

# Santé Sexuelle

La Revue de l'Institut Sexocorporel International Jean-Yves Desjardins



## Dans ce numéro

- *Hommage an Francesca Galizia Thiele*

Isabelle CHAFFAÏ und Dominique CHATTON

- *Vom Impuls zum Gefühl*

Francesca SANTARELLI

- *Emotionsfokussierte Paartherapie (EFT) und sexuelles Wohlbefinden: H*

Paul S. Greeman und Marie-Ève Lapointe-Campagna

- *Die Bedeutung des Sexocorporel für andere Berufe:*

Ein Interview, das Isabelle CHAFFAÏ (IC) mit Stefan FUCHS (SF) in Zürich geführt hat.



Institut Sexocorporel International  
Jean-Yves Desjardins

## **DIE REVUE SANTÉ SEXUELLE:**

Die **Revue SANTÉ SEXUELLE** dient der allgemeinen Information zu Fortschritten des Sexocorporel und zum Wachstum des ISI. Um einen Text zur Veröffentlichung einzureichen, schicken Sie ihn per Mail an:

[elllicel@gmail.com](mailto:elllicel@gmail.com)

[www.sexocorporel.com](http://www.sexocorporel.com)

Bitte beachten Sie: Die vollständige oder teilweise Reproduktion eines in der vorliegenden Revue veröffentlichten Artikels erfordert die schriftliche Zustimmung des ISI und muss mit der vollständigen Quellenangabe versehen sein. Für die in **SANTÉ SEXUELLE** veröffentlichten Artikel sind allein die Autor/Innen verantwortlich.

## **EDITORIALER RAHMEN:**

Präsentation der Texte für die Revue:

Es wird stets das Maskuline gebraucht, nicht als eine Form der Diskriminierung, sondern um die Lesbarkeit des Textes zu erleichtern.

Die zu veröffentlichenden Texte müssen in französischer Sprache abgefasst sein. Falls der Text auf Italienisch, auf Deutsch oder auf Englisch verfügbar ist, wird er ebenfalls veröffentlicht, und zwar im Anschluss an die französische Fassung.

Die Dokumente müssen als Word-Dateien geschickt werden und den Namen des Autors, seine Berufsbezeichnung und seine vollständigen Kontaktdaten (Adresse, E-Mail und Telefonnummer) enthalten.

## **BEWERTUNGSKRITERIEN:**

Alle Texte werden nach folgenden Kriterien bewertet:

- Qualität des Französischen
- Betrachtungen des Autors
- Novität der Konzepte, die durch den Artikel eingebracht werden
- Vertiefung bereits bekannter Konzepte
- Respektierung des Sexocorporel

## **ANNAHMERICHTLINIEN:**

Die Entscheidung zur Annahme eines Textes wird von den Mitgliedern des Ausschusses der Revue **SANTÉ SEXUELLE des ISI getroffen**. Der Ausschuss behält sich das Recht vor, kleinere Veränderungen an den Texten vorzunehmen, um die Publikationsnormen einzuhalten.

Um weitere Informationen zu erhalten oder um einen Text einzureichen, wenden Sie sich bitte an:

Elizabeth LE COGUIC

[elllicel@gmail.com](mailto:elllicel@gmail.com)

Tel. : +33 (0)3 90 50 59 33

## **PRÄSIDIUM 2014– 2015:**

**Jeffrey PEDRAZZOLI** (Schweiz): Präsident

**Michèle BONAL** (Frankreich): Vizepräsidentin

**Lise DESJARDINS** (Kanada): Generalsekretärin

**Joëlle GOURIER** (Schweiz):

Schatzmeisterin, (Referentin im Haushalts- und Vertragsausschuss,  
Referentin im Internet- und Kommunikationsausschuss)

**Pascal BENOIST** (Frankreich):

Referent im Wissenschaftsausschuss

**Claude ROUX-DESLANDES** (Frankreich)

**Patrizia GUERRA** (Italien)

#### **Die Ausschüsse und ihre Referenten:**

**Mélanie TREMBLAY** (Québec):

Referentin im Bildungsausschuss

**Elizabeth LE COGUIC** (Frankreich):

Referentin im Ausschuss der Revue

**Karoline BISCHOF** (Schweiz):

Referentin im Mitgliederausschuss

#### **Ausschuss der REVUE:**

**Elizabeth LE COGUIC** (Frankreich):

Referentin im Ausschuss

**Isabelle CHAFFAÏ, Joëlle GOURIER,**

**Elizabeth LE COGUIC, Anne-Charlotte LEROUX:**

Lektorat und Korrektur

**Joëlle GOURIER:**

Layout

## EDITORIAL

### WIE DAS LEBEN SO SPIELT

Unsere Engagements werden manchmal in Frage gestellt, sei es in unserem intimen Leben oder in unseren familiären oder sozialen Beziehungen, was uns dazu bringt, alles zu hinterfragen, uns hilflos und zweifelnd zurücklässt. Dies gehört zum Leben dazu.

Man kann sich dem weder als Paar noch in seinen zwischenmenschlichen Beziehungen entziehen, das Vereinsleben stellt keine Ausnahme dar, und es ist umso schmerzhafter, da wir unsere Großzügigkeit und unseren Idealismus mit all unserer Kraft eingebracht haben.

Thema dieser Revue werden die Paarbeziehungen sein, und nochmals ein Artikel zum Thema der Behinderung. Die Revue befindet sich auch am Scheideweg. Einige gehen, auch ich gehöre dazu – ebenso wie Joëlle Gourier, die zu den Grundpfeilern der Revue gehörte. Wir gehen, besorgt um die Fortführung, aber auch im vollen Vertrauen auf die Keime der Zukunft und Kräfte der Erneuerung unter dem scheinbaren Chaos. Das Wort «Chaos» hat dieselbe Etymologie wie Keim...

Und genauso kreativ wirkt die Zusammenführung von polaren, gegensätzlichen Kräften im Paar: Das ist das Prinzip der Alchemie: Aus der Konfrontation entgegengesetzter Kräfte entsteht Neues.

Das Vereinsleben ist reich, anspruchsvoll, es bringt viel Befriedigung, aber seine soziale Dimension ist manchmal Quelle des Verzichts, der Enttäuschungen, und das beste Mittel, um diese zu überwinden, besteht darin, das gemeinsame Ziel im Auge zu behalten... ein bisschen wie bei einem Paar...

Eine vor kurzem durchgeführte Studie hat gezeigt, dass im Vereinsleben die Belastung bei der Arbeit viel größer ist, denn die Machtspiele sind dieselben wie im Unternehmen, aber ohne materielle Entschädigung und oft ohne Anerkennung.

Im Vereinsleben braucht es Erneuerungen.

Ich werde mich zurückziehen, und möchte zu diesem Zeitpunkt auf den ganzen Reichtum dieser Arbeit verweisen, die spannend war, sowohl vom Inhalt als auch vom Austausch, Friktionen, die mich viel gelehrt haben.

Ein Dankeschön den Mitgliedern des Ausschusses: Joëlle, Isabelle, Anne Charlotte, die es stets ermöglicht haben, voranzukommen, durch ihren Ernst beim Lektorat der Texte, durch ihre Vorschläge, ihre Anpassungsfähigkeit, und den Autoren der Artikel für ihre Großzügigkeit und ihre Fähigkeit, die kleineren Korrekturen anzunehmen, die mit der Korrektur der Sprache und dem Verständnis der Inhalte zusammenhängen.

Ich danke ganz besonders Joëlle Gourier, die sich um das Layout der Revue gekümmert hat, mit allem, was dies an Kompetenzen erforderte - technischen und ... humanen.

Thomas Andree, unserem deutschen Übersetzer, Patrizia Guerra für die italienische Übersetzung, und so vielen zeitnahen Beteiligten, ohne die die Revue nicht hätte fortbestehen können.

Joëlle zieht sich zurück, genauso wie ich, und ich wünsche mir, dass die Erneuerung mit Kontinuität geschieht, bereichert durch die Beiträge, die mit der Beteiligung neuer «denkender» Köpfe entstehen.

**Elizabeth Le Coguic**

## Hommage an Francesca Galizia Thiele, die uns am 29. Juli 2015 verlassen hat

Ich hatte das Vergnügen, Francesca in Genf zu treffen. Ich hatte das Vergnügen, sie in Paris wiederzusehen. Ich habe zwei Geschenke von Francesca empfangen:

- Das erste war ihr Feedback zur Arbeit der Beobachter, und das gesamte Interesse, das sie dem Sexocorporel und der Kunst des Beobachtens entgegenbrachte. Wir haben uns oft darüber ausgetauscht: «wie man vorgehen sollte, um das Beobachtete neu zu formulieren».

Wir haben einen Tag lang sogar einige korporelle Rollenspiele in Peters Anwesenheit durchgeführt, um zu vertiefen, wie wir beobachten können, und unsere Beobachtungen in der Ausbildung und in der Paartherapie neu formulieren. Wir haben zusammen mit Francesca die bereichernden Erfahrungen und das Wissen, die uns Peter vermittelt hat, sehr geschätzt.

- Das zweite Geschenk ist persönlicher. Francesca hat mich gebeten, ihr kleine Kopfmassagen zu machen – Arbeit voll Hingabe. Ich behalte diesen Austausch zwischen sinnlichen Frauen in wunderbarer Erinnerung. Ich teile die Trauer ihrer Familie und ihrer Kinder, vor allem auch diejenige von Peter sowie ihren Freunden und Kollegen aus Wien, Zürich etc.....

Ich behalte in meinem Herzen dieses Lächeln, das von Herzen kommt, und diese melodische Stimme, sanft zu unserem Herzen.

Isabelle CHAFFAI

Ich behalte sie in guter Erinnerung, als jemand, der fröhlich ist, mit einer herzlichen Stimme, eine charmante und lächelnde Person, wie ich sie mag! Ich teile den Schmerz des Züricher Teams und vor allem den ihrer Familie, und möchte ihnen meine besten Wünsche mitgeben für ein glückliches Leben trotz des Ablebens von Francesca. Ich hatte die Chance, sie bei einer Ausbildung kennenzulernen, die sie in Genf machte.

Dominique Chatton

[Eine Hommage der deutschsprachigen Gruppe wird in der Revue 16 veröffentlicht werden.](#)

## Vom Impuls zum Gefühl: ein Parcours für alle?

Francesca Santarelli

Von Geburt an tritt das Kind, dem Bindungsmodell folgend, in Beziehung zu anderen Personen, und diese Verhaltensweise wird es sein ganzes Leben lang begleiten.

Jung glaubt, dass unser Leben eine ständige kreative Kommunikation hin zur Individuation ist, und dass also der Mensch, als einzigartiges Lebewesen, die Fähigkeit besitzt, seine eigene Person zu finden, und seine eigene Persönlichkeit zu bilden.

Wir wissen heute, dass für das ungeborene Kind, von der Zeugung bis zur Geburt, wichtige Stadien existieren, die mit dem Aufbau der Identität des biologischen Geschlechts verbunden sind, aber auch die zukünftige Rollenidentität beeinflussen können.

Während der Schwangerschaft geht es vor allem um das Verhältnis zur Mutter, ihre seelische Verfassung, ihr Leben aus gesundheitlicher Sicht, ihr Verhältnis zur Außenwelt. Bereits in der Gebärmutter ist der Parcours für den Jungen komplexer als für das Mädchen. In der Tat muss er, ausgehend von einer undifferenzierten Gonade, sich das Y aneignen. Also Frau XX, Mann XY. Der Parcours beginnt und akzentuiert sich von Geburt an, artikuliert und komplex in einem Kontinuum von Beziehungen zwischen den Sinnen, die man entwickelt hat, und der Außenwelt, die aus Biologie, Affekten, Lernprozessen besteht.

Wir wissen, dass bei der Persönlichkeitsentwicklung die Geschlechtsidentität zu sexuellen, emotionellen, affektiven Entscheidungen führt, während sich die Rollenidentität an schulischen Gruppenentscheidungen und an beruflichen Entscheidungen orientiert.

Es gibt eine innere Welt, das somatische Ich, die mit der Außenwelt interagiert, und die intrapsychische Geschlechtsidentität mit Leben erfüllt, und wir kommen also von der Einzigartigkeit (ich in der Gebärmutter, nur ein Einziges mit meiner Mutter bildend) zur Dualität (ich, langsam meine Mutter als anders als ich erkennend) zur Triade (ich, in Beziehung zu meinem Vater tretend), zur Gruppe (meine Großfamilie, die Welt).

Warum gehe ich von diesem Schema aus? Weil einige dieser Modalitäten für immer Teil meines Lebens sein werden, je nachdem, wie ich meine Person strukturiere.

Das ganze Leben lang werden wir lernen, dass die sexuellen Identitäten, maskulin oder feminin, höchst unterschiedlich sind, sowohl auf dem Weg, sein eigenes Geschlecht betreffend, als auch auf dem Weg, seine eigene Rolle betreffend, und das die viszerale, affektiven und rationellen Bedürfnisse unterschiedlich sind.

Die Sexologie unserer Tage, vor allem diejenige, die mich interessiert, und zwar die Denkrichtungen, die die psychocorporelle Herangehensweise berücksichtigen, das Kind in seinen Veränderungen beobachten, wobei die Grundentwicklung am Ende der Adoleszenz abgeschlossen ist, mit der Aneignung immer wichtigerer Kompetenzen, die sich bereichern werden im Erwachsenenalter.

### Wodurch ist die Geschlechtsidentität gegeben?

Es gibt die angeborene Prädisposition auf chromosomischer, endokrinologischer Ebene, die das Geschlecht durch die Geburt zugeteilt wird. Es gibt das Verhalten der Eltern und anderer erwachsener Bezugspersonen, durch das das Selbstverständnis in der Welt beeinflusst werden kann. Es gibt Reize, die einen Impuls zur Erforschung des eigenen Ichs und von der Welt geben, ausgehend von unserem eigenen Körper, und die dazu beitragen können, dass man sich maskulin oder feminin fühlt. Quantitäts- und qualitätsmäßig macht das Kind laut Money diesen wichtigen Lernprozess bis zum Alter von drei oder vier Jahren durch:

«Ich bin ein Junge, ich bin ein Mädchen». «Das Geschlecht, mit dem wir uns identifizieren, das wird unser Geschlecht für das ganze Leben», sagt uns Money, aber wir haben festgestellt, dass dies nicht der Fall war, dass es Psychotherapien gibt, die helfen, sich mit seiner eigenen Geschlechtsidentität in Bezug auf die psychocorporelle Beziehung zu identifizieren, ausgehend von der Zuteilung des anatomischen Geschlechts, um einen Weg der Reappropriierung zu durchlaufen. In der Tat gibt es Männer und Frauen, die sich nicht, oder wenig, als solche wahrnehmen. Allerdings kann man Personen, die unsichere Identitäten haben, dabei helfen, sich ihren Status als Mann oder als Frau, der nicht mit ihrem anatomischen Geschlecht verbunden ist, ganz anzueignen.

Es ist klar, dass der Beitritt zu seiner Geschlechtsidentität durch zahlreiche Faktoren bedingt wird, die noch nicht alle bekannt sind. Die biologischen Faktoren sowie die Lernprozesse nach der Geburt werden immer mehr mit der Außenwelt verflochten.

