

Syndyastische Sexualtherapie

Das fächerübergreifende Behandlungskonzept der Sexualmedizin

K. M. Beier¹; K. Loewit²

¹Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Charité, Universitätsmedizin – Berlin; ²Sexualmedizinischen Ambulanz an der Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Innsbruck

Schlüsselwörter

Sexualtherapie, syndyastisches Fokussieren, sexuelle Kommunikation, psychosoziale Grundbedürfnisse, sexualmedizinische Weiterbildung

Keywords

Sexual therapy, syndyastic focussing, sexual communication, psychosocial fundamental needs, additional training in sexual medicine

Zusammenfassung

Der Begriff Syndyastische Sexualtherapie (SST) bezeichnet eine ganzheitliche, beziehungs- und kommunikationsorientierte Form von Sexualtherapie. Ihre Grundlagen bzw. das dahinter stehende Konzept menschlicher Sexualität werden erläutert, Voraussetzungen und Grenzen ihrer Anwendung besprochen. SST weist charakteristische Besonderheiten auf, die im üblichen Medizinstudium nicht gelernt und eingeübt werden, sie erfordert daher eine zusätzliche Weiterbildung. Das Prinzip des Syndyastischen Fokussierens wird dargestellt und seine Bedeutung über die Sexualmedizin hinaus betont.

Summary

The concept of Syndyastic Sexual Therapy (SST) designates an all-encompassing, relationship and communication oriented form of sexual therapy. Its foundations, i.e., the concept of human sexuality on which it rests, and its presuppositions and practical limitations are discussed in this article. SST manifests specific characteristics that are not learned and practiced in regular medical studies. Thus additional training is required. The principle of syndyastic focussing is explained and its usefulness beyond the field of sexual medicine emphasized.

Syndyastic Sexual Therapy – the transdisciplinary concept of sexual medicine
 Ärztliche Psychotherapie 2012; 7: 34–41

Der Begriff *Syndyastisch* leitet sich vom altgriechischen Wort ‚syndyastikós‘ (disponiert zur Paarbeziehung) ab, mit dem Aristoteles (384–ca. 322 v. Chr.) „die natürliche Neigung des Menschen zur Paarbildung“ bezeichnete, „die stärker ist als die zur Bildung von größeren Gemeinschaften, so wie ja auch die Hausgemeinschaft früher und wichtiger ist als die des Staates“ (Nikomachische Ethik [1]; Buch VIII, Kap. 12)¹. Der Begriff verweist also auf die bereits stammesgeschichtlich angelegte innere Programmierung des Menschen auf Bindung und Beziehung, vorzugsweise in Form von Paarbeziehungen von der Mutter-Kind- bis zur Mann-Frau-(Mann-Mann-, Frau-Frau-)Dyade. Bindung und Beziehung sind überlebenswichtig zur Erfüllung universeller Grundbedürfnisse an den Wurzeln von Gesundheit, Lebensfreude und Lebensqualität (4).

¹ Herrn Dr. Thomas Poiss, Institut für Klassische Philologie der Humboldt-Universität Berlin, verdanken wir den Hinweis auf diese Quelle.

Die syndyastische Dimension der Sexualität

Die zugrunde liegenden neurobiologischen Vorgänge bzw. beteiligten Gehirnstrukturen (auch als *Syndyastisches System* bezeichnet) haben eine enorme emotional stabilisierende Funktion: „So haben wir immer wieder erfahren, wie die Angst verschwand, wenn jemand in unserer Nähe war, der uns mit seiner Wärme Sicherheit und Schutz bot, der uns liebte. Das war die erste eigene Erfahrung, die wir in unserem Leben gemacht haben. Die Verschaltungen hierfür wurden immer wieder gebahnt [...] und tief in das Gehirn eines jeden Menschen eingegraben“ (14). Über diese Verschaltungen sind inzwischen konkrete Details bekannt, etwa über das komplexe Zusammenspiel zwischen Strukturen zur kritischen sozialen Erkennung im präfrontalen Cortex und den Mandelkernen, die an der emotionalen Situationsbewertung, der Entstehung von Angst, Aggression und Stress mit den entsprechenden vegetativen Reaktionen beteiligt sind, dem Beloh-

nungssystem im Striatum, den Sexualzentren einschließlich der entsprechenden Botenstoffe, also von Neurotransmittern und Hormonen, vor allem dem Bindungshormon Oxytocin, das bei positiven Bindungs-/Beziehungserfahrungen freigesetzt wird (Abb. 1). Es deaktiviert im präfrontalen Cortex sozialkritisches Urteilen und negative Emotionen, sodass Vertrauen zunimmt; es senkt die Aktivität in den Mandelkernen: Angst, Abscheu und Aggression, Stress wird vermindert; zugleich aktiviert es das parasympathische und das Belohnungs-System, ruft Glücksgefühle hervor, erhöht soziale Kontaktfähigkeit, fördert in Summe Bindung und Beziehung direkt und indirekt (2, 15).

In dem Zusammenhang ist es nicht trivial, dass neuere Befunde der Forschung darauf hindeuten, dass offensichtlich Oxytocin-Rezeptor-Polymorphismen bestehen können, die unterschiedliches Bindungsverhalten erklären (10). Desweiteren wurden Zusammenhänge zwischen Traumatisierungen in der Kindheit und (niedrigen) Oxytocin-Konzentrationen im Liquor der Betroffenen festgestellt (12), die

sich wiederum plausibel in Bezug setzen lassen mit kürzlich publizierten experimentellen Daten zum Einfluss von Oxytocin auf die Spendenbereitschaft für soziale Zwecke, die offensichtlich größer ist, wenn die kindliche Entwicklung der untersuchten Probanden in liebevolle Primärbeziehungen eingebettet war (16).

