

ISP Uster | Hochschule Merseburg
Studiengang zum Master of Arts in Sexologie
ISP Uster, MA II, 2016 – 2019

Frühzeitige Ejakulation

Definition, Erklärungsmodelle und Testung einer Internet-basierten
Selbsthilfe nach Sexocorporel

Masterarbeit

Eingereicht von

Stefanie Gonin-Spahn

Matrikel-Nummer 22955



Erstgutachterin

Esther Elisabeth Schütz

Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapie, Uster, Schweiz

Zweitgutachter

Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voss

Hochschule Merseburg, Merseburg, Deutschland

Toffen, 22. Januar 2020

Zusammenfassung

Die frühzeitige Ejakulation ist ein nicht einheitlich definiertes, häufig berichtetes sexuelles Phänomen, welches in der Praxis mit Hilfe sexologischer, psychologischer und medizinischer Methoden behandelt wird. Im Fokus der vorliegenden Arbeit steht die subjektive Wahrnehmung der Männer und die Möglichkeit der Verbesserung der Kontrolle über die sexuelle Erregung durch sexuelle Lernschritte, wie sie der Ansatz Sexocorporel beschreibt. Zur Behandlung der frühzeitigen Ejakulation wurde eine ungeleitete online Selbsthilfe mit Wissensvermittlung und konkreten Körperübungen entwickelt und in ihrer Wirksamkeit in Bezug auf die Symptomatik mit Hilfe der Teilnahme von 10 Männern über vier Wochen geprüft. Je stärker sich die Symptome frühzeitiger Ejakulation zeigen, desto tiefer fällt die sexuelle Zufriedenheit aus. Die frühzeitige Ejakulation zeigt sich verstärkt bei grösseren sexuellen Bedenken, vor allem in Hinblick auf die sexuelle Kommunikation. Eine häufigere Bewegung des Körpers bei der Erregungssteigerung in der Selbstbefriedigung hingegen geht mit stärkerer Kontrolle über die Erregung, weniger Verzweiflung und höherer Zufriedenheit mit dem Geschlechtsverkehr einher. Der Vergleich vor und nach der online Selbsthilfe zeigt eine kleine bis mittelstarke Verbesserung der Symptome frühzeitiger Ejakulation. Die online Selbsthilfe nach Sexocorporel beweist sich als wirksame und niederschwellige Alternative zum klassischen Behandlungssetting. Online Interventionen haben das Potenzial besonders bei unterversorgten und teils schambehafteten sexuellen Anliegen wie der frühzeitigen Ejakulation kostengünstig eine Versorgungslücke zu schliessen und einen bedeutenden Beitrag zur Prävention sexueller Gesundheit zu leisten.

Abstract

Premature ejaculation is a not consistently defined, frequently reported sexual phenomenon, which is being treated in practice using sexological, psychological and medical methods. The focus of the present study is the male's subjective perception and the possibility of improving control over sexual arousal through sexual learning steps as described by the Sexocorporel approach. For the treatment of premature ejaculation, an unguided online self-help program with knowledge transfer and concrete body exercises was developed. Its effectiveness regarding the symptomatology was tested with the participation of 10 men over four weeks. The more severe the symptoms of premature ejaculation are, the lower the sexual satisfaction is. Premature ejaculation is more pronounced when there are greater sexual concerns, especially with regard to sexual communication. On the other hand, more frequent movement of the body to increase sexual arousal in masturbation is associated with better control, less despair and greater satisfaction with sexual intercourse. The comparison before and after online self-help shows a small to medium improvement in symptoms of premature ejaculation. Online self-help proves to be an effective, low-threshold and inexpensive alternative to classic treatment settings. Online interventions have the potential to close a gap in care, especially in the treatment of underserved and sometimes shameful sexual issues such as premature ejaculation, and thus make a significant contribution to the prevention of sexual health.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	1
1 Einleitung	2
2 Definitionen und Vorkommen.....	4
2.1 Begriffsdefinition	4
2.2 Diagnosekriterien.....	6
2.2.1 ICD-10 ICD-11	6
2.2.2 DSM-5	7
2.3 Sexuelle Störung versus Variation	10
2.4 Prävalenz.....	11
2.5 Verlauf.....	12
2.6 Komorbidität und Differenzialdiagnose	13
3 Erklärungsmodelle.....	14
3.1 Biologische Perspektive	14
3.2 Psychologische Perspektive.....	15
3.3 Paarbezogene Perspektive	16
3.4 Biopsychosoziales Modell.....	17
4 Erklärung und Behandlung nach dem Ansatz Sexocorporel	18
4.1 Das Modell sexueller Gesundheit Sexocorporel	18
4.2 Verständnis des sexuellen Problems	19
4.3 Behandlungsablauf	21
4.3.1 Anamnese.....	21
4.3.2 Behandlungsschritte	22
4.3.3 Abschluss der Behandlung	23
4.4 Wirksamkeitsnachweise	23
5 Weitere empirisch untersuchte sexualtherapeutische und medizinische Behandlungsansätze	24
5.1 Klassische Sexualtherapie nach Masters & Johnson und ihre Weiterentwicklung wie das Hamburger Modell	24
5.2 Achtsamkeitsbasierte Sexualtherapie	27
5.3 Schulmedizinische Behandlungsansätze	28

6	Online Interventionen	29
6.1	Definition, Formen, Vor- und Nachteile	29
6.2	Anwendungsbereiche und Wirksamkeitsnachweise	30
6.3	Online Interventionen bei sexuellen Funktionsproblemen von Männern	32
7	Fragestellungen und Hypothesen	34
8	Methode	35
8.1	Aufbau der online Selbsthilfe	35
8.1.1	Startseite	37
8.1.2	Schritt 1: Die Erregungskurve entdecken	37
8.1.3	Schritt 2: Atmung und Spannung variieren	38
8.1.4	Schritt 3: Mit dem Becken schaukeln	39
8.1.5	Schritt 4: Tempo variieren, Genuss steigern	39
8.1.6	Abschluss	40
8.2	Forschungsethik und Datenschutz	40
8.3	Rekrutierung und Einschluss	41
8.4	Ablauf der Teilnahme und Messzeitpunkte	41
8.5	Stichprobe	42
8.6	Messinstrumente	43
8.6.1	Demographische Angaben	43
8.6.2	Symptome frühzeitiger Ejakulation	43
8.6.3	Sexuelle Zufriedenheit und Beziehungszufriedenheit	44
8.6.4	Kognitive Ressourcen	44
8.6.5	Physiologische Ressourcen	45
8.6.6	Offene Fragen zur Evaluation des Programms durch die Teilnehmenden	45
8.7	Datenanalyse	45
9	Ergebnisse	46
9.1	Prä-Messung	46
9.1.1	Symptome frühzeitiger Ejakulation	46
9.1.2	Zusammenhang frühzeitiger Ejakulation mit sexueller Zufriedenheit	48
9.1.3	Zusammenhang frühzeitiger Ejakulation mit kognitiven Ressourcen	49
9.1.4	Zusammenhang frühzeitiger Ejakulation mit physiologischen Ressourcen	50
9.2	Vergleich Prä- und Post-Messung: Prüfung der Effektivität der online Selbsthilfe	51
9.2.1	Veränderung in der Symptomatik	51

9.2.2 Veränderung in der sexuellen Zufriedenheit.....	52
9.3 Offene Antworten der Teilnehmenden zur Evaluation der online Selbsthilfe	52
10 Diskussion.....	53
10.1 Beantwortung der Forschungsfragen	55
10.2 Limitationen	57
10.3 Mögliche Weiterentwicklung des Projekts	58
10.4 Implikationen für Forschung und Praxis.....	59
10.5 Fazit	60
Nachwort.....	61
Literaturverzeichnis	62
Anhang.....	70
Anhang I. Inhalte online Selbsthilfe	70
Anhang II. Einverständniserklärung	83
Anhang III. Übersicht Fragebogen	85
Anhang IV. Offene Antworten zur Evaluation der online Selbsthilfe	95
Anhang V. Offene Anmerkungen der Teilnehmenden zu den Befragungen	97

Vorwort

Mit dem Sexocorporel befassen wir uns im Masterstudiengang Sexologie mit einem körperorientierten therapeutischen Ansatz, welcher in der Praxis bewährt, empirisch jedoch bisher kaum erforscht wurde. Es fehlen Effektivitätsnachweise sowohl von Face-to-Face Therapien wie auch in der Form der sich in den letzten Jahren vermehrt etablierten Internet-basierten Interventionen. In der wissenschaftlichen Literaturarbeit im Modul 7 habe ich mich in den Forschungsstand Internet-basierter Interventionen für sexuelle Dysfunktionen eingelese. Bisher wurde primär der Ansatz klassischer Sexualtherapie nach William Masters und Virginia Johnson geprüft und es existiert einzig für die erektile Dysfunktion eine wissenschaftlich fundierte Studie. Junge Männer gelten in der Praxis als gut zu motivieren für Körperübungen, ausserdem sind sie mit dem Internet überwiegend sehr gut vertraut. Im Gegensatz zu Erektionsproblemen, welche vor allem mit zunehmendem Alter auch physiologisch bedingt sind, zeigt sich die frühzeitige Ejakulation in der Mehrheit der Fälle psychogen. Damit lässt sich von einer rein sexualtherapeutischen Intervention eher einen Effekt erwarten. Die frühzeitige Ejakulation ist eines der häufigsten sexuellen Probleme und führt bei Betroffenen oftmals zu einer Belastung in der Sexualität, der Beziehung und dem Leben insgesamt. Eine online Selbsthilfe aus Wissensvermittlung und Übungen könnte ein niederschwelliges Angebot zur Prävention und Behandlung sein und damit kostengünstig eine Versorgungslücke schliessen. Diese Überlegungen haben mich zur vorliegenden Masterarbeit motiviert. Damit verfolge ich das Ziel einer Publikation wissenschaftlicher Evidenz des Sexocorporel Ansatzes und der Schaffung eines ersten konkreten Produkts für die Präventionsarbeit in der beraterischen Praxis.

1 Einleitung

Sexuelle Probleme kommen in der Allgemeinbevölkerung häufig vor. Am häufigsten zeigen sich Probleme in der sexuellen Funktion, das heisst in der Lust-, Erregung- oder Orgasmusfunktion. Bei Männern¹ ist die frühzeitige Ejakulation (syn. Samenerguss) die am häufigsten berichtete Schwierigkeit (De Carufel & Trudel, 2006; Laumann, Gagnon, Michael, & Michaels, 1994; Sparwasser & Wiedmann, 2014). Männer, die unter frühzeitiger Ejakulation leiden, können bei allen oder den meisten ihrer sexuellen Begegnungen, insbesondere beim Geschlechtsverkehr, ihre sexuelle Erregung nicht bewusst steuern und den Zeitpunkt der Ejakulation nicht selbst bestimmen. Darunter leiden nicht nur sie selbst, sondern oftmals auch ihre Partner_innen und ihre Paarbeziehung. Trotz dem oft bedeutenden Leidensdruck suchen nur wenige Männer Hilfe in der medizinischen oder sexologischen Praxis, oder sie warten Jahre bis zu einem Erstkontakt (Sigusch, 2007). Die frühzeitige Ejakulation gilt entsprechend als unterdiagnostiziert und unzureichend behandelt (Schmitges & Sommer, 2006). Welche biologischen, psychischen oder sozialen Faktoren das Auftreten einer frühzeitigen Ejakulation erklären ist bisher in der empirischen Forschung unzureichend untersucht. Entsprechend sind auch Empfehlungen zur Behandlung nicht einheitlich.

Als beraterisch-therapeutischer Ansatz, welcher konkret an der Beeinflussung der physischen und emotionalen sexuellen Erregung arbeitet, erfreut sich Sexocorporel bei der Behandlung sexueller Funktionsprobleme (syn. sexueller Dysfunktion) und anderer sexueller Schwierigkeiten in der Praxis zunehmender Beliebtheit. Nach Sexocorporel entwickeln sich die sexuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten eines Menschen analog zu anderen Entwicklungsbereichen wie beispielsweise der Motorik oder Sprache. Entsprechend braucht es sexuelle Lernschritte zur Weiterentwicklung. Während die ersten sexuellen Erfahrungen meist in der Masturbation gemacht werden, übertragen sich dadurch gelernte Muster später auf die Paarsexualität. In Bezug auf die frühzeitige Ejakulation zeigt sich hierbei ein spannendes Phänomen, denn diese wird primär in Bezug auf die Paarsexualität, speziell den Geschlechtsverkehr, und nicht in der Selbstbefriedigung berichtet. In der Beratung nach Sexocorporel wird mit Hilfe von Wissensvermittlung und konkreten Übungen dem Klienten vermittelt, wie er über die Modulation der sogenannten drei Gesetze des Körpers – Muskeltonus, Bewegung und Rhythmus – seine sexuelle Erregung bewusst steuern und geniessen kann. Während Praktiker_innen eine hohe Wirksamkeit dieses Ansatzes berichten, ist dieser empirisch bisher noch kaum untersucht worden.

¹ Mit der frühzeitigen Ejakulation befasst sich die vorliegende Arbeit mit einem sexuellen Phänomen, welches von Menschen mit biologisch männlichem Geschlecht berichtet wird. Die entwickelte online Selbsthilfe richtet sich in ihren Inhalten an Menschen, welche auch ihr soziales Geschlecht als männlich bezeichnen. Der Einfachheit und besseren Lesbarkeit halber wird im Text deshalb von ‚Männern‘ gesprochen.

