

Wissenschaftliche Grundlagen des Sexocorporel

Karoline Bischof

Der vorliegende Beitrag diskutiert wissenschaftliche Erkenntnisse und Forschungsthemen rund um den sexualtherapeutischen Ansatz Sexocorporel. Als Grundannahme werden Körper, Emotionen, Denken und Handeln als Aspekte einer Einheit konzipiert, bei der Veränderungen des einen Aspekts stets auch Veränderungen der anderen Aspekte darstellen. Interventionen auf der Körperebene können somit das sexuelle Erleben, aber auch kognitive Denkmuster, Emotionen und das Beziehungsverhalten beeinflussen. Die Embodiment-Forschung liefert zahlreiche Daten über Mechanismen, die solchen Wirkkreisen zugrunde liegen. Gegenstand aktueller und zukünftiger Forschung ist beispielsweise die standardisierte Erhebung sexueller Stimulationsgewohnheiten (Erregungsmodi) und deren Einfluss durch spezifische Atem- und Bewegungsmuster auf das autonome Nervensystem und damit auf das Erleben von Stress, Angst oder Genuss in der Sexualität.

Der Ansatz Sexocorporel erlangt im deutschsprachigen Raum bei SexualtherapeutInnen zunehmend Popularität. An ausländischen Universitäten schon seit längerer Zeit vertreten (z. B. Toulouse, Barcelona, Montreal), wird er nun auch an universitären sexualmedizinischen Weiterbildungen in der Schweiz gelehrt (z. B. Basel, Zürich) und ist die Grundlage des Masterstudienganges Sexologie der Hochschule Merseburg (siehe dazu auch den Beitrag von Esther Elisabeth Schütz in diesem Band). Der Ansatz ist an anderer Stelle genau beschrieben (Bischof, 2018a). Ich möchte hier diskutieren, was seine wissenschaftliche Basis ist und wo er Gegenstand von Forschung ist. Von Interesse wäre auch die Frage, wie weit seine klinische Wirksamkeit empirisch belegt ist. Jedoch ist ein solcher Wirkungsweisnachweis für alle psycho- und sexualtherapeutischen Methoden problematisch. Anhand von Fallbeschreibungen weist praktisch jede Therapiemethode eine gewisse Effektivität auf. Es existieren aber nur wenige Fall-Kontroll-Studien und praktisch keine placebokontrollierten Untersuchungen (Wiederman, 1998). Dies gilt auch für den Sexocorporel. Immerhin ist hierzu bis dato eine erste prospektive Fall-Kontroll-Untersuchung zur therapeutischen Wirksamkeit erschienen. De Carufel beschreibt darin

eine »funktional-sexologische« Therapie der Ejaculatio praecox basierend auf den Prinzipien der Behandlung im Sexocorporel (De Carufel & Trudel, 2006). Im Wesentlichen handelt es sich um ein Lernprogramm mit Veränderungen der Selbststimulation, einer Vertiefung der Atmung, Minderung der Muskelspannung und Erlernen der Beckenschaukelbewegung zum Einsatz bei sexueller Erregung. Bei 36 Paaren wies die Behandlung ähnliche Kurz- und Langzeiterfolge auf wie die Start/Stop- und Squeeze-Methode im Vergleich zu Wartelistenprobanden. Somit konnte gezeigt werden, dass Erregungsgewohnheiten durch Üben verändert werden und dass Ejaculatio praecox dadurch positiv beeinflusst werden kann. Der Artikel ist auch wegen der genauen Beschreibung der therapeutischen Interventionen lebenswert. Weitere Publikationen zur Wirksamkeit der Sexocorporel-Therapie existieren nicht.

Eine Langzeituntersuchung über deren Effekt bei Erektionsstörungen läuft derzeit am Zürcher Institut für klinische Sexologie und Sexualtherapie ZISS. Darüber hinaus verfügen wir einzig über die Erfahrung und Aussagen einiger Hundert in Sexocorporel ausgebildeter TherapeutInnen, die dessen Wirksamkeit bestätigen. Weitere Untersuchungen wären daher wünschenswert.

Wie steht es mit der wissenschaftlichen Abstützung der theoretischen Basis des Sexocorporel? Welche Hypothesen liegen den therapeutischen Überlegungen zugrunde? Nachfolgend möchte ich überprüfen, wie weit der Ansatz konzeptuell Sinn macht.

Theoretische Grundlage 1: Körper-Geist-Einheit

Im Verständnis des Sexocorporel umfasst der Körper menschliches Denken, Erleben, Spüren und Interagieren. Unsere Welt ist geprägt von der jahrhundertealten Philosophie der Trennung von Körper und Geist. Auch im Zeitalter des Embodiments bleibt es schwierig, den Körper, Emotionen, Gedanken und Handeln als Aspekte einer Einheit zu konzipieren, bei der Veränderungen des einen Aspekts stets auch Veränderungen der anderen Aspekte darstellen (Tschacher, 2010, S. 14ff.). So wird die Sexocorporel-Therapie, die Interventionen auf der Körperebene in den Vordergrund stellt, bisweilen als reine Körpertherapie – etwa vergleichbar mit einem Beckenbodentraining – missverstanden. Neuhof und Hartmann bezeichnen sie unter Bezug auf die oben genannte Pub-

likation von De Carufel als ein Übungsprogramm zur Überwindung von Ejaculatio praecox (Neuhof & Hartmann, 2017, S. 344). Für Driemeyer und Signerski-Krieger gehört der Sexocorporel nicht zu den psychotherapeutischen Verfahren (Driemeyer & Signerski-Krieger, 2013). Dies begründen sie damit, dass er von einem »breiten Personenkreis« erlernt werden könne, was jedoch nicht richtig ist, da eine therapeutische Basisausbildung Voraussetzung für das Erlangen des Diploms als SexualtherapeutIn des Internationalen Sexocorporel-Institutes (ISI) ist. Solcherlei Diskussionen spiegeln die Schwierigkeit, Psyche und Soma als Eines zu sehen und die Komplexität dieser Methode zu verstehen. Dazu beigetragen hat sicher auch, dass deutschsprachige Publikationen darüber erst in den letzten Jahren erschienen sind, während der Sexocorporel in der französischen Fachliteratur schon länger vertreten ist (siehe z. B. Chatton et al., 2005; Desjardins, 1986, 1996; Desjardins et al., 2010). Im Weiteren vermag eine schriftliche Darstellung der Methode in erster Linie einen kognitiven Zugang zu vermitteln, während der emotionale Kanal damit nur partiell und der körperliche Kanal vielleicht gar nicht angesprochen wird. Verbal lässt sich zwar eine körperliche Intervention beschreiben, geht es dann aber um das Verständnis der Auswirkung, wird es schon schwieriger. Nehmen wir als Beispiel die tiefe Bauchatmung bei der Angstregulation. Die Anleitung könnte zum Beispiel so aussehen, dass das Ausatmen willentlich etwas verlängert wird und dem Einatmen nach einer kleinen Pause Raum gegeben wird, sich in den Bauch hinein zu entfalten. Die Wirkung könnte sein, dass die Herzfrequenz nach ein paar Atemzügen etwas langsamer wird und sich ein Gefühl der Gelassenheit einstellt. Die Verlangsamung des Pulses und eine Steigerung der Herzratenvariabilität sind empirisch belegt, Erklärungsmodelle weisen auf eine parasympathische Wirkung der verlangsamten, vertieften Ausatmung hin (Hirsch & Bishop, 1981; Jerath et al., 2006). Die genauen Mechanismen sind noch Gegenstand von Hypothesen. Dass dies auch zu Gelassenheit führt, können Sie als LeserIn mir vielleicht glauben, weil Sie es plausibel finden. Eine angstmindernde Wirkung der verlängerten Ausatmung konnte denn auch empirisch gezeigt werden (Cappo & Holmes, 1984). Wenn ich Sie jetzt einlade, die Wirkung am eigenen Leib zu testen, so machen Sie dazu noch die ganz subjektive Erfahrung, dass an der Sache etwas dran ist. Oder auch nicht – je nachdem, welche neurophysiologischen Voraussetzungen Sie mitbringen und wie Sie die Anleitung umsetzen. Wenn Sie tatsächlich gelassener werden dadurch, erahnen Sie vielleicht die enorme

Bedeutung dieser Intervention. Es kommen Ihnen viele Indikationen und Anwendungsmöglichkeiten dafür in den Sinn.

