

Annehmen und Loslassen – „Akzeptanz- und Zugeständnis- Sexualtherapie“ mit Paaren

Zusammenfassung

Gegenstand des Beitrages ist ein sexualtherapeutischer Ansatz bei sexuellen Funktions- und Beziehungsstörungen, der sowohl durch die „Dritte Kraft in der Psychologie“, nämlich die *Humanistische Psychologie und Psychotherapie* (HPT), als auch durch die „Dritte Welle der Psychotherapie“, hier die *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) inspiriert wurde. Dementsprechend basiert der Ansatz darauf, die therapeutische Ambition einer Umkehrung, Aufhebung oder gar Löschung einer Störung aufzugeben, und stattdessen auf die Akzeptanz der gegebenen Problematik zu fokussieren, sowie auf das Zugeständnis, dass etwas nicht (mehr) geht, funktioniert, klappt. Die *Akzeptanz- und Zugeständnis- Sexualtherapie* (AZST) postuliert, dass sich sexuelle Funktions- und Beziehungsstörungen auflösen können, sobald der Druck nachlässt, dass eine Störung weggehen und eine Funktion wiedererlangt werden muss bzw. etwas wieder stattfinden, funktionieren und klappen muss.

Dem Ansatz liegt ein erweitertes Verständnis sexueller Gesundheit im Sinne *Ivan Blochs* zugrunde, demzufolge soziokulturelle Normvorgaben bezüglich sexueller Funktionalität die Bewertungsgrundlage für sexuelle Gesundheit darstellen. Dementsprechend wird auf der Makroebene der soziokulturellen Normierung davon ausgegangen, dass Sexualfunktionsstörungen keine individualispsychologischen Probleme sind, sondern dass sich in ihnen sozialnormative Sexualanforderungen ausdrücken, die kollektiv enkulturiert und vom Einzelnen als potentiell pathogen internalisiert sind. Konkret bestehen diese Anforderungen darin, dass sexuelle Interaktion an der „erfolgreichen“ Verrichtung von *penis-vaginaler Penetration zur Orgasmus- und ggf. Re- Produktion* bemessen wird, und das Nichterreichen dieses Zieles als „schlechter Sex“ bewertet und stigmatisiert wird. Auf der Mikroebene der individuellen Manifestation handelt es sich somit nicht um Sexualfunktionsstörungen im eigentlichen Sinne, sondern um *Sexualpenetrationsstörungen*, die überwiegend erst bzw. nur dann auftreten, wenn der gefühlte Zwang zu *penis-vaginaler Penetration zur Orgasmus- und ggf. Re- Produktion* besteht. Der resultierende Teufelskreis aus *Leistungsdruck, Versagensangst* und *Vermeidungstendenz* (Chiffre: „Keine Libido / Lust auf Sex“) betrifft Frauen wie Männer in gleicher Weise, weshalb es in diesem Verständnis keine „männlichen“ oder „weiblichen“ Sexualfunktionsstörung gibt, sondern lediglich geschlechtstypische Manifestationen in der Verschiedenheit der Genitalien. Hier setzt die *Akzeptanz- und Zugeständnis- Sexualtherapie* (AZST) an, indem Paare darin unterstützt werden, internalisierte, sozialnormative Sexualanforderungen zu realisieren, zu reflektieren, zu relativieren und zu revidieren, um sich von diesen zu emanzipieren und stattdessen auf die Kommunikationsfunktion von Sexualität zu fokussieren. Die Grundlagen und Abläufe der AZST werden dargestellt.

Grundlagen und fachliche Fundierung der Akzeptanz- und Zugeständnis- Sexualtherapie (AZST) mit Paaren

1. Die Grundlagen der AZST sind zunächst dieselben wie in der allgemeinen Psychologischen Therapie bzw. Psychotherapie; d.h., es bedarf eines Überblicks über:
 - soziodemographische und anamnestische Hintergrundinformationen,
 - Beschwerden, Probleme und Anliegen in den Worten der Patienten,
 - prägende Aspekte der individuellen Lerngeschichte (kritische Lebensereignisse),
 - persönlichkeitspsychologischer und psychopathologischer Befund,
 - chronische und (psychische) Grunderkrankungen und deren Behandlung,
 - differentialdiagnostische Einordnung des zentralen Störungsbildes.