Neben der klassischen Beratung bzw. Therapie im sogenannten Face-to-Face Modus, hat das Internet zunehmend an Bedeutung für die Gesundheitsversorgung gewonnen (Caspar, 2004). Gesundheitsbezogene Internetseiten sind eine wichtige erste Informationsquelle für viele Menschen mit physischen und psychischen Beschwerden. Dabei ist anzunehmen, dass dies bei gesellschaftlich tabuisierten Themen verstärkt der Fall ist. Bis heute bestehen keine Auszeichnungen, Labels oder ähnliches zum Beleg der Korrektheit und Qualität solcher Informationsseiten. Online Ressourcen wie Chats und E-Mails werden vermehrt auch in der Praxis für die Kommunikation zwischen Therapeut_in und Patient_in eingesetzt (van Diest, van Lankveld, Leusink, Slob, & Gijs, 2007). Im Hinblick auf die Behandlung sexueller Probleme sind Formen von sogenannten online Interventionen (syn. Internet-basierte Interventionen, Computer-basierte Interventionen) von besonderem Interesse. Sie dienen der Prävention oder auch der Behandlung spezifischer Beschwerden. Online Interventionen wurden durch den technologischen Fortschritt und der gesellschaftlichen Gewöhnung an neue Medien im Alltag möglich. Sie können einen Bedarf nach psychosozialer Unterstützung in der Allgemeinbevölkerung abdecken, welcher durch klassische Angebote nicht vollständig zu leisten ist (Schuster, Berger, & Laireiter, 2018). Dabei folgen sie einem festgelegten Protokoll und sind selbstgesteuerte Programme, welche über einen Onlinedienst bereitgestellt und von Endnutzern zur Unterstützung bei gesundheitsbezogenen und psychischen Problemen verwendet werden (Schuster et al., 2018). Es zeigen sich in der Forschung bereits vielversprechende Wirksamkeitsnachweise zu solchen online Interventionen. Die Sexualtherapieforschung hat sich in den letzten Jahren jedoch von der Schulmedizin und der Psychotherapieforschung entkoppelt, weshalb die dort gewonnenen Erkenntnisse nicht direkt übertragen werden können. Besonders letzteres hat die Entwicklung der Sexualtherapie auch limitiert, da die in der Psychotherapieforschung gewonnenen Erkenntnisse über günstige Veränderungsbedingungen, die Bedeutung von Emotionen und der therapeutischen Allianz nicht integriert werden konnten (Hartmann, 2017). Dennoch gehört online Sexualberatung und -therapie zu den neuen flexiblen und kreativen Versorgungsangeboten. Scham und Angst im Zusammenhang mit dem Aufsuchen einer Behandlung und dem Berichten der Beschwerden, wie sie von Betroffenen häufig gezeigt werden, sind damit zu umgehen. Auch wenn es offensichtlich ist, dass online Interventionen eine aufkommende und wichtige Versorgungsform bei sexuellen Problemen darstellen, so wurde diese Methode erst von wenigen Studien empirisch untersucht.

Die vorliegende Masterarbeit hat zum Ziel, das Phänomen der frühzeitigen Ejakulation und seine biopsychosozialen Korrelate genauer zu beschreiben sowie eine für die vorliegende Masterarbeit eigens konzipierte online Selbsthilfe nach dem Ansatz Sexocorporel für Männer, welche die Kontrolle über ihre sexuelle Erregung und die Ejakulation verbessern möchten, in ihrer Wirksamkeit zu testen.

Im ersten Teil der Arbeit werden die theoretischen Grundlagen und der Forschungsstand bezüglich des Vorkommens und der Erklärung der frühzeitigen Ejakulation, ihrer Behandlung und das Potenzial von online Interventionen dargelegt. Aus den Erkenntnissen und den ausgearbeiteten Forschungslücken werden die Fragestellungen abgeleitet und die Hypothesen formuliert. Der Methodenteil beschreibt das geplante Vorgehen und die verwendeten Instrumente zur empirischen Überprüfung. In den Ergebnissen werden die Symptomatik der Studienteilnehmenden und ihre Korrelate beschrieben und es wird geprüft, ob und inwiefern sich diese nach der online Selbsthilfe verändert zeigen. Aus den offenen Rückmeldungen der Teilnehmenden zum Programm können Anregungen für eine künftige Weiterentwicklung des Produkts gewonnen werden. Im abschliessenden Diskussionsteil werden schliesslich die Fragestellungen beantwortet, in die bisherige Forschung eingebettet und die Limitationen der Arbeit sowie Implikationen für künftige Forschung und Praxis diskutiert.

2 Definitionen und Vorkommen

2.1 Begriffsdefinition

In der Literatur wird von vorzeitiger oder frühzeitiger Ejakulation bzw. Samenerguss (engl. Premature ejaculation) oder auch Ejaculatio praecox (Abk. EP) gesprochen. Der im Alltag gängige Begriff 'Samenerguss' ist aus fachlicher Sicht irreführend, da die Ejakulation auch ohne Samen (syn. Spermien) vorkommt, beispielsweise vor der Geschlechtsreife oder nach einer Vasektomie. Während die Bezeichnung als 'vorzeitig' eine Norm impliziert, wobei nicht klar ist in Bezug auf welches zu erwartende Ereignis die Ejakulation vorzeitig auftritt, ist 'frühzeitig' weniger bewertend und entspricht ebenso dem relativen subjektiven Erleben der Männer. Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Arbeit der Begriff 'frühzeitige Ejakulation' verwendet.

Erstmals wurde das Phänomen der frühzeitigen Ejakulation 1887 von Samuel Weissell Gross in der medizinischen Literatur beschrieben und ab 1917 initiiert durch Karl Abraham als Ejaculatio praecox benannt (Waldinger, 2002). Bis heute besteht keine einheitliche allgemein gültige Definition der frühzeitigen Ejakulation und entsprechend der verschiedenen Definitionen unterscheiden sich auch die Angaben über die Häufigkeit des Vorkommens. Den Definitionen gemeinsam ist die Annahme, dass bei einer frühzeitigen Ejakulation diese durch minimale Stimulation vor, während oder kurz nach Beginn der Penetration erfolgt und bevor der Mann dies wünscht. Dadurch wird beim Mann Stress und damit verbunden ein Leidensdruck ausgelöst (Gehrig, o. J.). Hauch (2013) geht sogar soweit mit ihrer Definition, dass sich die frühzeitige Ejakulation nur dann eindeutig bestimmen lasse,

wenn die Ejakulation vor dem Einführen des Penis oder direkt mit dem Einführen auftritt. Frühere Definitionen über die Anzahl Stöße bis zur Ejakulation werden heute kaum noch herangezogen. Als häufigste Operationalisierung findet sich in der Literatur die sogenannte intravaginale Latenzzeit (syn. intravaginale Ejakulations-Latenzzeit), welche als Zeit zwischen Eindringen und Ejakulation verstanden wird (Waldinger, 2002). Als Definition der frühzeitigen Ejakulation finden sich Angaben von wenigen Sekunden bis zu sieben Minuten (De Carufel, 2016), was die Definitionsschwierigkeit der frühzeitigen Ejakulation im Hinblick auf einen objektiven Indikator verdeutlicht. Hinsichtlich der kritischen Zeitdauer zur Definition des sexuellen Problems mit Störungscharakter besteht somit kein Konsens (Schmitges & Sommer, 2006). Jedoch bestehen bereits bei der Messung der Zeit bis zur Ejakulation erhebliche Schwierigkeiten. Gemessen wird die Ejakulations-Latenzzeit meist von der Partnerin/vom Partner mit Hilfe eines Zeitmessgerätes wie beispielsweise einer Stoppuhr. Messungen der Zeitdauer unter Laborbedingungen beeinflussen diese durch das gegebene Setting direkt und subjektive Schätzungen der Zeit wiederum sind durch das veränderte Erleben beim sexuellen Kontakt oft verzerrt und unterscheiden sich zwischen den Beteiligten. Dennoch beziehen sich die internationalen Diagnoseinstrumente ICD und DSM auf den kritischen Wert von einer Minute (Hartmann, Hoyer, Sarnowsky, & Schulz, 2018; Organization, 2019a). Anhand von solchen Zeitangaben zwischen Männern mit und ohne EP zu differenzieren ist zu einem gewissen Masse willkürlich, da sich bei der Festlegung einer bestimmten Grenze kaum sexologische, psychische oder medizinische Unterschiede zwischen Männern finden werden, die sich in der Zeit der Penetration um wenige Sekunden unterscheiden. Hier zeigt sich ein typisches Phänomen im Zusammenhang mit einer kategorialen Diagnostik. An den bestehenden Definitionen kann durchgehend kritisiert werden, dass sie nicht Evidenz basiert sind und keine spezifischen operationalisierbaren Kriterien bestehen (Althof et al., 2010). Hinzu kommt, dass ebenso wenig eine Angabe über die Anzahl Stöße noch über die Dauer des Geschlechtsverkehrs etwas über den möglichen Leidensdruck des einzelnen Mannes aussagt oder Schlussfolgerungen auf den sexuellen Genuss und die Zufriedenheit der beteiligten Personen ermöglicht. Dieses subjektive Empfinden ist für das eigene sexuelle und allgemeine Wohlergehen jedoch entscheidend. Wie auch Kaplan (1979) bereits postulierte, sollte die frühzeitige Ejakulation nicht anhand quantitativer Indikatoren definiert werden. Nach ihr entscheidend für das Phänomen ist nicht die Dauer des Verkehrs oder die Anzahl möglicher Stöße, sondern die Wahrnehmung einer fehlenden Kontrolle über den Ejakulationsreflex. Da es sich um einen Reflex handelt, kann an dieser Definition jedoch kritisiert werden, dass es sich beim Reflex selbst um eine unwillkürliche Reaktion handelt, die nicht willentlich kontrolliert werden kann. Die Kontrolle ist nur möglich im Hinblick auf die sexuelle Erregung, welche zum Auslösen des Ejakulations- und Orgasmusreflexes führt. Bei der subjektiven Definition ist zudem zu entscheiden, ob lediglich die Wahrnehmung und Zufriedenheit des Mannes oder auch seiner Partnerin/seines

Partners einbezogen wird. Masters und Johnson (1970) gehen in ihrer Definition so weit, dass nach ihnen das Erleben der Partnerin für die Diagnose entscheidend ist. Eine frühzeitige Ejakulation bei heterosexuellen Männern liege demnach vor, wenn es ihnen in weniger als fünfzig Prozent der Fälle nicht gelinge, die Frau zu einem Orgasmus zu bringen. Vom heutigen Verständnis sexueller Gesundheit aus gesehen ist eine solche Definition eines sexuellen Problems über die Fremdeinschätzung durch die Partnerin/den Partner nicht zu vertreten. Die Selbstwahrnehmung kann sich auch von der Wahrnehmung der Partnerin/des Partners unterscheiden. Es ist nämlich durchaus möglich, dass der von frühzeitiger Ejakulation betroffene Mann sehr zufrieden ist mit seiner Sexualität und selbst mit der Dauer der Penetration, nicht jedoch seine Partnerin. Dazu kommt, dass durch reine Penetration ohne zusätzliche klitorale Stimulation gemäss eigener Forschung nur 23% der Frauen einen Orgasmus erreichen (Borgmann, Gloor, & Spahn, 2019). Entsprechend hoch würden demnach die Prävalenzraten der frühzeitigen Ejakulation ausfallen und diese würden das Erleben des Mannes als Symptomträger ignorieren, ihn überhaupt abhängig von der sexuellen Funktion seiner Partnerin/seines Partners klassifizieren. Es fehlen Definitionen für die frühzeitige Ejakulation bei anderen sexuellen Praktiken als vaginalem Geschlechtsverkehr, somit auch für Männer, die Sex mit Männern haben (Althof et al., 2010).

Was die verschiedenen Definitionen jedoch verdeutlichen und sich auch in der Praxis zeigt ist, dass die frühzeitige Ejakulation hauptsächlich ein Phänomen der Paarsexualität darstellt. Sie tritt bei autoerotischen Aktivitäten fast nie auf (Gehrig, o. J.). Die frühzeitige Ejakulation zeigt sich somit primär als Problem in der sexuellen Beziehung mit anderen. Empirische Untersuchungen wie jene von Rowland und Kollegen bestätigen, dass sich in der Selbstbefriedigung die Zeitdauer bis zur Ejakulation zwischen Männern mit und ohne frühzeitiger Ejakulation nicht unterscheidet (Rowland, Strassberg, de Gouveia Brazao, & Slob, 2000).

2.2 Diagnosekriterien

2.2.1 ICD-10 | ICD-11

Für das Verständnis der frühzeitigen Ejakulation von Interesse sind neben den beschriebenen Definitionsversuchen die gängigen Diagnosesysteme. Die Internationale statistische Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen (Orig. engl. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) ist das weltweit anerkannte und für die Abrechnung über Krankenkassen relevante Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben und aktuell in der Ausgabe ICD-10 verwendet. Die 11. Ausgabe wurde im Mai 2019 verabschiedet und tritt ab 2022 in Kraft.

Während die sexuellen Störungen in ICD-10 noch im Kapitel F unter den psychischen Störungen zu finden sind, spiegelt sich im ICD-11 ein Paradigmenwechsel insofern, dass die sexuellen Störungen als multifaktoriell bedingt betrachtet in einem eigenen Kapitel aufgeführt werden. In ICD-10 findet sich die frühzeitige Ejakulation mit der Bezeichnung ‘Ejaculatio praecox’ im Kapitel V ‘Psychische und Verhaltensstörungen’ unter ‘Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59) in der Gruppe ‘Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit’ mit dem Code F52.4. Definiert wird sie als die „Unfähigkeit, die Ejakulation ausreichend zu kontrollieren, damit der Geschlechtsverkehr für beide Partner befriedigend ist.“ (Organization, 2019a). In dieser Definition findet sich der subjektive und Partner_in bezogene Faktor, jedoch wird im ICD-10 auch angemerkt, dass bei Notwendigkeit einer Zeitangabe von einer Dauer von 15 Sekunden nach Beginn der Penetration ausgegangen werden kann. Mit dem ICD-11 besteht das neue Kapitel 17 ‘Bedingungen im Zusammenhang mit der sexuellen Gesundheit’ (Orig. engl. Conditions related to sexual health) mit der Gruppe ‘Sexuelle Dysfunktionen’, worin sich unter ‘HA03 Ejaculatory dysfunctions’ mit dem Code HA03.0 die ‘Male early ejaculation’ findet. Dabei ermöglichen Unterdiagnosen eine Berücksichtigung von Permanenz – lebenslang oder erlernt – und Situationsabhängigkeit – generalisiert oder situationell. Mit der Wahl der Bezeichnung als ‘early’ (dt. früh) anstelle von ‘vorzeitig’ (lat. praecox) spiegelt sich die im vorangehenden Unterkapitel beschriebene Definitionsdiskussion. In ICD-11 wird das Störungsbild wie folgt beschrieben:

“Male early ejaculation is characterized by ejaculation that occurs prior to or within a very short duration of the initiation of vaginal penetration or other relevant sexual stimulation, with no or little perceived control over ejaculation. The pattern of early ejaculation has occurred episodically or persistently over a period at least several months, and is associated with clinically significant distress.” (Organization, 2019b).

2.2.2 DSM-5

Neben dem ICD ist aus sexologischer Sicht auch das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (Orig. engl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) von Interesse. Dieses wird von der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA) herausgegeben und liegt seit Mai 2013 in der 5. Version vor. Dieses ist mit dem ICD-10 weitgehend kompatibel, liefert im Gegensatz zu ICD jedoch durch seine stärkere Ausrichtung an empirischen Forschungsergebnissen zusätzliche Informationen zu Erklärung, Verlauf und Differentialdiagnose eines Störungsbildes. Die sogenannte ‘Vorzeitige (Frühe) Ejakulation’ findet sich im Kapitel 13 ‘Sexuelle Funktionsstörungen’ und ist mit den diagnostischen Kriterien aus Tabelle 1 als Störungsbild

definiert. Auch hier lassen sich Subtypen nach Permanenz, Situationsabhängigkeit und Schwere differenzieren.

