalyse) verlangt ein langwieriges und kompliziertes Eingreifen durch Spezialisten. Auch hierzu befinden sich die notwendigen Grundlagen im Manual.

2.5 Sexualberatung oder Psychoanalyse - Integratives Vorgehen und PLISSIT-Methode.

In Fällen, in denen massive Partnerschaftsprobleme dominieren, ist ein *psychoanalytisches Vorgehen* notwendig, was eine Behandlungsdauer von sechs und mehr Monaten mit sich bringen kann. Auch bei allen über Jahre hinweg bestehenden funktionellen Sexualstörungen, die auf tieferliegende intrapsychische Konflikte schließen lassen, kann ein derartiges Vorgehen indiziert sein (Kockott 1980).

Gerade auf dem Gebiet der E.p. sind aber meistens mit der *einfachen Sexualberatung* sehr gute Ergebnisse erzielbar (ca. 4 bis 10 Wochen). Im Rahmen der PLISSIT-Methode werden hierbei Maßnahmen ergriffen, die den Abbau von Lerndefiziten und Ängsten fördern sowie den Aufbau einer neuen, angemesseneren Sexualreaktion ermöglichen. Der Selbstverstärkungsmechanismus funktioneller Sexualstörungen muß in diesem Zusammenhang erklärt und ausgeräumt werden, da er den multifaktoriellen Hintergrund (Hertoft 1989) der Störung verfestigt und eine Beseitigung des Problems grundsätzlich erschwert.

Ein *integratives Vorgehen* (Wendt 1980, Kreidt 1987) hat sich dabei in den letzten 15 Jahren bestens bewährt. Specific Suggestions zu diesem Vorgehen werden in den folgenden Kapiteln ausführlich dargestellt: Verhaltens- und gestalttherapeutische Methoden (z.B. Masturbations-, Entspannungs- und körperbezogene Übungen) modifizieren das bewußte Erleben der eigenen Sexualität. Der Patient lernt zu Fokussieren (Gendlin 1998), d.h. sich auf die Empfindungen seines Körpers zu konzentrieren. In diesem Zusammenhang wird auch die systematische Desensibilisierung eingesetzt. Partnerdynamische (Kommunikation) und bioenergetische (Atmung, Bewegung) Übungen ergänzen diesen Weg. Selbstsicherheitstraining und Elemente der Psychoanalyse werden hinzugefügt.

Im Geiste der Integration werden dabei alle brauchbaren Methoden herangezogen, um einerseits das Verhalten und andererseits Bewußtsein und Kognition zu verändern.

2.6 Organisatorische Aspekte und
therapeutisches Vorgehen**2.6 Organisatorische Aspekte und therapeutisches Vorgehen**

Zu Beginn der Arbeit mit dem Patienten sind einige organisatorische Aspekte und Rahmenbedingungen zu überdenken.

Paartherapie vs Einzeltherapie

Lebt der Patient in einer festen Beziehung, sollte die Partnerin *grundsätzlich* einbezogen werden. Nur so ist es möglich, einen wirklichen Einblick in die Problemkonstellation des Betroffenen zu erhalten. Außerdem lassen sich eine Reihe von Übungen (Sensualitätstraining, Übungen zum Geschlechtsverkehr) mit kooperativer Partnerin viel effizienter gestalten. Masters & Johnson (1973) sprechen von einer "Therapie der Partnerschaft", in der es so etwas wie einen "unbeteiligten Partner" nicht gibt.

Zusätzliche Voraussetzungen, bevor die Indikation für eine Paartherapie gestellt werden kann, sind eine intakte Partnerschaft, keine anderen parallel laufenden Psychotherapien, keine sexuellen Außenbeziehungen, klare Regelung der Kontrazeption und keine Kontraindikationen wie z.B. akute Psychosen oder schwere Alkohol- oder Drogenabhängigkeit (Arentewicz und Schmidt 1993).

Während in der Psychoanalyse die Beziehung zwischen *Therapeut und Patient* im Mittelpunkt steht, bildet in der verhaltenstheoretisch orientierten Sexualberatung normalerweise *das Paar* die Behandlungseinheit.

Inzwischen gibt es aber auch praktikable Instruktionen für Männer ohne feste Partnerin: Insbesondere Zilbergeld (2000, 1983, 1975) und Fahrner (1983) haben sich hier verdient gemacht und über eine Reihe von Körper- und Masturbationsübungen eine äußerst erfolgreiche Modifikation der "klassischen" Therapie von E.p. erarbeitet. Erweitert um Hinweise zum Vorgehen beim Sex mit einer neuen Partnerin, steht auch dieses Beratungskonzept auf einer breiten Basis, und reicht in seinen Erfolgsquoten fast an die Ergebnisse heran, die unter Einbeziehung einer festen Partnerin erzielt werden.

Massierte vs verteilte Therapie

Normalerweise kommt bei der Behandlung funktioneller Sexualstörungen eine *verteilte Therapie* zur Anwendung. Ein bis zweimal pro Woche finden Sitzungen statt, und das Paar bzw. die Einzelperson sollte zwischen den Sitzungen jeweils zwei bis viermal zu Hause jeweils ca. 30 bis 60 Minuten üben. Eventueller Urlaub ist so zu legen, daß er nicht in die ersten sechs Wochen der Therapie fällt.

Masters & Johnson arbeiten in ihrer Paartherapie mit *massierten Behandlungsformen*, bei denen die Partner für zwei bis drei Wochen vollkommen aus ihrem Lebens- und Berufsalltag heraustreten, in täglichen Sitzungen (sechsmal die Woche) mit einem Therapeutenteam aus zwei Kotherapeuten arbeiten und zweimal täglich zu Hause bestimmten Instruktionen folgen.

Der Ablauf ist zeitlich gerafft, ansonsten identisch mit der verteilten Therapie. Der Vorteil dieses Vorgehens ist ein motivierender großer Anfangserfolg, ein "Schub" zu Beginn, der das Weitermachen erleichtert. Der organisatorische Aufwand ist hier für alle Beteiligten jedoch wesentlich größer. Diese Form findet daher fast nur noch in den Fällen Anwendung, in denen es den Partnern nicht möglich ist (z.B. aufgrund familiärer oder beruflicher Gründe), an einer verteilten Therapie teilzunehmen. Das Gesamtergebnis der Behandlung ist *nicht* abhängig von der massierten/verteilten Therapiesituation (LoPiccolo 1985, Zilbergeld und Kilman 1984).

Therapeutenteam vs Behandlung durch einen Therapeuten

Insbesondere *die massierte (Paar-)Therapie* sollte von zwei, möglichst verschiedengeschlechtlichen, Kotherapeuten durchgeführt werden. Dies ist gerechtfertigt durch die besonders hohe Belastung der Therapeuten in einer solchen Behandlungsform. Außerdem wäre es für das Paar nicht zumutbar, z.B. bei kurzfristigem Ausfall eines Behandlenden, die erbrachten Vorleistungen (Urlaub/Krankschreibung für den Zeitraum, evtl. Anreise und Miete eines Raumes...) ungenutzt verfallen zu lassen.