2. Als Zweites gilt es, einen Überblick über die Besonderheiten einer Psychologischen Therapie mit Paaren bzw. Paartherapie zu gewinnen:
 - spontane Beschwerdebekundung und Problembeschreibung des Paares,
 - Kennenlernen, Verliebtheit, Beginn der Partnerschaft / Beziehungsetablierung,
 - kritische Ereignisse, Konflikte, Krisen, Veränderungsauslöser,
 - partnerschaftliche Interaktions- und Kommunikationsfertigkeit,
 - partnerschaftliches Konflikt- und Problemlöseverhalten,
 - Evaluation der *Beziehungspräferenz* (Affinität vertrauter Muster + Schemata),
 - partnerschaftlich-sexuelle Beziehungsdynamik und -zufriedenheit,
 - gemeinsames Anliegen und Therapiezielbenennung des Paares.

3. Als Drittes gilt es, sich einen Überblick über die allgemeinen Aspekte einer Sexualpsychologischen Therapie bzw. Sexualtherapie zu verschaffen:
 - individuelle, sexuelle Entwicklung und Lerngeschichte der einzelnen Partner,
 - sexuelle Einstellungen, Überzeugungen, Weltanschauungen,
 - zentrale Aspekte des sexuellen Erlebens und Verhaltens (individuelle und partnerschaftliche sexuelle Betätigung und Interaktion, inklusive sexueller Selbstbetätigung),
 - differenzielle Analyse der *Sexualpräferenz (Drei-Achsen-Modell)*,
 - soziosexuelle Selbstunsicherheit: Leistungsdruck, Versagensangst, Vermeidungstendenz,

- Entwicklung der partnerschaftlichen Sexualbeziehung (sexuelle Kompatibilität),
- bisherige Umgangsweise bzw. Versuche der Problemlösung, z.B. Sexualmedizin (Medikamente, Apparate, Operationen), Psychotherapie, Seitensprung / Außen- bzw. Parallelbeziehungen, Pornographiekonsum und Prostitutionskontakte etc.
- differentialdiagnostische Einordnung des sexuellen Störungsbildes. ¹

Aufbau und Ablauf einer Akzeptanz- und Zugeständnis- Sexualtherapie (AZST) mit Syndyastischer Fokussierung und Sensate Focus im Paarsetting

1. Worum geht es und was ist das Anliegen – Die Erstberatung

- Kennenlernen mit Spontanangaben der Patienten; bei Paaren: Einer nach dem anderen und jeder für sich mit seinen eigenen Worten, in der ersten Person Singular, denn: Das WIR ist der Paravent, hinter dem sich zwei ICHs verbergen! (z.B. „Wir fühlen uns wohl!“...)
- Erstexploration der Problematik: Was hat der Patient bzw. das Paar?
- Liegt eine klärungsbedürftige Problematik oder eine behandlungsbedürftige Störung vor?

2. Was soll erreicht werden – Die Ziel- und Wertklärung

- Differenzierung der zentralen Funktionen von Sexualität: Erregung, Fortpflanzung, Kommunikation. Defokussierung von Erregung und Fortpflanzung – Fokussierung von Kommunikation. Vornehmliche Funktion von Sexualität in partnerschaftlichen Beziehungen ist nicht Orgasmus- und ggf. Re- Produktion (kann jeder alleine), sondern Kommunikation zur Erfüllung von Grundbedürfnissen (geht nur in Beziehung).
- Aus gesundheitlicher Perspektive braucht kein Mensch Erregung und Fortpflanzung, aber die Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse durch (sexuelle) Körperkommunikation.
- Bewusstmachung der Leistungskonzeption von Sexualität: Penetration zur Produktion: sozialnormative Sexualanforderung >>penis-vaginale Penetration zur *Orgasmus- und ggf. Re- Produktion*<<. Vorbereitung der Emanzipation von dieser Leistungskonzeption.
- Erarbeitung eines Störungsmodells mit dem Paar: Internalisierter *Leistungsdruck* führt zu *Versagensangst*, die zu Verkrampfung und Verspannung und damit zu Funktionsstörung führt (Dysfunktion / Schmerz), was wiederum eine *Vermeidungstendenz* bezüglich sexueller Interaktion auslöst (Chiffre: „keine *Libido* bzw. Lust auf Sex“).