Tabelle 1

Diagnostische Kriterien nach DSM 5 (übernommen aus Hartmann et al., 2018, S. 608)

-
- A. Ein anhaltendes oder wiederkehrendes Muster des Auftretens einer Ejakulation, das bei mit einer Partnerin ausgeübter sexueller Aktivität innerhalb etwa 1 Minute nach der vaginalen Penetration auftritt und bevor die Person es wünscht. Beachte: Wenngleich die Diagnose der Vorzeitigen (Frühen) Ejakulation auch bei Personen, die nichtvaginale sexuelle Aktivitäten ausüben, vergeben werden kann, so sind für diese Aktivitäten keine spezifischen Zeitkriterien etabliert.
-
- B. Das in Kriterium A genannte Symptom besteht mindestens über einen Zeitraum von ungefähr 6 Monaten hinweg und muss bei allen oder fast allen Gelegenheiten (etwa 75 % bis 100 %), in denen die Person sexuell aktiv ist, erlebt werden (in einem zu bestimmenden situativen Kontext oder, wenn generalisiert, in allen Kontexten).
-
- C. Das in Kriterium A genannte Symptom verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden.
-
- D. Die sexuelle Funktionsstörung kann nicht besser durch eine nichtsexuelle psychische Störung, als Folge ernsthafter Belastungen innerhalb der Paarbeziehung oder als Folge anderer bedeutender Stressoren erklärt werden und geht nicht ausschließlich auf die Wirkung einer Substanz bzw. eines Medikaments oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück.

Bestimme, ob:

Lebenslang: Die Störung tritt auf, seit die Person sexuell aktiv ist.

Erworben: Die Störung ist erst nach einem Zeitraum relativ normalen sexuellen Funktionierens aufgetreten.

Bestimme, ob:

Generalisiert: Nicht auf bestimmte Arten der Stimulation, auf bestimmte Situationen oder Partner beschränkt.

Situativ: Tritt nur bei bestimmten Arten der Stimulation, in bestimmten Situationen oder mit bestimmten Partnern auf.

Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite

Fortsetzung Tabelle 1

Bestimme den aktuellen Schweregrad:

Leicht: Die Ejakulation tritt ungefähr innerhalb eines Zeitraums von 30 Sekunden bis 1 Minute nach der vaginalen Penetration auf.

Mittel: Die Ejakulation tritt ungefähr innerhalb eines Zeitraums von 15–30 Sekunden nach der vaginalen Penetration auf.

Schwer: Die Ejakulation tritt vor der sexuellen Aktivität, zu Beginn der sexuellen Aktivität oder innerhalb von etwa 15 Sekunden nach vaginaler Penetration auf.

Das zentrale diagnostische Merkmal der frühzeitigen Ejakulation zeigt sich nach Definition des DSM-5 darin, dass die Ejakulation vor oder kurz nach der vaginalen Penetration auftritt. Operationalisiert wird sie durch die subjektive Einschätzung der Latenzzeit, was nach Empfehlungen der Autoren für die Diagnostik ausreicht. Als angemessener Schwellenwert für die Diagnose bei heterosexuellen Männern wird eine intravaginale Latenzzeit von einer Minute empfohlen. Ob dieses Kriterium auch für die erworbene vorzeitige Ejakulation herangezogen werden kann ist unklar. Angenommen wird, dass es auch auf Männer mit nicht heterosexueller Orientierung übertragen werden kann (Hartmann et al., 2018). Als zugehörige Merkmale zur Diagnosesicherung werden nach DSM beschrieben, dass viele Männer mit frühzeitiger Ejakulation berichten, keine Kontrolle über ihre Ejakulation zu haben und besorgt sind über die damit verbundene Unfähigkeit die Ejakulation bei sexuellen Begegnungen verzögern zu können. Wie bei jeder sexuellen Funktionsstörung sollten nach DSM-5 folgende Faktoren bei der Beurteilung der Beeinträchtigung herangezogen werden (Hartmann et al., 2018):

1. Partnerfaktoren (z.B. sexuelle Gesundheit des Partners)
2. Beziehungsfaktoren (z.B. Bedürfnis nach Paarsexualität beider Partner, Kommunikationsfähigkeit)
3. Individuelle Vulnerabilitätsfaktoren (z.B. geringer Selbstwert), komorbid auftretende psychische Störungen (z.B. depressive Episode, Angststörung) oder Stressoren (z.B. Druck bei der Arbeit, kritische Lebensereignisse in der Vergangenheit)
4. Kulturelle oder religiöse Einflüsse (z.B. Einstellungen, Normen bezüglich Sexualität)
5. Medizinische Einflussfaktoren, die für Verlauf, Prognose oder Behandlung relevant sind

Die zentralen Aspekte der frühzeitigen Ejakulation sind somit auch gemäss den internationalen Diagnosekriterien die verkürzte intravaginale Latenzzeit, die fehlende Kontrolle über die Ejakulation,

der damit verbundene Distress und persönliche Leidensdruck (Althof et al., 2010; Mathers, Schmitges, Klotz, & Sommer, 2007; Schmitges & Sommer, 2006).

2.3 Sexuelle Störung versus Variation

In der Debatte um die Definition der frühzeitigen Ejakulation wie auch in den internationalen Diagnosemanualen ausser acht gelassen wird, dass Schwierigkeiten in der sexuellen Funktion und dem sexuellen Erleben bis zu einem gewissen Grad zur alltäglichen Sexualität dazu gehören. Unabhängig davon kann das Sexualleben als befriedigend erlebt werden. Die Differenzierung zwischen gängigen sexuellen Schwierigkeiten und einem klinisch relevanten Störungsbild ist fortwehrender Bestandteil des wissenschaftlichen Diskurses. Es gibt keine ausreichende empirische Grundlage, was ein normatives sexuelles Verhalten und Erleben ist und was entsprechend als sexuelle Störung zu betrachten wäre (Balon & Wise, 2011). So beispielsweise bei Bancroft, Loftus, und Long (2003), welche sich speziell bei Frauen mit der Frage befassen, wann ein sexuelles Problem eine sexuelle Dysfunktion darstellt. Sie kommen zum Schluss, dass sich der sexuelle Distress und seine Entstehung aus emotionalen und physischen Faktoren kaum in den Diagnosekriterien des DSM widerspiegeln. Diese Erkenntnis lässt sich ebenso auf Männer übertragen. Die in den Diagnosemanualen beschriebenen Syndrome (Symptomgruppen kategorial definiert als klinisch relevantes Störungsbild) gehen von einer Sexualnorm aus, wie sie besonders mit zunehmendem Lebensalter für die Mehrheit der Bevölkerung nicht mehr adäquat ist. Das Vorhandensein von sexuellen Problemen muss nicht direkt mit Einschränkungen im persönlichen Wohlbefinden und dem Beziehungsglück zusammenhängen. Im Zusammenhang mit der Definition von Störungsbildern rein über die sexuelle Funktionalität besteht somit die Gefahr einer Pathologisierung des alltäglichen Sexuallebens. Dies besonders in der zweiten Lebenshälfte (Hauch, 2013), in welcher sich durch den biologischen Alterungsprozess, die Herausforderung langjähriger Partnerschaften und die mehrdimensionale Belastung im Alltag (wie durch die Verantwortung für Kinder und älter werdende Eltern bei gleichzeitigem beruflichen Karrierepeak) sexuelle Schwierigkeiten häufen. In der Hamburg-Leipziger Drei-Generationen-Studie zeigt sich an einer nicht-klinischen Bevölkerungsstichprobe explizit, wie wichtig die Unterscheidung zwischen dem Vorkommen sexueller Probleme und damit verbundenem Leidensdruck ist (Schmidt, Matthiesen, Dekker, & Starke, 2006). Während in dieser Studie 37% der befragten Männer angaben, zu schnell zum Orgasmus zu kommen, berichteten insgesamt nur 10% über starken oder sehr starken Leidensdruck. Die subjektiv erlebten realen Bedingungen der frühzeitigen Ejakulation lassen sich somit weder über Fragebogen noch Zeitmessungen definieren. Entscheidend für die Indikation einer Sexualberatung oder -therapie ist der persönliche Leidensdruck (Mathers et al., 2007).

2.4 Prävalenz

Gemäss den *Guidelines der International Society for Sexual Medicine* (ISSM) variieren die Prävalenzangaben in der Literatur zwischen 3% bis 30% sowie zwischen Ländern, Ethnien und sozialem Status (Althof et al., 2010). Sorgen darüber, wie schnell sie ejakulieren, berichten länderübergreifend zwischen 20 % bis 30 % der Männer im Alter zwischen 18 bis 70 Jahren. Unterschiede in der Definition der frühzeitigen Ejakulation und die Verwendung verschiedener Studiendesigns führen zu einer grossen Varianz in den berichteten Prävalenzraten (Mathers et al., 2007). In der grossangelegten epidemiologischen repräsentativen Studie zu sexuellen Störungen in den USA, *The National Health and Social Life Survey* 1992, zeigten 21% der befragten Männer eine frühzeitige Ejakulation (Laumann, Paik, & Rosen, 1999). Die Gruppe um Porst et al. (2007) ermöglichte mit ihrer online Befragung von über 12'000 Männern einen Vergleich verschiedener Nationen und berichtet eine Prävalenz von 24% in den USA im Vergleich zu 20% in Deutschland und Italien. Die Prävalenz ist entgegen der häufigen Annahme über Altersgruppen hinweg stabil (Barnes & Eardley, 2007; Christensen et al., 2011; Waldinger, 2002). Im Vergleich zu europäischen Ländern fallen die Prävalenzen in Zentral- und Südamerika sowie in Asien höher aus (Nicolosi et al., 2004). Die Angaben zur Häufigkeit des Vorkommens von frühzeitiger Ejakulation in der Allgemeinbevölkerung variieren abhängig von der zugrunde liegenden Definition. Wird das nach den internationalen Diagnosereferenzen verwendete Kriterium der Ejakulation bis zu einer Minute nach Beginn der Penetration herangezogen, so liegen gemäss DSM-5 die Prävalenzen lediglich bei 1 % bis 3% (Hartmann et al., 2018). Die Differenz der Häufigkeit von sexuellen Schwierigkeiten im Vergleich zu sexuellen Dysfunktionen zeigt sich eindrücklich in einer nationalen dänischen Studie aus dem Jahr 2005 (Christensen et al., 2011): Während 54% der Befragten im vergangenen Jahr bei sexuellen Aktivitäten mit der Partnerin/dem Partner häufig bis immer frühzeitig ejakulierten und dies als Problem erlebten, erfüllten nur 7% die Kriterien einer Diagnose sexueller Dysfunktion. Viele Männer machen für eine Zeit in ihrem Leben oder auch länger die Erfahrung, dass sie ihre sexuelle Erregung nicht steuern können, besonders häufig geschieht dies in jüngeren Jahren, bei besonders starker Erregung sowie bei neuen Partnerinnen und Partnern (De Carufel, 2016). Entsprechend hoch ist der Anteil Männer, die sich wünschen länger Geschlechtsverkehr haben zu können. Nach Ergebnissen einer kürzlich durchgeführten Befragung im deutschsprachigen Raum berichten diesen Wunsch 60% der männlichen Teilnehmenden, wobei zwei Drittel davon darin einen Gewinn für sich und die Partnerin/den Partner sehen (Borgmann et al., 2019). Von einem Veränderungswunsch kann jedoch noch nicht auf einen Leidensdruck geschlossen werden.

Auf der Suche nach Referenzwerten für die durchschnittliche Dauer eines Geschlechtsverkehrs untersuchten Waldinger, Zwinderman, Olivier, und Schweitzer (2005) fast 500

heterosexuelle Paare in fünf Ländern. Die Partnerinnen massen dabei mit Hilfe einer Stoppuhr die Zeit vom Eindringen in die Vagina bis zur Angabe des Partners, dass die Ejakulation beginne. Der Medianwert lag bei 5.5 Minuten mit einem Range von 0.5 bis 44.1 Minuten. Wie Miller und Byers (2004) berichten, wünschen sich Paare eine Dauer des Geschlechtsverkehrs zwischen 14.3 (Frauen) bis 18.5 Minuten (Männer) im Vergleich zu einem gemessenen effektiven Wert von 7 – 8 Minuten. Dieses Ergebnis bestätigt die mögliche Schwierigkeit der Unzufriedenheit beider Partner mit der Zeitdauer und zeigt entgegen der gängigen Erwartung ein höheres Ideal-Script bei den Männern.

Der häufig verwendete kritische Wert von einer Minute Geschlechtsverkehr wie auch jegliche andere objektive Marker, werden subjektiv für die einen immer zufriedenstellend und für die anderen nicht zufriedenstellend sein. Die objektive oder subjektiv wahrgenommene Latenzzeit ist dabei für den erlebten Distress und die sexuelle Zufriedenheit weniger entscheidend als das Gefühl der Kontrolle über den Zeitpunkt der Ejakulation (Kempeneers et al., 2013). Die objektive Realität der Dauer der sexuellen Aktivität führt durch deren subjektive Bewertung zu einer Reaktion auf einem Kontinuum zwischen Zufriedenheit und Unzufriedenheit mit dem Zustand. Die kognitive Verarbeitung, die dazwischen geschieht, ist beeinflusst von intrapersonalen (persönlichen), interpersonalen (beziehungsbezogenen) und kulturellen (umweltbezogenen) Faktoren. Eine Definition über die Zufriedenheit entpathologisiert jene, welche mit einer kurzen Dauer des Geschlechtsverkehrs zufrieden sind und gibt jenen eine Legitimation für eine therapeutische Behandlung, die länger als eine Minute Geschlechtsverkehr haben können und dennoch ein sexuelles Problem bei sich wahrnehmen. Der Fokus auf die Kontrolle über die sexuelle Erregung und weniger auf den Ejakulationsreflex bringt ausserdem einen Perspektivenwechsel mit sich, welcher mit der Annahme, dass über gewisse Lernschritte das sexuelle Problem gemindert werden kann, übereinstimmt.