Das Beispiel war vergleichsweise einfach. Komplexer wird es, wenn es um Gewohnheiten bei der Steigerung der sexuellen Erregung geht. Nehmen Sie die Aussage, dass sich eine andauernde hohe Muskelspannung bei der Erregungssteigerung einschränkend auf die sexuelle Funktion und das sexuelle Lusterleben auswirkt, aber ebenso auf die erotische Wahrnehmung von sich selbst und des Gegenübers, letztlich auch auf die erotische Selbstsicherheit. Die Aussage ist für sich genommen gewagt. Später werde ich einige Forschungsergebnisse aufführen, die sie stützen. Damit können Sie sie vielleicht nachvollziehen, Zweifel sind aber verständlich, und die klinische Bedeutung der Aussage mag sich nicht voll erschließen. Wenn Sie die Auswirkung gewisser körperlicher Modifikationen hingegen am eigenen Leib erleben, fällt es leichter zu verstehen, was Anspannung und Bewegung mit intrapsychischen und paardynamischen Vorgängen zu tun haben. Das eigene Erleben verleiht dem Verständnis eine weitere Dimension, die die Implikationen und Möglichkeiten dieser Arbeitsweise umfasst. Deshalb ist die körperliche Selbsterfahrung in der Sexocorporel-Therapie wie auch in der Ausbildung der Sexocorporel-TherapeutInnen ein zentraler Pfeiler der Wissensvermittlung. Nur ungern beschränke ich mich, wie in diesem Beitrag, auf reinen Text. Die Methode mag dann oberflächlich wirken und es kommt zu Missverständnissen ähnlich wie den oben beschriebenen.

Auch in der Körperpsychotherapie wird des Öfteren infrage gestellt, ob körperorientierte Behandlungen als Psychotherapie anzusehen sind. Nach Geuter (2009, S. 75) erklärt sich die Körperpsychotherapie ihre Wirksamkeit unter anderem mit der empirisch zunehmend gestützten Theorie, dass die autonome Nerventätigkeit mit höheren psychischen Prozessen verknüpft ist. So könne beispielsweise Körperarbeit, die beruhigend auf das autonome Nervensystem einwirke, psychisch harmonisierend wirken, auch ohne auf psychodynamische Einsichten zu zielen. Zahlreiche neuere Ergebnisse der experimentellen Psychologie belegen, dass die mentale Repräsentation der Umwelt und anderer Menschen vom körperlichen Zustand oder von körperlichen Bewegungen und körperlichem Ausdrucksverhalten abhängt (Geuter, 2009). Analog lässt sich postulieren, dass die Sexocorporel-Therapie mit ihren Körperinterventionen unter anderem über die Beeinflussung des autonomen Nervensystems emotionale Regulationsprozesse und infolge auch kognitive Denkmuster und partnerschaftliches Erleben und Verhalten verändern kann und somit einen psychotherapeuti-

schen, kognitiven, emotionsfokussierten und sogar in gewissem Sinne systemischen Ansatz der Sexualtherapie darstellt. Sie macht sich zunutze, dass körperliche Vorgänge wie das sinnliche Spüren oder verschiedene Zustände des autonomen Nervensystems zum Beispiel durch Atemmodulation oder motorische Spannungsregulation willentlich beeinflussbar und daher therapeutischen Interventionen zugänglich sind (ebd., S. 83). Auch manche andere Sexualtherapieansätze setzen körperliche Interventionen ein, wie zum Beispiel die körperliche Entspannung als Ergänzung der Behandlung der Ejaculatio praecox (Neuhof & Hartmann, 2017, S. 345). Sie machen daraus jedoch kein eigentliches therapeutisches Konzept, bei dem wie im Sexocorporel mit dem Verständnis der Gleichwertigkeit von emotionalen, kognitiven und sensomotorischen Interventionen individuell angepasst ein großes Spektrum körperlicher Interventionen zum Einsatz kommt.

Theoretische Grundlage 2: Sexuelle Gewohnheiten sind lebenslang erlernbar und veränderbar

Eine weitere wichtige Grundannahme ist, dass sich die Art, wie wir die Sexualität leben, durch Gewohnheiten auszeichnet, die wir im Verlauf unserer Lerngeschichte erworben haben. Insbesondere für die Selbstbefriedigung haben die meisten Menschen dabei wenig Lernhilfe erhalten, da eine solche bei uns gesellschaftlich nicht vorgesehen ist. Es ist erstaunlich, wie viel sie sich dennoch autodidaktisch aneignen können! Dabei werden durch jegliche Berührungen und Bewegungen, die sexuelle Erregung auslösen und steigern, Stimulationsmuster konditioniert (Pfaus et al., 2016; Georgiadis & Kringelbach, 2012). Bei der Übertragung dieser Erregungsgewohnheiten auf die Paarsexualität stoßen jedoch manche Menschen an gewisse Grenzen. So versteht der Sexocorporel das Entstehen vieler sexueller Schwierigkeiten als Folge unzureichend anpassungsfähiger Konditionierungen. Grenzen im sexuellen Lernen liegen also sozusagen in der »Natur« unserer Kultur und sind demnach häufig nicht durch intrapsychische oder partnerschaftliche Störungen bedingt, sondern haben diese eher sekundär zur Folge. Die Sexocorporel-Therapie befasst sich entsprechend mit diesen Grenzen als primäre Ursachen der Störungen und regt neue Lernprozesse an. Die Veränderung von Erregungs-, Wahrnehmungs-, Denk- und Interaktionsgewohnheiten wirkt sich intrapsychisch und partnerschaftlich aus. Dabei spielen Exploration und Einüben bei der Bildung

neuer Gewohnheiten eine zentrale Rolle (Hüther & Rüther, 2003). Konzepte des sexuellen Lernens und Übens werden natürlich auch in anderen Therapieformen angewandt. So weisen beispielsweise Übungsprogramme mit angeleiteter Masturbation bei weiblicher Anorgasmie eine gewisse Wirksamkeit auf (Heima & Meston, 1997; LoPiccolo & Lobitz, 1972). Meist steht dabei die genitale Stimulationstechnik im Vordergrund. Nur wenige Autoren regen auch Bewegung an, zum Beispiel verlangsamte, schaukelnde Bewegungen in der »coital alignment«-Technik (Eichel et al., 1988; Pierce, 2000). Kaplan empfahl Letztere vor allem anorgasmischen Frauen, die sich habituell beim Geschlechtsverkehr nicht bewegten (Kaplan, 1992, S. 290). Jean-Yves Desjardins, der den Sexocorporel ins Leben rief, stand in Kontakt mit einigen dieser Pioniere und ließ sich von ihnen inspirieren. Er entwickelte daraus ein Übungskonzept, das weit umfassender ist, da es nicht nur die Bereicherung mechanischer Techniken anstrebt, sondern die Person auch auf der emotionalen und der Beziehungs-ebene erreichen möchte.

Wichtig für die Grundhaltung im Sexocorporel ist das Verständnis, dass gelernte Muster nicht krankhaft oder defizitär sind, sondern Lösungsversuche darstellen, die ursprünglich ihren Sinn besaßen, nun aber, wenn sie zu Störungen in der Sexualität führen, eine Anpassung an die aktuelle Lebenssituation benötigen. Diese Sichtweise ist ressourcenorientiert und nicht pathologisierend, weshalb sie sowohl von den KlientInnen als auch von den TherapeutInnen sehr geschätzt wird und möglicherweise die Popularität der Sexocorporel-Ausbildung mitbegründet. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, dass die körperlichen Interventionen nicht, wie teils bei den oben genannten Pionieren, einem »Programm« oder Rezeptbuch folgen, sondern individuell sehr unterschiedlich ausfallen. Um adäquate und passende Veränderungen anzuregen, muss zunächst durch eine genaue Evaluation der ursprüngliche Lösungsversuch identifiziert und in seiner Funktion verstanden werden. So kann beispielsweise die Tendenz, den Körper in sexueller Erregung stark anzuspannen, einzig zur Steigerung der Erregung entwickelt worden sein. Oder sie hatte auch eine Schutzfunktion in einer unsicheren Umgebung, oder sie stellt die Langzeitfolge einer Traumatisierung dar. Entsprechend unterschiedlich werden die Interventionen ausfallen, je nachdem, ob das Gewährleisten der Erregung, die Angstregulation oder das Ersetzen von überflüssig gewordenen Schutzmechanismen im Vordergrund stehen (siehe dazu Bischof, 2018b).