Diese Erkenntnisse lassen sich plausibel einfügen in ein Konzept von Sexualität, in dem diese als eine somatisch, psychisch und sozial determinierte Erlebnisdimension des Menschen und daher als biopsychosoziales Phänomen verstanden wird. In der Sexualmedizin wird davon ausgegangen, dass sie unterschiedliche Dimensionen aufweist (Multidimensionalität der Sexualität) und verschiedene Funktionen erfüllt (Multifunktionalität der Sexualität), die allerdings in enger Wechselbeziehung stehen (3). Zu unterscheiden sind:

- die Lustdimension der Sexualität, d.h. ihre Bedeutung für alle Möglichkeiten des Lustgewinns durch sexuelles Erleben;

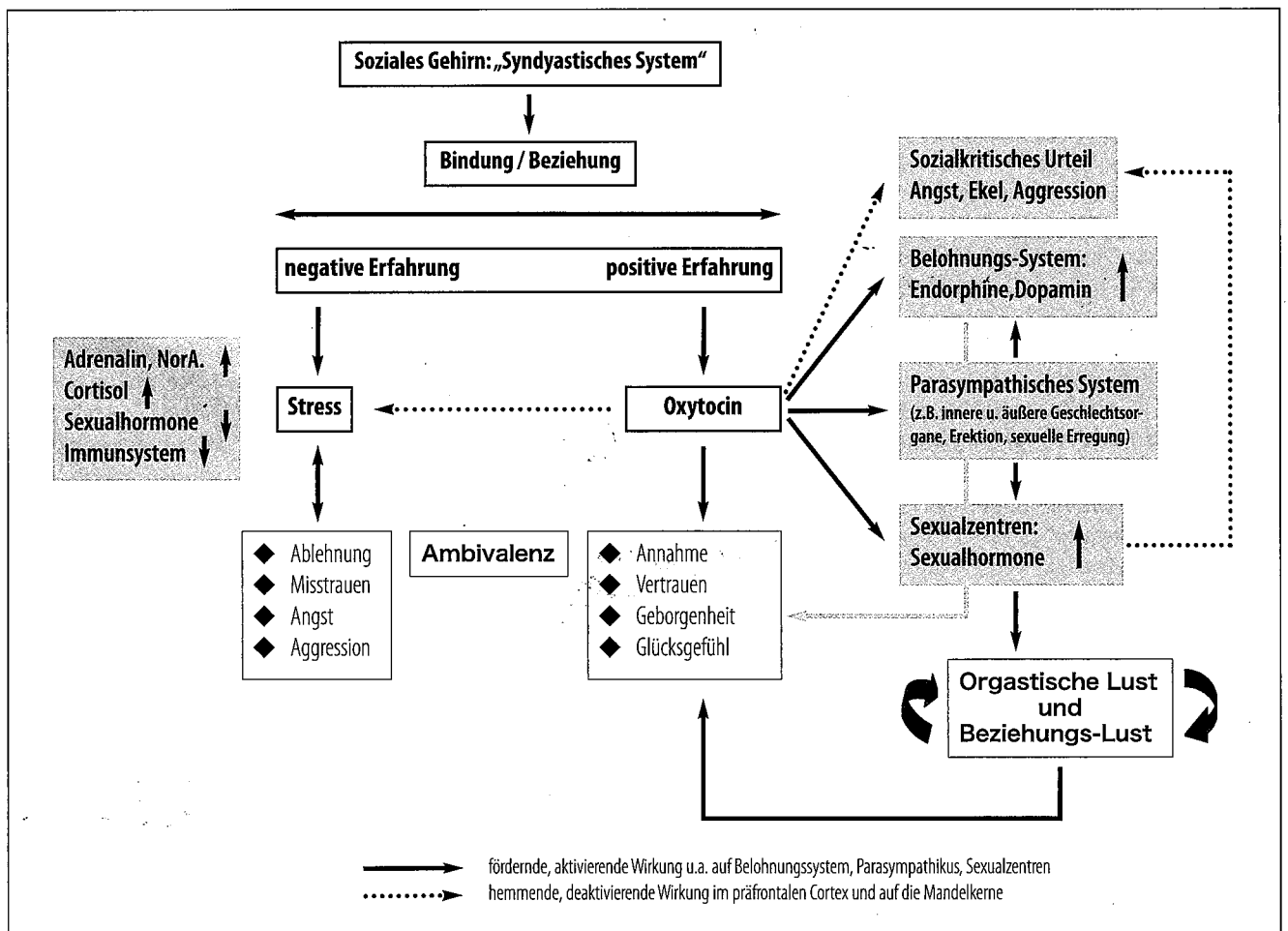


Abb. 1 Oxytocin als Vermittler der Bindungs-Dimension der Sexualität

- die Fortpflanzungsdimension der Sexualität, d.h. ihre Bedeutung für die Reproduktion;
- die Beziehungs- oder syndyastische Dimension der Sexualität, d.h. ihre Bedeutung für die Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse nach Akzeptanz, Nähe, Sicherheit und Geborgenheit durch sexuelle Kommunikation in Beziehungen.

Sexualität ist somit ein Erlebnisbereich, in dem der Mensch am intensivsten und am intimsten mit anderen Menschen in Beziehung tritt: sie ist auf Partnerschaft, auf Wir-Bildung hin angelegt und bringt dadurch immer etwas Soziales zum Ausdruck.

Die zentralen Inhalte aller Beziehungen, im Besonderen von Liebesbeziehungen, sind die universellen und unverzichtbaren menschlichen Grundbedürfnisse bzw. Ur-Sehnsüchte. Das Ausmaß ihrer (Nicht-) Erfüllung bestimmt – von allem Anfang an – das Ausmaß an Lebens- (Un-) Zufriedenheit und Lebensqualität. Die subjektiv empfundene Qualität einer Beziehung hängt also primär von der Erfüllung der in ihr gesuchten Akzeptanz, Zugehörigkeit, Zuwendung, Nähe, Wärme ab, aus denen sich Geborgenheit und Sicherheit, d.h. Selbstwert, Entängstigung, Stressbewältigung, und innere Harmonie ergeben. Solche grundlegenden Sehnsüchte oder Bedürfnisse stellen universale psychosoziale Existenzminima dar. Sie werden dann besonders intensiv erlebt, wenn Annahme, Zuwendung, Zugehörigkeit, „innere Verbundenheit“ etc. auch körperlich-sinnenhaft, also körpersprachlich, vermittelt, „vollzogen“ werden. Daher sind intime Beziehungen (im weitesten und im sexuellen Sinn) besonders geeignet diese Inhalte zu vermitteln und zugleich zu erfüllen.