### Was ist Rollenidentität?

Einige Studien schreiben der Jugend die Affirmation der Rollenidentität zu, denn ein Dreißigjähriger hat seine Berufsentscheidung bereits getroffen. Die Schullaufbahn hat Hinweise gegeben, aber im Alter von 20 bis 30 Jahren geht die Suche weiter. In Wirklichkeit ist die Rollenidentität eng mit der Geschlechtsidentität verbunden; von der zartesten Kindheit an gibt es Prädispositionen, auf den unterschiedlichen Wegen der psychocorporellen Reife, die es ermöglichen, Hypothesen über die zukünftigen Verbindungen zwischen den Lernprozessen und den Einstellungen aufzustellen, mit den Schlüsselwörtern: Aufbau des Grundvertrauens, Tendenz zur Autonomie, Aufbau von gesunden Beziehungen (wobei man die Fähigkeit besitzt, das Objekt der Liebe reell und angemessen zu introjizieren). Ich erinnere daran, dass unter «Objekt» eine Person außerhalb von sich selbst zu verstehen ist. Das richtige Objekt zu verinnerlichen ist für uns die Fähigkeit, in der Realität eine Beziehung der Gemeinsamkeit zu leben, die so gut ist, dass ein Grundvertrauen möglich ist.

Hiervon gehen wir mit der Fähigkeit aus, den Anderen als unterschiedlich von sich selbst anzuerkennen, und die Fähigkeit zu besitzen, die Frustrationen und die Ambivalenzen zwischen der Vernunft und dem Instinkt zu bewältigen. Im Leben werden die eine und die andere Form von Identität immer miteinander in Kontakt stehen, und es ist wünschenswert, dass sie sich synchron und harmonisch entwickeln können. Um weiter auf dem Entwicklungsparcours von Impulsen, Gefühlen, Akquisitionen zu sprechen, haben wir uns entschieden, wenn möglich die Lebenslaufbahnen einer nichtbehinderten Person und einer Person mit verschiedenen Behinderungstypologien gegenüberzustellen – ausgehend von diesen Gegebenheiten.

Wir wissen, dass es zwei unterschiedliche Behinderungstypologien gibt:

- Behinderungen, die auf Mängel oder auf Situationen zurückzuführen sind, die zu keinen intellektuellen Beeinträchtigungen führen;
- Behinderungen, die auf Mängel oder auf Situationen zurückzuführen sind, die zu intellektuellen Beeinträchtigungen führen;

### Sexualität und Behinderung: Was ist das Problem?

Wenn wir von Sexualität sprechen, denken wir in Wirklichkeit an das Problem der Genitalität, und gleichzeitig an die Ausübung der Sexualität in Form der Masturbation oder der sexuellen Beziehung.

### Stereotype und Vorurteile

- Die Sexualität von Menschen mit Behinderung wird als Notwendigkeit eines punktuellen Abreagierens und als Mittel zum Zweck wahrgenommen;  
In der kollektiven Vorstellung werden Menschen mit Behinderung als asexuell oder hypersexuell wahrgenommen

- Motorisch Behinderte und Nichtsehende werden als weise und hyperrationale Personen wahrgenommen, die aufgrund ihrer physischen Kondition auf jegliche Romantik verzichtet haben.

Man stellt fest, dass im Alter von ungefähr vier Jahren die Kinder fast ausschließlich Spiele akzeptieren, die ihrem eigenen Geschlecht angemessen sind, indem sie sie als adaptierter beurteilen. Die Unterschiede ziehen in hohem Maße die Aufmerksamkeit auf sich, und durch Manipulation bis zu diesem Alter ist die Autoerotik sehr präsent. In der Krippe wie im Kindergarten sind Kinder mit Behinderung ausreichend integriert, wenn die familiären und schulischen Lernprozesse harmonisch verlaufen. Sie sind in den Gruppen integriert und akzeptiert. Wenn sie größer werden, steigen die Schwierigkeiten beim Erlernen des emotionalen Managements der eigenen Impulse, wodurch die Integration verringert wird. In der Tat kennen die Kinder bereits in der Grundschule, im Alter von ungefähr sieben Jahren, eine verdecktere, ja sogar verstecktere Sexualität als die Behinderten - entsprechend den familiären und sozialen Lernprozessen. Bis zum Auftauchen der sekundären Geschlechtsmerkmale, die es ermöglichen, zu sagen: «Ich bin ein Junge oder ein Mädchen», ist diese Periode im Alter von 7 bis 12/13 Jahren eng verbunden mit der Ausdrucksfähigkeit der Kontrolle der eigenen Impulse auf sozial akzeptable Art und Weise und durch die große Diversifizierung des persönlich Erlebten. So beginnen Fantasien und Begehren in einem geheimen Raum, und gleichzeitig die Fähigkeit, zu hinterfragen, sich mit gleichaltrigen Personen zu konfrontieren - häufig außerhalb des Familienkreises.

Das Zugehörigkeitsgefühl ist wichtig und wird zum Tempel der Adoleszenz. So können wir vom Collège an die Interventionen vervielfachen, um eine gute Sexualität zu fördern und Informationen zu liefern, um den gängigsten Schwierigkeiten vorzubeugen. In diesen Lernprozessen, die ebenfalls im Collège stattfinden, ist die Rolle der Transmission, die sich zwischen dem spezialisierten Erzieher und der Klasse abspielt, sehr wichtig, denn letztere ist manchmal die einzige Gruppe, mit der sich die geistig behinderte Person konfrontieren kann.

Wie sieht es in Wirklichkeit mit dem vorhandenen Bedürfnis aus?

Die Behinderung stellt im Allgemeinen vom elften Lebensjahr an eine Frustration auf dem Gebiet des Vergleichs dar, die bewältigt werden muss, und so ist es eine wichtige Tatsache, dass es außerhalb der Schule noch andere Gruppen zur Unterstützung gibt – laizistisch oder nicht –, damit man sich «in Beziehung» und nicht «in Konkurrenz» mit einer Zugehörigkeitsgruppe fühlt.

Viele geistig behinderte Kinder, selbst wenn sie die Möglichkeit haben, spezialisierte Kurse zu besuchen, können selbst durch diese keine beruflichen Kompetenzen erlangen und haben dadurch keinen Zugang zum Gymnasium.

Wir wissen, dass es zwischen den Schülern des Gymnasiums, ab dem Alter von 14 Jahren, und außerhalb der Problematik, die mit der Sexualität zusammenhängt, mehr und mehr sexuelle Praktiken gibt.

Diejenigen, die ihnen helfen, müssen in der Lage sein, sich anzupassen, sich in jedes Kind hineinzusetzen. Dies trifft auf somatischer Ebene für alle zu, aber es existieren enorme Unterschiede auf der Ebene des Erlebten. Die Gruppe hat eine große Bedeutung als Bereich der Entdeckung für den Sex zwischen den ersten Partnern und des Austausches zwischen Jungen und Mädchen über ihre eigenen, sowohl affektiven als auch sexuellen, Empfindungen. Man stellt eine Novität fest: Die Jungen tauschen sich mehr aus, und nicht nur über die Fähigkeit, Beziehungen zu haben, sondern auch über deren Qualität, was wirklich positiv ist. Der Teenager versucht, wahrzunehmen und zu verstehen, was es bedeutet, in einem Männer- bzw. Frauenkörper zu sein, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um von der Gruppe gemocht und akzeptiert zu werden. So beginnen die ersten Erfahrungen und also die Diskussionen über Sex, Zuneigung, Liebe, sexuelle Freiheit. Die persönlichen und sozialen Erwartungen vermischen sich mehr und mehr, gleichzeitig entstehen auch beruhigende Stereotype und das Verlangen nach eigener Kreativität. Im gleichen Zeitabschnitt bringen sich Menschen mit Behinderungen in sich entwickelnden Gruppen ein (Sport mit Behinderung...), wo sie ähnlichen Menschen begegnen. Diese Begegnung findet im günstigsten Fall ebenfalls

in Jugendgruppen statt, was ihre Horizonte bereichert. Leider steht einer großen Zahl dieser Jugendlichen die soziale Realität feindlich gegenüber, und wie, das werden wir sehen.

Bei den negativsten unterscheide ich zwei Dynamiken:

- Die Jugendlichen, die in ihrer Familie keinerlei Information empfangen haben, und die von den Medien «im Stich gelassen» und erzogen wurden. Daraus resultiert eine absolute Leere, eine Abwesenheit von Fantasie, von Begehren, von einer angenehmen sozialen Realität, eine mechanische Lebensform. Es ist wichtig, etwas zu besitzen und davon abhängig zu sein.
- Die Kinder, die Familiendynamiken erfahren haben, die ihnen eine Illusion der Allmacht vermittelt haben. All dies in Bezug darauf, die Dinge im eigenen Sinne zu verändern, ganz egal, ob dies zum Nachteil des Anderen geschieht. In dieser narzistischen Dynamik ist die neurotische Suche nach dem Spiegel stets präsenter als die nach der Person, mit dem Bedürfnis, falsche Konfrontationen zu schaffen, und gleichzeitig Wut, Einsamkeit zu erleben und unfähig zu sein, die Realität als das zu sehen und zu erleben, was sie ist.

Ich spreche von diesen beiden Realitäten, weil sie in der aktuellen Gesellschaft mehr und mehr präsent sind. Die Bildung der persönlichen Identität in der Adoleszenz schafft eine Brücke zum Erwachsenenalter, die ihre eigene Herangehensweise an das Leben bis zu dieser Periode reflektiert. Die Entdeckungen sind in Wirklichkeit vorgezeichnet durch die psycho-affektive Vorgehensweise, die der Mensch in seinen ersten zwanzig Lebensjahren etabliert. Wir können uns also vorstellen, wie stark in den oben beschriebenen Gruppen – ohne diese natürlich mit allen Jugendlichen von heute zu identifizieren – die Diskriminierung des Andersartigen präsent ist: Vom billigen Spott bis zur Verwicklung in bestimmte Situationen, um eine Konfrontation herbeizuführen und zu gewinnen, und/oder die Aufmerksamkeit auf eine andere Art und Weise auf sich zu lenken, weil man ein degradiertes Objekt hat, das man verunglimpfen oder manipulieren kann, um die physische Aggression offen zu rechtfertigen. Wir können uns, im schlimmsten Fall, den Missbrauch von Jungen wie von Mädchen durch die «Meute» vorstellen, das ist leider eine Einstellung, die auch bei Erwachsenen präsent ist.

Dies ermöglicht es mir, zur Spezifität dessen zu kommen, was das psycho-affektive Leben ausmacht, und ich bitte diejenigen, die sich mit den Problemen auseinandersetzen, die bei den verschiedenen Behinderungen auftreten, wenn sie meinen Artikel lesen, zu vergleichen, was exakt mit der Realität, die ich beschreibe, übereinstimmt, und was sich davon unterscheidet. Wie bereits gesagt, stützt sich meine Ausbildung in Sexologie auf psychocorporelle Lehren, und ich hatte insbesondere das Glück einer Ausbildung bei Professor Desjardins in Italien. Professor Desjardins schuf den Approche Sexocorporelle und hatte an der Université du Québec in Montreal viele Jahre lang den Lehrstuhl inne. Der Approche Sexocorporelle macht die wesentlichen körperlichen Gesetzmäßigkeiten im Verhältnis zu einer ausreichend gesunden Sexualität für alle verständlich. An dieser Stelle nehme ich das Konzept der Individuation wieder auf – angepasst sowohl an physisch behinderte Menschen, als auch an geistig behinderte Menschen, soweit diese die Fähigkeit besitzen, zu lernen, um sich die Begriffe und die Werkzeuge anzueignen.

Individualisieren bedeutet, sich zu unterscheiden, indem man seiner eigenen Prädisposition in kreativer und sozialer Hinsicht folgt. Es ist wichtig zu erkennen, dass die Anpassung an das Milieu den Prozess der Individuation nicht konstant behindert, sondern eine Brücke geschaffen wird, damit er verständlicher ist, mit größtem Respekt für die persönlichen Charakteristika und die der Anderen.

Der physisch behinderte Mensch hat immer das Problem der körperlichen Verletzung gehabt, oder es in seinem Leben erfahren müssen, und musste daraus für sich angepasste Verteidigungen strukturieren. Darüber hinaus hat er das Recht auf eine Sexualität, durch die er die realen Barrieren überwinden kann, auf die sein Körper stößt.

Sehen wir, wie sich die körperlichen Gesetzmäßigkeiten in den emotionellen und affektiven Empfindungen widerspiegeln. Wir sprechen vor allem von sexueller Gesundheit, wenn von Geburt an der Erregungsreflex

existiert, der sogar schon vor der Geburt vorhanden ist. Die sexuelle Identität hat physiologische Bestandteile, die jedem von uns die Zugehörigkeit zu seinem Geschlecht zuweisen und es uns durch die rationale Intelligenz und die affektiven Empfindungen ermöglichen, das Mechanische zu verlassen, um zum Begehren, zur Lust, zur erotischen Vorstellungskraft und zu den Anziehungscodes zu kommen.

Es gibt verschiedene Etappen, um erwachsen zu werden in unserer Sexualität.

- Die sexuelle Erregung und ihre Entwicklung, über die verschiedenen Erregungsmodi, die Suche nach Erregungsquellen bis hin zur Vielfalt dieser Erregungsmodalitäten.

- Die kognitiven Bestandteile: wichtig für die Struktur der Sexualität. Hier wirken Glaubenssysteme, Einschränkungen, die Art und Weise, wie das Umfeld die Sexualität erlebt und/oder beurteilt.

- Die relationellen Bestandteile: das Liebesgefühl, die Kommunikationsfähigkeit zum Modus der Verführung, der Erotik.

Sogar bei Menschen mit Behinderung können diese Bestandteile, wenn sie existieren, helfen, die Sexualität auf natürlichere Art lustvoll zu erleben, und die Regeln zu verstehen.

Betrachten wir nun die drei körperlichen Gesetzmäßigkeiten, die wesentlich sind für das Verständnis der verschiedenen genitalen Erregungskurven, die unsere Einzigartigkeit ausmachen:

RHYTHMUS, MUSKELTONUS, RAUM.

Und zwar: die Nutzung schneller oder langsamer Rhythmen, eines starken oder schwachen Muskeltonus, eines eingeschränkten oder weiten Bewegungsraumes. Aufgrund dessen ist es möglich, die Erregungskurve zu modifizieren, indem ihre Erregung kanalisiert und diffundiert wird. So können wir, indem wir an der Nutzung dieser verschiedenen körperlichen Gesetzmäßigkeiten arbeiten, die Erregung kanalisieren und sie bewusst steuerbarer machen. In dieser Phase ist die Praxis der Masturbation ein obligatorischer Übergang, um unsere spezifische Fähigkeit zu verstehen und sie zu verbessern. Dies gilt auch für Menschen mit Behinderung, die im Laufe ihres Wachstums auf psychocorporelle Variationen treffen.

Für uns praktizierende Ärzte ist der Körper ein wichtiges Element, denn er ermöglicht es uns, alle Stärken zu entdecken, auf die wir uns stützen, und mit denen wir arbeiten können, um eine Verbesserung zu erreichen.

Ich bin ein Mann. Ich bin eine Frau.