2.5 Verlauf

Eine lebenslange frühzeitige Ejakulation beginnt mit den ersten sexuellen Erfahrungen und ist fortbestehend und über das Leben hinweg vergleichsweise stabil. Viele Männer berichten vor allem bei ihren ersten sexuellen Kontakten von einer frühzeitigen Ejakulation, gewinnen jedoch mit zunehmender Erfahrung an Kontrolle (Hartmann et al., 2018). Tritt die frühzeitige Ejakulation nach einem Zeitraum mit unauffälliger Ejakulations-Latenzzeit auf, wird von einer erworbenen frühzeitigen Ejakulation gesprochen. Über diese Form und ihren Verlauf ist kaum etwas bekannt. Entgegen der häufigen Annahme steigt die Fähigkeit die sexuelle Erregung zu kontrollieren nicht mit dem Alter an, wenn die sexuelle Entwicklung oder Hilfe von aussen dies nicht unterstützen. Mit zunehmendem Auftreten von Erektionsproblemen in der zweiten Lebenshälfte tendieren im

Gegensatz viele Männer dazu sich beim Geschlechtsverkehr zu beeilen, um die Erektion nicht zu gefährden (De Carufel, 2016). Auch haben Männer mit frühzeitiger Ejakulation häufiger die Überzeugung, mit vermehrter Masturbation und Geschlechtsverkehr die Symptomatik verbessern zu können (Porst et al., 2007). Die frühzeitige Ejakulation kann durch das Gefühl von fehlender Kontrolle sexuellen Distress bedingen, den Selbstwert mindern und sich negativ auf die partnerschaftliche Beziehung auswirken. Damit verbunden kann ein Leidensdruck der Teilnehmenden und eine anhaltende verminderte sexuelle Zufriedenheit der Betroffenen und ihren Partnerinnen/Partnern sein. Es wird angenommen, das letzteres in heutiger Zeit zunehmender Emanzipation der weiblichen Sexualität zugenommen hat (Hartmann et al., 2018). Nur ein kleiner Teil der Männer mit frühzeitiger Ejakulation (9%) gibt an eine Behandlung aufgesucht zu haben, drei Viertel davon bewegt vom Wunsch danach, die sexuelle Zufriedenheit der Partnerin/des Partners zu steigern. Die Relevanz der Paarsexualität bei der Hilfesuche zeigt sich auch darin, dass die Mehrheit der Männer (60%) eine Behandlung in Betracht ziehen würden, wenn ihre Partnerinnen/ihre Partner dies wünschten (Porst et al., 2007).

2.6 Komorbidität und Differenzialdiagnose

Männer mit frühzeitiger Ejakulation berichten häufiger auch über andere sexuelle Dysfunktionen und psychische Störungen. Am häufigsten sind sie von Erektionsproblemen, geringer Libido oder Anorgasmie betroffen. Von den psychischen Symptomen treten Depressivität, Ängstlichkeit und übermässiger Stress besonders häufig auf (Porst et al., 2007). In vielen Fällen zeigt sich die frühzeitige Ejakulation im Kontext von Erektionsproblemen, seien diese physiologisch bedingt oder psychogen. Gemäss DSM-5 berichten 30% der Männer mit frühzeitiger Ejakulation über Erektionsprobleme, wobei oftmals schwierig ist zu differenzieren, welche Problematik Ursache oder Effekt der anderen ist (Hartmann et al., 2018; Mathers et al., 2007). Die Sorge um die schwindende Erektion kann zu einer willentlich schnellen Erregungssteigerung und Ejakulation führen. Jedoch ist auch möglich, dass sich die Erektionsprobleme als Folge der Sorgen rund um die frühzeitige Ejakulation oder der Kontrolle über die Vermeidung sexueller Stimuli entwickeln. Die lebenslange frühzeitige Ejakulation kann mit Angststörungen, die erworbene mit Prostatitis, einer Schilddrüsenerkrankung oder Medikamenten und Drogen induziert auftreten. Werden die Symptome der frühzeitigen Ejakulation durch den Konsum oder Entzug von Substanzen oder Medikamenten verursacht, wird eine Substanz- oder Medikamenten-induzierte sexuelle Funktionsstörung diagnostiziert (Hartmann et al., 2018).

3 Erklärungsmodelle

3.1 Biologische Perspektive

Die Ejakulation ist Teil der männlichen Sexualfunktion und besteht aus zwei koordinierten neurologischen Reflexen, der Emission und der Ejakulation. Das Orgasmuserleben ist ein separates, jedoch primär gleichzeitig erlebtes Phänomen. Die Emission beinhaltet Kontraktionen der Samenblasen und der Prostata und führt zur Ausscheidung von Spermien und Samenflüssigkeit in die hintere Harnröhre. Die Ejakulation geschieht durch Kontraktionen der Bulbocavernosus- und Beckenbodenmuskulatur mit gleichzeitiger Entspannung des äußeren Schließmuskels der Harn-Samenleiter. Dieser Prozess wird durch das sympathische Nervensystem gesteuert (Abbildung 1).

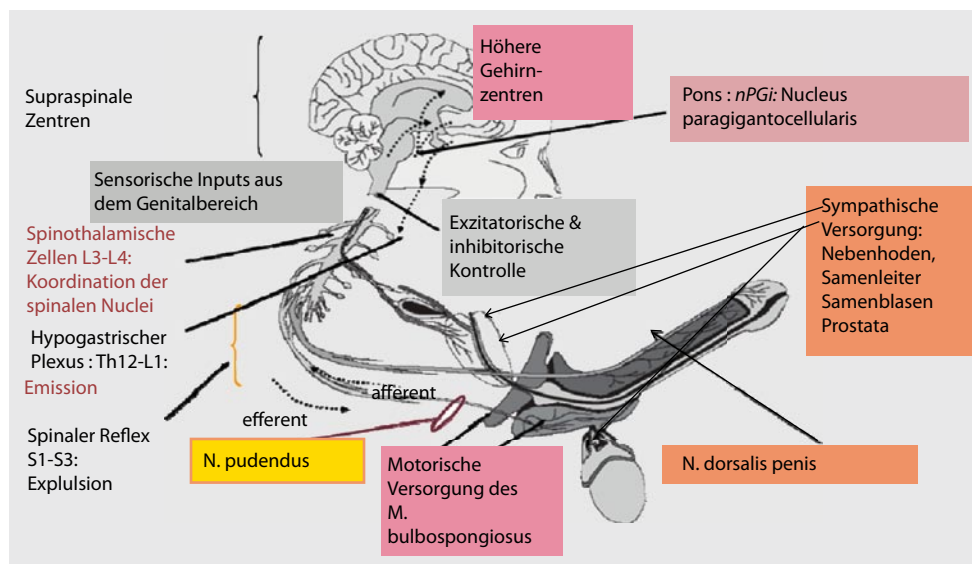


Abbildung 1. Neurophysiologie von Emission und Ejakulation (übernommen aus Porst, 2009, S. 665)

Die Reflexe werden durch sensorische Inputs von den Nervenenden der Glans penis stimuliert (Kalejaiye, Almekaty, Blecher, & Minhas, 2017). Thesen über eine Hypersensitivität des Penis, speziell der Glans, oder auch einen überreizten Ejakulationsreflex konnten wissenschaftlich nicht bestätigt werden (De Carufel, 2016). Auch liessen sich in Bezug auf die intravaginale Latenzzeit keine Unterschiede zwischen beschnittenen und unbeschnittenen Männern finden (Waldinger et al., 2005). Männer mit frühzeitiger Ejakulation zeigen auch keine höhere physiologische Erregung als Männer ohne, jedoch können sie diese selbst weniger genau einschätzen, genauer gesagt unterschätzen sie das Ausmass ihrer physischen Erregung (Rowland et al., 2000).

Die sexuelle Aktivität und der Ejakulationsprozess werden von Hormonen und verschiedenen Neurotransmittern beeinflusst (Mathers et al., 2007). Die frühzeitige Ejakulation kann mit einem Dopamin- oder Serotonin-Transporter-Gen-Polymorphismus in Verbindung stehen,

welcher zu einer Dysregulation genannter Neurotransmitter führt. Diese vermag es aber wohl nur einen kleinen Anteil von 2-5% der Fälle frühzeitiger Ejakulation zu erklären (Althof et al., 2010). Damit wird eine genetische Prädisposition angenommen (Waldinger, 2002), welche wahrscheinlich aber nur für eine kleine Minderheit der Betroffenen zutrifft und wissenschaftlich bisher auch nicht bestätigt werden konnte. Eine genetische Veranlagung mag mit einer Rolle spielen, Ergebnisse von Zwillingsstudien zeigen jedoch, dass der Einfluss geteilter Umwelt viel grösser ist (Jern, 2013).

Als chronische Beschwerden, welche mit frühzeitiger Ejakulation in Verbindung gebracht werden, lassen sich Harnwegsinfekte, Diabetes mellitus, Prostatitis und Schilddrüsenerkrankungen nennen (Hartmann et al., 2018; Mathers et al., 2007). Die Mehrheit der Männer mit frühzeitiger Ejakulation zeigt jedoch über Studien hinweg eine gute physische Gesundheit und keine bedeutenden Anomalien oder Beeinträchtigungen (De Carufel, 2016). Wären physiologische oder neurobiologische Ursachen für die frühzeitige Ejakulation entscheidend, müsste diese sich unabhängig von der Praktik in der Selbstbefriedigung ebenso wie beim Geschlechtsverkehr zeigen. Es ist demnach anzunehmen, dass der Effekt psychologischer und sozialer Faktoren vergleichsweise grösser ausfällt.

3.2 Psychologische Perspektive

Männer mit frühzeitiger Ejakulation erleben Frustration, Wut, Enttäuschung, Versagen, Unsicherheit, Unzulänglichkeit, Schuld, Demütigung, Verlegenheit, Angst und Verleugnung (Althof, 2006b). Die häufig berichtete Ängstlichkeit im Zusammenhang mit frühzeitiger Ejakulation kann auf die Sexualität bezogen oder allgemeiner Natur sein. Männer mit Angststörungen, darunter besonders die Soziale Phobie, berichten häufiger von frühzeitiger Ejakulation (Hartmann et al., 2018). Ob die Angst Ursache oder Folge der frühzeitigen Ejakulation ist, bleibt dabei unklar (Mathers et al., 2007). Die häufig berichtete Leistungsangst lenkt den Mann davon ab, sich auf das Ausmass seiner sexuellen Erregung zu konzentrieren (Althof, 2006a). In der Sexualität führt die Ängstlichkeit zu einem verfrühten Wechsel der parasympathischen Aktivierung, welche für die Erektion notwendig ist, zu einer sympathischen Aktivierung, welche wiederum für die Steigerung und in diesem Fall rasche Beschleunigung der sexuellen Erregung verantwortlich ist. Im Zusammenhang mit frühen sexuellen Erfahrungen können zudem Konditionierungsprozesse eine Rolle spielen.

Kognitive Verzerrungen und irrationale Überzeugungen in die Richtung, dass andere Männer viel länger und ihre Partner_innen mit der Penetration beim Geschlechtsverkehr befriedigen können wie auch der Anspruch, mit der Partnerin/dem Partner gleichzeitig zum Höhepunkt zu kommen, werden von Männern mit frühzeitiger Ejakulation häufiger berichtet (Kempeneers, Andrianne, Cuddy, & Blairy, 2018). Diese führen zu Erwartungsdruck und damit verbunden wiederum zu

erhöhter Aktivierung des sympathischen Nervensystems. Eine solche Leistungsorientierung vermag das männliche Selbstbild zu bedrohen (Hauch, 2013) und die frühzeitige Ejakulation geht häufig mit einer Reduktion der sexuellen Selbstsicherheit einher. Der wahrgenommene Distress steigt, die Zufriedenheit mit sexuellen Erfahrungen wird gemindert und das Risiko internalisierender Störungen wie depressiven Symptomen erhöht (Barnes & Eardley, 2007). Diese Dynamik kann ein Vermeidungsverhalten (Althof, 2006a), sexuelle Lustlosigkeit bis zu einer Aversion in Bezug auf sexuelle Kontakte auslösen (Reich, 2013).

3.3 Paarbezogene Perspektive

Auch wenn viele Partner_innen sich verständnisvoll und unterstützend zeigen, berichten sie doch auch Gefühle von Ärger und Frustration. Besonders wenn die Kommunikation des Paares defizitär ist, kann das Verhalten rund um die frühzeitige Ejakulation als eigennützig wahrgenommen werden (Althof, 2006b). Die Belastung ist bei den betroffenen Männern grundsätzlich jedoch höher als bei ihren Partnerinnen/Partnern (Kempeneers, Andrianne, Cuddy, & Blairy, 2018). Jedoch gibt es ebenso Hinweise darauf, dass auch die Partnerinnen von Männern mit einer frühzeitigen Ejakulation mehr sexuelle Probleme, geringere Zufriedenheit und höheren Distress berichten als solche mit Männern ohne (Barnes & Eardley, 2007; Graziottin & Althof, 2011). Partnerinnen von Männern mit frühzeitiger Ejakulation fühlen sich weniger durch den kurzen Geschlechtsverkehr und mehr durch das eingeschränkte Vorspiel und die Vermeidung von Berührungen des Partners in ihrer Sexualität beeinträchtigt (Althof, 2006b). Allgemein zeigt sich eine Reduktion der Lebensqualität bei beiden Partnern (Althof et al., 2010). Die Annahme, dass Männer mit frühzeitiger Ejakulation generell schlechter mit ihren Partner_innen kommunizieren, weniger masturbieren und seltener Geschlechtsverkehr haben, konnte nicht bestätigt werden (Rowland et al., 2000). Die Schwierigkeit in der Beziehung lassen sich teils über den Umgang mit und die Reaktion auf die frühzeitige Ejakulation erklären. Strategien zur Steigerung der Kontrolle der Ejakulation wie die Vermeidung von Nähe und Berührungen mindern die Möglichkeit für beide Partner Intimität in der Paarsexualität zu erleben. Typischerweise reagiert der betroffene Mann nach der frühzeitigen Ejakulation mit Frust und Scham auf das Geschehene und er unterbricht nicht nur die intime Begegnung, sondern oft auch die Interaktion allgemein mit der Partnerin/dem Partner (Graziottin & Althof, 2011). Dies bestätigt sich dadurch, dass betroffene Männer über geringere Werte in allen Dimensionen der Intimität – emotional, sozial, sexuell, freizeitbezogen und intellektuell – berichten (Barnes & Eardley, 2007). Längerfristig kann die frühzeitige Ejakulation in der Partnerschaft zu erhöhter Reizbarkeit, Schwierigkeiten im täglichen Umgang miteinander und emotionaler Distanziertheit führen (Graziottin & Althof, 2011). Die frühzeitige Ejakulation begünstigt damit nicht nur Trennungen,

sondern erschwert durch den Verlust von Selbstvertrauen auch das Eingehen neuer Partnerschaften (Althof et al., 2010). Qualitative Interviews zeigen, dass sich Single Männer durch die frühzeitige Ejakulation bei der Partnersuche gehindert fühlen aus Angst sich zu blamieren (Symonds, Roblin, Hart, & Althof, 2003). In paartherapeutischen Ansätzen werden sexuelle Probleme als Ergebnis der Interaktion beider Partner verstanden. Das Symptom bleibt erhalten, weil es eine Funktion in der Paarbeziehung einnimmt. Konflikte mögen die frühzeitige Ejakulation aufrechterhalten, sie bieten jedoch keine ausreichende Erklärung für deren Entstehung (De Carufel & Trudel, 2006).