Das Konzept der sexuellen Erregungsgewohnheiten oder *Erregungsmodi* stellt im Sexocorporel eine wichtige Basis vieler therapeutischer Überlegungen dar, deshalb möchte ich es nachfolgend genauer beleuchten.

Hypothese 1: Die meisten Menschen nutzen spezifische sexuelle Erregungsmodi, die das sexuelle Erleben und die sexuelle Funktion beeinflussen

Modelle für die genitale sexuelle Erregung als physiologische Basis der menschlichen Sexualität existieren seit über 50 Jahren. Die körperlichen Veränderungen von der genitalen Vasokongestion bis zum Anstieg des Blutdrucks, der Herzfrequenz und der Muskelspannung sind gut untersucht (Masters et al., 1984). Neuere Forschung belegt, dass diese reflektorisch ablaufenden Prozesse nicht bei jedem Menschen das gleiche Lustempfinden auslösen, sich sexuelle Erregung also nicht mit lustvoll erlebter Sexualität gleichsetzen lässt (Apfelbaum, 1989; Meston & Gorzalka, 1995). Auch Desjardins stieß auf dieses Phänomen. Er beobachtete dabei einen Zusammenhang zwischen dem subjektiven Erleben der Sexualität und der Art, wie Menschen ihre sexuelle Erregung steigern. Empirisch konnte er feststellen, dass der Einsatz des Körpers, insbesondere bestimmter Muskelgruppen und der Atmung sowie des Stimulationsfokus, oft sehr spezifischen Mustern zu folgen scheint, den sexuellen Erregungsmodi (Chatton et al., 2005). Er kategorisierte die Erregungsmodi entsprechend der Art der Stimulation (Druck oder Reibung oder Vibration; einförmige oder variable Muster) und dem spezifischen Aktivitätsmuster der Muskulatur (»Spannungsmodi« mit Anspannung und Versteifung des Körpers und flacher Atmung oder »Bewegungsmodi« mit Bewegung und tiefer Atmung) (Desjardins et al., 2010; genaue Beschreibung bei Bischof, 2018a und Bischof, 2012). Ihm fiel auf, dass das Stimulationsmuster und insbesondere das Ausmaß der Muskelspannung und Bewegung ausschlaggebend sind für das subjektive Erleben der Sexualität. Muskeln im Becken und angrenzenden Regionen spannen sich bei sexueller Erregung unwillkürlich an. Dies ist sowohl Voraussetzung für als auch Folge von sexueller Erregung (Giuliano et al., 2002; Masters et al., 1984). Offenbar ist dies aber nicht bei allen Individuen gleich ausgeprägt. Während die einen die Spannung rhythmisch steigern und über Bewegungen des Beckens und Rumpfes modulieren, benötigen andere eine kontinuierliche Anspannung, die sich vom

Beckenbereich auf den Oberkörper und die Extremitäten ausdehnt. Dies hat Auswirkungen auf das Atemmuster, das je nach Anspannung eher flach oder tief ausfällt, und damit auch auf den Zustand des autonomen Nervensystems (Hirsch & Bishop, 1981).

Existenz der Erregungsmodi

Bisweilen wird infrage gestellt, wie verbreitet die Erregungsmodi sind, ja, ob diese Verhaltensmuster überhaupt existieren (Maß & Bauer, 2016, S. 106). In der Fachliteratur finden sich tatsächlich sporadisch Beobachtungen des Phänomens. Schon bei Säuglingen wird beschrieben, dass sie ab dem Alter von drei Monaten fähig sind, mit rhythmischer Muskelanspannung Druck auf ihre Genitalregion auszuüben. Begleitet ist dies von stereotypen, spastischen Bewegungen und neurovegetativen Symptomen wie Grunzen, Schwitzen und Gesichtsröte, wie wir sie von der sexuellen Erregung Erwachsener kennen, manchmal auch von den Spasmen einer Entladung. Das Verhalten wird heute als normale kindliche Selbststimulation eingestuft. Das Muster unterscheidet sich bei den Kindern, bleibt jedoch beim gleichen Individuum oft über Jahre sehr konstant (Yang et al., 2005; Hansen & Balslev, 2009). Manche Erwachsene berichten, dass sie von klein auf den gleichen Erregungsmodus benutzt haben. Das beschriebene Bewegungsmuster nannte Desjardins den *archaischen Erregungsmodus* (auch Druckmodus), weil er im Säuglingsalter schon vor der willkürlichen Handmotorik als erster Modus erworben werden kann.

Beschreibungen spezifischer Stimulationstechniken im Erwachsenenalter finden wir bei Kinsey et al. (1948, 1953), die diese als konditionierte Gewohnheiten verstanden: »Most males restrict themselves to a limited number of masturbation techniques to which they have been erotically conditioned. [...] A small subgroup of men don't use their hands to masturbate but rub against the bed« (1948, S. 509f.). In der nüchternen tabellarischen Publikation ihrer numerischen Resultate finden sich zu Stimulationstechniken zahlreiche Angaben, aus denen sich teilweise Erregungsmodi ableiten lassen. Die letztgenannte Technik, die ich dem Druckmodus zuordnen würde, wurde zum Beispiel häufig verwendet von 12,1 Prozent der »kaukasischen« (weißen) und 6,8 Prozent der schwarzen College-Ab solventen sowie von 11,2 Prozent der übrigen »kaukasischen« Männer (Gebhard & Johnson, 1998, S. 210). Über klinische Folgen wurde nicht

berichtet. Bei den Frauen dagegen stellten Kinsey und andere Forscher eine Auswirkung der Erregungsgewohnheiten auf die sexuelle Erregungssteigerung fest. Insbesondere scheinen Muskelspannung und Hüftbewegungen die koitale Orgasmusfähigkeit zu beeinflussen (Clifford, 1978; De Brujin, 1982; Leff & Israel, 1983; Bischof-Campbell et al., 2019; Kinsey et al., 1953, S. 619). Masturbationsgewohnheiten wie das Zusammenpressen der Schenkel oder das Pressen des Genitals gegen Kissen oder Mobiliar waren bei Frauen häufiger mit Partneranorgasmie verbunden (Carvalheira & Leal, 2013). Therapeutische Überlegungen wurden dazu nicht angestellt. Dagegen haben Erregungsmodi der Männer im Zusammenhang mit verzögerter Ejakulation verschiedentlich Aufmerksamkeit erlangt (Althof, 2012). So beschrieben Perelman und Rowland bei 75 von Anejakulation betroffenen Männern »idiosynkratische Masturbationsmuster«, unter anderem Reiben des Penis an der Unterlage, durch die Kleidung, mit sehr intensivem Druck bis hin zu Hautverletzungen, in hoher Körperspannung und in spezifischen Körperpositionen (Perelman & Rowland, 2006). Die Stimulationsmuster waren auffallend präzise und auch schon kleinsten Veränderungen gegenüber resistent. In meiner Kategorisierung sind sie ebenfalls dem Druckmodus zuzuordnen. In den Behandlungen kamen nebst Psycho- und Pharmakotherapie veränderte Masturbations- und Partnerstimulationstechniken zum Einsatz. Sank (1998) beschrieb je zwei homosexuelle und heterosexuelle Männer, die an Erektionsstörungen oder verzögerter Ejakulation beim Partnersex litten und ähnliche Stimulationsmuster bei der Masturbation aufwiesen: in Bauchlage, Druckstimulation, zum Teil mit großer Anstrengung. In der Behandlung spielte die taktile »Resensibilisierung« des Penis eine zentrale Rolle, Bewegungsmuster wurden dagegen nicht erwähnt. Seine Empfehlung lautete, bei männlichen Erregungs- und Orgasmusproblemen stets den Erregungsmodus bei der Masturbation zu evaluieren und, geradezu revolutionär und deshalb wahrscheinlich auch unbeachtet geblieben, dass man präventiv schon Jugendlichen adäquate Masturbationstechniken beibringen sollte – eine Strategie, die in der Sexocorporel-Sexualpädagogik und auf der Sexocorporel-gestützten Jugendberatungswebsite www.lilli.ch zur Anwendung gelangt.