Wird in einer Paarbeziehung die Erfüllung dieser Grundbedürfnisse frustriert, so kann es zu den verschiedensten psychosomatischen Beeinträchtigungen (einschließlich sexueller Funktionsstörungen) kommen, wobei immer beide Partner involviert und betroffen sind, auch wenn es scheinbar nur einen Symptomträger gibt. Ähnliches trifft auf alle Arten „beziehungslos“ gelebter Sexualität zu, wo zwar die Lustfunktion befriedigt werden kann, die Grundbedürfnisse aber unerfüllt bleiben (z.B. Pornografie, Prostitution, Surrogatpartner, sexuelle Gewalt, Missbrauch etc., aber ebenso anonymer Cyber-Sex bzw. der Ersatz realer durch virtuelle Beziehungen).

Syndyastische Sexualtherapie – Verhältnis zu anderen Therapieformen

Diese grundlegenden Vorannahmen erweitern bisherige Formen der Sexualberatung und Sexualtherapie, wie sie vor allem auf Masters und Johnson (19, 20) zurückgehen und unterscheiden sich von ihnen durch den expliziten Bezug auf die psychosozialen Grundbedürfnisse eines jeden Men-

schen und die konkrete Ausformulierung oder Übersetzung des kommunikativen Potentials der Sexualität. In diesem Sinn stellt das Konzept der *Syndyastischen Sexualtherapie* (SST) die Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse – auch und gerade in sexueller körpersprachlicher Kommunikation – in den Mittelpunkt der Therapie (4) und unterscheidet sich dadurch von allen anderen Behandlungsmethoden.

Sofern es der Qualität der Partnerschaft entspricht, ermöglicht die syndyastische Dimension der Sexualität als körpersprachliche Kommunikation von Angenommensein, Nähe und Geborgenheit zugleich Ausdruck und Erfüllung dieser Grundbedürfnisse auch auf sexuelle Weise als „Sprache der Sexualität“ (17). Sexuelle Lust wird dadurch mehrdimensional und mit persönlicher Beziehung verknüpft: Genital-orgastische Lust und Lust und Freude an und aus der Beziehung (z. B.: über das Erwählt- und Angenommen-Sein) potenzieren sich, wenn die Beziehung stimmt. Dann kann Sexualität ihr salutogenes (heilendes und gesund-erhaltendes) Potenzial entfalten, andernfalls wird ihr pathogenes überwiegen, indem beziehungsloses, liebloses, gewalttätiges und menschenverachtendes Sexualverhalten anstatt die unverzichtbaren Grundbedürfnisse zu erfüllen, sie verweigert oder ins Gegenteil verkehrt.

Dementsprechend ist auch das Ziel von SST nicht (eindimensional) nur die rasche Beseitigung einer Funktionsstörung (wie in der klassischen Sexualtherapie von Masters & Johnson), sondern (mehrdimensional) die Erhöhung der sexuell-partnerschaftlichen Zufriedenheit insgesamt und damit die (Wieder-)Freisetzung grundlegender bio-psycho-sozialer Ressourcen, eben des salutogenen Potentials der Sexualität im engeren und weiteren Sinn. Dieses Ziel kann von allem Anfang an und unabhängig von sexuellem Verlangen, Erektion oder Orgasmus in jeder vom Paar vereinbarten „neuen Erfahrung“ erreicht werden, nicht erst am Ende von therapeutisch verordneten „Übungen“ als Vorstufen des (vermeintlich) „Eigentlichen“. Das zu erfassen, sind wesentliche (erste) Lern- bzw. Arbeitsschritte.

So formulierte eine Patientin, welche die klassische und die syndyastische Form von Sexualtherapie kennen gelernt hatte: *Mir gefällt der Zugang über die Beziehung sehr gut, das andere war mir zu technisch.*

Obwohl diese Art beziehungs- und kommunikations-orientierter Sexualtherapie bei erster Betrachtung nicht den „Mainstream“ heutiger Beziehungsformen abzubilden scheint, wird sie doch im Störungsfall als mit den eigentlichen Sehnsüchten und Hoffnungen übereinstimmend, den Kern der Probleme treffend, als hilfreich und heilend erlebt. Dabei können lange „Inkubationszeiten“ vorausgehen bis Menschen bzw. Paare endlich Hilfe suchen. Durch ihre Bereitschaft dies gemeinsam zu tun, bringen sie die entscheidende Bedeutung von Beziehung und Kommunikation für ihr Leben zum Ausdruck. Die Grenzen der Therapie sind daher mit den Grenzen der aktuellen Beziehung, letztlich mit

den Grenzen der Beziehungsfähigkeit an sich erreicht: Ist diese zu schwer gestört oder fehlt sie (z.B. bei schweren Persönlichkeitsstörungen), so findet auch die Syndyastische Sexualtherapie keinen Ansatzpunkt.