3.4 Biopsychosoziales Modell

Die genaue Ätiologie der frühzeitigen Ejakulation ist noch ungeklärt (Mathers et al., 2007). Angenommen wird, dass sie durch die Interaktion physiologischer, psycho-behavioraler, kultureller und beziehungsbezogener Faktoren bedingt ist (Rowland & Cooper, 2011). Das biopsychosoziale Modell ist das heutzutage am häufigsten verwendete, ganzheitliche Konzept zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit und Krankheit. Es geht von einer Wechselwirkung von biologischen, psychischen und sozialen Variablen aus, welche besagt, dass Änderungen in der einen Dimension Veränderungen in den anderen nach sich ziehen. Gesundheit und Krankheit sind demnach nicht als Zustand, sondern viel mehr als dynamischer Prozess dieser Interaktion zu verstehen. Das biopsychosoziale Modell gehört zu den salutogenetischen Konzepten, da es speziell Ressourcen und Schutzfaktoren betrachtet. Es bietet eine integrierte Sichtweise für das Verständnis und die Behandlung sexueller Probleme (McCabe et al., 2010). Zur biologischen Komponente gehören beispielsweise die Gene, Organe und das Nervensystem, zur psychologischen die Emotionen, Kognitionen und das Verhalten. Die soziale Komponente umfasst sowohl enge Beziehungen wie Partnerschaft oder Familie als auch Lebenswelt bezogene und gesellschaftliche Einflüsse. Das Modell gesteht dem Individuum zwar eine zentrale Rolle beim Erhalt und der Förderung der Gesundheit ein, jedoch vernachlässigt es die subjektive Wahrnehmung des Zustandes (Brinkmann, 2014). Effektive Behandlungsmethoden sollten diese multifaktorielle Bedingung der frühzeitigen Ejakulation berücksichtigen (Rowland & Cooper, 2011). Ein solch ganzheitliches biopsychosoziales Modell in Bezug auf die Entstehung und Förderung sexueller Gesundheit bietet das Modell Sexocorporel von Jean-Yves Desjardins (J.-Y. Desjardins, Chatton, Desjardins, & Tremblay, 2010). Auf dieses Modell und seinen damit verbundenen Ansatz der Behandlung sexueller Probleme wird im nächsten Kapitel ausführlich eingegangen.

4 Erklärung und Behandlung nach dem Ansatz Sexocorporel

4.1 Das Modell sexueller Gesundheit Sexocorporel

Das Modell sexueller Gesundheit Sexocorporel umfasst die Berücksichtigung physischer, kognitiver, persönlicher und beziehungsbezogener Einflussfaktoren auf die Sexualität (Abbildung 2).

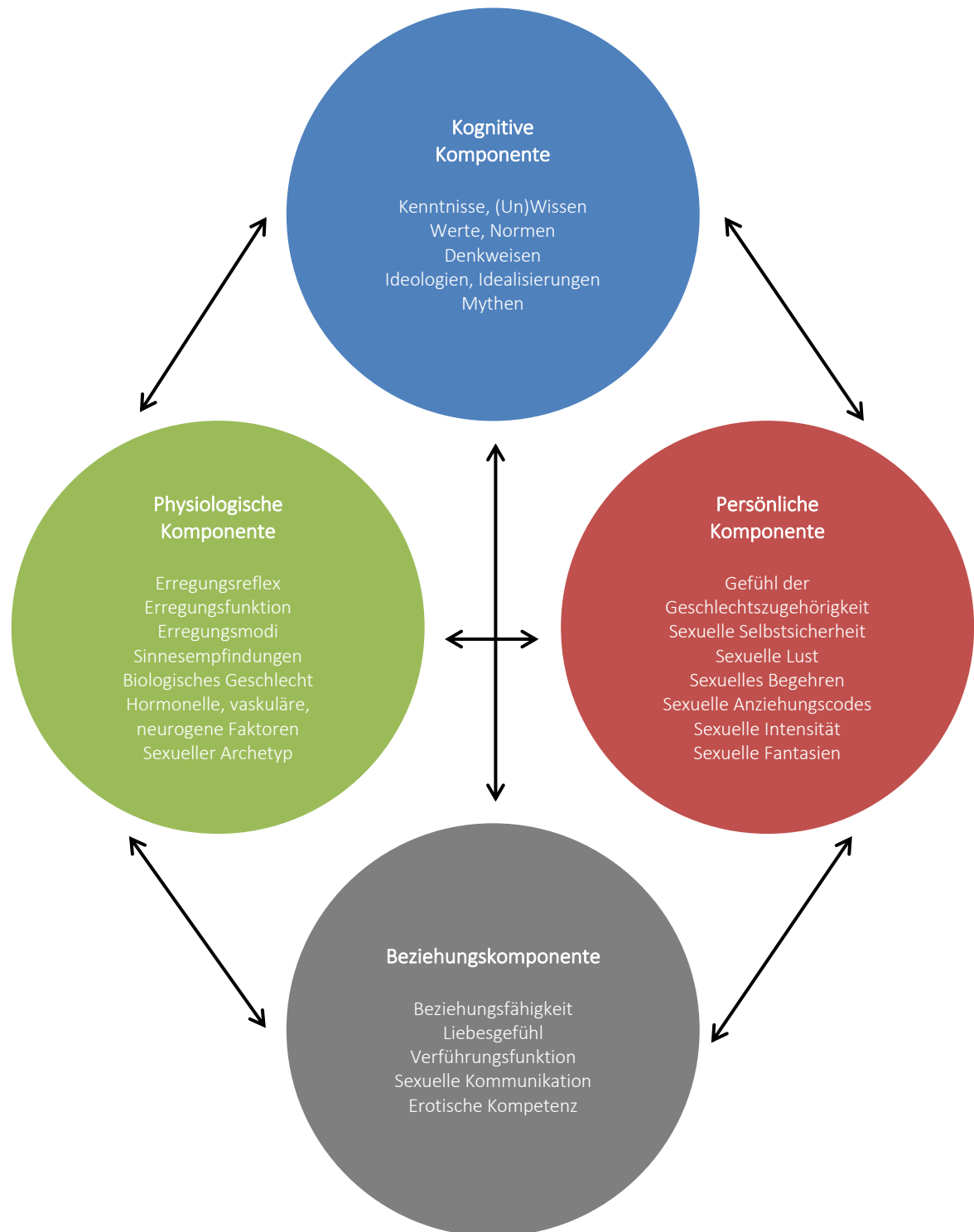


Abbildung 2. Modell sexueller Gesundheit Sexocorporel mit seinen vier Komponenten

Die sexuelle Gesundheit wird dabei über die Entwicklung und Interaktion dieser vier Komponenten definiert (Chatton, Desjardins, Desjardins, & Tremblay, 2005). Sexocorporel geht von der Grundannahme der Einheit von Körper und Psyche sowie deren Wechselwirkung mit der sozialen Umwelt aus, wie dies das Embodiment Konzept definiert (Storch, Cantieni, Hütther, & Tschacher, 2006; Tolman, Bowman, & Fahs, 2014). Nach dem Modell Sexocorporel sind alle sexuellen Fähigkeiten gelernt. Ausgehend vom sexuellen Erregungsreflex und einem physiologisch funktionierenden Geschlecht, werden sexuelle Lernschritte gemacht. Dadurch entsteht ein individuelles Muster, wie Menschen den Erregungsreflex auslösen und bis zum Orgasmusreflex steigern. Dieser sogenannte Erregungsmodus wirkt sich nicht nur auf die Funktionalität aus, sondern ebenso auf das emotionale Erleben in der Intimität mit anderen (J.-Y. Desjardins, 1996). Er ist ein nach Sexocorporel zentraler diagnostischer Faktor, welcher in anderen beraterisch-therapeutischen Ansätzen vernachlässigt wird (Reich, 2013).

4.2 Verständnis des sexuellen Problems

Nach dem Modell Sexocorporel ist das sexuelle Lernen die wirksamste Behandlung der frühzeitigen Ejakulation. Die Fähigkeit, die Dauer des Geschlechtsverkehrs zu verlängern, hängt demnach vom Verständnis des Anstiegs der sexuellen Erregung als schnelle Dynamik ab (Wisard & Audette, 2008). Die Anfänge frühzeitiger Ejakulation finden sich meist bereits in den ersten sexuellen Erfahrungen und der Masturbation. Wenn die sexuelle Erregungssteigerung mit hohem Tempo gelernt wird und das Wissen um die Veränderung fehlt, so zeigt sich dies nach der Selbstbefriedigung meist auch in der Paarsexualität. Neben den Erfahrungen sind auch die Einstellungen wichtig. Ist die sexuelle Spannung nicht mit Genuss, sondern mit dem Bedürfnis nach einer schnellen Entladung verbunden, begünstigt dies das Verhalten rund um die frühzeitige Ejakulation (De Carufel, 2016). Die frühzeitige Ejakulation ergibt sich aus einem schlechten Management der sexuellen Erregung, welches wiederum auf einen Mangel an Information und Übung zurückzuführen ist. Sie mag ein Phänomen der Paarsexualität sein, kann jedoch über Lernschritte in der Egosexualität bzw. Selbstbefriedigung verändert werden. Durch das Lernen der Steuerung der sexuellen Erregung ist längere Stimulation in Vorspiel und Geschlechtsverkehr, und damit verbunden mehr sexuelle Zufriedenheit für beide Partner möglich. Entscheidend ist die Fähigkeit zu wissen, wie die sexuelle Erregung und dadurch die Zeitdauer bis zur Ejakulation beeinflusst werden kann. Die Ursache der frühzeitigen Ejakulation nach Sexocorporel ist somit in der Mehrheit der Fälle nicht pathologischer Natur und auch kein Ergebnis biologischer, psychischer oder beziehungsbezogener Probleme. Stattdessen stehen die sexologischen Ressourcen und die individuelle sexuelle Lerngeschichte im Fokus.

Der Verlauf der sexuellen Erregung vom Beginn mit der Auslösung des Erregungsreflexes bis zum Orgasmus- und Ejakulationsreflex sowie die Refraktärphase wird im Sexocorporel typischerweise mit Hilfe einer Kurve dargestellt, wie sie beispielhaft in Abbildung 3 zu finden ist. Neben der physiologischen sexuellen Erregung (grüne Kurve) wird nach Sexocorporel auch die begleitende emotionale sexuelle Erregung in einer roten Kurve dargestellt. Die beiden Kurven verlaufen unabhängig voneinander. Es ist durchaus möglich, besonders in Fällen sexueller Probleme, dass die physiologische sexuelle Erregung hoch, die emotionale Lustkurve hingegen tief ausfällt, weil sie von Gefühlen und Gedanken rund um Scham und Versagen geprägt wird. Entsprechend sind nach Sexocorporel die Ejakulation und der Orgasmus nicht gleichgesetzt. Während die Ejakulation als physiologisches Phänomen beschrieben wird, kann der Orgasmus unabhängig davon ablaufen und beschreibt das psychische, emotionale Erleben während der Ejakulation. Das orgasmische Erleben ist abhängig von den individuellen sexuellen Fähigkeiten (Gehrig, o. J.).

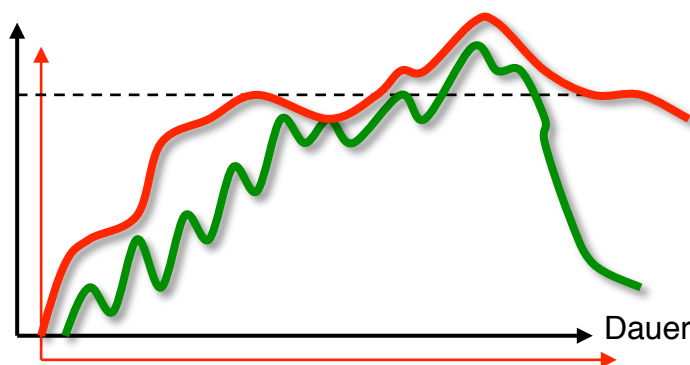


Abbildung 3. Beispiel einer Erregungskurve (übernommen aus dem Heft 2 der Académie du Sexocorporel Desjardins, 2010, S. 11)

Die Erregungskurve von Männern lässt sich in vier Bereiche einteilen (De Carufel, 2016): In der ersten Phase löst ein interner oder externer Stimulus den Erregungsreflex aus. Durch anhaltende Stimulation kann die sexuelle Erregung erhalten und gesteigert werden. In der zweiten Phase ist die Modulation der sexuellen Erregung und die Wahrnehmung des sexuellen Genusses am einfachsten möglich. In der dritten Phase steht der Orgasmusreflex kurz bevor und eine Steigerung der sexuellen Erregung dorthin geschieht rasch. Für den Mann ist diese Phase über die physiologischen Veränderungen wie das Heranziehen von Skrotum und Testikel an den Körper, die stärkere Kontraktion der Muskeln am Perineum und die Straffung des Penis wahrnehmbar. Der sexuelle Genuss ist in dieser Phase besonders hoch, die sexuelle Erregung jedoch schwierig zu kontrollieren. In der vierten Phase kommt der sogenannte *Point of no Return*. Die Ejakulation mit Emissions- und Expulsionsphase wird ausgelöst, ein automatisches Reflexgeschehen, welches keiner willentlichen

Kontrolle unterliegt. Im Anschluss an die Ejakulation folgt die Refraktärphase, in welcher für eine gewisse Zeit auf sexuelle Stimuli nicht mit Erregung reagiert wird. Will ein Mann die mögliche Zeit des Geschlechtsverkehrs verlängern, so muss er lernen seine sexuelle Erregung unter dem Level zu halten, bei welchem der Emissionsreflex ausgelöst wird.

Oft bestehen wenige Kenntnisse über den eigenen Körper und dessen Wahrnehmung, die physiologischen Vorgänge der eigenen Sexualität, den Körper und die Sexualität der Partnerin/des Partners. Die Behandlung der frühzeitigen Ejakulation sollte nach Sexocorporel primär das Lernen ermöglichen, auf die Erregungskurve Einfluss zu nehmen, ohne die Stimuli zu vermindern, die sexuelle Erregung zu genießen und die Emotionen und Fantasien in der Erregungssteigerung wahrzunehmen (Gehrig, o. J.).