In einer aktuellen Untersuchung von Gonin-Spahni et al. (2019) in Zusammenarbeit mit dem ZISS konnte nachgewiesen werden, dass anhaltende Muskelspannung bei Männern gehäuft mit Erektionsproblemen verbunden war, im Gegensatz zu Bewegung in Becken und Oberkörper. Letztere war bei beiden Geschlechtern verbunden mit einem positiveren

sexuellen Selbstbild. Des Weiteren war tiefe Atmung assoziiert mit weniger sexuellem Leidensdruck bei beiden Geschlechtern, bei Männern mit höherer sexueller Zufriedenheit und besserer Kontrolle über den Zeitpunkt der Ejakulation und bei Frauen mit weniger Angsterleben.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in der wissenschaftlichen Literatur zahlreiche Hinweise auf die Existenz der Erregungsmodi vorliegen. Eine umfassende Beschreibung und Kategorisierung nahm dagegen nur Desjardins vor, und der Bezug zur Therapie von sexuellen Störungen wird, mit Ausnahme der Anejakulation, nur im Sexocorporel klar hergestellt.

Probleme bei der Erhebung der Prävalenz

Jenseits der Daten von Kinsey, die über 70 Jahre alt sind, erhalten wir in der Literatur keine klaren Angaben zur Prävalenz der Erregungsmodi. In einer unpublizierten Untersuchung von 300 italienischen Studierenden wiesen 30 Prozent der Frauen und 23 Prozent der Männer einen Druckmodus auf, 43 Prozent der Frauen einen klitoralen Reibungsmodus; zum Reibungsmodus bei Männern liegen keine Angaben vor (Santarelli, 1987). Die Studierenden hatten vor der Fragebogenerhebung eine mündliche Einführung in die Thematik der Erregungsmodi erhalten, was wahrscheinlich relevant ist, denn in der Untersuchung von Gonin-Spahni gaben die nicht vorinformierten Probanden an, dass es ihnen schwer gefallen sei, die Fragen zu den Erregungstechniken zu beantworten. Bischof-Campbell (2012) fand bei der großen Mehrheit von rund 1.400 Frauen eine Präferenz für ein bestimmtes Erregungsmuster, allerdings auch eine Anzahl Frauen, die, vor allem in der Paarsexualität, verschiedene Modi angaben. Aus der Erfahrung in der Sprechstunde weiß ich, dass es Menschen beim ersten Gespräch oft nicht leichtfällt, ihren Modus zu identifizieren. Denken Sie selbst einen Moment darüber nach: Ist Ihnen bewusst, ob Sie in hoher Erregung und kurz vor dem Orgasmus Muskeln anspannen, den Atem anhalten oder den Beckenboden bewegen? Nach Überprüfung können unsere KlientInnen oft erst in der dritten oder vierten Stunde genauere Angaben dazu machen. Nicht selten sind sie dann erstaunt darüber, wie hohe Muskelspannung sie tatsächlich einsetzen. Gerade ein erhöhter Muskeltonus scheint uns – beim Sex wie auch im Alltag – besonders wenig bewusst zu sein. Zwar ist die Frage nach Körperbewegung bei Erregung meist leichter

zu beantworten, aber für die Unterscheidung der Modi müssen wir diese Bewegung differenzierter evaluieren. Denn auch in den Spannungsmodi können ruckartige En-bloc-Bewegungen des Stammes auftreten, mit anderer Auswirkung auf die Neurophysiologie und das Erleben als die Mobilisierung der Becken- und Zwerchfellmuskulatur bei den Bewegungsmodi. Das beste Unterscheidungskriterium der Modi scheint bei Fragebogenuntersuchungen bislang die Art der genitalen Stimulation zu sein. In der Regel wissen die Menschen recht gut, ob sie sich sehr präzise stimulieren und ob dies mit rascher Reibung oder kräftigem Druck geschieht, wie es zu den Spannungsmodi gehört, oder ob die Stimulation variabel ist wie bei den Bewegungsmodi. Wichtig ist es, danach zu fragen, was kurz vor dem Orgasmus passiert, da zu Beginn der Erregungssteigerung noch eine große Varianz besteht und sich der Erregungsmodus oft erst in hoher Erregung voll entfaltet.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass wir keine aktuellen empirisch belegten Angaben über die Häufigkeit der Erregungsmodi machen können, zumal Fragebogen- und Interviewstudien sämtlich auf Selbst-report beruhen und somit nur eingeschränkt valide sind. Zur objektiven Quantifizierung könnte sich beispielsweise der Einsatz von Bewegungssensoren bei der Untersuchung der Erregungssteigerung als hilfreich erweisen.

Hypothese 2: Zusammenhang der sexuellen Erregungsmodi mit sexuellen Störungen

Wie am Beispiel der Anejakulation schon dargestellt, existieren in der Forschung Hinweise auf den Zusammenhang mancher Erregungsgewohnheiten mit sexuellen Schwierigkeiten. In der klinischen Erfahrung weisen Störungen der Erektion, des Orgasmus, des Verlangens, aber auch eingengte Sexualpräferenzen und dranghaftes Sexualverhalten auf Körperfähigkeit sehr häufig eine Verbindung mit dem Einsatz von hoher Muskelspannung, flacher Atmung und eingeschränkter Bewegung auf, nicht selten gekoppelt mit kleinräumigen, präzisen Stimulationsmustern (Bischof-Campbell et al., 2019; Gonin-Spahni et al. 2019). Auch Leistungsdruck und Versagensängste, die in unterschiedlichem Ausmaß bei sexuellen Störungen oft vorliegen, gehen mit vergleichbaren körperlichen Veränderungen einher. Ebenso bedeutsam ist die Beobachtung, dass die sexuellen Erregungsmodi die Qualität der erlebten sexuellen Lust färben, im Weiteren aber auch

Denkgewohnheiten über sich selbst und den Anderen, die Bewertung der sexuellen Interaktion und – zentral für die meisten Menschen in Partnerschaften – auch das Ausmaß an Intimität und Nähe, das in der sexuellen Begegnung erlebt werden kann. Dieser Zusammenhang ist von großer klinischer Relevanz. Er bietet eine Vielzahl therapeutischer Möglichkeiten durch Interventionen auf Körperebene, da körperliche Parameter wie Bewegung, Muskelspannung und Atmung der willkürlichen Einflussnahme oftmals direkter zugänglich sind als Emotionen und Gedanken.

Weshalb Erregungsmodi sich auf das sexuelle Erleben und die sexuelle Funktion auswirken, ist bislang klinisch kaum untersucht worden. Erkenntnisse aus der Forschung stützen aber die zugrunde liegenden theoretischen Überlegungen. Einige davon werden nachfolgend aufgeführt.

Auswirkung der Muskelspannung auf das Erleben

Andauernde hohe Muskelspannung, wie sie bei den Spannungsmodi eingesetzt wird, beeinträchtigt die Durchblutung des Genitals und des Beckenbodens. Der dadurch verursachte Sauerstoffmangel in der Muskulatur kann auf die Dauer unangenehm werden (Humphreys & Lind, 1963) und das Bedürfnis wecken, die Situation rasch zu beenden. Die Stimulation im Spannungsmodus kann daher sehr zielorientiert sein. Für viele Menschen geht es dabei – besonders bei der Selbstbefriedigung – nicht um Verweilen und Genießen, sondern darum, eine Entladung herbeizuführen. Die durch die Spannung bedingte Einschränkung der genitalen Vasokongestion kann eine erhöhte Störanfälligkeit der Erregung bewirken: Schon bei einem kleinen Stimulationsfehler kommt es zum Abfluss des Blutes und damit zum Erregungsabfall – bei den Männern steigt das Risiko einer Erektionsstörung oder einer Anejakulation, Frauen tendieren zur Anorgasmie, beide müssen einen größeren Aufwand an Konzentration auf die Erregungssteigerung betreiben. Die Reise zur orgasmischen Entladung wird dann manchmal als »Arbeit« erlebt. Bleibt die Muskulatur hingegen in Bewegung, wird der ganze Beckenraum stärker durchblutet und die Erregung setzt sich auch bei Stimulationsunterbrechungen fort.