Es ist wichtig, den maskulinen Archetyp intrusiv, und den femininen Archetyp rezeptiv zu leben. Wann ist eine Person gut in ihrer Geschlechtsidentität verankert? Wenn sie im Einklang mit ihrem Archetyp ist, also ihre eigene Fähigkeit und die Fähigkeit des Anderen, den «Unterschied» als solchen zu erleben, begehrt, erotisiert. Wir fühlen uns von dem angezogen, was mit unseren eigenen Codes des Begehrens und der sexuellen Verführung in Einklang ist, und dies verändert und entwickelt sich mit der Zeit. Dieses Konzept, die Abwesenheit der Unveränderlichkeit des sexuell Erlebten, ist wichtig: Wir können lernen, verbessern, verändern.

Darüber hinaus wollen wir persönliche, aber auch individuelle Räume haben, um erneut unseren eigenen Partner zu erträumen und zu erotisieren. Es gibt also Erotisierung nicht nur in der Proximität, sondern auch in der Distanz. Diese Fähigkeit hängt vom Entwicklungsgrad der Persönlichkeit ab. Es gibt besonders fusionelle, oder, im Gegenteil, sehr individualistische Einstellungen, für die die Anerkennung oder die Erotisierung des Anderen über eine große Distanz unmöglich ist. Der Mensch mit geistiger Behinderung ist häufig bei der Befriedigung seiner Bedürfnisse und seiner Lernprozesse in einer exzessiven Fusion aufgewachsen, sei es aufgrund seiner eigenen Natur oder der Interaktion mit seinem familiären Milieu.

Er kann auch eine Welt mit starken Tendenzen zum Individualismus «geschaffen» haben, da diejenige, in der er lebt, ihn abgelehnt hat.

Unser Diskurs fängt an, Gestalt anzunehmen. Es gibt also Impulse, die dazu anspornen, eine Vielzahl von Erfahrungen zu machen, die dazu führen, mit Stolz ein Zugehörigkeitsgefühl zum eigenen Geschlecht zu empfinden. Dieser Parcours erfolgt über die Lustfunktion.

Die Funktion sexueller Lust: Sexuelle Erregung und sexuelle Lust werden häufig verwechselt. Die Erregung ist ein physiologisches Phänomen, das mit der Lust übereinstimmen kann oder nicht. Die Lust ist eine mehr oder weniger intensive emotionelle Wahrnehmung, die mit den Gefühlen der Zuneigung und der Liebe verbunden ist. Zum Konzept des Liebesaktes gehört eine erste Phase der Autoerotisierung von guter Qualität, bei der der oben zitierte Parcours abläuft, bis hin zur geschlechtsreifen Sexualität.

Die Funktion der sexuellen Lust ist also eine komplexe Funktion, bei der die Empfindungen der Impulse eng mit den affektiven Empfindungen verbunden sind, in einigen Situationen ist sie jedoch eine geschlechtsreife Fähigkeit, die Einige niemals in ihrem Zustand des Gleichgewichts erreichen werden. Es reicht nicht aus, die Tatsache zu erotisieren, ein Mann oder eine Frau zu sein, um in einem geschlechtsreifen Verhältnis zu leben. Der Weg ist viel weiter und komplexer, durch die Anziehungscodes – in unserer Geschichte verankerte Gedanken, Gefühle, Glaubenssysteme. Wenn ich vom Gleichgewicht spreche, meine ich, dass es bei Einigen Anziehungscodes genitaler Prävalenz gibt (ohne Erotisierung des affektiven Empfindens), bei Anderen dagegen sind die Anziehungscodes affektiver Prävalenz (ohne Erotisierung der Genitalität).

Wenn wir die sexuellen Erregungsmodi beschreiben, können wir sagen, dass diese Prozesse teilweise oder vollständig existent sind, sogar bei der sexuellen Entwicklung bei Menschen mit Behinderung.

Ich werde über die grundlegenden sexuellen Erregungsmodi sprechen:

1/ARCHAISCH (mechanische Entladung): Die Tiefenrezeptoren werden einbezogen, ohne Benutzung der Hände, aber die Person geht mit Druck und Reibungen vor, was zur Entladung einer mechanischen Lust auf genitaler Ebene führt (präsent bei Kindern).

2/MECHANISCH (mechanische Entladung): Einbeziehung externer Oberflächenrezeptoren. Die Stimulation der Genitalorgane erfolgt mit den Händen, in einem schnellen, konstanten Rhythmus, was starke Empfindungen ausschließlich auf Ebene der Genitalorgane erzeugt. Dies ist häufig bei Teenagern, aber auch bei vielen Erwachsenen der Fall.

3/ONDULIEREND: Durch flüssige und ondulierende Bewegungen diffundiert die Erregung im ganzen Körper. Es ist möglich, Fantasien zu nutzen, und so die sexuelle Erregung zu steigern. Hier gibt es keine bedeutende Kanalisierung der Erregung in Richtung der Genitalität, und so kann die Person im Zustand der Lust verharren, indem sie einen langsamen Rhythmus aufrechterhält (typisch für die Frau), die orgasmische Entladung kann ausnahmsweise oder niemals erfolgen.

4/WELLENFÖRMIG: Dieser Modus bezieht Tiefen- und Oberflächenrezeptoren ein und ermöglicht es, die Erregung bis zur orgasmischen Entladung durch Bewegungen zu kanalisieren, die alle körperlichen Gesetzmäßigkeiten einbeziehen. Die Rhythmen variieren. Es gibt ein emotionelles und affektives Erleben der sexuellen Lust, ein größeres Bewusstsein für die eigenen Bewegungen, und man schließt die Bewegung der Schaukel an, die wir häufig machen, ohne dies zu bemerken, wenn wir husten, weinen, lachen.

In dieser Bewegung ist die doppelte Schaukel präsent, vom Ober- und vom Unterkörper; sie ist bereits in der Gebärmutter und bei der Geburt präsent (dabei erinnert sie an die Bewegung des Delfins im Meer). Das ist eine Bewegung, die wir (alle) wiedererlernen können, um eine bessere sexuelle Harmonie zu erreichen. Hier kommt es zu einer orgasmischen Entladung.

Nachdem diese Grundlagen der sexuellen Funktionsweise etabliert wurden, können wir verstehen, dass jeder von uns seinen eigenen sexuellen Erregungsmodus hat. Es ist sicher, dass durch die doppelte Schaukel gleichzeitig der Impuls, die Erregung und der Aspekt des Sich-Gehen-Lassens in der Wollust berücksichtigt werden. In der doppelten Schaukel findet sich in der Tat der Modus, der am meisten befriedigt und am vollständigsten ist. In diesem Fall ist es wichtig, eine relationelle Motivation zu finden, die die Lust zum Teilen und das Begehren des Anderen mitzutragen beinhaltet.

Betreffs der Sexualität wissen wir, dass eine dynamische Vision des Individuums berücksichtigt werden muss:

Psychische Identität: in Zusammenhang mit dem persönlich und sozial Erlebten

Somatische Identität: in Zusammenhang mit dem korporell und physisch Erlebten.

Wir haben gesagt, dass auf psychologischer Ebene das sexuell Erlebte häufig mit Glaubenssystemen und Vorurteilen zusammenhängt, die Gefühle der Schuld, der Scham und der Inadäquatheit nach sich ziehen.

Was Menschen mit Behinderung betrifft, können wir uns fragen, auf welchem Niveau: Vielleicht mehr in seiner Umgebung, die so notwendig, so permissiv ist, oder sich der Ablehnung entgegenstellt?

Was den Diskurs zur Sexualität von Menschen mit Behinderung betrifft, sprechen wir von gleichen Chancen, aber in der Realität gibt es keinerlei sexuelle Assistenz. Im medizinischen Modell spricht man von Behinderung mit permanentem biologischem Hindernis. Die Erziehung in Sexualität wird aber nicht als problematisch wahrgenommen, sondern einfach der Familie und einigen Dienstleistern übertragen, und es wird keine adäquate Erziehung angeboten, um die legitimen Befürchtungen und die familiären, schulischen und sozialen Mängel zu managen. Die Bitten zur Kontrolle und zum Management dieser Problematik kommen von der Familie, der Schule, den Dienstleistern, währenddessen brauchen die Menschen mit Behinderung immer Informationen, um Zugang zu befriedigenden sentimental und sexuellen Beziehungen zu erhalten.

Der sexuelle Impuls von Personen mit Behinderung kann unkontrolliert sein, deshalb muss der Erzieher adäquate Hilfsmittel vorschlagen, damit die eigene Sexualität auf sozial angepasste Art und Weise gelebt werden kann, entsprechend der Individualität. Wir können ihm die Realisierung seiner eigenen Sexualität unter Achtung seiner Wünsche und seiner Gefühle erleichtern, ohne die Grenzen zu vernachlässigen, die durch die Defizite entstehen, welche mit der Behinderung einhergehen. Wir können dazu auffordern, mit der Autoerotisierung zu experimentieren, aber auch die Regeln der gesellschaftlichen Akzeptanz lehren: Wenn wir nicht den Zeitpunkt lehren können, können wir den Ort lehren. Es ist wichtig, dass es einen Raum für Intimität gibt, in dem Sexualität weder geleugnet noch beurteilt wird. Während dieses Informationsprozesses ist es besonders wichtig, die sensorischen Kanäle der Kommunikation zu erkennen.

Tatsächlich sind sich diese Personen häufig bewusst, dass die Sexualität mit der Freude verbunden ist, seine eigenen Empfindungen zu kommunizieren und diejenigen der anderen zu empfangen, durch die Gesten, die Stimme, die körperliche Nähe, die Bewegung. Jeder dieser Menschen ist einzigartig, und wir denken, dass die Sexualität es ihnen von Kindheit an ermöglicht, einen Teil von sich selbst auszudrücken.

Wir ignorieren zu oft dass, bei der Betreuung eines Menschen mit Behinderung, die ersten Beziehungen prä-ödischer Lust mittels der Sinne entstehen: Sie gehören also nicht zur reifen Sexualität, gehen aber dennoch mit der Sexualität einher. Unter dem Vorwand, sie immer als Kinder zu betrachten, verlängert sich die Zeit dieser körperlichen Betreuung, wodurch sie den beschriebenen Parcours nicht zurücklegen können, der aus intimen Entdeckungen besteht, und zu ständig wachsender Autonomie führt. Die Tatsache, dass der Prozess der Individuation des Menschen mit Behinderung durch Räume, Umgangsformen, persönlichere Zeiten initiiert wird, führt bei der Kommunikation zwischen Dienstleistern und Familie häufig zu «fusionellen Aggressivitäten» von Seiten der Mütter, manchmal der Väter oder der Verwandten. An dieser Stelle möchte ich einige Stereotype ansprechen, die, laut sozialen Untersuchungen, die Situation von Behinderten in Italien betreffen:

#### STEREOTYPE UND VORURTEILE

- Menschen mit einer geistigen Behinderung und / oder Gehörlose werden als Menschen wahrgenommen, die völlig unfähig sind, ihre Emotionen zu mentalisieren, was zu einer direkten Passage zum Akt führt.
- Mit diesen Personen ist keinerlei Form von Psychotherapie möglich.
- Aufgrund ihrer Tendenz zur Impulsivität zeigen geistig zurückgebliebene Personen häufiger als andere paraphilische Verhaltensweisen.
- Menschen mit Behinderung sind nicht sexuell begehrenswert, sie sind also vor der Gefahr des sexuellen Missbrauchs geschützt.

Die Behinderung ist eine Schwierigkeit, auf die der Mensch im Laufe seiner Entwicklung trifft. Ein Hindernis, das die Sichtbarmachung seiner Potentiale verhindert, aber der behinderte Mensch kann nicht nur durch seine Behinderung allein identifiziert werden. Er besitzt sicherlich in der Exteriorisierung seiner Sexualität eine Vielzahl von komplexen Gefühlen und Bedürfnissen, die es umzusetzen gilt. Selbst geistig behinderte müssen von Seiten der Eltern und der Erzieher eine Erziehung erhalten, die ihre sexuelle Dimension berücksichtigt.

Indem wir ihre Sexualität leugnen, leugnen wir ihre Existenz in der Realität, ihre Fähigkeit, mit ihrem eigenen Körper und dem Körper des Anderen in Beziehung zu treten. Häufig schaffen es die Familien nicht, die manchmal unkontrollierten sexuellen Impulse der Person mit Behinderung zu managen, und deshalb gelingt es ihnen nicht, sie eine angemessene Sexualität erleben zu lassen.

Eine realistische Sicht, innerhalb der Grenzen, die durch die Behinderung auferlegt werden, trägt dazu bei, die Charakteristika dieser Behinderung zu finden, um über die persönlichen Hindernisse hinauszugehen, und das Begehren und die Gefühle in reeller Hinsicht zu realisieren.

Was versteht man unter Sexualerziehung, und welches sind die Mittel?

Ich habe den Austausch mit Menschen, die mit diesem Problem konfrontiert sind, jahrelang als sehr bereichernd empfunden.

Bei der Geburt des Kindes mit einer Behinderung erleben die Familien häufig eine große Frustration, und dies hilft nicht bei den Wachstums- und Autonomieprozessen, von denen wir bereits gesprochen haben. Außerdem gibt es bei Jungen und Mädchen hinsichtlich der Sexualität eine Unterscheidung in der Modalität. Die Jungen haben gewissermaßen ihre Performanz bereits erreicht, und wenn sie groß sind, sucht man mehr oder weniger adaptierte Lösungen, um ihr «Sexproblem» zu managen. Die Mädchen scheinen erstarrt in der Kindheit. Man lässt sie dort, ohne Sex, und so gibt es kein Problem. Es ist einfacher, den Schrei, der von ihrem Körper kommt, zu ignorieren, auszulöschen, - ein Körper, der jedoch begehrt, wahrnimmt, sich verliebt. In den meisten Fällen sind weder die Jungen noch die Mädchen in der Lage, Geschlechtsverkehr oder eine dauerhafte Beziehung zu erleben. Einige Familien sind sehr präsent und begünstigen die Beziehungen (Nutzung des Hauses, Ferien...). Selbst wenn einige Personen absolut zu Intimität fähig sind, und sich diese auch wünschen, wird sich dies manchmal auf platonische Beziehungen begrenzen. Es gibt häufig Impulse, «Liebesschübe», die nicht bis zum Schluss führen, vor allem aufgrund der uneindeutigen intimen Proximität (die Möglichkeit, eine sexuelle Beziehung zu haben, oder die Entstehung einer Liebe) – eine Proximität, die sich nicht automatisch aufbaut.

Ein Mensch mit einer Behinderung erlebt häufig idyllische und fusionelle «Liebesschübe», die nicht geteilt werden, und hier setzt die wichtige Arbeit an, um die Fähigkeit aufzubauen, über die exzessive Fusion und die daraus resultierende Frustration hinauszugehen, um eine größere Autonomie zu erreichen und somit nicht Gefahr zu laufen, in extreme Situationen zu kommen, in denen diese «Liebesschübe» Quelle von Missbrauch sind durch Menschen, die nicht von einer Behinderung betroffen sind. In einigen Fällen bittet ein Mensch mit einer Behinderung um Geschlechtsverkehr. Ein Austausch mit der Familie oder der erwachsenen Bezugsperson wird notwendig sein, um das Bedürfnis und das Begehren dieser Person zu erklären.