Durch ihren methodischen Schwerpunkt unterscheidet sich die Syndyastische Sexualtherapie von anderen gegenwärtigen sexualtherapeutischen Ansätzen deutlich: So konzentrieren sich zum Beispiel Schnarch (22, 23) wie auch Clement (11) vornehmlich auf die Lustdimension der Sexualität, womit sie sicherlich die (noch undifferenzierte) Erwartung vieler Patienten treffen. Das mag für diese eine reizvolle (und zudem verkaufsfördernde) Aussicht sein, setzt aber gerade nicht an dem Fundament an, das für die angestrebte Entwicklung der Lust als maßgebliche Stellgröße aufzufassen ist: die syndyastische oder Beziehungsdimension. Zwar weist insbesondere Schnarch auf deren entscheidende Bedeutung hin, aber letztlich um sie als Vehikel für die Luststeigerung (zur Selbstverwirklichung des Einzelnen) zu nutzen. Bei der syndyastischen Sexualtherapie ist es umgekehrt: Die Beziehungs- oder syndyastische Dimension steht im Vordergrund der therapeutischen Aufmerksamkeit, differenziert die Bedingungen und Inhalte der auch von Schnarch betonten Intimität und bereitet so (u.a. auch) den Boden für gemeinsames Lusterleben. Dies ist umso notwendiger, als für viele Partner Lust und Beziehung (zunächst) zwei verschiedene Erlebnisbereiche sind, deren Verknüpfung erst allmählich im Laufe der Therapie gelingt, mit dem Ziel einer umfassenderen Lusterfahrung indem sich „orgastische“ und „Beziehungs“-Lust potenzieren. Den verbreiteten Dualismus bzw. Gegensatz von „Sex“ und „Liebe“ hebt die Syndyastische Sexualtherapie radikal (von der Wurzel her) auf und stellt damit die ersehnte Einheit von „Lust und Liebe“ wieder her.

In diesem Zusammenhang sei abschließend noch einmal hervorgehoben, dass der Grundansatz sowohl den biologischen als auch den psychischen Einflussfaktoren auf die Erfüllung der psychosozialen Grundbedürfnisse nach Akzeptanz, Nähe etc. gerecht zu werden versucht: Dies knüpft einerseits an den biomedizinischen Daten zum Einfluss von Körperkontakt auf Blutdruck, Oxytocin, Alpha-Amylase und Cortisol an (13) und lässt es nicht ratsam erscheinen, Sexualtherapie als Psychotherapie (miss-) zu verstehen: Schon deshalb nicht, weil der kurativ wirkende „warm touch“ sich zwischen den Partnern ereignet und der Therapeut/die Therapeutin das Paar lediglich als eine Art „Änderungsassistent“ begleitet. Damit sollten die immer auftretenden schwierigen Verläufe nicht Anlass sein, den „psychotherapeutischen Überbau“ zu erhöhen, sondern vielmehr den stets mitzudenkenden biologischen Gegebenheiten Rechnung zu tragen, weil diese ebenfalls Limitierungen mit sich bringen könnten (z. B. Besonderheiten der Oxytocin-Rezeptoren; 8).

Voraussetzungen und Grenzen der Syndyastischen Sexualtherapie

Da der Beziehungsaspekt der Sexualität und die authentische Erfüllung der Grundbedürfnisse bei der SST eine zentrale Rolle spielen und dementsprechend echte Zuneigung, Akzeptanz etc. den Schlüssel zum Erfolg darstellt, ist sie überall dort nicht effektiv einsetzbar, wo diese wesentlichen Voraussetzungen nicht gegeben, nicht möglich und auch nicht (wieder) herstellbar sind. Dies trifft z. B. bei floriden Süchten (unbehandelter Alkoholismus), bei akuten Psychosen, bei schwersten Persönlichkeitsstörungen zu. Dasselbe gilt für gleichzeitig bestehende sexuelle Außenbeziehungen, die beibehalten werden wollen, während das Thema „Seitensprung“ an sich nicht selten Anlass zur (Wieder-) Besinnung auf die Beziehung und Grund zur Therapie ist. Es ist also abzuklären ob „das Feuer im Herd“ wirklich erloschen, oder noch „Glut unter der Asche“ vorhanden ist, was erstaunlich oft zutrifft.

Eine maßgebliche Voraussetzung ist allerdings nicht nur die Therapiemotivation beider Partner, sondern deren Intention: Die Erhöhung der partnerschaftlich-sexuellen Beziehungszufriedenheit (nicht bloß eine rasche Symptombeseitigung) muss ihnen zentrales Anliegen und beide entsprechend bereit sein, die nötigen zeitlichen und eventuell finanziellen Aufwendungen mitzutragen.

Des Weiteren ist zu klären, ob gleichzeitig eine andere Therapie durchgeführt wird und welche Prioritäten bestehen. Die Frage der Empfängnisverhütung muss geregelt sein und – vor allem zu Beginn – ein zusammenhängender Zeitraum für wöchentliche oder vierzehntägige Sitzungen und dazwischen für gemeinsame „neue partnerschaftliche Erfahrungen“ zur Verfügung stehen.

Letztlich bestimmen individuelle Beziehungsfähigkeit (sicher, unsicher/ambivalent Gebundene; 7) und der Wille zur Beziehung seitens der Paare, bzw. die Identifikation mit dem beziehungsorientierten, syndyastischen Konzept auch seitens der TherapeutInnen die Grenzen der Methode. Wer nie die Erfahrung erfüllter Grundbedürfnisse machen konnte oder den Glauben an diese Möglichkeit verloren hat, wer „Sex“ nicht als Kommunikation und Sprache der Beziehung verstehen kann oder will, bei dem kann SST nicht andocken, es fehlen die inneren Anknüpfungspunkte bzw. der/die kann mit diesem Konzept als Therapeut/in nicht arbeiten: Wer nur den Mangel, die syndyastische Deprivation kennt, weiß eigentlich nicht, worüber gesprochen wird, wonach gefragt werden soll. Eigene syndyastische Kompetenz ist die *Conditio sine qua non* für SST.