4.3 Behandlungsablauf

4.3.1 Anamnese

Zentrale Voraussetzung für eine individualisierte Behandlung nach Sexocorporel ist die ausführliche Anamnese, das heisst spezifisch für diesen beraterisch-therapeutischen Ansatz die Erfassung der Ressourcen und Grenzen im sexuellen System entlang der Elemente des Modells sexueller Gesundheit Sexocorporel. Es besteht bis heute kein standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der Komponenten. Die Reihenfolge der Themen ist nicht vorgegeben, diese soll der jeweiligen Situation angepasst werden. De Carufel (2016) listet in seiner Empfehlung für den Ablauf der Anamnese nach Sexocorporel bei frühzeitiger Ejakulation folgende Themen auf:

1. **Einführung:** Begrüssung, Eisbrecher
2. **Allgemeine Information:** Personalien, Gesundheitsstatus, allgemeine Funktionsweise, Grund der Konsultation, Beobachtung von Auftreten, Sprache, Kommunikation
3. **Sexuelle Funktionsweise:** Zeitpunkt der Ejakulation, sexuelle Lerngeschichte, erektile Funktion, sexuelle Identität, sexuelle Orientierung, Intrusivität und Rezeptivität, sexuelle Skripts, Stellungen, Körperbewegungen, Stimuli, Strategien zur Modulation sexueller Erregung und deren Wirksamkeit, sexuelle Erregungs- und Lustkurve, Wissen, Einstellungen und Werte, Ängste, Art und Häufigkeit Paarsexualität, Masturbation, Häufigkeit Ejakulation, sexuelle und gefühlsbezogene Fantasien und Begehren, Sinnlichkeit, Kommunikation, Intimität und emotionale Verbundenheit, allgemeine sexuelle und emotionale Zufriedenheit, Reaktionen auf die Dauer des Geschlechtsverkehrs, Hypothesen beider Partner zur Erklärung des sexuellen Problems, Veränderungsmotivation, Zielsetzungen

4. **Ergebnis:** Erklärung der von der Therapeutin/vom Therapeuten wahrgenommenen Logik des sexuellen Problems sowie der Möglichkeiten zur Behandlung

4.3.2 Behandlungsschritte

Im Fokus der Behandlung nach Sexocorporel stehen die sexuellen Lernschritte, welche neben der Wissensvermittlung besonders über konkrete Körperübungen angeregt werden (J.-Y. Desjardins, 1986). Nach Gehrig (o. J.) besteht die Therapie der frühzeitigen Ejakulation aus dem Lernen, die Erregungskurve zu beeinflussen und mit der Lustkurve zu verbinden, das heisst der Fähigkeit, die sexuelle Erregung zu geniessen. Ziel ist die «qualitative Verbesserung der Erregungssteigerung, die eine Integration von Emotionen, Gefühlen, Fantasien und deren bewusste Wahrnehmung, alleine und in der Gestaltung einer sexuellen Interaktion mit einer Partnerin, ermöglicht.» (Gehrig, o. J., S. 18). Im Selbsthilfebuch zu frühzeitiger Ejakulation von De Carufel (2016) werden 12 Sitzungen über 12 Wochen beschrieben, welche jeweils aus Informationen über verschiedene Aspekte der Sexualität, Körperübungen, Hausaufgaben für die Woche mit Körperübungen ohne und mit sexueller Erregung, Empfehlungen für Singles und jene in Partnerschaft mit Informationen für die Partnerin/den Partner aufgebaut sind. Dabei erforscht der Mann seine sexuelle Erregung erst alleine, ohne sich damit zu beschäftigen, seine Partnerin/seinen Partner befriedigen zu müssen. Mit Hilfe der Körperübungen und der Masturbation lernt der Mann, seine sexuelle Erregung wahrzunehmen und die körperlichen Phänomene zu identifizieren, die der bevorstehenden Ejakulation vorausgehen. Er entwickelt die Fähigkeit, seine sexuelle Erregung zu modulieren und Fantasien als innere Stimuli zu nutzen. Als nächstes wird der Mann ermutigt, bei langsamen Liebkosungen sowohl am ganzen Körper wie auch an den Genitalien, in einem Zustand der tonischen Entspannung seine sexuelle Erregung zu erhalten und diese bewusst wahrzunehmen. Dem Paar wird geraten für eine Weile auf den Geschlechtsverkehr zu verzichten, damit der Mann das Vergnügen mit der Erektion in der Paarsexualität wiederentdecken kann. Schließlich wird der Mann angeleitet, die Art wie er seinen Körper in der Paarsexualität einsetzt zu verändern und zwar insofern, dass er seine sexuelle Spannung über das Spiel von Muskeln, Atem, Rhythmus und Bewegung von den Genitalien in den ganzen Körper diffundieren lässt.

Die Beschreibungen von De Carufel (2016) und Gehrig (o. J.) zeigen, wie zentral die Auseinandersetzung mit dem Selbst für den Erwerb sexueller Kenntnisse und Fähigkeiten nach Sexocorporel ist. Die Paarsexualität wird dabei zwar einbezogenen, der Partnerin/dem Partner aber keine entscheidende Rolle beigemessen, wie dies beispielsweise in paartherapeutischen Ansätzen wie dem Sensate Focus und Hamburger Modell der Fall ist.

4.3.3 Abschluss der Behandlung

Die Behandlung ist abgeschlossen, wenn der Mann in der Lage ist, seine sexuelle Erregung bewusst zu beeinflussen und mit seiner Sexualität zufrieden ist. Gemäss Wisard und Audette (2008) reichen bereits zwei bis vier Sitzungen, um die Grundfertigkeiten zu erlernen. Die gesamte Behandlung der frühzeitigen Ejakulation dauert nach ihnen meist zwischen sechs und zehn Sitzungen. Beim Abschluss der Behandlung berichten die behandelten Männer nicht nur eine deutlich längere intravaginale Latenzzeit, sondern auch eine (Wieder-)Entdeckung des Vergnügens bei und den Genuss an der Sexualität. Ein Nachkontrolltermin einige Woche nach dem Abschluss kann der Rückfallprofilaxe und Sicherstellung längerfristiger Behandlungserfolge dienen.

4.4 Wirksamkeitsnachweise

In den Beiträgen von Desjardins, wie beispielsweise die Übersichtsarbeit von J.-Y. Desjardins et al. (2010), sind die Grundlagen, Annahmen und exemplarische Einzelfallstudien beschrieben, es fehlen jedoch konkrete Forschungsvorhaben und empirische Belege für die Wirksamkeit der Behandlungsmethode. Die bestehenden Ergebnisse stammen aus klinischen Beobachtungen und nicht aus der systematischen, experimentellen Forschung. Einzigartig durch ihre empirische Prüfung und aussagekräftig durch ihr randomisiertes und kontrolliertes Design, ist die Therapie-Vergleichsstudie von De Carufel und Trudel (2006). In dieser wird die Behandlung nach Sexocorporel mit kognitiv-behavioraler Sexualtherapie – Sensate Focus erweitert mit Wissensvermittlung und Kommunikationstraining – und einer Kontrollgruppe ohne Intervention bei Männern mit frühzeitiger Ejakulation und ihren Partnerinnen verglichen. Verwendet wurde dabei eine objektive Messung der vaginalen Latenzzeit mit Hilfe einer Stoppuhr, mit Messungen vor, bei Abschluss und drei Monate nach der Behandlung. Die beiden Behandlungsmethoden unterschieden sich in ihren Effekten nicht voneinander und führten beide zu einer längeren intravaginalen Latenzzeit sowie höherer sexueller Zufriedenheit als vor der Intervention und im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die Effektgrösse kann gemäss Meta-Analyse zur Effektivität der Behandlungsmethoden sexueller Dysfunktion von Frühauf, Gerger, Schmidt, Munder, und Barth (2013) als hoch beurteilt werden. Die Einzigartigkeit der Qualität dieser Studie wurde in einem systematischen Literaturreview von Melnik et al. (2011) zur Behandlung der frühzeitigen Ejakulation betont. Laut De Carufel (2016) ist der Effekt der Therapie nach Sexocorporel auf die intravaginale Latenzzeit vergleichbar mit der Wirkung von Antidepressiva (SSRI) und führt zu einer Zeit analog der durchschnittlichen Latenzzeit in der Bevölkerung. De Carufel untersuchte jedoch eine vergleichsweise kleine Stichprobe von 18 Paaren.

In der Behandlung nach dem Sexocorporel Konzept steht die Fähigkeit im Zentrum, die sexuelle Erregung beeinflussen zu können. Dies kann im Gegensatz zur klassischen Sexualtherapie auch ohne Partner geschehen und es sind anders als bei schulmedizinischen Therapiemethoden keine Nebenwirkungen auf die sexuelle Lust und die körperliche Empfindsamkeit zu erwarten. Die Methode ist für Einzelpersonen gut geeignet, auch wenn sich vom Einbezug der Partnerin/des Partners ein zusätzlicher Effekt verspricht. Nach Sexocorporel geschieht das sexuelle Lernen primär in der Selbstbefriedigung, weshalb diese für das Üben in der Intervention ebenso zentral ist. Dies ist im Vergleich zu anderen bestehenden therapeutischen Ansätzen einzigartig. Soweit in den bestehenden Werken zur Behandlung der frühzeitigen Ejakulation nach dem Ansatz Sexocorporel zu finden ist, unterscheidet sich das Vorgehen nicht abhängig davon, ob die Ejakulation vor oder während dem Geschlechtsverkehr erfolgt. Die frühzeitige Ejakulation zeigt sich primär psychogen, organische oder neurologische Ursachen sind selten. Auch wenn die klinische Praxis zeigt, dass eine individualisierte begleitete Therapie mit Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen und Grenzen in der Sexualität nach dem Modell Sexocorporel effektiv ist, so lassen sich die Behandlungsschritte für die frühzeitige Ejakulation, wie De Carufel (2016) zeigt, bis zu einem gewissen Grad doch standardisieren.

5 Weitere empirisch untersuchte sexualtherapeutische und medizinische Behandlungsansätze

In diesem Kapitel werden die in der Forschung zur Behandlung der frühzeitigen Ejakulation am häufigsten untersuchten und auf ihre Wirksamkeit hin empirisch geprüften sexualtherapeutischen und -medizinischen Behandlungsansätze sowie ihre Differenzierung zum Ansatz Sexocorporel beschrieben. Auf eine Beschreibung primär psychotherapeutischer Ansätze wie beispielsweise die systematische Desensibilisierung, die Psychoanalyse und systemische Paartherapie wird dabei verzichtet. Dies aufgrund fehlender spezifischer Methoden zur Behandlung der frühzeitigen Ejakulation, aber auch als Abgrenzung von spezifischen sexualtherapeutischen und -medizinischen Ansätzen.

5.1 Klassische Sexualtherapie nach Masters & Johnson und ihre Weiterentwicklung wie das Hamburger Modell

Die klassische Sexualtherapie basierend auf den Methoden von Masters und Johnson (1970), welche häufig auch als kognitive Verhaltenstherapie bezeichnet wird, bezweckt eine Rekonditionierung der sexuellen Reaktion. Zentral in diesem Ansatz ist die Erforschung des sexuellen Vergnügens, die

Entwicklung einer effektiven Kommunikation in der Partnerschaft, der Erwerb von Wissen über Sexualität und das Training der spezifischen Techniken. Die Therapie nach Masters und Johnson sowie die darauf aufbauenden Ansätze wie das Hamburger Modell (Hauch, 2013) sind primär auf Paare ausgerichtet und verstehen sich als Paartherapie. Nicht der Betroffene alleine, sondern das Paar wird als ‚Patient‘ betrachtet. Zentrale Elemente in der Behandlung der frühzeitigen Ejakulation sind der sogenannte *Sensate Focus* sowie speziell die *Start-Stop* und *Squeeze* Technik. Nach diesem Konzept stehen Verhaltensvorgaben für die konfliktorientierte Arbeit der Partner_innen im Hinblick auf ihre sexuelle Interaktion im Zentrum. Erst nach gemeinsamen Sequenzen wird die Selbsterfahrung mit dem eigenen Körper hinzugenommen.

Mit Hilfe der **Sensate Focus** Übungen sollen Paare lernen Berührungen ausschliesslich zum Vergnügen zu geben und zu erhalten ohne Leistungsanspruch. Die Partner sind während den Übungen nackt und wechseln sich als ‚Geber_in‘ und ‚Nehmer_in‘ ab. Über genau vorgegebene Schritte wird der Körper erst ohne Berührung von Brust und Genitalien stimuliert und sexuelle Stimulation verboten. Es folgen in weiteren Schritten Stimulation mit der Hand, später Einführen des Penis ohne, zum Schluss mit Bewegung.

Bei der **Start-Stop Technik** stimuliert die Partnerin/der Partner bis kurz vor die Ejakulationsphase. Danach wird die Stimulation unterbrochen, bis die Erektion fast verschwindet. Nach drei Wiederholungen folgt die Stimulation bis zur Ejakulation. Der Mann ist währenddessen passiv, seine Konzentration auf die körperliche Wahrnehmung gerichtet. Das Paar soll mit verschiedenem Druck, Rhythmen und Gleitmittel immer näher an eine Simulation des Geschlechtsverkehrs kommen. Beim Geschlechtsverkehr liegt der Mann erst auf dem Rücken, zu Beginn ohne und später mit Beckenbewegung. Dies wird in der Seitenlage wiederholt bevor der Geschlechtsverkehr frei ohne Vorgaben stattfindet.

Die **Squeeze Technik** wurde von der Start-Stop Technik abgeleitet und wird als problemspezifische Methode in die Sensate Focus Übungen integriert. Die Partnerin/der Partner stimuliert den Mann am Penis bis zur Erreichung einer vollen Erektion. Darauf platziert sie/er ihren/seinen Daumen am Frenulum und den Zeige- und Mittelfinger an beiden Seiten des Randes der Glans penis und übt für 3 bis 4 Sekunden Druck aus. Dadurch verliert der Mann den Drang zu Ejakulieren. Die Übung wird bis zu fünf Mal wiederholt mit dem Ziel, dass der Mann die unterschiedlichen Erregungszustände wahrzunehmen lernt. Erst wird die Übung bei manueller Stimulation, in einem nächsten Schritt beim Geschlechtsverkehr erst ohne, später mit Beckenbewegung des Mannes angewendet.

Masters und Johnson (1970) berichten von einer Erfolgsquote von nahezu hundert Prozent. Ihre Untersuchung weist nebst ihren eindeutigen Stärken wie der Stichprobengrösse und der Systematik der Methode jedoch bedeutende Mängel auf. Die Stichprobe gilt als selektiv, es wurde keine Kontrollgruppe zum Vergleich verwendet und es fehlten objektive Indikatoren für die Dauer des Geschlechtsverkehrs. Die hohe Erfolgsquote konnte von anderen Gruppen auch nicht repliziert werden (Mathers et al., 2007). Allgemein besteht wenig systematisch untersuchte empirische Evidenz. Studien zu sexualtherapeutischen Behandlungsansätzen erfüllen überwiegend nicht die Anforderungen an qualitativ aussagekräftige evidenzbasierte Studien. Es fehlen Randomisierungen sowie Placebo-, Kontroll- und Wartelisten-Bedingungen (Althof, 2006a).

In einer Therapiestudie von Kempeneers, Andrianne, Cuddy, Georis, et al. (2018) wurde die kognitiv-behaviorale Sexualtherapie frühzeitiger Ejakulation in der Form einer Selbsthilfe Bibliothherapie mit und ohne begleitende therapeutische Unterstützung untersucht. Die Studie zeigt positive Effekte beider Bedingungen, besonders in Bezug auf die wahrgenommene Kontrolle und den sexuellen Distress, und berichtet stabile Effekte bis zu 4-8 Monaten über die Intervention hinaus. Der zusätzliche Kontakt mit einer dafür trainierten Fachperson zeigte keinen Zuwachs in der Effektivität der Intervention. Dies könnte als Hinweis interpretiert werden, dass eine reine Selbsthilfe bei der frühzeitigen Ejakulation ausreicht, der fehlende Effekt ist wahrscheinlich aber auf den Umfang des Kontakts von maximal 90 Minuten und die mangelnde Qualifikation der sogenannten Therapeutinnen/Therapeuten zurückzuführen. In Bezug auf die Generalisierbarkeit der Erkenntnisse ist anzumerken, dass es sich auch bei dieser Therapiestudie um eine relativ kleine Stichprobe mit 37 Männern in der ungeleiteten Selbsthilfe und 34 Männer in der angeleiteten Selbsthilfe handelt.