Auch das emotionale Erleben wird durch die Muskulatur beeinflusst. In der Forschung werden zugrunde liegende Mechanismen kontrovers diskutiert. Es gibt Anzeichen dafür, dass hohe Muskelspannung die zentrale Verarbeitung nozizeptiver und vielleicht auch lustvoller Sinnesreize einschränkt.

ken kann (Knost et al., 1999; Pluess et al., 2009). Das mag dazu beitragen, dass eine Person im Spannungsmodus genitale Berührungsreize bisweilen nur eingeschränkt wahrnehmen und zärtliche Berührungen sogar als unangenehm erleben kann. Gestützt auf zahlreiche Therapieverläufe wissen wir, dass die gleiche Person, wenn sie beginnt, ihren Körper bei sexueller Erregung fließend zu bewegen, Berührungen differenzierter und lustvoller wahrnehmen und einen innigen Kontakt mit dem Gegenüber herstellen kann – so kann ein neurologisches Phänomen eine einfache Erklärung für ein »Intimitätsproblem« sein. Auch wenn die Person habituell hohe Muskelspannung als Schutz nutzt, weil sie zum Beispiel in einer unsicheren Umgebung aufgewachsen ist, braucht es meiner Erfahrung nach oftmals keine psychotherapeutische Aufarbeitung der Kindheit, um diese Gewohnheit »aufzuweichen« und mehr Intimität und Begegnung in der Partnerschaft zu ermöglichen. Dies lässt sich auch mit körperlichen Interventionen erreichen – nicht in Richtung Entspannung, die möglicherweise Ängste eher fördert, sondern in Richtung Bewegung. Man kann dafür den Vergleich mit der Reaktion einer Katze heranziehen, wenn sie gestreichelt wird: Sie bewegt sich dem Streichelnden entgegen. Der emotional distanzierende Effekt der generalisierten Muskelanspannung wird wahrscheinlich auch bedingt durch die damit einhergehende Steigerung des Sympathikotonus. Denn sie schränkt die Mobilität des Zwerchfells ein, lässt die Atmung abflachen und die Sauerstoffversorgung absinken (Jerath et al., 2006; Cappo & Holmes, 1984). Etwas sympathische Aktivität brauchen wir für die sexuelle Erregung, ab einem bestimmten Grad jedoch wirkt sie hemmend (Ulrich-Lai et al., 2010; Lorenz et al., 2012). Sie wird dann zunehmend von unangenehmen Gefühlen wie Angst, Selbst- oder Partnerabwertung oder Aggressivität begleitet. Ein solcher Kampf-oder-Flucht-Zustand begünstigt die prosoziale Interaktion nicht und lässt sich daher auch schwer mit Intimitäts- und Verschmelzungserleben verbinden (Porges, 2015). Von Klienten hören wir Aussagen wie: »Wir lieben uns doch, aber beim Sex sind wir einander so fern!« Der sympathisch ausgelöste Stress wirkt sich auch negativ auf das lustvolle sexuelle Erleben aus (Ter Kuile et al., 2007). Umgekehrt ist die Aktivität des neurovegetativen Gegenspielers, des Vagusnervs, bei Frauen mit intakter Sexualfunktion höher als bei solchen mit sexuellen Störungen (Stanton, 2017). Wahrscheinlich ist also ein Verschieben des neurovegetativen Gleichgewichts zugunsten des Parasympathikus für das sexuelle Erleben sinnvoll. Dies scheint bei den Bewegungsmodi der Fall zu sein. Dort aktiviert die Bewegung der Beckenschaukel parasympa-

thische Rezeptoren (Cottingham et al., 1988). Das Gleiche gilt für die tiefe Bauchatmung (Jerath et al., 2006). So haben wir einige empirische Hinweise darauf, dass das vegetative Nervensystem das sexuelle Erleben, die Sexualfunktion und das Beziehungserleben beeinflusst. Entsprechend bedeutsam und folgenschwer ist die Hypothese, dass Spannungs- und Bewegungsmodi mit unterschiedlicher sympathischer und parasympathischer Aktivierung einhergehen. Diese müssten dann nämlich bei den meisten Sexualtherapien erfasst und berücksichtigt werden.

Beispiel: Weibliche koitale Anorgasmie und Erregungsmodus

Bei Frauen, die sich sexuelle Handlungen wünschen, die die Vagina einbeziehen, stehen Schwierigkeiten mit der Erregungssteigerung bei der Penetration mit vielen Sexualstörungen im Zusammenhang (Anorgasmie, Lustlosigkeit, Dyspareunie). Sie lassen sich unter anderem auf Grenzen der vaginalen Wahrnehmung zurückführen (Bischof-Campbell et al., 2019). Direkt kausal beteiligt sind

- Stimulationsgewohnheiten, die entweder gar nicht vorhanden sind oder ausschließlich auf Klitoris oder Vulva fokussieren und die Vagina nicht einbeziehen, sodass die Repräsentation des vaginalen Innenraums im sensorischen Cortex und im subjektiven Selbstbild wenig entwickelt ist (Kontula & Miettinen, 2016);
- Erregungsmodi, bei denen das Becken still gehalten und die Beckenbodenmuskulatur anhaltend angespannt wird, weil dadurch die Vaskongestion der Vagina, die Lubrikation und das vaginale Ballonieren eingeschränkt werden, was die Wahrnehmung und Symbolisierung eines erregbaren und aktiv aufnehmenden Innenraumes verhindert;
- Erregungsmodi mit generalisierter hoher Muskelspannung, die über sympathische Aktivierung selbst- oder partnerverursachte Versagensängste und Leistungsdruck steigern, das Loslassen im Orgasmus erschweren und durch bewertendes Denken und weitere negative Kognitionen den Fokus von erotischen Stimuli ablenken (Adam et al., 2015);
- ein fehlendes Selbstkonzept erotischer Kompetenz: »Ich (= meine Vagina) kann das nicht!« – ohne die Kenntnis, dass dies eine Frage von Lernprozessen ist. Erschwerend wirken sich oft Kognitionen aus, die das weibliche Geschlecht abwerten.

In der Sexocorporel-Therapie regen wir bei Frauen, die ihre vaginale Erregbarkeit steigern wollen, die Interozeption (die viszerale Körperselbstwahrnehmung) durch langsame Kontraktionen der Beckenbodenmuskulatur und durch regelmäßige achtsame vaginale Selbstberührung bei simultaner Beckenbewegung an. Der Aufmerksamkeitsfokus weg von Leistungsgedanken und hin zur absichtslosen Körperwahrnehmung kann zusammen mit tiefer Atmung auch die Emotionsregulierung unterstützen, Leistungsstress und Versagensängste mindern und eine gelassener Haltung den Erwartungen des Partners gegenüber fördern (Genaueres dazu bei Bischof, 2018b). Achtsamkeitsbasierte Verfahren werden neuerdings auch von anderen Autoren als wirksam bei der Behandlung weiblicher Erregungsstörungen beschrieben (Adam et al., 2015). Brotto (2016) beobachtete einen Zusammenhang zwischen einer gesteigerten interozeptiven Wahrnehmung und einer stärkeren sexuellen Konkordanz (= Übereinstimmung zwischen subjektivem Erleben und messbarer Erregung), was wiederum die Orgasmusrate erhöhte. Interessanterweise wurde jedoch die gemessene genitale Vasokongestion durch die vorgeschlagenen Maßnahmen nicht gesteigert. Möglicherweise ist dies im von Brotto beschriebenen Verfahren bedingt durch das Fehlen einer Intervention zur Erweiterung bestehender Spannungsmodi. Auch den Einsatz von Vibratoren, wie ihn Brotto beschreibt, empfehle ich wegen der steigernden Wirkung auf die Muskelspannung eher selten. Das Anregen von achtsamer Stimulation ohne weitere körperliche Modifikationen wäre im Sexocorporel nur die halbe Sache. Vertiefte Atmung und das Spiel mit Muskelspannungen und Bewegung sind in dieser Praxis wichtige therapeutische Strategien, die nicht nur die Wahrnehmung fördern, sondern auch die genitale Durchblutung steigern, den Leistungsdruck mindern und die koitale Orgasmusfähigkeit begünstigen können. In einer eigenen Fragebogen-Untersuchung an rund 1.200 heterosexuellen Frauen zeigte sich, dass Frauen, die beim Koitus das Becken bewegen, eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, dabei zum Orgasmus zu gelangen, als Frauen, die das Becken still halten – und zwar ganz unabhängig davon, ob die Klitoris zugleich stimuliert wurde oder nicht (Bischof-Campbell et al., 2019). Es wäre interessant, in einem nächsten Schritt die Auswirkung der Sexocorporel-Therapie und insbesondere der Mobilisierung der Beckenmuskulatur auf die vaginale Vasokongestion und die sexuelle Konkordanz zu messen und zu objektivieren.