Wenn es somit auch Patienten/Paare gibt, die mit dem Behandlungskonzept der SST, der syndyastischen Fokussierung, kaum erreicht werden können, so besteht doch andererseits keine Gefahr, gegen das oberste Prinzip des *nil nocere* (niemals schaden) zu verstoßen. Im Gegenteil können

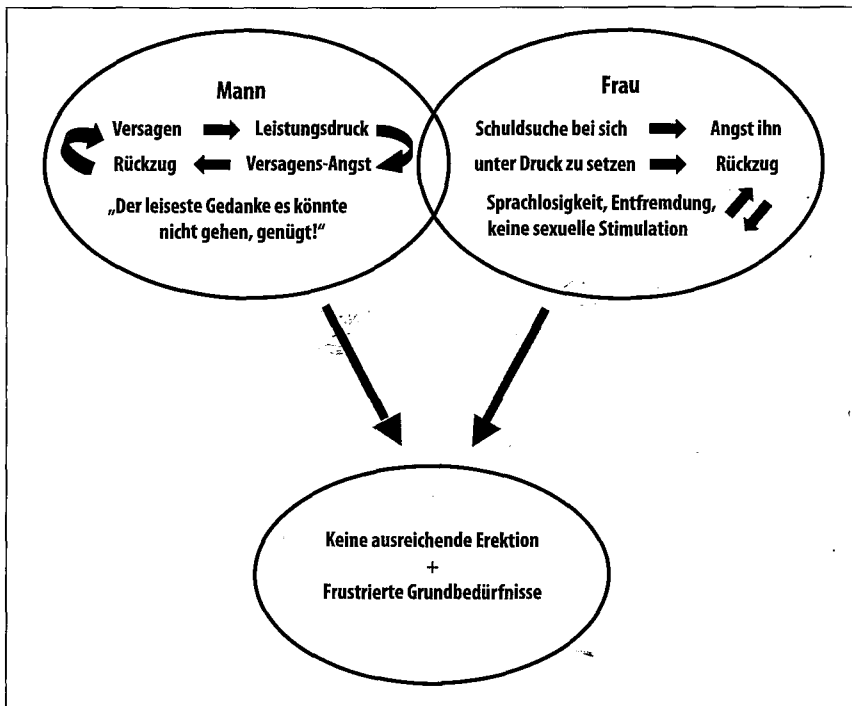


Abb. 2

Erektile Dysfunktion: Zwei Teufelskreise. Beide Partner sind im Dauer-Stress und mit sich selbst beschäftigt anstelle „unbelasteter Gemeinsamkeit“

in den allermeisten Fällen für die Patienten/Paare Evidenz-erlebnisse ermöglicht und – mit relativ wenig Aufwand – wesentliche Hilfestellungen gegeben werden.

Dies hängt auch damit zusammen, dass die gewohnte Arzt-Patient-Zweierbeziehung zur – allparteilichen – „Arzt-Paar-Beziehung“, also das ärztliche Gespräch zum Arzt-Paar-Gespräch wird. Die Behandlung von Störungen innerhalb einer Paarbeziehung mit nur einem Partner ist buchstäblich „eine halbe Sache“, daher von Anfang an defizitär und entspricht nicht dem „state of the art“ (Abb. 2). Die erste Wahl bei SST ist von Beginn an das Gespräch mit beiden Partnern, nur unter besonderen Umständen kann eine Einzeltherapie daraus werden. In der ärztlichen (auch psychotherapeutischen) Praxis findet es in der Regel genau umgekehrt statt: (Fach-) Ärzte behandeln ihre/n Patienten/in und ziehen, wenn überhaupt, einmal auch den/die Partner/in hinzu.

Erforderlich wird dann auch eine andere Anamnese-technik und Art nachzufragen. Statt geschlossener Fragen mit knappen, zeitsparenden „Ja/Nein“-Antworten, die „Fakten“ zutage fördern, braucht es offene „W“-Fragen (wer, was, wann, wo, wie), welche die subjektive, d. h. auch die emotionale „Bedeutung“ der Fakten erheben, ohne die man deren Gewicht nicht einschätzen kann. Dabei gilt es, sich nicht mit der Makro-Ebene zu begnügen, sondern auf der „Mikro-Ebene“ weiter nachzufragen (z.B.: wie haben Sie das erlebt? – Es war wunderschön! – Was gehört alles dazu, damit es für Sie wunderschön ist? – Wir haben uns ganz nah gefühlt! – Was macht für Sie Nähe aus? – Ich habe gemerkt ich bin wirklich gemeint usw.). Erst durch solch

minutiöses Nachfragen auf der Bedeutungs-Ebene (i.e. Syndyastisches Fokussieren, s.u.) wird dem Patienten/Paar deutlich, worum es eigentlich geht.

Behandlungstechnik – syndyastisches Fokussieren

Dies ist das methodische Grundprinzip der SST (Abb. 3). Es ist der „Ariadne-Faden“, ohne den man sich als Therapeut/in im Labyrinth berichteter Fakten, möglicher Problem-bereiche oder Diagnosen und Therapien leicht verirren und den Ausgang nicht finden kann. Den syndyastischen Fokus nicht zu verlieren bedeutet, jeweils die entscheidende Frage nach Erfüllung versus Deprivation der Grundbedürfnisse nicht aus den Augen zu verlieren. Nur dadurch wird die Ebene der Grundbedürfnisse erreicht, sozusagen der „gewachsene Fels“, die tiefste relevante Schicht bzw. im Störungsfall der wahre Grund der Irritation gefunden, nicht bloß Symptome oder Sekundärfolgen. Diese Art des therapeutischen Vorgehens kann als Prinzip auch in andere, z.B. psychotherapeutische Methoden oder in die Beratungsarbeit integriert und übernommen werden (Abb. 4).

Zunächst ist der Grund des Behandlungswunsches zu klären: Liegt primär ein sexuelles oder ein Beziehungsproblem vor bzw. was steht im Vordergrund? Nach ausführlicher Sexual- und Beziehungsanamnese (Diagnose, Differentialdiagnose, Verlauf, sexuelle Präferenzstruktur, Grundverständnis und Dimensionen von Sexualität etc.) könnte auf die Beziehung übergeleitet werden, z. B.: „Wie