Hier sieht man, wie wenig Unterstützung es von diesem Gesichtspunkt aus in Italien gibt. Für einen Jungen muss die Familie Situationen der «selbstgefälligen Erleichterung» finden, oder setzt, für Mädchen wie für Jungen, fusionelle Mechanismen um, von denen die Sexualität ausgegrenzt ist. In der Schweiz und in Holland ist dies ein Problem, das durch die Sozialdienste gemanagt wird, die, wenn sie den relationellen Aspekt nicht lösen, sich um den Aspekt des sexuellen Aktes kümmern. Personen, die in der sexuellen Herangehensweise und in der Beziehung zu Menschen mit Behinderung ausgebildet sind, bieten ihre «Sozialhilfe» an, so ausgedrückt, um die Sexualität von Männern und Frauen, die von einer Behinderung betroffen sind, extrinsisch zu machen. In Italien würde man die Prostitution bevorzugen.

Man muss sich wirklich fragen, welcher Weg gegangen werden sollte, um der Sexualität in ihrer Gesamtheit, wie sie bislang beschrieben wurde, Würde zu verleihen.

Der Mensch mit geistiger Behinderung kann Defizite in seinem Wachstum und in seinem affektiv Erlebten haben. So identifizieren beispielsweise Einige die Attraktivität und das Gefühl auf infantile Weise, und haben «Liebesschübe», bei denen sich aus Furcht die impulsive Entladung ausschließlich durch Masturbation äußert. Andere erfahren mehr geschlechtliche und mechanische Impulse, haben aber nicht die Fähigkeit, in einer beliebigen Liebesbeziehung zu interagieren. Es ist wichtig für sie, sich sexuell abzureagieren, um sich gut zu fühlen.

Dies sind zwei entgegengesetzte Situationen, aber ich möchte gern dazu sagen, dass die Menschen, die von keiner Behinderung betroffen sind, auch dieselben Probleme haben. Wir sollten alle über die mechanische oder platonische Äußerung der Sexualität hinauskommen und das erotisierte Liebesgefühl lernen.

Ein Mensch mit Behinderung kann, Etappe für Etappe, einem maßgeschneiderten Parcours folgen, der vom biologischen Geschlecht und vom Zugehörigkeitsgefühl ausgeht: Ich bin ein Mann, ich bin eine Frau, und ich erreiche alle möglichen Ebenen der Erotisierung.

Der Mensch mit einer physischen Behinderung lebt mit körperlichen Beeinträchtigungen. Es gibt aber keine Hindernisse, um die Instrumente zur Verbesserung der Sexualität zu erlernen. Allein die Topografie, wie die Grundkompetenzen erlebt werden, ändert sich: Anwendung des Rhythmus, Anwendung des Muskeltonus, Anwendung des Raumes. Die Referenztopografie wird geändert.

Häufig besteht die Herangehensweise darin, mehr Lokalisierungen für die Lust im Inneren des Körpers zu schaffen. Dabei untersucht man, wie man praktisch und durch welche Bewegungen und Rhythmen zu einem möglichen Geschlechtsverkehr kommen kann. Die Fähigkeit zum Affekt und zum «Liebesschub» wird vom Parcours des Lebens und durch eigene Erfahrungen diktiert, genauso wie die Fähigkeit, eine Beziehung korrekt aufzubauen.

In der Rehabilitation spricht ein Mensch mit einer Behinderung manchmal über die zum ersten Mal empfangene Sexualerziehung, über die außerordentlichen Entdeckungen der Emotionen, sowie die Möglichkeiten des Zugangs zur Lust und zur Wollust. Das persönlich Erlebte ändert sich, man wird wieder aktiv, nachdem man die Frustration durch die Krankheit oder den Unfall erlebt hat. Nichts ist mehr blockiert, der «Tanz» kann neu erlernt werden – soweit dies möglich ist.

Die Selbstwahrnehmung wächst in dem Maße, in dem die Informationen und das Erlebte den Zugang zur Autozentrierung ermöglichen, auf dem Weg hin zu möglichen und befriedigenden Entscheidungen. Wenn es kein Zusammenleben als Paar gibt, existiert dennoch ein gutes individuelles Wachstum beim Management der Autoerotisierung, diese wird umfangreicher und angenehmer.

Die Arbeit zur Sexualität bringt in dieser klinischen Realität persönliche Fortschritte.

Studieren wir die drei Dimensionen der Sexualerziehung:

- Spielerisch: seinen eigenen Körper entdecken
- Relationell: den Körper des Anderen entdecken
- Ethisch: den Wert der Korporalität entdecken

Was ist Sexualerziehung?

- Kennenlernen aller die Sexualität betreffenden Teile des Körpers.
- Verstehen lernen aller morphologischen und physiologischen Veränderungen, die die Pubertät begleiten (Menstruationen, Ejakulation, Wachsen der Brust, Erektionen usw...).
- Die Praxis der Masturbation lehren, ohne dass dies zu genitalen Infektionen führt, oder dass man sich weh tut.
- Die adäquaten Orte und Zeitpunkte zum Praktizieren der Masturbation lehren, sodass keine Verlegenheit in der Familie entsteht.

Wie kann man dies tun?

- Durch das Spiel ist es möglich, die maskuline und feminine Anatomie zu erklären.
- Durch Zeichnungen kann man den Ausdruck der Fantasie bezogen auf die Sexualität anregen.
- Durch die Technik der «Rollenspiele» zeigt sich die Beziehung zu anderen Personen im Respekt zueinander, oder man eignet sich Erfahrungen an, um seine Gefühle oder seine Emotionen auszudrücken.
- Durch Gruppenanimationen kann man Diskussionsrahmen schaffen, um Informationen auszutauschen und über Themen diskutieren, die mit der Sexualität zusammenhängen, und anderswo keinen Raum haben.

Man spricht häufig von Sexualität, um Stereotype von Schönheit und Perfektion anzusprechen. Bei dem, was ich als praktizierende Ärztin erlebt habe, ist mir mehr Perfektion beim Überwinden von Schwierigkeiten begegnet als auf den einfachen Wegen ohne jegliche Schwierigkeiten. Es gibt dort mehr Perfektion, wo sich die Liebe hält, durch das Wiederentdecken von Sanftheit, des Streichelns, das zur Intimität animiert. Was nichts zu tun hat mit Gymnastik «im Kämmerlein», die häufig sozial Behinderte charakterisiert.

## **EFT UND SEXUELLES WOHLBEFINDEN**

### **Emotionsfokussierte Paartherapie (EFT) und sexuelles Wohlbefinden: Herausforderungen der Bindung**

Paul S. Greenman, Université du Québec en Outaouais

Institut de recherche de l'Hôpital de Montfort (IRHM)

Ottawa Couple and Family Institute

Marie-Ève Lapointe-Campagna

Université du Québec en Outaouais

## **EFT UND SEXUELLES WOHLBEFINDEN**

Resümee: In diesem Artikel geht es um den Beitrag, den die Emotionsfokussierte Paartherapie (EFT) zur therapeutischen Vorgehensweise bei Paaren mit Sexualproblemen leistet. Nach einem Überblick zur EFT folgt eine Diskussion über den Zusammenhang zwischen Bindungsqualität und Funktionsweise der Paare.

Anschließend gehen wir detaillierter auf die Art und Weise ein, wie die Systeme der sexuellen Bindung und der Bindung durch Caregiving (Fürsorgeleistung) in den Paarbeziehungen interagieren, und wir zeigen auf, wie diese Konstrukte in die EFT integriert werden, um so den Klienten bei der besseren Befriedigung ihres Sexuallebens zu helfen. Wir schließen mit einer Diskussion über den Zusammenhang zwischen der EFT und dem Sexocorporel ab.

### **Emotionsfokussierte Paartherapie und sexuelles Wohlbefinden: Herausforderungen der Bindung**

Die Emotionsfokussierte Paartherapie (EFT, oder: Emotionally Focused Therapy (EFT) for Couples auf Englisch) ist eine Herangehensweise der empirisch belegten Paartherapie, die bei Behandlung von Paarproblemen angewandt wird (Johnson, 2004; Lewandowski, Ozog und Higgins, 2015). Sie war Gegenstand von 12 randomisiert kontrollierten Studien und von 13 Studien zum therapeutischen Prozess (Dalglish, Johnson, Burgess Moser, Wiebe und Tasca, 2014; Dalglish et al., 2014; McRae, Dalglish, Johnson, Burgess-Moser und Killian, 2014; Greenman und Johnson, 2013; Schade et al., 2014). Es existieren auch Forschungen, deren Ergebnisse die langfristige Effizienz der EFT suggerieren (Cloutier, Manion, Gordon Walker und Johnson, 2002; Halchuk, Makinen und Johnson, 2010), sowie deren Fähigkeit, die Bindungsorientierung der Individuen zu verändern (Burgess Moser, 2012; Mehr et al., 2014). Die EFT wurde mit Erfolg bei verschiedenen Problemen angewandt, die traditionell als individuelle Probleme angesehen werden, wie schwere Depression (Denton, Wittenborn und Golden, 2012; Dessaulles, Johnson und Denton, 2003), posttraumatischer Stress (Greenman und Johnson, 2013), und sexuelle Komplikationen (Honarparvaran, Tabrizy und Navabinejad, 2010; Johnson und Zuccarini, 2010). Dennoch ist in den frankophonen Ländern diese Herangehensweise der Paartherapie und ihr Beitrag zum sexuellen Wohlbefinden von Paaren relativ wenig bekannt.

Ziel dieses Artikels ist es also, die frankophone Literatur zur EFT zu bereichern, indem wir die potentiellen Auswirkungen dieser Therapie auf die sexuelle Funktionsweise aufzeigen. Beginnend mit einem Überblick über die EFT, gefolgt von einer Diskussion über die Konzeptualisierung der Liebe bei dieser psychotherapeutischen Herangehensweise beim typischen Erwachsenen. Danach werden wir zeigen, wie die EFT die Sexualität bereichern kann, indem der Akzent auf den Aufbau der Bindung gelegt wird.

Wir greifen auf klinische Vignetten zurück und untersuchen die empirischen Recherchen zur Effizienz der EFT bei Sexualproblemen. Abschließend folgt eine Diskussion über den Zusammenhang zwischen der EFT und des Approche Sexocorporelle.

Die EFT ist eine systemische und experimentelle Herangehensweise (Johnson, 2004). Die chronischen Schwierigkeiten bei Paaren, wie z.B. eine große Zahl von Sexualproblemen, werden aus systemischer Sicht in der EFT als problematische Dynamiken der Interaktion verstanden, durch die die unsichere Bindung in der Beziehung verstärkt wird (Johnson, 2013; Johnson und Zuccarini, 2010).

Laut der EFT sind aus experimenteller Sicht die Emotionen der Partner die Hauptinstrumente für die therapeutische Veränderung (Johnson, 2004). Das Gefühl der Unsicherheit in der Beziehung ist das Ergebnis eines empfundenen Mangels an affektiver Verfügbarkeit und emotionaler Unterstützung durch den Partner. Aufrechterhalten wird dieses Gefühl einerseits durch Verhaltensweisen wie Kritik, Beschuldigung oder andere ineffiziente Versuche der emotionalen Annäherung, andererseits durch die Tendenz, sich zu verteidigen, die Sorgen des Anderen herunterzuspielen oder sich emotionell vom Anderen zurückzuziehen.

Diese typischen Dynamiken wurden identifiziert als Vorhersagefaktor für Scheidungen durch wissenschaftliche Untersuchungen (Gottman, 1994; Johnson, 2008).

Die EFT besteht aus drei Stadien und wird in neun Etappen eingeteilt (Johnson und Greenman, 2006; Lafontaine, Johnson-Douglas, Gingras und Denton, 2008). Ziel des ersten Stadiums, das die ersten vier Etappen der Therapie umfasst, ist die Deeskalation oder die Desintensivierung der schädlichen Dynamik. Der Therapeut hilft den Partnern, in ihrem System die problematischen Interaktionen zu finden. Durch die Identifizierung einer Palette von Emotionen und Verhaltensweisen, die diesen problematischen Interaktionen zugrunde liegen, sollen die Partner gegen diese «Zyklen» geeint werden, die explizit als Feind des Paares definiert sind. Der Behandelnde restrukturiert im zweiten Stadium der Therapie die Interaktionen des Paares, indem er beiden Partnern hilft, auf die Äußerungen von Emotionen, affektiven Bedürfnissen und Verletzbarkeiten zu antworten, die jeder bereits im Kontext der Beziehung erlebt hat, und die sich in der Sitzung intensiviert haben. Durch diesen Austausch wird ein emotionales Reengagement des Ehepartners begünstigt, der die Tendenz hat, sich emotionell zurückzuziehen, und ein emotionales Loslassen seitens des Partners, der die Tendenz hat, in Konflikten den Anderen zu verfolgen oder zu kritisieren. Die Therapie endet im dritten Stadium: Der Behandelnde erleichtert den Zugang zu neuen Lösungen für alte, praktische Probleme und reflektiert aktiv die neuen Positionen, die jeder der Partner in der Beziehung einnimmt. Die gesamte Arbeit, einschließlich der verschiedenen therapeutischen Stadien, beruft sich auf die Bindungstheorie (Bowlby, 1969/1982; Hazan und Shaver, 1987) - die «Straßenkarte» der Therapeuten, die die EFT praktizieren.

**Bindung und Paar:** Die Paarbeziehung als Verbindung der Bindung.

Die Liebe wird im Rahmen der EFT als ein Bindungsprozess verstanden, analog zu dem Prozess, der entsteht zwischen einem Kind und der Person, die sich hauptsächlich für es sorgt (Johnson, 2004; Johnson und Greenman, 2006). Das Grundpostulat der Bindungstheorie besagt, dass alle Menschen ausnahmslos das Bedürfnis haben, sich von lieben Wesen geliebt und emotional unterstützt zu fühlen, und dies von Beginn an bis ans Ende des Lebens. Im Erwachsenenalter haben die Liebespartner die Tendenz, die Hauptquellen emotionaler Unterstützung zu werden, genannt «Bindungsfiguren». Dies gilt für die meisten Personen in einer Beziehung (Castellano, Velotti und Zavattini, 2014; Feeney, 2004; Zeifman und Hazan, 2008). Seit der Veröffentlichung der ersten Studie zu den Bindungsprozessen bei Paaren im Erwachsenenalter im Jahre 1987 durch Hazan und Shaver hat sich eine sehr umfangreiche wissenschaftliche Literatur um das folgende Konzept herum entwickelt: Paarbeziehungen sind Verbindungen der Bindung. Die Ergebnisse von mehr als 500 Studien mit erwachsenen Teilnehmern jeden Alters bestätigen diese Hypothese, indem sie zeigen:

- 1) dass Erwachsene extrem starke affektive Bindungen mit ihren intimen Partnern entwickeln

- 2) dass diese Bindungen die Unabhängigkeit, die Autonomie und ein Gefühl emotionaler Intimität zwischen den Partnern erleichtern, wenn sie in Momenten von Stress und Bedrohung eine Basis der Sicherheit und einen Hafen des Friedens bieten
- 3) dass der Abbruch solcher Bindungen oder die empfundene Androhung des Abbruchs – selbst zeitweise – eine psychologische Notlage schafft, und
- 4) dass das Individuum, wenn es den Mangel an emotionaler Bindung fühlt, so gut es kann versuchen wird, die Bindung der Proximität zu seiner Bindungsfigur wieder aufzubauen, bevor es sich aus der Beziehung löst (Guerriero und Zavattini, 2015; Johnson, 2013; Zeifman und Hazan, 2008).