Beispiel: Erektionsstörungen und Erregungsmodus

Erektionsstörungen treten, wenn nicht schwerwiegende medizinische Faktoren vorliegen, oft eher situativ auf, nämlich vor allem in der Paarsexualität, während die Selbstbefriedigung weniger betroffen ist. Einerseits lässt sich dies durch den Leistungsdruck und die starken Ängste erklären, die das meist als einschneidend erlebte »Versagen« in den Augen der Partnerin oder des Partners bei diesen Männern auslöst und die sich ihrerseits negativ auf die Erektionsfähigkeit auswirken. Andererseits sind hier regelmäßig Erregungsgewohnheiten zu beobachten, die dazu geeignet sind, allein die Erregung zu steigern, im Partnersex aber nicht immer gleich gut reproduzierbar sind. Dazu gehören unter anderem

- eine starke bis ausschließliche Fokussierung auf visuelle Reize (z. B. Pornos) – im Sinne einer einseitigen Aufmerksamkeitsverschiebung weg von der Haptik und sensorischen Selbstwahrnehmung hin zur visuellen und zur Bedeutungsebene;
- die Notwendigkeit sehr rascher, kräftiger Reibung des Penis oder anderer Stimulationsformen, die insbesondere im vaginalen Geschlechtsverkehr nicht wiedergefunden werden können (homosexuelle Handlungen bieten hier gelegentlich mehr Spielraum);
- die Notwendigkeit einer ganz bestimmten Körperstellung, zum Beispiel der Seitenlage, mit einem spezifischen Stellungs- und Spannungsmuster der Beine;
- die Notwendigkeit, die Muskulatur des Stammes zunehmend stark und andauernd anzuspannen, was unter anderem im Beckenbereich (insbesondere durch die Schwellkörpermuskulatur) die Durchblutung des Penis und die Wahrnehmung der Oberflächensorik einschränkt;
- eine generalisierte starke Muskelanspannung, die das sympathische Nervensystem übermäßig aktiviert und damit einerseits antirektik wirkt und andererseits Leistungsstress und negative Gedanken fördert;
- die Ruhigstellung des Beckens in der Anspannung, die, besonders im Sitzen, die Fähigkeit einschränkt, sich als aktiv penetrierenden Mann zu erleben, die Penetration als erotische Handlung zu visualisieren und sich darin auch sicher zu fühlen.

Für Männer, die an hohe Spannung und kräftigen Druck am Penis gewöhnt sind, ist die Stimulation, die die Vagina oder der Mund auf den Penis aus-

üben, oft zu wenig intensiv. So ziehen sie Analverkehr vor oder behelfen sich bei der Penetration mit manuellem Druck auf die Basis des Penis. Schon im jungen Alter kann dies zu Erektionsverlust beim Penetrieren oder zu verzögerter Ejakulation führen. Zur Kompensation der ungenügenden Stimulation beim Partnersex wird die Intensität unter Umständen auf der Fantasieebene, in Rollenspielen oder in spezialisierten Szenarien gesucht. Das kann gut funktionieren, jedoch entstehen Probleme, wenn ein Partner oder eine Partnerin mit den Inszenierungen nicht einverstanden ist. Bei Menschen mit sehr eingeschränkten Sexualpräferenzen (z. B. Fetisch) finden wir sehr oft einen solchen Druckmodus.

Ein Mann mit einem mehr reibungsorientierten Spannungsmodus kann dagegen selbst in der Partnersexualität, androgengestützt und quasi im »Autopiloten«, lange gut funktionieren, auch ohne in die bewusste sensorische Wahrnehmung und erotische Symbolisierung der Penetration investiert zu haben. Unter Umständen bestehen Schwierigkeiten, die Steigerung der Erregung zu modulieren, was sich in frühzeitigem Samenerguss äußern kann. Mit dem Absinken des Testosteronspiegels ab ca. 40 bis 50 Jahren treten dann oft Erektionsprobleme auf.

Die oben aufgeführten Erregungsgewohnheiten führen zu einer erektilen Labilität. Die Erektion wird rasch ins Wanken gebracht durch Störfaktoren wie zum Beispiel Spannungen in der Partnerschaft oder psychosoziale Belastungen. Diese Faktoren führen per se nicht zwingend zu Erektionsstörungen, solange keine erektilen Labilität vorliegt. Das gilt sogar für viele gesundheitliche Einschränkungen. Die Sexocorporel-Therapie fokussiert daher nicht primär auf diese »indirekten« Störfaktoren, sondern auf die Gewohnheiten, die unter anderem durch die Einschränkung der bewussten sensorischen Wahrnehmung des eigenen Körpers und die fehlende erotische Besetzung der Penetration die erektilen Labilität direkt verursachen. Therapeutisch zentral ist es, den Körper in Bewegung zu setzen. Kraftvolle Beckenbewegungen, insbesondere die Bewegung der Beckenschaukel (Ante- und Retroversion) mobilisieren Psoas- und Beckenbodenmuskeln, fördern die Durchblutung des Genitalraumes und der Schwellkörper und erleichtern die Erregungssteigerung bis zum Orgasmus. Gleichzeitig benötigt der Penis eine sinnliche Rehabilitierung: Durch achtsame, variable Selbstberührungen wird sein sensorisches Potenzial besser genutzt. Der Mann lernt auch, seinen Aufmerksamkeitsfokus von den Bedürfnissen des Partners oder der Partnerin weg und auf seine eigenen Sinnesempfindungen zu richten, um seine Erregung selbstverantwortlich

zu stützen und vom Leisten ins Genießen zu kommen. Entsprechende Bewegungsabläufe werden im Rahmen der Therapie zunächst eingeübt, dann in der Selbstbefriedigung eingesetzt. Zu Anfang ist mit einem Rückgang der Erektion zu rechnen, da von einem gut eingeschliffenen Erregungsmodus abgewichen wird und die neuen Stimuli nicht sofort sexuell wirksam sind (Both et al., 2011). Eine genaue Evaluation des Modus und sämtlicher Erregungsquellen ist daher stets Voraussetzung für eine an die Ressourcen angepasste Übungsverschreibung (genaue Beschreibung des Vorgehens bei Gehrig, 2010). Der vorübergehende Einsatz von PDE-5-Hemmern¹ kann in dieser Phase sinnvoll sein. Die Bewegung des Beckens verknüpft mit tiefer Atmung wirkt sich wie bei den Frauen vagoton aus und vermindert damit Gefühle von Angst und Stress (Cottingham et al., 1988). Sie kann in der Paarsexualität ein Schlüssel zu größerer Gelassenheit sein. Das bewährt sich auch in Paarübungen, wenn Sensationsfokus-Explorationen zum Einsatz kommen. Diese verlaufen modifiziert nach Masters und Johnson (Masters & Johnson, 1973) und dem Hamburger Modell (Hauch, 2013). Etappenweise werden sie ergänzt durch körperliche Interventionen, die das vegetative Nervensystem beeinflussen, die emotionale Selbstregulation unterstützen und eine Steigerung lustvoller Wahrnehmungen ermöglichen.