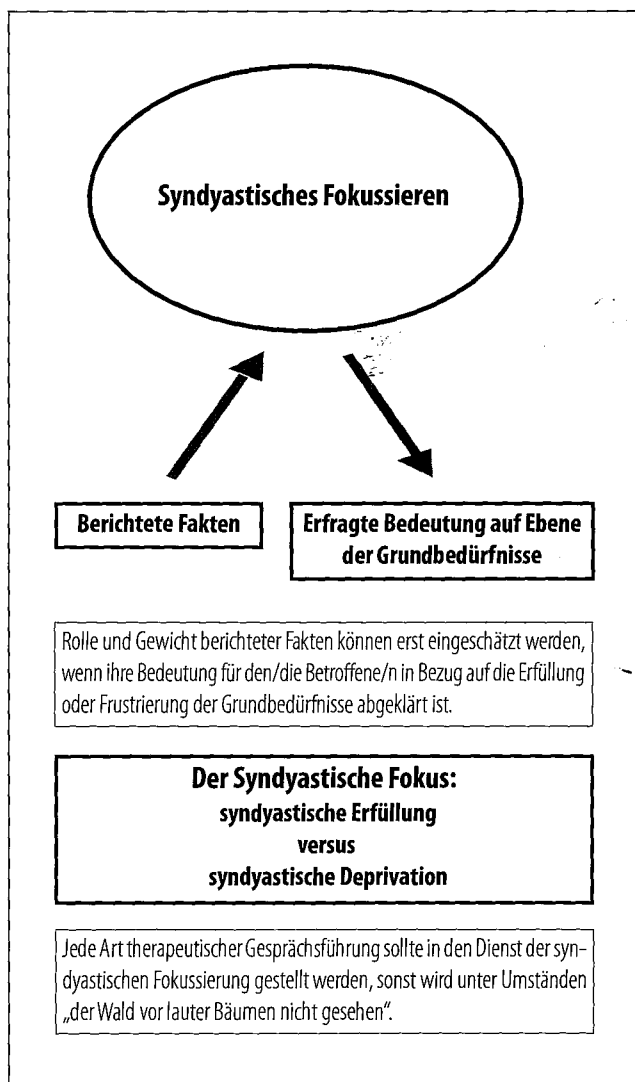


Abb. 3 Syndyastische Sexualtherapie

wirkt sich das alles auf Ihre Beziehung insgesamt aus?“ Oder: „Wie glauben Sie hängt die Störung mit Ihrer Beziehung zusammen?“ Und: „Was ist für Sie in einer Partnerschaft unverzichtbar?“ Hier geht es um die subjektiv empfundene Beziehungsqualität im Spannungsfeld zwischen Erfüllung und Frustration/Deprivation von Grundbedürfnissen (siehe Kasten Partnerschaft). Die nächste weiterführende Frage sollte zum Thema Kommunikation (verbal und non-verbal, körpersprachlich) führen, z.B.: „Sprechen Sie miteinander über diese Themen? Kennen Sie die Ansichten und Gefühle des/der Partners/in? Auch über Sexualität? Wie sagen und zeigen Sie sich Ihre Gedanken, Gefühle, Befindlichkeit, Ihre Liebe bzw. woran erkennen Sie die jeweiligen Botschaften?“ Die Einschätzung der Paar-Kommunikation einschließlich der Erkennung und Übersetzung non-verbaler Botschaften ist unerlässlich, wenn später Sexualität

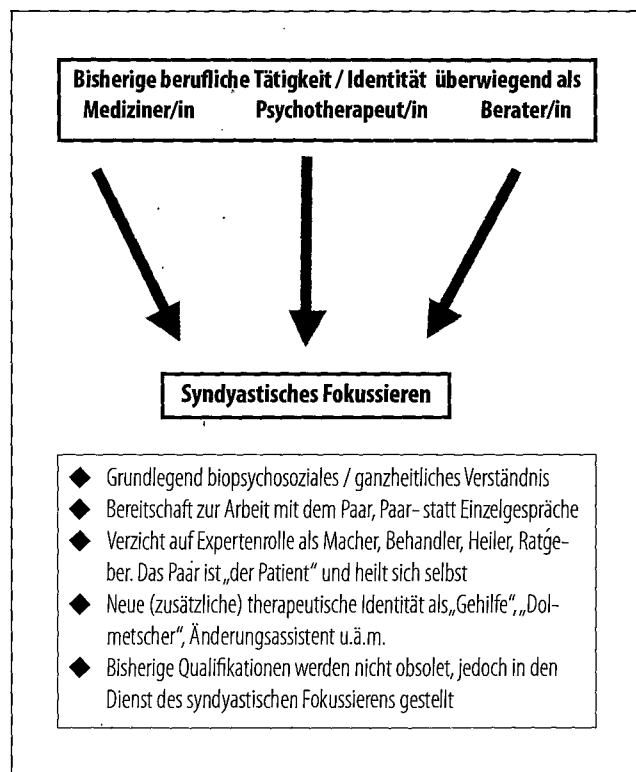


Abb. 4 Der syndyastische Fokus als Fächer- und „Schulen“-übergreifendes Prinzip

tät als Kommunikationsform begriffen werden soll. Sehr häufig dienen die ersten „neuen Erfahrungen“ der Verbesserung der Kommunikation im Alltag. Eine wichtige nächste Frage bezieht die Sexualität mit ein: z.B.: „Sehen Sie Zusammenhänge zwischen Kommunikation und Sexualität, zwischen Zärtlichkeit und ‚Sex‘?“ Nicht selten lautet die Antwort „das hat nichts miteinander zu tun“. Dann ist erst eine Hinführung zum Verständnis von Sexualität als „Verkörperung von Grundbedürfnissen auf genitale Weise“ nötig. Wo dies bereits bewusst ist (Patienten-Zitat: „Das ist unser Stückchen Himmel“), kann „Sex“ als Körpersprache konkretisiert werden, z.B. durch Übersetzung des Koitus (analog zum Kasten Partnerschaft) als intensivste Form von Zärtlichkeit mit denselben Inhalten: Dabei erschließt sich für viele erstmals eine neue Bedeutung und zugleich eine neue Sinndimension. Für andere wird dieses Verständnis (das nicht den Zeitgeist bzw. medialen Mainstream abbildet) bestätigt und verstärkt. Durch die Verknüpfung von sexueller Lust und Leidenschaft mit der Beziehung wird die Lustfunktion der Sexualität mehrdimensional und – da Beziehung und Kommunikation von keinen historisch bedingten Tabus belastet sind – befreit und „ent-fesselt“.