Im manualisierten Ablauf der Therapie mit Sensate Focus wird nicht ersichtlich, ob und wie der Mann lernt die sexuelle Erregung wahrzunehmen und zu steuern. Der starke Einbezug der Partnerin/des Partners auch in Bezug auf die Kontrolle der sexuellen Interaktion kann vom Betroffenen als Fremdsteuerung und Abhängigkeit erlebt werden. Die für die Behandlung der frühzeitigen Ejakulation angewendeten störungsspezifischen Interventionen *Start-Stop* und *Squeeze* Technik sind sehr funktions- und leistungsorientiert und werden von heutigen Vertreterinnen und Vertretern dieses Ansatzes kritisch betrachtet, da sie im starken Kontrast zur entspannten, lustfreundlichen und ergebnisoffenen Paartherapie stehen. Sie bedingen einen Unterbruch der sexuellen Interaktion und stehen entgegen den Bedürfnissen der Partner und ihrer Lust. Dadurch können sie als einschneidend und störend, langfristig als nicht förderlich für die Paarsexualität und die gelebte Intimität wahrgenommen werden. Im Gegensatz zum Sensate Focus sind die nach dem Ansatz Sexocorporel vermittelten Techniken zur Modulation der sexuellen Erregung nicht mechanisch und unterbrechen auch nicht den Geschlechtsverkehr bzw. die sexuelle Praktik. Die Behandlung nach dem Ansatz

Sexocorporel ist ausserdem eine individuelle, welche ebenso von alleinstehenden Männern und ohne Partner_in absolviert werden kann.

5.2 Achtsamkeitsbasierte Sexualtherapie

Achtsamkeit ist eine Form der Meditation und wird verstanden als nicht wertende, akzeptierende Haltung gegenüber dem aktuellen Erleben und dem gegenwärtigen Moment. Sie zeigt positive Effekte auf Gesundheit und Wohlbefinden allgemein (Kabat-Zinn, 2003). Ebenso lassen sich Zusammenhänge mit der Sexualität finden, wie einer höheren sexuellen Motivation und sexuellem Bewusstsein (Lazaridou & Kalogianni, 2013) oder reduziertem sexuellen Distress (Brotto, 2013). Es wird angenommen, dass sich Achtsamkeit auch direkt positiv auf die Paarbeziehung auswirkt (Karremans, Schellekens, & Kappen, 2017). Zunehmend finden Achtsamkeits- und Akzeptanz-bezogene Ansätze Berücksichtigung in der Therapie sexueller Probleme. Dieser Trend zeigt sich ebenso in der sogenannten ‚dritten Welle‘ der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Psychotherapie. Bei psychischen Problemen zeigte sich die Achtsamkeits-basierte Therapie besonders effektiv bei Angst, Depression und Stress (Khouri et al., 2013). Achtsamkeit scheint sich auch besonders positiv auf die erhaltenden Faktoren sexueller Funktionsprobleme auszuwirken. In der Übersichtsarbeit von Stephenson (2017) wird dies verdeutlicht: Achtsamkeit verändert unter anderem die Aufmerksamkeit vom Unangenehmen zur neutralen Wahrnehmung des aktuellen Zustands, fördert das Bewusstsein für körperliche Reaktionen und kultiviert Selbstakzeptanz und Selbstmitgefühl.

Empirisch überprüft wurde die Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Interventionen bei sexueller Dysfunktion in einer Reihe von Studien um Lori Brotto und Kollegen, primär bei Frauen, wobei mit der Steigerung der Achtsamkeit bedeutende Verbesserungen in Bezug auf sexuellen Distress, Lust, die sexuelle Reaktion und Schmerzen gefunden wurden (Brotto, 2013; Brotto & Goldmeier, 2015). In einer ersten Pilotstudie zeigen sich auf positive Effekte für die männliche Sexualität. Durch Achtsamkeitsinterventionen wie den Body Scan, Übungen mit Atmung und Bewegung, konnte die erektile Funktion und die sexuelle Zufriedenheit bei Männern mit situativen Erektionsproblemen bedeutend verbessert werden (Bossio, Basson, Driscoll, Correia, & Brotto, 2018). Zu kritisieren ist jedoch, dass in dieser ersten Untersuchung die Stichprobe mit 9 Männern sehr klein ausfiel und es keine Kontrollgruppe gab. Es ist zu erwarten, dass achtsamkeitsbasierte Übungen bei Männern mit frühzeitiger Ejakulation kognitive Distraktoren (Ablenkungen) und Leistungsangst mindern und angenehme Empfindungen fördern. Wie Althof (2010) resümiert ist bereits nach wenigen Sitzungen eine Verbesserung unter anderem in Lust, Erregung und Distress zu erreichen. Die Übungen nach Sexocorporel sind den Achtsamkeitsübungen sehr ähnlich, gehen

jedoch spezifisch auf die erlebte physiologische und emotionale Erregung und ihre Beeinflussung ein.

5.3 Schulmedizinische Behandlungsansätze

Nachfolgend werden die in der Literatur am häufigsten berichteten und in der Praxis verwendeten schulmedizinischen Behandlungsansätze beschrieben. Weniger bekannte oder veraltete Ansätze wie die Verwendung von Benzodiazepinen, Opiaten, invasive Methoden wie Operationen oder Injektionen werden aufgrund ihrer seltenen Verwendung und dadurch ihrer geringen praktischen Relevanz vernachlässigt.

Psychopharmaka gelten aus medizinischer Sicht als sogenanntes *First-Line Treatment*, also als Behandlung erster Wahl. Diese werden *off-Label*, das heisst ausserhalb der vorgesehenen Anwendung, verabreicht. Ursprünglich wurde die verzögerte Ejakulation als Nebenwirkung der Behandlung depressiver Patienten mit Antidepressiva beobachtet. Studien berichten von einer Verlängerung der Penetrationszeit um Faktor 4 bis 6, abhängig davon ob die Präparate täglich oder nach Bedarf eingenommen werden. Heutzutage werden am häufigsten Selektive Serotonin Wiederaufnahme Hemmer (SSRI) verschrieben, wobei diese täglich eingenommen werden müssen, um die erwünschte Wirkung zu erzielen. Dass die Antidepressiva wirken, ist darauf zurückzuführen, dass der Neurotransmitter Serotonin eine hemmende Wirkung auf die Ejakulation hat. Als erster SSRI, welcher spezifisch zur Behandlung der frühzeitigen Ejakulation entwickelt wurde, ist der Wirkstoff Dapoxetin im Produkt Priligy® auf dem Markt. Dieses kann nach Bedarf eingenommen werden und zeigt Wirkung bereits ab der ersten Einnahme. Im Gegensatz zu anderen Präparaten wurde die Wirksamkeit von Dapoxetin in randomisierten kontrollierten Studien belegt (Pryor et al., 2006). Laut Studienergebnissen ermöglicht es eine Verlängerung der intravaginalen Latenzzeit um das drei- bis vierfache. Bisher ist es jedoch nur in einzelnen Staaten zugelassen. Die Wirkung tritt dabei nur so lange auf, wie die Antidepressiva eingenommen werden. Häufige unerwünschte Nebenwirkungen sind Übelkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Durchfall und Müdigkeit. Es werden jedoch auch Nebenwirkungen in der Sexualität berichtet wie Erektionsprobleme, Minderung der sexuellen Lust, Schwierigkeiten zu Ejakulieren und eine tiefere sexuelle Zufriedenheit (Althof et al., 2014; Sigusch, 2007).

Phosphodiesterase-5-Inhibitoren (PDE-5-Hemmer) wie Sildenafil oder Vardenafil, am bekanntesten mit dem Produktnamen Viagra®, wurden zur Behandlung erektiler Dysfunktion entwickelt, werden inzwischen jedoch auch zur Verlängerung der Latenzzeit bis zur Ejakulation eingesetzt. Ein systematisches Review von McMahon, McMahon, Leow, und Winestock (2006) sieht

jedoch erhebliche Mängel in den wissenschaftlichen Wirkungsnachweisen und so empfiehlt sich eine Behandlung mit PDE-5-Hemmern aktuell nur bei Männern mit begleitender erektiler Dysfunktion. Jedoch fehlen auch darüber fundierte wissenschaftliche Studien.

Lokalanästhetika werden äusserlich in der Form von betäubenden Cremes, Salben oder Sprays aufgetragen und mindern die Sensitivität der Glans penis. Sie gelten als älteste Behandlungsmethode (Althof et al., 2010) und schwache Alternative zu SSRIs. In der Regel wird das Lokalanästhetika aufgetragen und mit dem Tragen eines Kondoms für 10 bis 20 Minuten vor dem sexuellen Kontakt mit Textilien geschützt. Das Kondom wird nach Eintreffen der Wirkung für die sexuelle Interaktion anbehalten oder aber abgenommen, wobei der Mann den Penis erst gründlich waschen muss, da bei Berührung das Produkt auch beim Gegenüber zur gleichen Wirkung führt, was in den meisten Fällen nicht gewünscht wird. Lokalanästhetika gelten als kostengünstige und leicht anzuwendende nicht invasive Behandlungsmethode. Ihre korrekte Dosierung ist für viele Männer jedoch schwierig und es werden häufiger Erektions- und Orgasmusprobleme bei Anwendung berichtet.

Die Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit medizinischer Behandlungsansätze zeigen oftmals ebenfalls erhebliche Mängel im Hinblick auf Stichprobengrösse, fehlende Kontroll- oder Placebo-Gruppen und Randomisierung. Die Präparate werden häufig in Kombination miteinander und auch mit begleitender kognitiv-behavioraler Sexualtherapie oder Paartherapie verschrieben. Medikamente alleine können die frühzeitige Ejakulation nicht heilen, sie verbessern auch nicht die sexuellen Fähigkeiten, die erlebte Intimität und das Wissen um die sexuellen Bedürfnisse der Partnerin/des Partners. Das sexuelle Problem besteht nach Absetzen der Präparate weiterhin und unerwünschte Nebenwirkungen führen dazu, dass medikamentöse Behandlungen der frühzeitigen Ejakulation erst als letztes eingesetzt werden sollten (Mathers et al., 2007, S. 3479). Der Fokus auf die Ejakulation wie auch die Medikalisierung schränken die Betrachtung des Phänomens der frühzeitigen Ejakulation ein. Die Ejakulation ist nur ein Teil der sexuellen Interaktion und die Behandlung als Ganzes wie im Ansatz Sexocorporel scheint vielversprechender im Hinblick auf die zu erwartenden Effekte und ihre Dauer.

6 Online Interventionen

6.1 Definition, Formen, Vor- und Nachteile

Online-Interventionen bestehen in der Regel aus einer Abfolge thematisch abgrenzbarer Module oder Sitzungen, welche chronologisch oder nach persönlichem Interesse in einer vorgegebenen Zeit

bearbeitet werden sollen (Berger & Krieger, 2018). Die Programme lassen sich nach ihrer Intensität in drei Stufen differenzieren: Auf der niedrigsten Stufe finden sich rein psychoedukative oder informative Webseiten. Die mittlere Stufe umfasst selbstgesteuerte online Trainings als Selbsthilfe ohne Begleitung. Zur höchsten Intensitätsstufe gehören jene online Interventionen, welche von Therapeutinnen und Therapeuten oder geschultem Personal per E-Mail oder Telefonkontakt angeleitet und begleitet werden (Schuster et al., 2018). Die Vorteile solcher online Interventionen sind, dass diese einen einfachen Zugang ermöglichen, flexibel verfügbar sind, anonym ablaufen, ohne Scham oder Angst möglich sind, Zeit- und Weg-sparend aber auch sehr kosten-effektiv ausfallen. Mögliche negative Aspekte sind, dass die Therapie von den Teilnehmenden als unpersönlich und distanziert wahrgenommen wird, wobei anzunehmen ist, dass dies von der Art des Programms und der Persönlichkeit der Betroffenen abhängt (van Diest et al., 2007). Schwierig ist, dass in akuten Krisen kein unmittelbarer Kontakt zur Therapeutin/zum Therapeuten möglich ist (Senger, 2018).

6.2 Anwendungsbereiche und Wirksamkeitsnachweise

Die meisten bisher entwickelten online Interventionen basieren auf den Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie. Vergleichsstudien der Psychotherapieforschung haben sogenannte Face-to-Face Therapien (traditionelle Therapie) und online Interventionen für verschiedene Störungsbilder verglichen und vergleichbare Effekte in deren Wirksamkeit und Dauer gefunden (Connaughton & McCabe, 2017; Cuijpers et al., 2009). Inzwischen liegen über zweihundert randomisierte kontrollierte Studien zu online Interventionen bei unterschiedlichen klinischen Beeinträchtigungen vor (Berger & Krieger, 2018). Die Wirksamkeit wurde unter anderem bei Depression, Panikstörungen, Essstörungen, Suchterkrankungen sowie chronischen Schmerzen nachgewiesen (Hedman, Ljótsson, & Lindefors, 2012). Einen aktuellen Überblick der Bereiche, in welchen die Wirkung von internetbasierten Selbsthilfeprogrammen empirisch unter kontrollierten Bedingungen gezeigt wurde, findet sich bei Berger und Krieger (2018) und ist in Tabelle 2 dargestellt.

Online Interventionen werden als für sich stehende Programme oder mit therapeutischer Begleitung angeboten. Während erstere mit niedrigeren Kosten verbunden sind, führen letztere meist zu deutlich höheren Therapieeffekten. Für Selbsthilfeprogramme ohne Begleitung werden kleine bis mittlere Effekte gefunden, für angeleitete hingegen mittlere bis grosse, die mit der Wirkung von herkömmlichen Face-to-Face Therapien vergleichbar sind (Berger & Krieger, 2018; Carlbring, Andersson, Cuijpers, Riper, & Hedman-Lagerlöf, 2018; Schover et al., 2012).