Zusammenfassung und Ausblick

In meinen Augen ist die Erforschung des Zusammenwirkens von Emotionen, Denkweisen, der Sensomotorik und dem autonomen Nervensystem als Teile eines Ganzen bahnbrechend im 21. Jahrhundert. Die Sichtweise ist nicht neu, wird sie doch mit Wilhelm Reich und der Körperpsychotherapie schon seit über 100 Jahren vertreten. Jedoch stehen uns heute weit aus differenziertere Technologien zur Verfügung, um sie zu überprüfen, sie vollends aus dem Dunstkreis der Esoterik zu heben und unser Verständnis darin zu vertiefen. Auch der Sexocorporel ist auf dieser Sichtweise aufgebaut. Er stellt als Therapiemethode seit den 1970er Jahren das Zusammenwirken emotionaler, kognitiver und somatomotorischer Komponenten der Sexualität als körperliche Phänomene ins Zentrum. Seine theoretische Basis wird nun erfreulicherweise zunehmend durch wissenschaftliche Er-

¹ Phosphodiesterase-5-Hemmer unterstützen die Erektion über einen gesteigerten Blut einstrom in die Penisschwellkörper.

kenntnisse aus dem Bereich der Neuropsychologie und Hirnforschung gestützt.

Vielversprechend scheint mir im Besonderen die Erforschung der Zusammenhänge zwischen sexueller Stimulation, dem vegetativen Nervensystem, der Befindlichkeit und zwischenmenschlicher Interaktion. Entsprechende Projekte sind am ZISS in Kollaboration mit dem Kinsey Institute unter der Leitung von Stephen Porges angelaufen. Einerseits wird der Zusammenhang zwischen Traumatisierungen, dem vegetativen Nervensystem und erektiler Dysfunktion untersucht. Andererseits wird die Hypothese überprüft, dass bei sexueller Stimulation mit einem Spannungsmodus bei hoher sympathischer Aktivierung der ventrale Vagus herunterreguliert ist, während bei einem bewegten Modus gleichzeitig vagale Aktivität vorliegt. Die Implikationen sind groß, da die sympathische Aktivierung ohne simultane ventrovagale Aktivität, wie oben bereits ausgeführt, die sexuelle Funktion einschränkt und mit Gefühlen von Angst und Ärger einhergeht, die einer lustvollen intimen Begegnung im Weg stehen. Wird die Hypothese bestätigt, hat dies Konsequenzen für das sexualtherapeutische und -pädagogische Schaffen (und vielleicht auch bei der Prävention von kardiovaskulären Ereignissen beim Sex!), denn dann sollten die individuellen Stimulationsgewohnheiten und Erregungsmodi in der Beratung berücksichtigt und gegebenenfalls modifiziert werden.

Meine eigene Erfahrung im Alltag als Sexualtherapeutin, Ausbildungsleiterin und Frau überzeugt mich immer wieder aufs Neue von der Wirksamkeit und Effizienz des Sexocorporel. Die heutige Zeit bietet jedoch nicht nur neue Möglichkeiten der Forschung, sondern fordert auch empirische Beweise. Ich habe hier versucht, die Grundlagen des Sexocorporel mit empirischen Befunden theoretisch zu untermauern. Nun freue ich mich auf eine vertiefte wissenschaftliche Abstützung, nicht zuletzt, weil dieser Ansatz, wie alles, im Fluss ist und dadurch auch weiterentwickelt und verfeinert werden kann.

Literatur

Adam, F., Géonet, M., Day, J. & de Sutter, P. (2015). Mindfulness skills are associated with female orgasm? *Sexual and Relationship Therapy*, 30(2), 256–267.

Althof, S. E. (2012). Psychological interventions for delayed ejaculation/orgasm. *International journal of impotence research*, 24(4), 131–136.

Apfelbaum, B. (1989). Retarded ejaculation: A much-misunderstood syndrome. In

S. R. Leiblum & R. C. Rosen (Hrsg.), *Principles and practice of sex therapy: Update for the 1990s* (S. 168–206). New York City: Guilford Press.

Bischof, K. (2012). Sexocorporel in the Promotion of Sexual Pleasure. In O. Kontula (Hrsg.), *Pleasure and Health (Proceedings of the Nordic Association for Clinical Sexology NACS)* (S. 59–68). Helsinki: Suomen Seksologinen Seura.

Bischof, K. (2017). Sexocorporel-Sexualtherapie. In T. Harms & M. Thielen (Hrsg.), *Körperpsychotherapie und Sexualität. Grundlagen, Perspektiven und Praxis* (S. 121–138). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Bischof, K. (2018a). Das Konzept des Sexocorporel. *Sexuologie*, 25(1–2), 35–49.

Bischof, K. (2018b). Sexocorporel-Sexualtherapie nach sexuellen Gewalterfahrungen. In M. Büttner (Hrsg.), *Sexualität und Trauma. Grundlagen und Therapie traumaassozierter sexueller Störungen* (S. 358–371). Stuttgart: Schattauer.

Bischof-Campbell, A. (2012). Das sexuelle Erleben von Frauen als Spiegel ihres sexuellen Verhaltens. Masterarbeit, Universität Zürich. https://www.ziss.ch/veroeffentlichungen/Masterarbeit_Bischof-Campbell_kl.pdf (06.02.2020).

Bischof-Campbell, A., Hilpert, P., Burri, A. & Bischof, K. (2019). Body Movement Is Associated With Orgasm During Vaginal Intercourse in Women. *The Journal of Sex Research*, 56(3), 356–366.

Both, S., Brauer, M. & Laan, E. (2011). Classical Conditioning of Sexual Response in Women: A Replication Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(11), 3116–3131.

Brotto, L. A., Chivers, M. L., Millman, R. D. & Albert, A. (2016). Mindfulness-based sex therapy improves genital-subjective arousal concordance in women with sexual desire/arousal difficulties. *Archives of Sexual Behavior*, 45(8), 1907–1921.

Cappo, B. M. & Holmes, D. S. (1984). The Utility of Prolonged Respiratory Exhalation for Reducing Physiological and Psychological Arousal in Non-threatening and Threatening Situations. *Journal of Psychosomatic Research*, 28(4), 265–273.

Carvalheira, A. & Leal, I. (2013). Masturbation among Women: Associated Factors and Sexual Response in a Portuguese Community Sample. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39(4), 347–367.

Chatton, D., Desjardins, J. Y., Desjardins, L. & Tremblay, M. (2005). La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle. *Psychothérapies*, 25(1), 3–19.

Clifford, R. (1978). Development of Masturbation in College Women. *Archives of Sexual Behavior*, 7(6), 559–573.

Cottingham, J. T., Porges, S. W. & Richmond, K. (1988). Shifts in Pelvic Inclination Angle and Parasympathetic Tone Produced by Rolfing Soft Tissue Manipulation. *Physical Therapy*, 68(9), 1364–1370.

De Brujin, G. (1982). From Masturbation to Orgasm with a Partner: How Some Women Bridge the Gap – and Why Others Don't. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 8(2), 151–167.

De Carufel, F. & Trudel, G. (2006). Effects of a New Functional-sexological Treatment for Premature Ejaculation. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(2), 97–114.

Desjardins, J. Y. (1986). L'approche sexo-corporelle (Fondements théoriques et champs d'application). *Psychothérapies*, 6(1), 51–58.

Desjardins, J. Y. (1996). Approche intégrative et sexocorporelle. *Sexologies*, 5(21), 43–48.

Desjardins, J. Y., Chatton, D., Desjardins, L. & Tremblay, M. (2010). Le sexocorporel. La compétence érotique à la portée de tous. In M. El Feki (Hrsg.), *La sexothérapie*:

Quelle thérapie choisir en sexologie clinique? (S. 63–103). Brüssel: De Boeck Supérieur.

Driemeyer, W. & Signerski-Krieger, J. (2013). Sexuelle Funktionsstörungen: Ansichten und Aussichten. *Psychotherapie im Dialog*, 14(2), 16–25.

Eichel, E.W., Eichel, J.D. & Kule, S. (1988). The Technique of Coital Alignment and Its Relation to Female Orgasmic Response and Simultaneous Orgasm. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 14(2), 129–141.

Gebhard, P. H. & Johnson, A. B. (1998). The Kinsey Data: Marginal Tabulations of the 1938–1963 Interviews Conducted by the Institute for Sex Research. Indiana: University Press.

Gehrig, P. (2010). Erektionsstörungen. In P. Gehrig & K. Bischof (Hrsg.), *Leitfaden Sexualberatung für die ärztliche Praxis* (S. 3–66). Zürich: Pfizer AG.