Auf Ebene der Evolution der menschlichen Spezies hat die Tendenz, Bindungen der emotionalen Proximität zu Bindungsfiguren aufzubauen und diese zu pflegen, Vorteile. Die starken dyadischen Bindungen zwischen den Eltern erleichtern gemäß der perspektivischen Betrachtung der Bindungstheorie das Überleben und das Wachstum ihrer Nachkommen. Außerdem helfen sie ihren Kindern, im Erwachsenenalter solche Bindungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten und erhöhen somit die Wahrscheinlichkeit, ihre Gene an die neue Generation weiterzugeben. Die empirischen Daten belegen dieses Konzept weitgehend (Zeifman und Hazan, 2008; Johnson, 2013). Diese Entdeckungen auf dem Gebiet der Bindung im Erwachsenenalter sind für die Paartherapie von wesentlicher Bedeutung, denn daraus erklärt sich die intensive Notsituation, die man oft bei Personen mit Beziehungsschwierigkeiten beobachtet, und daraus ergeben sich wiederum die Interventionen der Therapeuten, die die EFT praktizieren, indem sie bewusst und konstant daran arbeiten, eine sichere Verbindung der Bindung in der Beziehung aufzubauen bzw. wieder aufzubauen.

### **Bindung und Sexualität.**

Obwohl es eine Vielzahl z.T. abweichender Meinungen über die Art des Zusammenhangs zwischen Bindung und Sexualität gibt (z.B. Brassard, Péloquin, Dupuy, Wright und Shaver, 2012; Eagle, 2007; Mikulincer und Shaver, 2007a; Zeifman und Hazan, 2008), besteht ein Konsens auf dem Gebiet der Bindung, dass die sexuellen Systeme der Bindung und des Caregiving ständig interagieren, und dass diese Interaktion die Qualität des Sexuallebens der Menschen beeinflusst (Castellano et al., 2014; Mikulincer und Shaver, 2007b; Zeifman und Hazan, 2008). Unter «System» verstehen wir eine motivationale Kraft, die spezifische Ziele hat und das menschliche Verhalten beeinflusst.

So bringt z.B. das Bindungssystem, wenn es in Momenten von Stress oder Bedrohung aktiviert wird, die Person dazu, die Proximität zu ihrer Hauptbindungsfigur zu suchen, um sich beschützt zu fühlen (Castellano et al. 2014). Die Hauptbindungsfigur ist die Person, zu der die affektive Bindung am stärksten ist, normalerweise der Ehepartner oder die Ehepartnerin (Castellano et al., 2014; Zeifman und Hazan, 2008). Das System des Caregiving löst beim Individuum die Suche nach Proximität zum Partner aus, um ihn zu schützen oder um ihn angesichts der Gefahren, Herausforderungen oder Bedrohungen zu unterstützen (Castellano et al., 2014). Das sexuelle System schließlich veranlasst die Person, einen Partner zu suchen, mit dem sie sexuelle Beziehungen aufnehmen kann, um ihr genetisches Erbe weiterzugeben (Castellano et al., 2014; Mikulincer und Shaver, 2007a). Dank der Interaktion zwischen diesen Systemen kann der physische, intime, befriedigende Kontakt die Bildung einer starken affektiven Bindung erleichtern, vor allem, wenn der intime Kontakt wiederholt stattfindet. Das Gegenteil ist ebenfalls wahr: Durch die emotionale Bindung, die sich zwischen zwei sich annähernden Personen entwickelt, die auf affektiver Ebene intim werden, können das sexuelle System und das Begehren aktiviert werden, vor allem dann, aber nicht immer, wenn ihre sexuellen Orientierungen kompatibel sind (Diamond, 2003). Gleichzeitig und parallel dazu kann durch die Aktivität des sexuellen Systems oder des Bindungssystems das System des Caregiving ausgelöst werden, wodurch bewirkt wird, dass eine Person das Verlangen verspürt, seinen Partner zu schützen und sich um ihn zu kümmern, sei

er nun romantisch, sexuell oder beides (Castellano et al., 2014; Guerriero und Zavattini, 2015; Zeifman und Hazan, 2008).

Die Zusammenhänge zwischen Bindung und Sexualität beschränken sich jedoch nicht auf die Interaktionen zwischen den Systemen. Die Orientierung oder der «Stil» der Bindung eines Individuums, sowie die Qualität der Verbindung der Bindung in einer Beziehung spielen beim sexuellen Wohlbefinden eine entscheidende Rolle. Z.B. zeigen die Ergebnisse zahlreicher Untersuchungen: Personen, deren emotionale Bedürfnisse tendenziell in Richtung Sicherheit und Intimität ausgerichtet sind, und die aktiv die emotionale Unterstützung ihrer Partner in Momenten von Stress, Bedrohung oder Verletzbarkeit suchen und empfangen (Stil der «sicheren» Bindung), haben mehr Geschlechtsverkehr, positivere Gefühle für die Sexualität und während der sexuellen Aktivitäten, mehr sexuelle Anregung, mehr sexuelle Lust, mehr Orgasmen und mehr sexuelle Befriedigung als Personen mit einem «unsicheren» Bindungsstil (Birnbaum, 2007; Carrasco, 2012; Davis, 2006). Letztere tendieren dazu, die Bedürfnisse nach Zuneigung herunterzuspielen und intime Bindungen mit Anderen zu vermeiden («vermeidender» Bindungsstil). Sie haben diese Tendenz, intime Bindungen mit Anderen zu vermeiden, aus Angst, verletzt zu werden («ängstlicher» Bindungsstil) und tendieren dazu, sehnlichst intime Bindungen zu suchen, ohne sich befriedigt und beruhigt zu fühlen hinsichtlich der emotionalen Verfügbarkeit der Bindungsfiguren («besorgter» Bindungsstil) (siehe Mikulincer und Shaver, 2007b für eine dokumentarische, exhaustive Analyse). Kurz gesagt: Je mehr sich die Personen emotional bei ihren Partnern nahe und in Sicherheit fühlen, umso befriedigender ist ihr Sexualleben. Andererseits, je mehr sich die Menschen losgelöst und weit entfernt von ihren Liebespartnern fühlen, desto mehr sexuelle Probleme haben sie (Brassard et al. 2012), und das unabhängig vom jeweiligen Geschlecht.

Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Bezug auf Bindung und Sexualität liegen hauptsächlich auf Ebene der unsicheren Bindungsstile, die typischer für das eine oder das andere Geschlecht sind, und in der Auswirkung der Bindungsstile auf das Sexualverhalten und die Befriedigung.

## **DIE EFT und SEXUELLE PROBLEME**

Angesichts der Fülle an empirischen Beweisen, die belegen, dass:

- 1) Paarbeziehungen im Erwachsenenalter Verbindungen der Bindung sind,
- 2) die sichere Bindung beim Paar ein lohnendes und bereicherndes Sexualleben ermöglicht,

zielt die EFT darauf ab, ein Klima der Sicherheit, des Vertrauens und der emotionalen Intimität zu schaffen, das günstig für die sexuelle Exploration ist. Wir möchten nochmals betonen, dass wir wissen, dass die EFT nicht notwendigerweise Interventionen ersetzen sollte, die sich auf die physiologischen Aspekte der sexuellen Dysfunktion konzentrieren, wie Erektionsprobleme oder vorzeitige Ejakulation bei Männern, den Mangel an sexuellem Begehren bei Männern und bei Frauen sowie bei Frauen die Schwierigkeit, einen Orgasmus zu haben. Wenn die sexuellen Probleme hauptsächlich physiologisch sind oder eine bedeutende physiologische Komponente haben, kann die EFT helfen, die notwendigen interpersonellen Bedingungen zur Anwendung der in der Sexualtherapie erlernten Techniken zu etablieren.

Bei anderen Fällen setzt die EFT bei den Hauptursachen der sexuellen Probleme an, die oft mit einer mangelnden emotionalen Bindung in der Beziehung zusammenhängen. Die Hyperaktivierung des sexuellen Systems stellt häufig einen Versuch dar, die Verbindung der Bindung wieder aufzubauen oder zu verbessern (Johnson und Zuccarini, 2010). So wird die Sexualität zum Instrument von Intimität und Bindung. Die Hypoaktivierung des sexuellen Systems resultiert gewöhnlich aus einem Mangel an Gefühlen der emotionalen Intimität in der Beziehung oder aus Sorge hinsichtlich der sexuellen Performanz (Johnson und Zuccarini, 2010, 2011). In dieser Hinsicht sind die sexuellen Antworten von Männern und Frauen die

Symptome eines tieferen Problems: Der Mangel an sicherer Bindung in der Beziehung (Johnson und Zuccarini, 2011).

Diejenigen, die die EFT praktizieren, stellen also die Sexualität in ihren emotionalen Kontext. Sie bemühen sich, die Paare zu verstehen und zu unterstützen, ihre globalen relationellen Dynamiken zu ändern, um sich sexuell auf eine Art und Weise annähern zu können, die für beide Partner stimulierend und erregend ist. Entsprechend der Zukunftsprognose der EFT sind solche befriedigenden sexuellen Explorationen nur im Kontext einer sicheren Beziehung möglich. Der Therapeut hilft also den Partnern, die Art und Weise zu erkennen und zu verändern, in der sich die Bindungsprobleme und die sie begleitenden Dynamiken in ihrem Sexualleben manifestieren.

### Stadium I: Identifizierung des Zyklus und Deeskalation

Im ersten Stadium der EFT besteht die Priorität darin, den Partnern zu helfen, sich ihres interaktionellen Zyklus bewusster zu werden. Wenn man vom «Zyklus» spricht, geht es um die Verhaltensweisen (oder die «Schritte im interaktionellen Tanz») jedes Partners bei den Interaktionen, sowie um die Emotionen und die Bedürfnisse, die ihren Verhaltensweisen bei den Interaktionen zugrunde liegen.

Der Behandelnde hilft also den Partnern dabei, folgendes zu erkennen:

- 1) wie sie sich bei den Interaktionen oder bei problematischen Streitigkeiten fühlen (z.B. traurig, ängstlich, einsam, frustriert)
- 2) was sie bei starken Emotionen tun (z.B. die andere Person verfolgen, beschuldigen, kritisieren oder sich verteidigen, herunterspielen, intellektualisieren und sich emotional von der anderen Person zurückziehen)
- 3) die für sie typische Art, die eigene Notlage in der Paarbeziehung zu managen (d.h. den anderen Partner verfolgen oder sich von ihm zurückziehen). Der Therapeut legt den Akzent auf die emotionale Bindung oder das Fehlen der emotionalen Bindung in der Beziehung - und dies ausnahmslos -, bevor er die Sexualität im Detail angeht (Johnson und Zuccarini, 2011).

Um die Ziele zu erreichen, verwendet der behandelnde Arzt u.a. evokatorische Fragen und Antworten (z.B.: «Wie ist es für Sie, wenn Sie Ihren Ehemann als distanziert empfinden?», «Wie reagieren Sie innerlich, wenn sie sich von Ihrer Frau «angegriffen» fühlen?»), sowie die empathische Reflexion (z.B.: «Es scheint weh zu tun, sich allein zu fühlen») und die Neukadrierung (z.B.: «Wenn Sie also lauter sprechen, ist es, als würden Sie ihrem Partner versuchen zu signalisieren: «Ich bin da, es ist wichtig, dass Du mich wahrnimmst!»). Der Therapeut kann die Partner auch auffordern, direkt miteinander zu reden (Agieren), hauptsächlich zu diagnostischen Zwecken, um zu sehen, ob das Paar in der Lage ist, ehrlich und offen über seine Ängste im Zusammenhang mit der Bindung zu sprechen. Ziel all dieser Interventionen ist es, das Paar für Verhaltensweisen zu sensibilisieren, die schädlich sind für das Gefühl der Sicherheit in der Beziehung, für das gemeinsame Bedürfnis, sich von seinem Partner geliebt, gestützt und unterstützt zu fühlen («Bindungsbedürfnisse») und für die Art und Weise, in der bestimmte Gefühle, wie Wut, dazu tendieren, andere Gefühle zu verbergen, die genauso präsent sind und Interaktionen wie Trauer, Schmerz, Angst und Scham beeinflussen. Das Ziel der evokatorischen Interventionen besteht darin, diese «sanfteren» Emotionen aufzuzeigen, («primäre» Emotionen genannt, weil sie sich tendenziell sofort nach einem Reiz manifestieren (Greenberg und Safran, 1987)), um danach damit zu beginnen, die interaktionelle Dynamik zu verändern. Ein Beispiel: Eine Person, die von ihrer Angst spricht, den Anderen zu verlieren (primäre Emotion) und von ihrem großen Verlangen, sich geliebt zu fühlen (Bindungsbedürfnis), wird wahrscheinlich eine ganz andere Reaktion in ihrer Interaktion mit ihrem Liebespartner haben als jemand, der kritisiert, beschuldigt und angreift. Wenn der Zyklus einmal aufgebaut und evident ist, wird dadurch die Verbindung zwischen den sexuellen Problemen reflektiert.

### Vignette-Stadium I: Jean und Luce.

Nach dem Herzinfarkt des Ehemanns konsultiert ein Paar, Jean und Luce, die seit 25 Jahren zusammenleben, den Psychologen, der beim Gesundheitsdienst für klinische Psychologie eines lokalen Krankenhauses arbeitet. Sie wurden vom zuständigen Arzt der kardiologischen Rehabilitation dorthin verwiesen, weil sie seit Jeans Herz-Kreislauf-Erkrankung sexuelle Probleme haben. Während der Evaluation entdeckt der Therapeut, der mit der EFT arbeitet, dass Luce den Lebensgewohnheiten von Jean zunehmend kritischer gegenübersteht, die sie als «ungesund» und «suizidär» bezeichnet. Sie sagt, dass sie sich von ihrem Ehemann nicht mehr sexuell angezogen fühlt, seit sie die Rolle «der Krankenschwester» und «der Spionin» spielen muss.

Jean seinerseits beklagt sich über den Mangel an sexuellen Aktivitäten seit dem Bypass, den er als Folge seines Herzinfarkts erhielt. Da der chirurgische Eingriff erfolgreich war, bestätigt er, dass er sich niemals seit seiner Jugend fitter gefühlt hat, und es ihm schwer fällt, zu verstehen, warum seine Frau nicht mehr an ihm interessiert zu sein scheint, vor allem, da «alles gut war», bevor er krank wurde. In Zusammenarbeit mit dem Paar deckt der Therapeut die problematische Dynamik, die zugrunde liegenden primären Emotionen und Bindungsbedürfnisse sowie den Zusammenhang zwischen den Bindungsbedürfnissen und den sexuellen Problemen des Paares auf. Hier ein Auszug einer Sitzung im ersten Stadium der Therapie:

Luce: Mein Ehemann wurde durch einen medizinischen Patienten ersetzt, der versucht, sich systematisch zu zerstören. Er hört auf nichts, was die Ärzte sagen. Anstatt seine Gewohnheiten zu ändern, isst, trinkt und raucht er weiter wie früher, wenn nicht sogar noch mehr. Ich will nicht wissentlich jemandem so nahe sein, der so sehr daran arbeitet, sich zu töten. Nein danke! Der bloße Gedanke, intim mit ihm zu sein, ekelt mich an.

Therapeut: Etwas bei diesem Ereignis hat Sie tief geprägt, und jetzt ärgern Sie sich über Jean. Sie sagen: «Er versucht, sich zu zerstören». Wie ist das für Sie, zu erleben, wie sich jemand scheinbar zerstört, der so wichtig ist? (evokatorische Frage, Richten der Aufmerksamkeit auf die Bindungsbedürfnisse, Neukadrierung.)