Eine weiterführende Frage könnte auf die praktische Umsetzung des jeweils in der Stunde Besprochenen zielen. Am Ende jeder Therapiestunde sollten – von der ersten Stunde an

Partnerschaft im Spannungsfeld zwischen syndyastischer Erfüllung und Deprivation

- Partnerschaft, Syndyastische Erfüllung vs. syndyastische Frustration, (jeweils im Alltag und im Sexuellen)
- Wahrgenommen-/ begehrt werden, Achtsamkeit, Interesse vs. Übersehen werden, Desinteresse
- Offenheit, Vertrauen vs. Verslossenheit, Misstrauen
- Nähe, Wärme, Kontakt vs. Distanz, Kälte, Einsamkeit
- Freiraum lassen, Grenzen respektieren vs. Einengung, Grenzüberschreitungen
- Geborgenheit, Sicherheit vs. Angst, Zweifel, Unsicherheit
- Insgesamt: Annahme vs. Ablehnung

– konkrete Veränderungswünsche des Paares zur Ermöglichung neuer Erfahrungen angeregt und von den Partnern entwickelt werden. Dabei kann es um allgemeine Anliegen (z.B.: Kommunikations-Verbesserung, gemeinsame Unternehmungen, mehr Achtsamkeit, Zärtlichkeit usw.) oder um sexuelle Wünsche gehen. Methodisch ist in der Regel ein schrittweises Vorgehen anzustreben, welches das Erleben sexueller (extragenitaler und genitaler) Kommunikation in neuer Bedeutung ermöglichen soll. Dabei ist wichtig, Störfaktoren zu vermeiden, z.B.: durch Verzicht auf Geschlechtsverkehr („Koitusverbot“ bei Masters & Johnson) und Lust und Beziehung zu verknüpfen, um orgasmische und Beziehungslust bewusst zu erleben. Diese Schritte können analog zu Masters & Johnson (20) erfolgen, wobei aus „Sensate Focus“ – „Syndyastisches Fokussieren“ wird. Der grundsätzliche Unterschied besteht aber im expliziten Therapieziel die Beziehungszufriedenheit insgesamt zu erhöhen, und dies ist nicht erst nach einer Reihe von „Vorstufen“, sondern bei jeder einzelnen „neuen Erfahrung“ bereits voll erreichbar und dient zugleich der Behebung der sexuellen (Funktions-) Störung.

Syndyastische Sexualtherapie als Teil der sexualmedizinischen Weiterbildung

Die Ärztekammer Berlin hat 2007 die Sexualmedizin mit folgendem Inhalt in ihre Weiterbildungsordnung aufgenommen: „Die Zusatzweiterbildung Sexualmedizin umfasst die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation von Störungen und Erkrankungen, welche die sexuellen Funktionen, das sexuelle und/oder partnerschaftliche Erleben und Verhalten (incl. Paraphilien und sexuell delinquentem Verhalten), die geschlechtliche Identität sowie Folgen von sexueller Traumatisierung betreffen. Die Paardimension spielt in Diagnostik und Therapie dieser Störungen eine wesentliche Rolle. Die Störungen und Erkrankun-

gen können auch Folge von anderen Erkrankungen und/oder deren Behandlung sein.“

Als zentralen Bestandteil der therapeutischen Fertigkeiten erlernen die Weiterbildungsteilnehmer dabei die Syndyastische Sexualtherapie, wozu neben theoretischen Lehrinhalten fallbezogene und themenzentrierte Selbsterfahrung sowie Supervision von sexualdiagnostischen Erstinterviews und Behandlungsstunden dienen. Darüber hinaus ist es für die sexualmedizinische Therapie unabdingbar, die sexuelle Präferenzstruktur abklären zu können und diesbezügliche Erkenntnisse in einen Gesamtbehandlungsplan zu integrieren (6).

In Österreich ist die Weiterbildung in Sexualmedizin seit 2011 sogar bundesweit offiziell (während die Bundesärztekammer in Deutschland die Entscheidung seit der ersten diesbezüglichen Antragstellung 1995 fortwährend hinauszögert).

Sie besteht aus einem Basismodul I (ÖÄK-Zertifikat „Basismodul Sexualmedizin“) zum Erwerb von Grundkenntnissen und einem darauf aufbauenden Modul II (ÖÄK-Diplom Sexualmedizin) für die Ausbildung zum Arzt / zur Ärztin mit vertieftem Wissen und Fertigkeiten in Sexualmedizin.

Auch für die Entscheidungsfindung in Österreich war – wie in Berlin – sicher maßgeblich, dass eine unübersehbare Versorgungslücke bezüglich der Diagnostik und Therapie sexueller Störungen besteht und andererseits langjährige klinische Erfahrungen mit der Syndyastischen Sexualtherapie als fächerübergreifendes Therapiekonzept der Sexualmedizin zeigen konnte, dass hier eine lehrbare patienten(paar-)bezogene Interventionsform verfügbar ist, welche ein erweitertes Verständnis von Sexualität bewirkt, Angst und Selbstzweifel in sexuellen Beziehungen reduziert, Geborgenheit und Lust in der partnerschaftlichen Sexualität steigert, eine Verbesserung der sexuellen Körperkommunikation bewirkt, Selbstheilungskräfte mobilisiert und damit Wege zur (Wieder-)Erfüllung von Grundbedürfnissen eröffnen kann.

Literatur

1. Aristoteles. Nikomachische Ethik. Stuttgart: Reclam 2001.
2. Bartels A, Zeki S. The neural correlates of maternal and romantic love. *NeuroImage* 2004; 21, 1155–1166.
3. Beier KM, Bosinski HG, Hartmann U, Loewit K. Sexualmedizin, Grundlagen und Praxis. Stuttgart, München: Urban & Fischer 2001.
4. Beier KM, Loewit K. Lust in Beziehung. Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie. Berlin, Heidelberg: Springer 2004.
5. Beier KM, Loewit K. Praxisleitfaden Sexualmedizin. Von der Theorie zur Therapie. Berlin, Heidelberg: Springer 2011.
6. Beier KM, Faistbauer S. Diagnostik und Therapie bei sexuellen Präferenzstörungen. *Ärztliche Psychotherapie* 2012; 7: 19–24.
7. Bowlby J. Attachment and loss. New York: Basic books 1969; Vol 1. 2, 3.
8. Bradley B, Westen D, Mercer KB, Binder EB, Jovanovic T, Crain D, Heim Ch. Association between childhood maltreatment and adult emotional dysregulation in a low-income, urban, African American sample: Moderation by oxytocin receptor gene. *Development and Psychopathology* 2011; 23: 439–452.