¹ Eine Darstellung von Diagnostik und Therapie von Sexualfunktionsstörungen sowie zur Konzeption und zum Ablauf bzw. der Durchführung von Sexualtherapien verschiedener Ansätze und Schulen findet sich in *Maß und Bauer* (2016).

- Der Teufelskreis aus *Leistungsdruck*, *Versagensangst* und *Vermeidungstendenz* führt zu Entfremdung und Entzweiung im Paar und provoziert so *Beziehungsdysstress*.
- Akzeptanz und Zugeständnis: Kann die Vorhandenheit von Sexualektionsstörungen vor diesem Hintergrund von beiden Partnern innerlich authentisch als gegeben angenommen werden (*Akzeptanz*) und gelingt es dadurch beiden Partnern, aufzuhören, innerlich dagegen anzukämpfen, dass es ist, wie es ist (*Zugeständnis*)?
- Annehmen und Loslassen – Können sich beide Partner authentisch darauf einigen?
- Intervention: Mentale Exposition: Was wäre bei Genitalkrebs: Wenn Erregung und Fortpflanzung nicht (mehr) gegeben sind, ist das was bleibt, die Kommunikations-Funktion.
- *Erst, wenn Akzeptanz und Zugeständnis gelingen, kann Sexualtherapie beginnen!*
- Valide Therapieziele: Wie lauten vor diesem Hintergrund valide Therapieziele?
Sexuelle Funktionsreparatur und Leistungssteigerung scheiden aus! *Weil nur sein kann, was nicht sein muss!*² Stattdessen: Nicht die (Wieder-) Herstellung genitaler Reaktionen und sexueller Funktionen ist Therapieziel, sondern soziosexuelle Bestätigung und Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse nach Angenommenheit, Zugehörigkeit, Geborgenheit, Intimität und Nähe und dadurch (Wieder-) Erlangung partnerschaftlich-sexueller Beziehungszufriedenheit durch erwartungsfreie, absichtslose, ausgangsoffene, nicht ziel- und ergebnis- orientierte, sexuelle Körper- und Seelen-Kommunikation, unabhängig von genitalen Reaktionen und sexuellen Funktionen!

3. Untersuchung und Befundung – Die Eingangsdiagnostik

- Sexualpsychologische Exploration / Sexualanamnese Partner 1, im Paarsetting.
- Sexualpsychologische Exploration / Sexualanamnese Partner 2, im Paarsetting.
- Paarpyschologische Exploration / Paaranamnese (im Paarsetting):
Verlauf der Beziehung in partnerschaftlicher und sexueller Hinsicht.
- Rekapitulation der partnerschaftlich-sexuellen Beziehungsentwicklung und Evaluation der paar- und sexualpsychologischen Ergebnisse und ggf. Befundung im Paarsetting.

4. Vom WIR zum DU und ICH – Beziehungsklärung und Differenzierung

- Differenzierung zur Entsymbiotisierung durch Auseinandersetzung:
Auseinandersetzung heißt, sich auseinander zu setzen: Weg von „zusammen auf der Couch“, hin zu „miteinander am Tisch“! Erst so entsteht Blickkontakt und ein Gegenüber.

² Ahlers Ch. J. & Schaefer G. A. (2018): Weil nur sein kann, was nicht sein muss! – Syndyastische Sexualtherapie als Emanzipation von sexuellem Leistungsdruck. SEXUOLOGIE 25 (1–2) 13 – 22.

- Fragen:
 - Wer und was sind wir für- und miteinander?
 - Wer bist Du für mich und wer bin ich für Dich?
 - Was bindet und was trennt uns? Was eint und was entzweit uns?
 - Wollen wir (noch) etwas voneinander wissen? Und, wenn nicht, was heißt das?
 - Wollen wir uns (noch) haben oder brauchen wir uns nur noch (Symbiose)?
 - Wollen wir (noch) miteinander gehen oder bleiben wir stehen?
 - Wollen wir (noch) Sex miteinander haben? Und, wenn ja, warum?
 - Was wollen wir (in sexueller Hinsicht) eigentlich (noch) voneinander?
 - Was bedeutet unsere sexuelle Beziehung für uns als Paar?
- => Dadurch Differenzierung *von der Symbiose zur Syndyade!*

5. Vom WAS zum Wie – Das Kommunikationstraining

- Evaluation der partnerschaftlichen Beziehungskommunikation:

Weg vom *zusammen über außen reden* („Wie geht's, wie war Dein Tag?“), hin zum *miteinander übereinander sprechen* („Wie geht's Dir mit mir bzw. mit uns?“).
- Einüben der Grundregeln gelingender Kommunikation:
 - Fragen statt Sagen,
 - Ich- statt Du- Botschaften,
 - Zuhören statt Zuquatschen,
 - Beschreiben statt Bewerten, *Konsequente Bewertungsabstinenz!*
 - Quittieren statt Kommentieren,
 - Ausreden lassen statt ins Wort fallen,
 - Selbstauskunft statt Fremdanforderung.
- Verbindliche Vereinbarungen für Verabredungen zu Hause (1 - 2 x 45 Min. pro Woche), in denen geübt wird, miteinander übereinander zu sprechen. Motto: Let's NOT talk about Sex – let's talk about OUR Sex! Merke: Keine Diskussionen zum Lösen von Problemen, sondern Kommunikation als Ausdruck aktiver Beziehungsführung zur „sozialen Fellpflege“.

6. Vom Erreichen zum Erleben – Die *Syndyastische Fokussierung*

- Defokussierung der Erregungs- und / oder Fortpflanzungs- Funktion – Fokussierung der Kommunikations-Funktion: Erweiterung der verbalen Kommunikation um den Bereich der körperlichen Kommunikation: „Wie können wir uns das, was wir füreinander empfinden, auch ohne Worte sagen“?

- Syndyastischer Fokus: Sexuelle Interaktion als partnerschaftliche Kommunikation: Sexualität als Kommunikation zur Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse nach Zugehörigkeit, Angenommenheit, Geborgenheit und Nähe.
- Erweitertes Verständnis von Sexualität als verleblichte Beziehung („Sex ist mehr als Lust durch GV zum Orgasmus“) und von sexueller Interaktion als Form der partnerschaftlichen Kommunikation.
- Prinzipien der *Syndyastischen Fokussierung*: Erweiterung ...
 - von zielgerichteter Selbstbefriedigung zu liebevoller Selbstzuwendung,
 - von der Stimulation zur Kommunikation,
 - von der Handlung zur Bedeutung,
 - von der Erregung zur Beziehung,
 - von der Störung zur Entwicklung,
 - von der Obligation zur Option,
 - vom Genital zum Gesicht.
- Erarbeitung und Abstimmung der körperkommunikativen Erweiterung der Verabredungen.
- Vorbereitung des Einstiegs in *Sensate Focus* (Klassische Sexualtherapie).
- Abstimmung bzw. Vorab-Definition des Interaktionsrahmens, zur verlässlichen Vermeidung von „Veto-Situationen“.

7. Kein „um zu ...“ mehr – Die „Produktions-Verzichts-Vereinbarung“ (PVV)

- Gelingt es den Partnern, offen und authentisch miteinander übereinander zu sprechen?
- Gelingt es den Partnern, sich mit Worten mitzuteilen, was sie übereinander denken und was sie für- und miteinander empfinden, auch in sexueller Hinsicht? Wenn ja:
- Unterstützung des Paares bei der Erarbeitung einer „Produktionsverzichts-Vereinbarung“: Verzicht auf Orgasmus- und ggf. Re-Produktion.
- Ziel: Ausschaltung aller Leistungsanforderungen und Druckquellen in der sexuellen Begegnung.
- Kein OrgasMUSS mehr! - Nichts MUSS mehr!
- Dadurch Abbau von internalisiertem Leistungsdruck und resultierender Versagensangst.
- Einleitung der Erweiterung von der Paartherapie zur Sexualtherapie: Übergang zu regelmäßigen Verabredungen für körperliche und seelische Begegnungs- und Berührungserfahrungen durch absichtslose, erwartungsfreie, ausgangsoffene, nicht ergebnis- und zielorientierte, sexuelle Interaktion zu Hause (keine Hausaufgaben und Übungen!).