Luce: Das zerstört mich. Es ist, als hätte ich meine Lebensbindung verloren.

Therapeut: Ihre «Lebensbindung»? Sie brauchen Jean also wirklich, und wenn Sie ihn in Gefahr sehen, lässt Sie dies stark reagieren. (empathische Reflexion)

Luce: Ja, das macht mir Angst.

Therapeut: Angst, ihn zu verlieren?

Luce: Ja, natürlich!

Therapeut: Und was machen Sie, wenn Sie Angst haben, Jean zu verlieren, so starke Angst, dass Sie wütend werden?

Luce: Ich versuche, seine Diät und seinen Alkohol- und Zigarettenverbrauch noch mehr zu kontrollieren ... und ich explodierte manchmal.

Therapeut: Also, oberflächlich nimmt man Ihre Wut wahr, aber Sie sagen, dass diese Wut mit einer großen Angst zusammenhängt, Ihre «Lebensbindung» zu verlieren, stimmt's? Und wenn Sie solche Angst haben, Angst, ihn zu verlieren, kritisieren Sie ihn, indem Sie versuchen, ihn länger am Leben zu erhalten, das ist es doch, oder? Und Sie spüren ihn weit, sehr weit weg, und, vor allem, nicht anziehend. (Reflexion von Emotionen, von Bindungsbedürfnissen und von Verhaltensweisen in Zusammenhang mit der Sexualität.)

Luce: Es ist schwierig, sich verliebt zu fühlen, wenn du dabei bist, dich vor dem Schlimmsten zu schützen.

Therapeut: Okay. Man kann also sagen, dass die Tatsache, dass Sie diese Schwierigkeiten bei Jean sehen, eine Alarmglocke in Ihrem Innern zum Läuten bringt, eine Alarmglocke, die sagt: «Gefahr! Gefahr!» (grundlegende Ängste, die mit der Bindung zusammenhängen). Und wie ist das für Sie, Jean, wenn sich Luce bezüglich Ihrer Gesundheit aufregt? (Inkontextsetzung des Zyklus).

Außerhalb des sexuellen Problems ist es dem Therapeuten mit dieser Serie von empathischen Reflexionen, Neukadrierungen und evokatorischen Fragen gelungen, zur Hauptursache des Problems zu gelangen: Das Gefühl der Ehepartnerin angesichts des potenziellen Verlustes ihrer Bindungsfigur, mit der für eine solche Bedrohung typischen ganzen Wut und dem Protest, in Zusammenhang mit der Tendenz ihres Ehemannes, ihre Sorgen herunterzuspielen und unablässig sexuelle Kontakte zu suchen. Luce erklärt, dass die Sexualität bei Weitem nicht ihre Priorität ist, wenn sie sich nicht in Sicherheit fühlt, ein Gefühl, das aus ihrer Wahrnehmung des imminenten Verlustes von Jean resultiert. Der Therapeut hat Jean geholfen, die hinter Luces Frustration versteckte Angst wahrzunehmen, und er hat Luce geholfen, sich bewusst zu werden, dass sie versucht, sich Jean kritisch zu nähern. Daraus resultiert, dass sich Jeans Ängste und sein Gefühl der Einsamkeit verstärkt, und er es nicht wagt, dies mit ihr zu teilen, weil er sich nicht noch mehr angegriffen fühlen wollte...

Der Therapeut hat danach mit Jean gearbeitet, damit dieser über seine emotionalen und verhaltensmäßigen Reaktionen, wenn er Luces Angriffe wahrnahm, sprechen konnte. Er hat gestanden, dass er auch Anst hatte, und das der Sex für ihn eine gute Möglichkeit war, sich seiner Frau nahe zu fühlen. Er hat geweint und seine Enttäuschung und seinen Schmerz darüber zum Ausdruck gebracht, wenn er das Gesicht von Luce sah, das, ihm zufolge, zeigte, «wie sie von mir abgestoßen ist». So hat der Therapeut aufgezeigt, wie die mit der Bindung zusammenhängenden Ängste bei Luce das sexuelle Begehren verringert haben, und wie ähnliche Ängste vor Distanz und vor emotionaler Entfernung Jean dazu gebracht haben, häufiger Geschlechtsverkehr von Luce zu fordern. Am Ende des ersten Stadiums der Therapie haben sie verstanden, dass ihre sexuelle Unzufriedenheit ein Problem (des Mangels) an emotionaler Sicherheit (in der Beziehung) bei beiden Partnern reflektierte, und sie begannen, dies als ihren gemeinsamen Feind zu erkennen (Deeskalation).

#### Vignette-Stadium I: Georges und Nancy.

Georges und Nancy sind ein junges Paar, seit 3 Jahren zusammen. Sie berichten, dass die Häufigkeit und die Qualität ihres Geschlechtsverkehrs zu Beginn ihrer Frequentation ein bestimmender Faktor für die Entscheidung war, sich in einer ersten und exklusiven Beziehung zu engagieren. Besonders Nancy hat erwähnt, dass ihre sexuellen Erfahrungen mit Georges die besten ihres Lebens waren; sie erklärte, dass sie den Eindruck hatte, ihre Sexualität mit ihm entdeckt zu haben, im Gegensatz zu ihren früheren sexuellen Erfahrungen. Die Freude, die sie in ihrer Intimität mit Georges erlebt hat, war, ihr zufolge, «unersetzbar».

Seitdem sie sich jedoch verlobt haben und vor sechs Monaten zusammengezogen sind, mit dem Ziel, bald zu heiraten, fingen die sexuellen Probleme an. Georges, dessen Arbeit als Börsenmakler äußerst stressig war, fing an, Schwierigkeiten zu haben, seine Erektion bei der sexuellen Aktivität aufrechtzuerhalten. Er erwähnt, dass Nancy sehr verständnisvoll war, als das Problem anfang, und dass sie andere Wege gefunden haben, sich sexuell zu befriedigen. Georges zufolge wurde Nancy jedoch immer frustrierter, als er seine Erektion verlor, obwohl sie sich bemühte, sich das nicht anmerken zu lassen. Er sagt: «Ich sehe die Enttäuschung in ihren Augen. Ich sehe, dass sie mir böse ist, und danach ärgere ich mich über mich selbst».

Nancy erklärt ihrerseits, dass sie in ihrem Berufs- und Privatleben ebenfalls viel Stress hat – sie ist Chirurgin in einem lokalen Krankenhaus, und ihre Mutter ist schwer krank. Sie hat Krebs im fortgeschrittenen Stadium. Sie sagt, dass sie versucht, Georges zu verstehen und das, was er erlebt, aber dass es schwieriger für sie ist, seit sie keinen Geschlechtsverkehr mit ihm hat. Für Nancy war die Sexualität mit Georges u.a. eine Möglichkeit, dem alltäglichen Stress zu entfliehen. Außerdem erwähnt sie, dass sie sich von Georges

zurückgewiesen fühlt, wenn er nicht mit ihr schlafen will, oder wenn er seine Erektion nicht aufrechterhalten kann. Sie fühlt sich auch vernachlässigt, wenn ihr zufolge Georges das Thema meidet, oder ihr suggeriert, dass ihre Reaktion übertrieben sei.

Im ersten Stadium der Therapie hat der Therapeut viele evokatorische Fragen gestellt und zahlreiche Neukadrierungen vorgenommen, um Zugang zu den primären Emotionen von beiden und zu den zugrunde liegenden Bindungsbedürfnissen zu erhalten. Durch diese Interventionen zeigte sich, dass die Hauptbefürchtung von Georges, die entscheidend zu seinen Erektionsproblemen beiträgt, tatsächlich eine mit der Bindung zusammenhängende Angst war:

Georges: Es ist, als hätte ich versagt.

Therapeut: «Versagt?»

Georges: Ja, als Partner, als Mann. Das ist demütigend.

Therapeut: Was denken Sie, was wird passieren, wenn es so weitergeht, wenn Sie weiter «versagen», indem sie nicht in der Lage sind, Nancy sexuell zu befriedigen? Was ist Ihre schlimmste Befürchtung? (Evokatorische Fragen, um eine starke primäre Emotion hervorzurufen.)

Georges: Nun, dass sie mich verlässt. Dass sie jemand Anderen findet. Sie sagt oft, dass sie sich niemals sexuell so entfaltet gefühlt hat. Aber wenn ich nicht mehr fähig bin, ihr dies zu ermöglichen... (Georges fängt an zu weinen).

Therapeut: «Wenn ich nicht mehr fähig bin, es ihr zu ermöglichen, sich zu entfalten, wird sie mich verlassen. Sie wird nicht mehr da sein. Ich werde allein sein, stimmt's?» (Reflexionen, um die grundlegende Angst eingehender zu behandeln, die mit der Bindung zusammenhängt, und um Georges zu helfen, die Verbindung zu seinem Verhalten in der Beziehung herzustellen.)

Georges: Ja.

Therapeut: Und was machen Sie, wenn Sie Angst haben, solche Angst, sie zu verlieren ... Wenn Sie überzeugt sind, dass Sie allein bleiben werden?

Georges: Nun, ich ziehe mich zurück. Oder ich sage ihr, dass ich zu müde bin, um mit Dir zu schlafen. Oder ich werde sehr defensiv, und ich ärgere mich.

Therapeut: Mhm. Diese Furcht, die wichtigste Person zu verlieren, wird so unerträglich, dass Sie sich von ihr zurückziehen, indem Sie frustriert sind? (Neukadrierung, Reflexion des Verhaltens, das mit den Emotionen und mit dem Bindungsbedürfnis einhergeht).

Und wie ist das für Sie (der Therapeut wendet sich Nancy zu), Nancy, wenn Georges sich so von Ihnen entfernt? (Insertion des Verhaltens von Georges in den interaktionellen Zyklus.)

Nach diesen Sitzungen konnte Nancy über ihre Gefühle sprechen (Zurückweisung, Trauer, Überwindung), wenn sie eine Distanz zwischen sich und Georges spürte. Mit Hilfe des Therapeuten hat sie bemerkt, dass ihre Tendenz, frustriert zu sein und den Geschlechtsverkehr zu fordern, zu einem großen Teil damit zusammenhing, dass sie sich Georges näher fühlen wollte, sowie mit ihrer großen Enttäuschung, wenn er emotional nicht verfügbar war.

## Stadium II: Reengagement und Loslassen

Wenn das Paar einmal den Zyklus der Interaktionen erkannt hat, aus dem sich die Distanz und die Frustration in der Beziehung ergibt, und beide diesen Zyklus als Hauptquelle ihres Problems wahrnehmen,

sind sie bereit, zum zweiten Stadium der EFT überzugehen. Ziel des zweiten Stadiums ist es, die Dynamik zu verändern, indem neue Typen der Interaktion gestaltet werden, in denen die beiden Partner zu ihren Emotionen und ihren Bindungsbedürfnissen finden. Außerdem fordern sie den Anderen auf, klar und direkt darauf zu antworten, ihre sanften Gefühle (Trauer, Angst, Scham) und ihre Verletzbarkeiten aufzeigend (Johnson, 2004; Johnson und Greenman, 2006; Lafontaine et al. 2008) - neue Reaktionen beim Partner hervorrufend, also die Art zu verändern, in der die beiden Personen interagieren - aber nur, wenn sie evident sind.

#### Vignette-Stadium II: Jean und Luce.

Nachdem Jean und Luce ihren Zyklus erkannt und verstanden haben, dass es im Zentrum ihrer sexuellen Probleme einen Bindungsstanz gab, konnte der Therapeut mit dem zweiten Stadium der EFT beginnen. Am Anfang dieses Stadiums hat er Jean geholfen, indem er dessen Gefühl der Einsamkeit und der Unsicherheit, das er seit seinem Herzinfarkt hatte, eingehender behandelte. Außerdem hat er Jean geholfen, Luce zu erklären, dass er sich ihr nicht öffnen könne, aus Angst, von ihr angegriffen zu werden. Er hat ihr direkt gesagt, dass die Sexualität für ihn die einzige ihm bekannte Möglichkeit sei, um sich emotional mit ihr noch verbunden zu fühlen. Danach hat der Therapeut Luce geholfen, zuzuhören und zu antworten, Jean auffordernd, sich zu öffnen, und ihm sagend, dass er nicht allein sei. Jean hat Luce danach gebeten, geduldiger mit ihm zu sein. Nach diesem «erneuten emotionalen Engagement» von Jean hat der Therapeut begonnen, die Ängste und Bedürfnisse von Luce eingehender zu betrachten und darzulegen. Hier ein Auszug aus einer Sitzung:

Luce: Ich habe schreckliche Angst, allein in der Welt zu bleiben. Ich habe immer Angst gehabt, schon immer, seit meine Mutter gestorben ist, als ich neun Jahre alt war. Und ich bin es gewesen, die anfang, der fehlende Familienteil für meinen Vater und meine kleine Schwester zu sein. Ich habe mich so einsam gefühlt, und ich könnte dies nicht noch einmal ertragen.

Therapeut: Einsam, so einsam, mit niemandem, der sich um Sie kümmert. (Vertiefung des primären Affekts und der Bindungsbedürfnisse). Wenn ich richtig verstanden habe, erleben Sie dieses Gefühl erneut, jedes Mal, wenn Sie Jean in Gefahr sehen, vor allem nach dem Herzinfarkt.

Luce: Ja! Jedes Mal, wenn er zu viel trinkt, jedes Mal, wenn er vergißt, seine Medikamente zu nehmen, ist es, als wenn er sich eine Kugel in den Kopf schießen würde!

Therapeut: So große Angst, ihn zu verlieren. Können Sie ihm das sagen, Luce? Sagen Sie ihm, wie sehr Sie Angst haben, ihn zu verlieren, dass der Grund für ihre Frustration darin besteht, dass er so wichtig für Sie ist. (Agieren.)

Luce (unter Tränen): Ich liebe Dich. Ich kann mir mein Leben ohne Dich nicht vorstellen. Du bist meine Lebensbindung, meine Liebe. Nach dem Herzinfarkt habe ich so große Angst, dass Du Dir noch mehr weh tust, dass ich allein bleiben werde, ganz allein, ohne Dich... (Jean nimmt die Hand von Luce.)

Therapeut: Was hat sich gerade eben ereignet, Jean, als Luce Sie angesehen hat und gesagt hat: «Ich habe so große Angst, Dich zu verlieren, weil ich Dich so liebe»? Sie haben ihre Hand genommen.

Jean: Ich möchte sie ganz einfach beruhigen und sie trösten, wenn ich sie so sehe. Das ist so anders als sonst. Normalerweise zeigt sie sich mir gegenüber nicht so.

Therapeut: Sie sind es nicht gewohnt, Luce wahrzunehmen, die Sie braucht. Luce, die Angst hat, Sie zu verlieren, Luce, die alles tun würde, um Ihnen zu helfen, gesund zu werden und bei ihr zu bleiben. Was geschieht mit Ihnen, wenn Sie das so sehen?

Jean: Es ist seltsam, aber das erleichtert mich. Es ist, als sei ich immerhin nicht allein. Das ermutigt mich, es zu versuchen, mich etwas mehr um mich zu kümmern. Für sie, für uns.