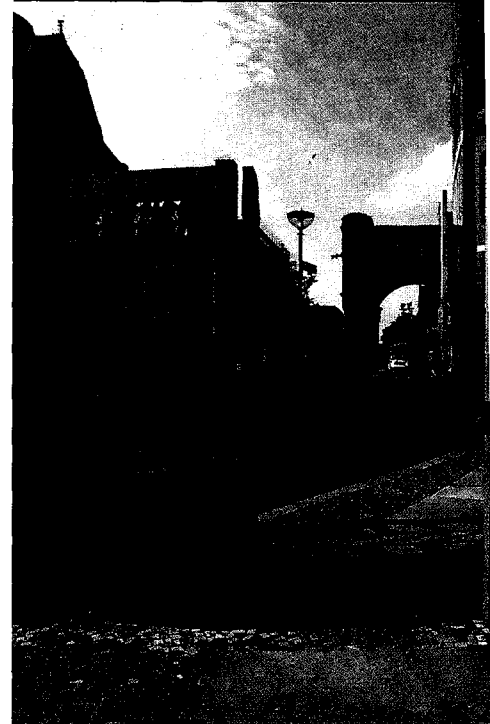
9. Domes G, Heinrichs M, Michel A, Berger C, Herpertz SC. Oxytocin improves „mind-reading“ in humans. *Biol Psychiatry* 2007; 61: 731–733.
10. Chen FS, Barth ME, Johnson SL, Gotlib IH, Johnson SC. Oxytocin receptor (OXTR) polymorphisms and attachment in human infants. *Frontiers in Psychology* 2011; 2: 1–6.
11. Clement U. Systemische Sexualtherapie. Stuttgart: Klett-Cotta 2004.
12. Heim C, Young LJ, Newport DJ, Mletzko T, Miller AH, Nemeroff CB. Lower CSF oxytocin concentrations in women with a history of childhood abuse. *Molecular Psychiatry* 2009; 14: 954–958.
13. Holt-Lunstad J, Birmingham WA, Light K. Influence of a “Warm Touch” Support Enhancement Intervention Among Married Couples on Ambulatory Blood Pressure, Oxytocin, Alpha Amylase and Cortisol. *Psychosomatic Medicine* 2008; 70: 976–985.
14. Hüther G. Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden 2005.
15. Kirsch P, Esslinger C, Chen Q, Mier D, Lis S, Siddhanti S, Gruppe H, Mattay VS, Gallhofer B, Meyer-Lindenberg A. Oxytocin modulates neural circuitry for social cognition and fear in humans. *J. of Neuroscience* 2005; 25: 11489–11493.
16. Ijzendoorn van MH, Huffmeijer R, Alink LRA, Bakermans-Kranenburg MJ, Tops M. The impact of oxytocin administration on charitable donating is moderated by experiences of parental love-withdrawal. *Frontiers in Psychology* 2011; 2 (Article 258): 1–8.
17. Loewit K, 1992. Die Sprache der Sexualität. S. Fischer, Frankfurt/M.
18. Kress D, Loewit K. Weiterbildung in Sexualmedizin: Zur Rolle themenzentrierter Balintgruppen. *Ärztliche Psychotherapie* 2012; 7: 42–45.
19. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Boston: Little, Brown & Co. dt.: Die sexuelle Reaktion. Reinbek, Rowohlt 1966.
20. Masters WH, Johnson VE. Human Sexual Inadequacy. Little & Brown, Boston, deut. Übers. Impotenz und Anorgasmie. Zur Therapie funktioneller Sexualstörungen. Frankfurt/M: Goverts-Krüger-Stahlberg 1973.
21. Moeller ML. Die Liebe ist das Kind der Freiheit. Reinbek/Hamburg: Rowohlt 1991.
22. Schnarch DM. Constructing the sexual crucible. New York: WW Norton & Co.
23. Schnarch DM. Passionate Marriage. New York: WW Norton & Co 1997.
24. Vogt HJ, Loewit K, Wille R, Beier KM, Bosinski HAG. Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ – Bedarfsanalyse und Vorschläge für einen Gegenstandskatalog. *Sexuologie* 1995; 2 (2): 65–89.
25. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Menschliche Kommunikation. Bern, Stuttgart, Wien: Huber.
26. Wickler W., 1969. Sind wir Sünder? Naturgesetze der Ehe, München, Zürich: Droemer Knauer.
27. Wickler W, Seibt U. Männlich, Weiblich. Der große Unterschied und seine Folgen, 2. Aufl. München, Zürich: Piper 1984.

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier
 Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
 Psychoanalytiker
 Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin
 Charité-Universitätsmedizin Berlin
 Luisenstr. 57, 10117 Berlin
 Tel. +49+30 450 529302
 Fax +49+30 450 529992
 E-Mail: klaus.beier@charite.de

Prof. Dr. med. Kurt Loewit
 Ehemaliger Leiter der Sexualmedizinischen Ambulanz an der
 Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie,
 Universität Innsbruck
 Schöpfstr. 23a
 A-6020 Innsbruck
 E-Mail: kurt.loewit@i-med.ac.at

Curriculum Psychosomatische Konsiliar- Liaisondiagnostik



7.5.-11.5.2012
 Berlin

Veranstalter
 Charité Universitätsmedizin
 Deutsches Herzzentrum
 DGPM-Geschäftsstelle
 GKH Havelhöhe Berlin

Infos: DGPM • Jägerstr. 51 • 10117 Berlin • info@dgpm.de