Georgiadis, J. R. & Kringselbach, M. L. (2012). The Human Sexual Response Cycle: Brain Imaging Evidence Linking Sex to Other Pleasures. *Progress in Neurobiology*, 98(1), 49–81.

Geuter, U. (2009). Emotionsregulation und Emotionserkundung in der Körperpsychotherapie. In M. Thielen (Hrsg.), *Körper – Gefühl – Denken. Körperpsychotherapie und Selbstregulation* (S. 69–94). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Giuliano, F., Rampin, O. & Allard, J. (2002). Neurophysiology and Pharmacology of Female Genital Sexual Response. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(Supp 1), 101–121.

Gonin-Spahni, S., Borgmann, M. & Gloor S. (2019). Sexualität Beziehung Gesundheit. Unveröffentlichte Studie. https://boris.unibe.ch/138794/1/SeBeGe-Newsletter_August2019.pdf (22.06.2020).

Hansen, J. K. & Balslev, T. (2009). Hand Activities in Infantile Masturbation: A Video Analysis of 13 Cases. *European Journal of Paediatric Neurology*, 13(6), 508–510.

Hauch, M. (2013). *Paartherapie bei sexuellen Störungen: Das Hamburger Modell – Konzept und Technik*. Stuttgart: Thieme.

Heima, J. R. & Meston, C. M. (1997). Empirically Validated Treatment for Sexual Dysfunction. *Annual review of sex research*, 8(1), 148–194.

Hirsch, J. A. & Bishop, B. (1981). Respiratory Sinus Arrhythmia in Humans: How Breathing Pattern Modulates Heart Rate. *American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology*, 241(4), H620–H629.

Hüther, G. & Rüther, E. (2003). Die nutzungsabhängige Reorganisation neuronaler Verschaltungsmuster im Verlauf Psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlungen. In G. Schiepek (Hrsg.), *Neurobiologie der Psychotherapie* (S. 224–234). Stuttgart: Schattauer.

Humphreys, P. W. & Lind, A. R. (1963). The Blood Flow through Active and Inactive Muscles of the Forearm during Sustained Hand-grip Contractions. *The Journal of Physiology*, 166(1), 120–135.

Jerath, R., Edry, J. W., Barnes, V. A. & Jerath, V. (2006). Physiology of Long Pranayamic Breathing: Neural Respiratory Elements May Provide a Mechanism that Explains how Slow Deep Breathing Shifts the Autonomic Nervous System. *Medical hypotheses*, 67(3), 566–571.

Kaplan, H. S. (1992). Does the CAT Technique Enhance Female Orgasm? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 18(4), 285–291.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B. & Martin, C. E. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: Saunders.

Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E. & Gebhard, P.H. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia: Saunders.

Knost, B., Flor, H., Birbaumer, N. & Schugens, M.M. (1999). Learned Maintenance of Pain: Muscle Tension Reduces Central Nervous System Processing of Painful Stimulation in Chronic and Subchronic Pain Patients. *Psychophysiology*, 36(6), 755–764.

Kontula, O. & Miettinen, A. (2016). Determinants of Female Sexual Orgasms. *Socioaffective Neuroscience & Psychology*, 6(1), 1–21. <https://doi.org/10.3402/snp.v6.31624> (26.02.2020).

Leff, J.J. & Israel, M. (1983). The Relationship between Mode of Female Masturbation and Achievement of Orgasm in Coitus. *Archives of Sexual Behavior*, 12(3), 227–236.

LoPiccolo, J. & Lobitz, W.C. (1972). The Role of Masturbation in the Treatment of Orgasmic Dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 2(2), 163–171.

Lorenz, T.A., Harte, C.B., Hamilton, L.D. & Meston, C.M. (2012). Evidence for a Curvilinear Relationship between Sympathetic Nervous System Activation and Women's Physiological Sexual Arousal. *Psychophysiology*, 49(1), 111–117.

Maß, R. & Bauer, R. (2016). *Lehrbuch Sexualtherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Masters, W.H. & Johnson, V.E. (1973). *Impotenz und Anorgasmie: Zur Therapie funktioneller Sexualstörungen*. Frankfurt a.M.: Goverts-Krüger-Stahlberg.

Masters, W.H., Johnson, V.E. & Siguusch, V. (1984). *Die sexuelle Reaktion*. Reinbek: Rowohlt.

Meston, C.M. & Gorzalka, B.B. (1995). The Effects of Sympathetic Activation on Physiological and Subjective Sexual Arousal in Women. *Behaviour Research and Therapy*, 33(6), 651–664.

Neuhof, C. & Hartmann, U. (2017). Vorzeitige (frühe) Ejakulation. In Hartmann, U. (Hrsg.), *Sexualtherapie: Ein neuer Weg in Theorie und Praxis* (S. 316–348). Berlin: Springer.

Perelman, M.A. & Rowland, D.L. (2006). Retarded Ejaculation. *World Journal of Urology*, 24(6), 645–652.

Pfaus, J.G., Quintana, G.R., Mac Cionnaith, C. & Parada, M. (2016). The Whole versus the Sum of Some of the Parts: Toward Resolving the Apparent Controversy of Clitoral versus Vaginal Orgasms. *Socioaffective Neuroscience & Psychology*, 6(1) 1–16. <https://doi.org/10.3402/snp.v6.32578> (26.02.2020).

Pierce, A.P. (2000). The Coital Alignment Technique (CAT): An Overview of Studies. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(3), 257–268.

Pluess, M., Conrad, A. & Wilhelm, F.H. (2009). Muscle Tension in Generalized Anxiety Disorder: A Critical Review of the Literature. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(1), 1–11.

Porges, S.W. (2015). Making the World Safe for Our Children: Down-Regulating Defence and Up-regulating Social Engagement to »Optimize« the Human Experience. *Children Australia*, 40(2), 114–123.

Sank, L.I. (1998). Traumatic Masturbatory Syndrome. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 24(1), 37–42.

Santarelli, F. (1987). Ricerca sui modi eccitatori. Genua: Unveröffentlichte Studie.

Stanton, A.M., Pulverman, C.S. & Meston, C.M. (2017). Vagal Activity During Physiological Sexual Arousal in Women With and Without Sexual Dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(1), 78–89.

Ter Kuile, M.M., Vigeveno, D. & Laan, E. (2007). Preliminary Evidence that Acute and Chronic Daily Psychological Stress Affect Sexual Arousal in Sexually Functional Women. *Behaviour research and therapy*, 45(9), 2078–2089.

Tschacher, W. (2010). Wie Embodiment zum Thema wurde. In M. Storch, B. Cantieni,

G. Hüther & W. Tschacher, *Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen* (S. 11–34). Bern: Huber.

Ulrich-Lai, Y. M., Christiansen, A. M., Ostrander, M. M., Jones, A. A., Jones, K. R., Choi, D. C., Krause, E. G., Evanson, N. K., Furay, A. M., Davis, J. F., Solomon, M. B., Kloet, A. D., Tamashiro, K. L., Sakai, R. R., Seeley, R. J., Woods, S. C. & Herman, J. P. (2010). Pleasurable Behaviors Reduce Stress via Brain Reward Pathways. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(47), 20529–20534.

Wiederman, M. W. (1998). The State of Theory in Sex Therapy. *Journal of Sex Research*, 35(1), 88–99.

Yang, M. L., Fullwood, E., Goldstein, J. & Mink, J. W. (2005). Masturbation in Infancy and Early Childhood Presenting as a Movement Disorder: 12 Cases and a Review of the Literature. *Pediatrics*, 116(6), 1427–1432.

Biografische Notiz

Karoline Bischof, Dr. med., ist Sexualtherapeutin, Supervisorin und Frauenärztin. Sie ist Mitbegründerin des Zürcher Instituts für klinische Sexologie und Sexualtherapie (ZISS) und leitet seit zehn Jahren die vom Institut Sexocorporel International anerkannten Sexocorporel-Ausbildungen in Süddeutschland und in Zürich. Sie hat zahlreiche Buchbeiträge und Artikel über den Sexocorporel verfasst. Ihr Online-Kurs auf www.lifelessons.de bietet eine vertiefte Einführung in das therapeutische Arbeiten mit Sexocorporel.