Der Therapeut hat danach Luce weiter behandelt, indem er ihr geholfen hat, sich mehr zu äußern, und er hat Jean dabei unterstützt, zuzuhören, und tröstend auf ihre Äußerungen zu antworten, wenn sie sich verletztlich fühlt. Nach mehreren Wiederholungen dieser Form des Austausches bei verschiedenen Sitzungen hat Luce angefangen, sich Jean wieder näher zu fühlen. Als sie bemerkte, dass er zugänglicher war, ist ihre Art, mit ihm zu interagieren, sanfter geworden («emotionales Loslassen»). Die beiden fühlten sich in ihrer Beziehung sicherer. Mit der Zeit haben sie ihre sexuellen Aktivitäten mit viel Befriedigung wieder aufgenommen.

### Vignette-Stadium II: Georges und Nancy.

Am Ende des ersten Stadiums der Therapie haben Georges und Nancy bemerkt, dass die Sexualität für jeden eine andere Bedeutung hatte, besonders wenn es in der Beziehung Schwierigkeiten gibt. Für Georges war es eine Stressquelle und eine andere Ebene, wo er Gefahr lief, Nancy zu enttäuschen. Im Laufe des ersten Stadiums wurde seine Angst in den Vordergrund gestellt – die Angst, angesichts der potentiellen Enttäuschung und des potentiellen Verlusts der Beziehung, die durch seine Unfähigkeit hervorgerufen wurde, den Erwartungen nicht gerecht zu werden, die er bei ihr bemerkte. Für Nancy war die Sexualität sowohl Quelle von Lust und physischer Entspannung, als auch eine Möglichkeit, sich Georges näher zu fühlen. Sowie sie eine Bedrohung für diese Bindung vermutete, wurden ihre Bindungsängste aktiviert, und sie war über ihn verärgert. Zu Beginn des zweiten Stadiums wollte der Therapeut Georges helfen, sich Nancy zu öffnen. Eines der Ziele war es, Nancy zu verstehen zu geben, dass, im Gegensatz zu dem, was Georges ihr die meiste Zeit zeigte, er alles andere als gleichgültig für ihr Leid war.

Therapeut: Georges, können Sie Nancy helfen, zu verstehen, wie wichtig Ihre Beziehung für Sie ist, warum sie so wichtig ist für Sie (Neukadrierung), dass, wenn Sie glauben, dass Sie sie enttäuscht haben, dies ihnen soviel Angst macht, dass Sie sich von ihr entfernen? (Agieren.)

Georges: Du sagst, dass es nicht schlimm ist, aber ich sehe es in Deinen Augen, wie sehr es Dir das Herz bricht, wenn ich nicht in der Lage bin, eine Erektion zu haben. Ich sehe, wie enttäuscht und verärgert Du bist, und das (er weint), das macht mir Angst. Ich habe Angst, Dich zu verlieren.

Nancy: Was mich enttäuscht, sind die mangelnden Möglichkeiten, um Dir nahe zu sein. Wir sind so beschäftigt, dass man sagen könnte, dass der einzige Moment, an dem wir uns umarmen, der ist, nachdem wir miteinander geschlafen haben. Du fehlst mir, nicht nur der Sex mit Dir. Wir haben uns nie die Zeit genommen, uns anders nahe zu sein. Mach Dir nichts daraus, ich gehe nirgendwo hin. (Trost für die Bindungsängste.)

Als Nancy bei George statt der Gleichgültigkeit sein Leid wahrnahm, als sie sah, wie er bei der Vorstellung, sie zu verlieren, emotional wurde, kam sie sich in seinen Augen wichtiger vor und fühlte sich ihm näher. Dieses Gefühl beruhigte sie, obwohl sie trotzdem ihr Sexualleben verbessern wollte. Außerdem hat sie die Tatsache, dass sie sich wichtig und von Georges anerkannt fühlte, dazu gebracht, ihn ihrerseits trösten zu wollen, nachdem sich seine Verletzbarkeit offenbarte. Der Therapeut hat diese Art des Agierens mehrmals wiederholt, um das erneute emotionale Engagement von Georges und das Loslassen von Nancy zu festigen. Als die beiden Partner angefangen haben, sich in der Beziehung sicherer und mit dem Anderen mehr verbunden zu fühlen, ist der typische Austausch der Therapiesitzungen, in denen die beiden Personen direkt und offen über ihre Gefühle und ihre Bedürfnisse reden, zum festen Bestandteil

ihrer täglichen Lebens geworden. Zu diesem Zeitpunkt waren sie bereit für das dritte Stadium der Therapie.

### Stadium III: Konsolidierung und Integration

Das dritte Stadium der EFT ist eine vertiefende Rückkehr zu den praktisch-konkreten Problemen, wie die Sexualität, die zuvor zum negativen Zyklus des Paares geführt hatten. Es hilft dem Paar, die Sexualität direkter und erfolgreicher anzusprechen, wenn man sich in der Beziehung sicherer fühlt und die Rolle der Sexualität im interpersonellen Tanz erkannt hat, in ihrer gesamten Bedeutung für die Qualität der Verbindung der Bindung. Im Fall von Jean und Luce beispielsweise hat ihnen der Therapeut im dritten Stadium geholfen, sich über die Art und Weise zu verständigen, wie man den Übungs- und Ernährungsplan in die Praxis umsetzt. Dieser war vom Arzt, vom Kinesiologen und vom Ernährungsberater zusammen mit Jean entwickelt worden. Luce fühlte sich zu Jean wieder sexuell mehr hingezogen, als sie spürte, dass er ihren Sorgen offener gegenüberstand, bei denen es hauptsächlich um ihre Liebe zu ihm ging, und sie merkte, dass er seine Gesundheit wieder selbst in die Hand nahm. Sie konnten jetzt offen über alles sprechen. Der Therapeut konnte außerdem reflektieren, dass Jean sich mehr einbrachte, indem er Luce bat, ihm bei der Realisierung des Plans zu helfen, der von seinem medizinischen Team bereitgestellt worden war. Gemeinsam haben sie entschieden, dass Jean von Luce ins Fitnessstudio und bei seinen Läufen begleitet würde, und dass sie das Essen gemeinsam zubereiten würden, entsprechend den Ratschlägen des Ernährungsberaters.

Was Georges und Nancy betrifft, so haben sie im Laufe des dritten Stadiums angefangen, sich mehr Zeit füreinander und für nichtsexuelle Aktivitäten zu nehmen (z.B. Restaurantbesuche, Laufen, Gesellschaftsspiele, Konversation). Sie haben herausgefunden, dass, wenn sie sich einander näher und emotional synchron fühlten, die Ängste, die die physiologischen Reaktionen von George in Zusammenhang mit der Sexualität zu beeinflussen schienen, abnahmen. Zusammen mit ihrem Therapeuten erarbeiteten sie Annäherungstechniken und Ideen für sexuelle Spiele, die für sie beide angenehm waren. Weil sie spürte, dass Georges ihr nahe und engagiert war, fühlte sich Nancy weniger frustriert, wenn es ihm nicht gelang, seine Erektion aufrechtzuerhalten (was am Ende der Therapie viel seltener vorkam). Dadurch, dass er Nancys Liebe spürte, fühlte sich Georges gestärkt und wohler, und offen für das sexuelle Experimentieren, selbst wenn Nancy nicht bei jedem Versuch der sexuellen Annäherung einen Orgasmus hatte. Sollte das Problem weiter bestehen, wollten sie sich in einer Sexualtherapie beraten lassen oder mit dem Arzt von Georges sprechen, aber weder der Eine noch der Andere von ihnen nahm das Problem als Bedrohung für ihre Beziehung wahr, was die Exploration ihrer Sexualität erleichtert hat.

### Die EFT und der Approche Sexocorporelle: Eine gute Ehe

Der Approche Sexocorporelle stellt ein Modell der sexuellen Gesundheit dar, was sich gut mit der Emotionsfokussierten Paartherapie verbindet.

Sexuelle Gesundheit wird laut Desjardins, Chatton, Desjardins und Tremblay (2010) definiert als «die Geburt, die Entwicklung, die Interaktion und die Harmonisierung aller Komponenten der Sexualität» (S.65). Das Grundpostulat dieser sexologischen Herangehensweise besagt, dass Körper und Gehirn eine Einheit bilden (Chatton, Desjardins, Desjardins und Tremblay, 2005; Desjardins et al. 2010). Aus diesem Grund ergibt sich aus einer Emotion eine körperliche Veränderung, mit der sie assoziiert ist, während eine bestimmte körperliche Position präzise Muskelspannungen nach sich zieht, die sich dann auf emotionaler und kognitiver Ebene widerspiegeln (Chatton et al. 2005). Entsprechend dieser Herangehensweise findet die sexuelle Entwicklung ausgehend vom Reflex der sexuellen Erregung statt, der bereits vor der Geburt präsent ist (Chatton et al., 2005; Desjardins et al. 2010). Zunächst handelt es sich um eine Reflexreaktion, die, durch die diversen Explorationsversuche des Kindes, zum Ergebnis seiner Lernprozesse wird. Die Sexualität entwickelt sich also durch Lernprozesse, und ist somit Veränderungen ausgesetzt, einschließlich affektiven Veränderungen (Desjardins et al., 2010). Die Emotion spielt also eine wesentliche Rolle bei der sexuellen Entwicklung und bei der sexuellen Gesundheit.

Diese Philosophie der Sexualität lässt sich gut mit den Werten der EFT verbinden. Genau wie die Therapeuten, die die EFT praktizieren, berücksichtigen auch diejenigen, die den Approche Sexocorporelle praktizieren, die Auswirkungen der affektiven Zustände auf die Sexualität. Entsprechend der sexocorporellen Perspektive ist die direkte Kausalität der sexuellen Probleme fast immer mit der Funktion der sexuellen Erregung verbunden (Desjardins et al. 2010). Wie wir in Untersuchungen und in den beiden hier vorgestellten Vignetten gesehen haben, hängt die sexuelle Erregung (oder das Fehlen von sexueller Erregung) häufig mit der Qualität der Verbindung der Bindung des Paares zusammen. Es ist also wichtig, den Menschen zu helfen, sich einander nahe und in emotionaler Sicherheit zu fühlen, damit sie ihre sexuellen Erregungsmodi erweitern können, durch das Spiel der körperlichen Gesetzmäßigkeiten (Exploration des Raumes, der unterschiedlichen Rhythmen und der vielfältigen Muskelspannungen), durch das Erlernen der Technik der doppelten Schaukel (Schaukelbewegung des Beckens, der Schultern und des Kopfes) oder durch Techniken der Bauchatmung, die für den Approche Sexocorporelle typisch sind (Desjardins et al., 2010). Die relationelle Sicherheit öffnet somit die Tür für die Beiträge des Sexocorporel.

## **Schluss**

Die EFT ist eine empirisch belegte Herangehensweise der Paartherapie, die vielversprechend für die Behandlung sexueller Probleme ist. Bislang gab es drei Studien, in denen die Teilnahme an einer EFT verbunden war mit einem Anstieg der sexuellen Befriedigung im Vergleich gesehen zu einer anderen Vergleichsgruppe (Honaparvaran et al. 2010), mit einem Anstieg der emotionalen Intimität im Vergleich zu einer Vergleichsgruppe und mit einer kognitiven Intervention (Dandeneau und Johnson, 1994) und mit dem Anstieg des sexuellen Begehrens bei Frauen im Vergleich gesehen zu einer anderen Vergleichsgruppe (MacPhee, Johnson und Van der Veer, 1995). Es gibt also einige empirische Beweise für die Effizienz dieser Herangehensweise bei der Behandlung sexueller Probleme, sowie viele anekdotische Daten in diesem Zusammenhang (Johnson und Zuccarini 2010, 2011).

Trotzdem muss noch einiges an Arbeit geleistet werden. In der Tat fehlen zurzeit weitere gut kontrollierte Studien, um die Effizienz der EFT bei der Behandlung sexueller Probleme zu belegen. Weitere Forschungen sind auch notwendig hinsichtlich des therapeutischen Prozesses der EFT bei Paaren mit Problemen sexueller Art, denn dieser Prozess kann je nach der Population oder der besonderen Problematik unterschiedlich sein (La Rocque, 2015; Makinen und Johnson, 2006). In der Zukunft wird es wichtig sein, weiter auf diesem Gebiet zu forschen, um die Qualität der Behandlung von Klienten mit sexuellen Problemen zu gewährleisten.

Trotz der noch zu leistenden Arbeit könnte die EFT eine extrem pertinente Ergänzung zur Sexualtherapie sein, und in einigen Fällen kann sie sogar notwendig sein, bevor das Paar die Techniken der Sexualtherapie effizient anwenden kann. Denn wenn es in der Paarbeziehung Probleme gibt, wird es für den Therapeuten offensichtlich sehr schwierig, sogar unmöglich sein, die sexuelle Entfaltung der Partner zu ermöglichen.

## **Referenzen**

- Birnbaum, G.E. (2007). Attachment orientations, sexual functioning, and relationship satisfaction in a community sample of women. *Journal of Social and Personal Relationships*, 24, 21-35. doi : 10.1177/0265407507072576
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1 Attachment*. New York: Basic Books.
- Brassard, A., Péloquin, K., Dupuy, E., Wright, J., & Shaver, P.R. (2012). Romantic attachment insecurity predicts sexual dissatisfaction in couples seeking marital therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38, 245-262. doi : 10.1080/0092623X.2011.606881
- Burgess Moser, M. (2012). *The cognitive-affective and behavioural impact of emotionally focused couple therapy* (Thèse doctorale non publiée). Université d'Ottawa, Ottawa, Canada.
- Carrasco, B. (2012). *An empirical analysis of romantic attachment and sexuality* (Thèse doctorale non publiée). City College of New York, New York, U.S.A.
- Castellano, R., Velotti, P., & Zavattini, G.C. (2014). *What makes us stay together? Attachment and the outcomes of couple relationships*. London: Karnac Books.
- Chatton, D., Desjardins, J.-Y., Desjardins, L., & Tremblay, M. (2005). La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle. *Psychothérapies*, 25, 3-19. doi : 10.3917/psys.051.0003.
- Cloutier, P.-F., Manion, I.G., Gordon Walker, J., & Johnson, S. M. (2002). Emotionally focused interventions for couples with chronically ill children: A 2-year follow-up. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 391-398. doi:10.1111/j.1752-0606.2002.tb00364.x
- Dalgleish, T.L., Johnson, S. M., Burgess Moser, M., Wiebe, S.A., & Tasca, G. (2014). Predicting key change events in Emotionally Focused Couple Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. Publication d'avance en ligne. doi : 10.1111/jmft.12101.
- Dalgleish, T.L., Johnson, S.M., Burgess Moser, M., Lafontaine, M., Wiebe, S.A., & Tasca, G. (2014). Predicting change in marital satisfaction throughout Emotionally Focused Couple Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. Publication d'avance en ligne. doi : 10.1111/jmft.12077
- Dandeneau, M. L., & Johnson, S. M. (1994). Facilitating intimacy: Interventions and effects. *Journal of Marital and Family Therapy*, 20, 17. doi : 10.1111/j.17520606.1994.tb01008.x.
- Davis, D. (2006). Attachment-related pathways to sexual coercion. Dans M. Mikulincer & G.S.
- Goodman (Éds.), *Dynamics of romantic love : Attachment, caregiving, and sex* (p. 293-336). New York : Guilford Press.
- Denton, W. H., Wittenborn, A. K., & Golden, R. N. (2012). Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples : A randomized pilot study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 23-38. doi : 10.1111/j.1752-0606.2012.00291.x
- Desjardins, J.-Y., Chatton, D., Desjardins, L., & Tremblay, M. (2010). Le sexocorporel. La compétence érotique à la portée de tous. Dans M. El Feki (Éd.), *La sexothérapie. Quelle thérapie choisir en sexologie clinique?* (2e éd.) (pp. 63-102). Bruxelles: De Boeck Université.
- Dessaulles, A., Johnson, S. M., & Denton, W. H. (2003). Emotion focused therapy for couples in the treatment of depression : A pilot study. *American Journal of Family Therapy*, 31(5),
- Diamond, L.M. (2003). What does sexual orientation orient? A biobehavioral model distinguishing romantic love and sexual desire. *Psychological Review*, 110, 173-192. doi: 10.1037/0033-295X.110.1.173