Kernthesen und Merkmale der Akzeptanz- und Zugeständnis- Sexualtherapie (AZST) mit Paaren

- Rückbesinnung vom „*bio-psycho-sozialen Modell*“ (Engel, 1977) zum „*sozio-physio-psycho-sozialen Paradigma*“ nach Ivan Bloch (1907).
- Leistungsdetermination des Sexuellen: Sozialnormative Sexualanforderungen >>penis-vaginale Penetration zur Orgasmus- und ggf. Re- Produktion<< als internalisiertes (unbewusstes) Leistungsziel und Endzweck sexueller Interaktion. Dadurch Entindividualisierung von Sexualfunktionsstörungen.
- Ätiopathogenetische Kernvariable für das Zustandekommen und Bestehenbleiben von Sexualfunktionsstörungen (mit oder ohne physiologischer Beteiligung!): Soziosexueller Leistungsdruck mit resultierender Versagensangst und entsprechender Vermeidungstendenz (Chiffre: „keine *Libido* / Lust auf Sex“).
- Keine „weiblichen oder männlichen“ Sexualfunktionsstörungen: Psychophysiologische Dysregulation erfolgt im Gehirn und ist folglich bei beiden Geschlechtern gleich – lediglich genitale Manifestation geschlechtstypisch verschieden: >>Das Weh und Wohl unserer sexuellen Gesundheit entscheidet sich nicht zwischen unseren Schenkeln, sondern zwischen unseren Schläfen<< ³.
- Ausbleibende genitale Reaktionen in spezifischen Anforderungssituationen sind keine Krankheiten, sondern Befindlichkeitsbeeinträchtigungen, die zur Nachfrage von körperbezogenen Kompensationsangeboten auf dem Markt der Lifestylemedizin führen (*Sexualmedizinische Behandlung / Sexualbehandlung*).
- Erst durch Problemerleben, Leidensdruck und Veränderungsmotivation entsteht aus ausbleibenden genitalen Reaktionen eine Indikation für psychotherapeutische Heilbehandlung in Form einer *Sexualpsychologische Therapie bzw. Sexualtherapie*, die ggf. durch sexualitätswirksame Medikamente ergänzt werden kann, was dann eine zusätzliche *Sexualmedizinische Behandlung bzw. Sexualbehandlung* darstellt.
- Sexualfunktionsstörungen sind eigentlich *Sexualpenetrationsstörungen*, weil sich Dysfunktion erst manifestiert, wenn es gefühlt zu penis-vaginaler Penetration zur *Orgasmus- und ggf. Re- Produktion* kommen „muss“ (*Penetration zur Produktion*).
- Operationalisierung *Appetenzdiskrepanz*: Auf Seiten des mehr Wollenden: *Bestätigungsbedürftigkeit* – auf Seiten des weniger Wollenden: *Penetrationsvermeidung*. - „Keine *Libido* bzw. Lust auf Sex“ als Chiffre von Vermeidung sozialnormativer Sexualanforderungen.

³ *Paradigma der Klinischen Sexualpsychologie*, www.sexualpsychologie-berlin.de/paradigma/2010.

- Therapieziele:
 - Emanzipation von sexuellem Leistungs- und Produktionsdruck.
 - Emanzipation vom Therapieziel sexueller Reparatur und Ertüchtigung.
 - Akzeptanz der gegebenen Situation und Zugeständnis der resultierenden Dysfunktion.
 - Sexuelle Funktionsreparatur und Leistungssteigerung scheiden aus! *Weil nur sein kann, was nicht sein muss!* Stattdessen: Nicht die (Wieder-) Herstellung genitaler Reaktionen und sexueller Funktionen ist Therapieziel, sondern soziosexuelle Bestätigung und Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse nach Angenommenheit, Zugehörigkeit, Geborgenheit, Intimität und Nähe und dadurch (Wieder-) Erlangung partnerschaftlich-sexueller Beziehungszufriedenheit durch erwartungsfreie, absichtslose, ausgangsoffene, nicht ziel- und ergebnis- orientierte, sexuelle Körper- und Seelen-Kommunikation, unabhängig von genitalen Reaktionen und sexuellen Funktionen!
 - Methoden: *Syndyastische Fokussierung* und *Sensate Focus*.

Modifizierte Konzepte / Begriffe

Übersicht modifizierter Konzepte bzw. Begriffe in der Differenzierung zwischen „Klassischer Sexualtherapie“ und „Akzeptanz- und Zugeständnis- Sexualtherapie (AZST)“.

Klassische Sexualtherapie	AZST
Instruktiver Therapeut	Konsultativer Therapeut
Hausaufgaben / Übungen	Verabredungen / Erfahrungen
Koitus-Verbot	Orgasmus-Produktions-Verzicht
Egoismus-Regel	Selbstachtsamkeit
Veto-Recht	Vorabstimmung