- Eagle, M. (2007). Attachment and sexuality. Dans D. Diamond, S.J. Blatt, & J.D. Lichtenberg (Éds.), *Attachment and sexuality* (p. 27-50). Londres : The Analytic Press.
- Feeney, J.A. (2004). Transfer of attachment from parents to romantic partners: Effects of individual and relationship variables. *Journal of Family Studies*, 10, 220-238. doi : 10.5172/jfs.327.10.2.220
- Gottman, J.M. (1994). *What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Greenberg, L.S., & Safran, J.D. (1987). *Emotion in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Greenman, P.S., & Johnson, S.M. (2013). Process research on Emotionally Focused Therapy (EFT) for couples: Linking theory to practice. *Family Process*, 52, 46-61. doi : 10.1111/famp.12015
- Guerrero, V., & Zavattini, G.C. (2015). Questioni d'amore : Teoria dell'attaccamento e relazioni sentimentali. *Attaccamento e Sistemi Complessi*, 2, 27-44.
- Halchuk, R. E., Makinen, J., & Johnson, S. M. (2010). Resolving attachment injuries in couples using Emotionally Focused Therapy: A three-year follow-up. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 9, 31-47. doi:10.1080/15332691.2011.613306
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524. doi : 10.1037/0022-3514.52.3.511
- Honarparvaran, N., Tabrizy, M., & Navabinejad, S. (2010). The efficacy of emotionally focused couple therapy (EFT-C) training with regard to reducing sexual dissatisfaction among couples. *European Journal of Scientific Research*, 43, 538-545.
- Johnson, S. (2008). *Hold me tight: Seven conversations for a lifetime of love*. New York: Little, Brown and Co.
- Johnson, S. (2013). *Love sense: The revolutionary new science of romantic relationships*. New York: Little, Brown and Co.
- Johnson, S. M. (2004). *Creating connection : The practice of emotionally focused marital therapy* (2nd edition). New York, NY : Brunner/Routledge.
- Johnson, S.M., & Greenman, P.S. (2006). The path to a secure bond: Emotionally Focused Couple Therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 597-609. doi : 10.1002/jclp.20251
- Johnson, S.M., & Zuccarini, D. (2010). Integrating sex and attachment in Emotionally Focused Couple Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36, 431-445. doi : 10.1111/j.1752-0606.2009.00155.x
- Johnson, S.M., & Zuccarini, D. (2011). EFT for sexual issues : An integrated model of couple and sex therapy. Dans J.L. Furrow, S.M. Johnson, & B.A. Bradley (Éds.), *The emotionally focused casebook : New directions in treating couples* (p. 219-246). New York : Routledge.
- Lafontaine, M. F., Johnson-Douglas, S. M., Gingras, N., & Denton, W. (2008). *Thérapie de couple axée sur l'émotion [Emotionally Focused Therapy for couples]*. In J. Wright, Y.
- Lussier, & S. Sabourin (Eds.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 277-312). Québec: PUQ.
- LaRocque, G. (2015). *La Thérapie de couple axée sur l'émotion (TCÉ) auprès de couples dont un membre a une maladie cardiaque et de couples en bonne santé physique : une étude du processus thérapeutique*. Thèse doctorale non publiée. L'Université du Québec en Outaouais, Gatineau, Canada.
- Lewandowski, G.W., Ozog, V., & Higgins, H. (2015). *The science of improving relationships*.
- Dans A. Renolds (Éd). *Psychology of interpersonal perception and relationships* (p. 136). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.

- [MacPhee, D. C., Johnson, S. M., & van Der Veer, M. M. \(1995\). Low sexual desire in women: The effects of marital therapy. \*Journal of sex & marital therapy\*, 21\(3\), 159-182. Doi : 10.1080/00926239508404396.](#)
- [Makinen, J. A., & Johnson, S. M. \(2006\). Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy: steps toward forgiveness and reconciliation. \*Journal of Consulting and Clinical Psychology\*, 74\(6\), 1055-1064. Doi : 10.1037/0022006X.74.6.1055.](#)
- [McCrae, T.R., Dalgleish, T., L., Johnson, S.M., Burgess-Moser, M., & Killian, K.D. \(2014\). Emotion regulation and key change events in emotionally focused therapy. \*Journal of Couple & Relationship Therapy\*, 13, 1-24. doi : 10.1080/15332691.2013.836046](#)
- [Mehr, S.E., Bahrami, F., Karami, B., Mehr, Y.E., Hedayati, A.M., Ahmadi, S., & Rozeyan, A. \(2014\). Studying the effect of emotion focused therapy on couples' attachment styles. \*MAGNT Research Report\*, 2, 595-602. doi : dx.doi.org/14.9831/1444-8939.2014/25/MAGNT.87](#)
- [Mikulincer, M., & Shaver, P.R. \(2007a\). Psychodynamics of attachment and sexuality. Dans D.](#)
- [Diamond, S.J. Blatt, & J.D. Lichtenberg \(Éds.\), Attachment and sexuality \(p. 51-78\). Londres : The Analytic Press.](#)
- [Mikulincer, M., & Shaver, P.R. \(2007b\). Attachment in adulthood : Structure, dynamics, and change. New York : Guilford Press.](#)
- [Schade, L.C., Sandberg, J.G., Bradford, A., Harper, J.M., Holt-Lunstad, J., & Miller, R.B. \(2014\). A longitudinal view of the association between therapist warmth and couples' in-session process: An observational pilot study of emotionally focused couples therapy. \*Journal of Marital and Family Therapy\*. Publication d'avance en ligne. doi: 10.1111/jmft.12076](#)
- [Zeifman, D., & Hazan, C. \(2008\). Pair bonds as attachments. Dans J. Cassidy & P.R. Shaver \(Éds.\), \*Handbook of attachment \(2e édition\) : Theory, research, and clinical applications\* \(p. 436-455\). New York : Guilford Press.](#)

*Interview réalisée par Isabelle CHAFFAI*

Avec **FUCHS Stephan** (août 2015 à Luzern Suisse)

## **Was sind die Brücken, die Verbindungen, oder wie nutzen Sie das Sexocorporel im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit?**

**Nom** : FUCHS

**Prénom** : STEPHAN

**Année de formation** : depuis 2001 et continuellement en train d'apprendre et d'approfondir

**Niveau de formation** : sexologue clinicien ISI, formateur et superviseur ISI

### **I.CH. Wie haben Sie zum ersten Mal vom Sexocorporel erfahren?**

Ich studierte zuerst Theologie und arbeitete als Seelsorger in einer katholischen Pfarrei. Nach der Ausbildung zum Psychotherapeuten in Gestalt- und Integrativer Bewegungstherapie wechselte ich in die selbstständige Arbeit in eigener Praxis in Luzern. Parallel dazu beschäftigten mich viele Fragen rund ums « Mann-Sein » und der Arbeit mit Männern. So wurde ich Gründungsmitglied des « Mannebüro Luzern » (Beratung für Männer) und absolvierte eine Ausbildung in Männerarbeit und Gewaltberatung. Im Rahmen dieser Ausbildung lernte ich Dr. Peter Gehrig, Zürich, kennen. Er erzählte damals von einem spannenden Sexologen aus Montreal, der nach Genf kommen werde. Da ich damals engagiert war beim Aufbau einer Fachstelle für Gewaltberatung für Männer, beschäftigte ich mich nicht weiter mit diesem « Kanadier ». Als Peter Gehrig aber 2001 in Zürich am Institut von Prof. Jürg Willi den Kurs « Integrative Sexualberatung / Sexualtherapie » ausschrieb wurde ich neugierig und meldete mich an. An zwölf einzelnen Tagen führte uns Peter Gehrig in den Sexocorporel ein. In dieser Gruppe, die aus zwölf Männern (!) und zehn Frauen bestand, wurde meine Neugier und mein Interesse am Sexocorporel endgültig geweckt. So freute ich mich sehr, als Peter Gehrig 2005 mit der Ausbildung « Sexocorporel » in Zürich begann, an der ich teilnehmen konnte.

### **I.CH. Und wie ist das Treffen mit Jean-Yves Desjardins verlaufen?**

Bisher hatte ich von Prof. Jean-Yves Desjardins nur durch Erzählungen gehört. Im März 2007 lernte ich ihn an einem Supervisions- und Vertiefungstag in Zürich persönlich kennen. Da stand ein grosser, edler Mann in Anzug, der mich mit warmherzigen Augen anschaute und willkommen hiess. Aufgrund meiner Französischkenntnisse habe ich leider nicht alles verstanden. Jean-Yves Desjardins hat mich verstanden ohne Deutschkenntnisse, allein durch seine Beobachtungen. Von ihm erhielt ich treffende und präzise Rückmeldungen.

Zusammen mit meiner Frau nahm ich 2007 an der Seminarreihe Vivre en Amour in Genf teil und erlebte dort Jean-Yves Desjardins, wie er vor grossem Publikum mit seinem gewinnenden Lächeln aufrecht da stand, wertschätzend jede Frage aus dem Publikum aufnahm, und sein Becken verführerisch schaukeln liess. Ich bin sehr dankbar, dass ich ihn in diesen fünf Wochenendseminaren live erleben durfte. Diese Seminare gestaltete er zusammen mit Dr. Dominique Chatton, Yoko Pedrazzoli, Mireille Baumgartner, Patrizia Anex und Antoinette Liechti Macarone. Sie alle haben mich « angesteckt » mit der Idee, die Vivre en Amour Seminare in Zürich auf Deutsch anzubieten. Seit 2010 führen ich und Christa Gubler diese Seminarreihe in Zürich bereits zum vierten Mal durch.

### **I.CH. Was ist Ihr Beruf?**

Ich bin seit 1996 als Bewegungs-Psychotherapeut und in letzter Zeit mehrheitlich als Klinischer Sexologe in eigener Praxis in Luzern tätig. Seit 2012 arbeite ich in der Ausbildung Sexocorporel mit. Zusammen mit Dr. Karol Bischof, Francesca Galizia Thiele (gestorben am 29.7.2015) und Dr. Peter Gehrig gehöre ich zum Ausbildungsteam in Hamburg (D), Kisslegg (D) und Zürich (CH).

### **I.CH. Was hat Ihnen die Ausbildung in Sexocorporel im Rahmen Ihres Berufs gebracht?**

Durch die Ausbildungen im Sexocorporel wurde es für mich in der Praxis immer einfacher und selbstverständlicher sexuelles Tun, Fühlen und Denken in Worten auszudrücken, zu benennen. Dies hat unmittelbar Auswirkungen auf die Personen, die bei mir Unterstützung suchen. Sie vertrauen sich Ihre sexuellen Fragen und Schwierigkeiten anzusprechen, da sie merken, dass dies möglich ist und ich interessiert nachfrage und ihr Tun und Leiden genau verstehen will. Sie beginnen gleich von der ersten Stunde an, ihre Schwierigkeiten in der Sexualität zu begreifen und dadurch Hoffnung zu schöpfen, dass etwas veränderbar sein könnte. Dies verstärkt wiederum die Motivation für die Therapie.

Ich kam ursprünglich von der katholischen Kirche und Theologie her, wo das Geistige und Spirituelle vom Körperlichen und Geschlechtlichen abgekoppelt und höher bewertet wurde. Da empfand ich das Axiom der « Körper-Hirn-Einheit » als Befreiung von diesem Dualismus und gleichzeitig als grosse Herausforderung dieses in der Praxis umzusetzen.

Durch die Fähigkeit des genauen Beobachtens wird es oft möglich mit kleinen Veränderungsvorschlägen Entwicklungsschritte anzustossen. So können die geschlechtliche Funktionalität und der Genuss sexuellen Erleben erweitert werden.

Dass die eigene Erfahrung und das Üben und Spielen mit Muskelspannung, Atmung, Bewegungsraum und Rhythmus oberste Priorität in der Ausbildung haben, war für mich persönlich eine grosse Bereicherung von unschätzbarem Wert. Gleichzeitig erhielt ich dadurch ein Instrument in die Hand für die alltägliche Arbeit in der Praxis.

So könnte ich noch Vieles aufzählen. Ich habe mit dem Sexocorporel ein undogmatisches Konzept und Werkzeug gefunden, das hilft sexuelles Tun und Erleben genau zu evaluieren, zu begreifen und je nach Wunsch weiter zu entwickeln und zu gestalten.

### **I.CH. Welche Werkzeuge und/oder Fertigkeiten haben Sie sich in der Ausbildung angeeignet, die sich in Ihrem Beruf auszahlen?**

Für mich war es gar keine Frage die Ausbildung fortzusetzen und zu vertiefen. Im ersten Durchgang sass ich oft mit offenen Augen und offenem Mund da und staunte über den Inhalt, den Peter Gehrig vortrug und der durch die Körperübungen unmittelbar erfahrbar und einsichtig wurde. Ich wollte das Erfahrene und Gelernte vertiefen. In diesem Durchgang hatte ich die Möglichkeit, den Inhalt nochmals zu hören, neue Zusammenhänge zu entdecken, anderes zu begreifen und vor allem noch wertfreier beobachten zu lernen.

### **I.CH. Was hat Sie dazu inspiriert, Ihre Ausbildung mit dem dritten Niveau fortzusetzen?**

Mit zunehmender Erfahrung und Wissen brachte der dritte Durchgang die Möglichkeit die Logik des Systems besser zu begreifen und Fragen nach der Vermittlung des Sexocorporel zu stellen wie zum Beispiel:

Wie wird das Thema des Seminars vermittelt? Wieso setzt Peter diese Übung gerade jetzt ein? Wie reagieren die AusbildungsteilnehmerInnen darauf? Wie vermitteln wir die Doppelte Schaukel, damit sie zum Instrument wird, um den Geschlechtsraum unten mit dem Gefühlsraum oben zu verbinden? Was für einen Einfluss hat die Langsamkeit auf die lustvolle Intensivierung?

Da ich in der Praxis auf mich allein gestellt bin, hatte ich hier die Möglichkeit zum Austausch, zur Vertiefung, und zum Ausprobieren.

Ich war glücklich, dass ich in Paris bei Dr. Claude Roux Deslandes und Martine Costes –Péplinski einen weiteren Durchgang machen konnte. So lernte ich eine andere Art der Vermittlung des Sexocorporel kennen. In der kleinen Ausbildungsgruppe in Paris, war es möglich, exaktes Arbeiten vergleichbar mit der Einzelarbeit in der Praxis, zu üben.

**I.CH: Was ist Ihr Schlusswort?**

Sexocorporel erhöht Lebenslust und Lebensfreude von allen, die mit ihr in Berührung kommen.

**I.CH:**

Ich danke Ihnen für Ihre Teilnahme und wünsche Ihnen viel Erfolg bei der Fortsetzung Ihrer Projekte.