Tabelle 2

Bereiche mit nachgewiesener Wirksamkeit von online Interventionen (übernommen aus Berger und Krieger, 2018, S. 21)

Psychische Störungen	Somatische Störungen, Gesundheitsprobleme	Andere
• Depression (inkl. postpartal) • bipolare Störung • Panikstörung mit/ohne Agoraphobie • soziale Angststörung • spezifische Phobie • generalisierte Angststörungen • hypochondrische Störungen • Angst und Depression gemischt • Zwangsstörung • posttraumatische Belastungsstörung • pathologisches Glücksspiel • verschiedene Essstörungen • körperdysmorphe Störung • verschiedene Substanzstörungen • Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	• Kopfschmerzen • Tinnitus • Diabetes • Schlafstörungen • chronische Schmerzen • Krebs • Reizdarmsyndrom • Enkopresis • <i>Erektionsstörung</i> • chronisches Erschöpfungssyndrom • multiple Sklerose • Übergewicht • Rauchen	• Paartherapie • Elterntraining • Stressbewältigungstraining • Perfektionismus • Selbstmitgefühl • Burnout • Prokrastination • komplizierte Trauer • Körperunzufriedenheit • unerfüllter Kinderwunsch

Anmerkung. Kursiv dargestellt ist die Erektionsstörung als einzige unter kontrollierten Bedingungen untersuchte sexuelle Funktionsstörung in der Aufführung.

Wird eine Begleitung angeboten, dann findet diese meist mit E-Mail-Kontakt statt. Dabei kann der Kontakt mehr oder weniger intensiv sein. Die Anleitung besteht primär in der Form von Antworten auf Fragen, standardisiertem Feedback zum Fortschritt im Programm, Ermutigungen oder Rückmeldungen zu den Hausaufgaben, meist in der Form wöchentlicher kurzer Textnachrichten (G. Andersson, 2016; Berger & Krieger, 2018). Die Begleitung fördert die Motivation, Compliance (engl. Begriff für das konsequente Befolgen der Empfehlungen durch die Teilnehmenden) und stärkt die therapeutische Allianz. Diese wird als wichtiger unspezifischer Wirkfaktor für erfolgreiche Therapieergebnisse betrachtet (Connaughton & McCabe, 2017). Unabhängig von Form und Umfang des therapeutischen Kontaktes wird die Allianz von online Interventionsteilnehmenden hoch eingeschätzt, nahezu vergleichbar mit Allianz-Ratings bei Face-to-Face Therapien (Berger, 2017). Unbegleitete Interventionen zeigen in Vergleich zu angeleiteten Programmen eine problematisch hohe Abbruchquote (Schuster et al., 2018).

6.3 Online Interventionen bei sexuellen Funktionsproblemen von Männern

Online Interventionen rein zur Behandlung der frühzeitigen Ejakulation wurden in der wissenschaftlichen Literatur bisher nicht berichtet. Die bisher einzig bekannte Studie stammt von van Diest et al. (2007), wobei in dieser 39 Männer mit frühzeitiger Ejakulation oder Erektionsproblemen per E-Mail über drei Monate behandelt wurden. Die Männer erhielten zwischen null und vier Sensate Focus Übungen nach Masters und Johnson (1970). Den Teilnehmenden wurde der Kontakt mit als Therapeutinnen und Therapeuten bezeichneten Projektmitgliedern ermöglicht, wobei die Häufigkeit des Kontaktes im Ermessen der Teilnehmenden lag. Die Studie berichtet eine hohe Abbruchrate von 54%. Von den vollständig Teilnehmenden berichteten 47% eine positive Veränderung nach einem Monat nach Abschluss, 53% sehen keine Veränderung. Die Studie von Van Lankveld, Leusink, Van Diest, Gijs, und Slob (2009) schliesst an diese Arbeit an und erweitert das Vorgehen als erste Studie mit einer Wartekontrollgruppe. Die Autorengruppe rekrutierte über eine Website 98 heterosexuelle Männer mit frühzeitiger Ejakulation oder Erektionsproblemen. Die Behandlung dauerte erneut drei Monate, wobei sie in dieser Arbeit aus einer Kombination von Übungen des Sensate Focus nach Masters und Johnson (1970) sowie Übungen zur kognitiven Umstrukturierung bestand. Die Übungen wurden in Nachrichten über den Web Server von erfahrenen Therapeutinnen und Therapeuten verschickt. Über Anzahl und Häufigkeit der Kontakte entschieden erneut die Teilnehmenden selbst, wobei der Range der versendeten Interventionen zwischen null und sechs lag. Interessierte zahlten eine Gebühr von 100 Euro für die Programmteilnahme, davon wurden ihnen bei Abschluss der Studie 55 Euro zurückerstattet. Auch war es den Teilnehmenden möglich, je nach Indikation parallel eine medikamentöse Behandlung zu erhalten, was bei einem Viertel der Teilnehmenden der Fall war. Diese bestanden aus Antidepressiva oder betäubende Cremes bei Männern mit frühzeitiger Ejakulation und PDE-5 Hemmer oder Injektionstherapie bei Männern mit Erektionsproblemen. Bei den Männern mit frühzeitiger Ejakulation zeigte sich kein Vorteil der Behandlung gegenüber der Warteliste. Bei den Männern mit Erektionsproblemen zeigt sich der Behandlungseffekt lediglich in der Tendenz zur Signifikanz, mit höheren Werten im sexuellen Lusterleben und dem sexuellen Selbstvertrauen nach Interventionsabschluss. In einer weiteren Arbeit wurde die gleiche Stichprobe im Hinblick auf Prädiktoren der teilnehmenden Personen und des Prozesses, welche den Behandlungseffekt voraussagen, untersucht (Blanken, Leusink, van Diest, Gijs, & van Lankveld, 2015). Die Ergebnisse zeigen, dass die Schwere der Beeinträchtigung und Probleme mit der Partnerin/dem Partner die wichtigsten voraussagenden Faktoren für den Behandlungserfolg sind. Weiter sind auch häufigerer Geschlechtsverkehr, höhere sexuelle Lust und Zufriedenheit für die Funktionsfähigkeit nach Behandlungsabschluss prädiktiv. Die Effekte sind grösser, wenn sich der Teilnehmer wie auch sein_e

Partner_in mehr Geschlechtsverkehr wünschen. Eine höhere sexuelle Zufriedenheit nach Therapieabschluss wurde von einer positiveren therapeutischen Beziehung vorausgesagt. Die statistische Power ist wie in den früheren Arbeiten aufgrund der kleinen Stichprobengrösse als Limitation zu betrachten. Künftige Arbeiten sollten laut der Autorengruppe vermehrt Variablen der Partnerin/des Partners und der therapeutischen Allianz in die Analysen einschliessen.

Zwar ohne die Berücksichtigung von Männern mit frühzeitiger Ejakulation, jedoch eine in ihrer methodischen Qualität einzigartige Studie, ist die Arbeit von E. Andersson et al. (2011). Die Gruppe testete eine online Intervention für 78 hetero- und homosexuelle Männer mit erektiler Dysfunktion, die in stabiler Partnerschaft waren und keine möglichen medizinischen Gründe des sexuellen Problems zeigten. Eine begleitende medikamentöse Behandlung während der online Intervention war möglich. Das Programm dauerte sieben Wochen mit einem Modul pro Woche, wobei die Teilnehmenden ihre Hausaufgaben einer Therapeutin/einem Therapeuten per Email abgeben mussten, bevor ihnen das nächste Modul freigeschaltet wurde. Die Hälfte der Teilnehmenden diente als Wartekontrollgruppe, hatte in dieser Zeit Zugang zu einem online Diskussionsforum und wurde danach ebenfalls ins Behandlungsprogramm eingeschlossen. Inhaltlich wurden Module zu folgenden Themen angeboten: Informationen zu begünstigenden und aufrecht erhaltenden biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren; Phänomen der operanten Konditionierung und seine Bedeutung bei Erektionsproblemen; Beziehungsübungen zur gemeinsamen Diskussion der Auswirkungen der Erektionsprobleme auf das Paar; Expositionsaufgaben mit graduell steigender sexueller Interaktion mit der Partnerin/dem Partner. Nach Abschluss zeigten die Teilnehmenden signifikant stärkere Verbesserungen in der erektilen Funktionsfähigkeit verglichen mit der Kontrollgruppe. Der Effekt war mit $d = .01$ zu diesem Zeitpunkt klein, verstärkte sich zum 6-Monats Follow-up aber mit $d = .88$ zu einem sehr grossen Effekt. Mit diesem Ergebnis ist die Studie auch ein Beispiel verzögerter Wirksamkeit bzw. des vermeintlich länger als die Intervention dauernden Lern- und Veränderungsprozesses der Teilnehmenden.

Die bisherige Forschung zeigt die frühzeitige Ejakulation als die häufigste sexuelle Beschwerde bei Männern. Die überwiegende Mehrheit der Betroffenen ist psychisch und physisch gesund (Waldinger, 2002). Die Diagnosekriterien der beiden gängigen Diagnosemanuale schliessen eine Diagnose aus bei Männern mit unauffälligen intravaginalen Latenzzeiten, auch wenn die Beschwerden für die Männer als belastend erlebt werden. Verschiedene Studien bestätigen jedoch, dass nicht objektive Indikatoren, sondern die subjektive Wahrnehmung fehlender Kontrolle und die empfundene Unzufriedenheit für Einbussen in Wohlbefinden und Partnerschaft entscheidend sind.

Im Gegensatz zur Erektionsstörung suchen und erhalten Männer mit frühzeitiger Ejakulation in der allgemeinen Gesundheitsversorgung weniger häufig Behandlung. Es bestehen verschiedene Behandlungsansätze für die frühzeitige Ejakulation. Von einer sexualtherapeutischen Behandlung versprechen sich durch die Veränderungen auf physiologischer, psychischer und beziehungsbezogener Ebene im Gegensatz zu schulmedizinischen Ansätzen anhaltende Erfolge. Besonders auch die bestehenden Erkenntnisse zur Effektivität von achtsamkeitsbasierten Ansätzen zur Behandlung sexueller Probleme sind vielversprechend. Eine Behandlung nach dem Ansatz Sexocorporel zeigt verschiedene Aspekte der Förderung von Achtsamkeit im genitalen und emotionalen Erleben, was positive Wirksamkeitsnachweise erwarten lässt. Die bisher einzige empirische Untersuchung der Behandlung der frühzeitigen Ejakulation nach dem Ansatz Sexocorporel findet sich bei De Carufel und Trudel (2006), wobei diese einen signifikant positiven Effekt zu verzeichnen vermag, welcher sich aufgrund der gewählten Veränderungsmasse jedoch nicht von jenem der kognitiven Verhaltenstherapie mit Sensate Focus unterscheidet. Trotz der vielseitig gezeigten Evidenz online-basierter Interventionen findet sich in der bisherigen Forschung keine Interventionsstudie, welche ausschliesslich die frühzeitige Ejakulation untersucht. Bisherige Studien zu online Interventionen für Männer mit sexuellen Problemen basieren auf Sensate Focus Übungen der klassischen Sexualtherapie, teils in Kombination mit Übungen zur kognitiven Umstrukturierung, Kommunikations- oder Achtsamkeitsübungen. Der E-Mail-Kontakt zu einer Therapeutin/einem Therapeuten war jeweils grundlegend für die Vermittlung der Übungen oder begleitend zur Unterstützung der Teilnehmenden. Eine ungeleitete Selbsthilfe wurde bisher nicht untersucht.

7 Fragestellungen und Hypothesen

Ausgehend von den Erkenntnissen bisheriger Forschung und auf Grundlage des Ansatz Sexocorporel wird in der vorliegenden Arbeit eine ungeleitete online Selbsthilfe zur Steigerung der wahrgenommenen Kontrolle über die sexuelle Erregung für Männer bestehend aus Wissensvermittlung und Körperübungen getestet. Diese richtet sich nicht primär an Männer mit frühzeitiger Ejakulation gemäss Diagnosekriterien, sondern soll für alle Interessierten zugänglich sein.

Folgende Forschungsfragen stehen dabei im Zentrum:

1. Wie hängen die Symptome frühzeitiger Ejakulation zusammen?

2. Wie hängt die frühzeitige Ejakulation mit sexuellen Bedenken und ungünstigen Überzeugungen zusammen?
3. Wie hängt die frühzeitige Ejakulation mit dem Einsatz des Körpers bei der Selbstbefriedigung zusammen?
4. Zeigt die Teilnahme an einer ungeleiteten online Selbsthilfe nach dem Ansatz Sexocorporel Effekte auf die Symptomatik der frühzeitigen Ejakulation und die sexuelle Zufriedenheit?

Unter Berücksichtigung bisheriger Forschung zur frühzeitigen Ejakulation und Annahmen des Ansatzes Sexocorporel werden dazu folgende Hypothesen aufgestellt und mit Hilfe quantitativer Methoden geprüft:

- H1: Die Symptome frühzeitiger Ejakulation, wie fehlende Kontrolle über die Erregung, sexuelle Unzufriedenheit und Belastung der Paarbeziehung, hängen positiv zusammen.
- H2: Frühzeitige Ejakulation hängt mit grösseren sexuellen Bedenken und ungünstigeren Überzeugungen zusammen.
- H3: Frühzeitige Ejakulation hängt mit einseitiger Stimulation, hoher Muskelspannung, wenig Atem- und Bewegungsraum in der Selbstbefriedigung zusammen.
- H4: Nach der ungeleiteten online Selbsthilfe berichten die Teilnehmenden weniger Symptome der frühzeitigen Ejakulation und eine höhere sexuelle Zufriedenheit als vor der Intervention.

Ergänzend dazu sollen mit Hilfe offener Fragen auch qualitative Aussagen der Teilnehmenden zur Erfahrung mit der online Selbsthilfe möglich sein. Dabei stehen folgende Fragen im Zentrum:

5. Welche durch die Teilnahme möglichen zentralen Lernschritte werden berichtet?
6. Welche Aspekte der online Selbsthilfe wurden von den Teilnehmenden besonders positiv wahrgenommen?
7. Wie könnte die online Selbsthilfe aus Sicht der Teilnehmenden verbessert werden?

8 Methode

8.1 Aufbau der online Selbsthilfe

Zentral für den Erfolg der Behandlung ist es, dass Männer mit frühzeitiger Ejakulation die Bedeutung des Körpers bei der Erregungssteigerung verstehen und Techniken lernen, die Ejakulation zu kontrollieren oder verzögern zu können. Damit verbunden können Betroffene ihr Vertrauen in ihre sexuelle Leistung wiedergewinnen und ihre Leistungsangst mindern. Dazu müssen sie ihr enges

sexuelles Repertoire verändern (Althof, 2006a). In der klassischen Form bestehen online Interventionen aus Wissensvermittlung und problemspezifischen Übungen. Entsprechend der Grundlagen der Behandlung nach dem Ansatz Sexocorporel werden in der online Selbsthilfe Wissen zur sexuellen Erregung und deren Beeinflussung über Atmung, Spannung, Bewegung und Rhythmus vermittelt sowie Körperübungen zur Anwendung ohne und mit sexueller Erregung angeboten. Im Fokus steht die Selbstbefriedigung bzw. das Üben in der Egosexualität, da dies ein elementarer Teil des sexuellen Lernens nach Sexocorporel darstellt und sich der Ansatz in dieser Hinsicht von anderen therapeutischen Ansätzen abgrenzt. Auf diesem Weg ist es möglich auch Männer anzusprechen, welche keine_n Partner_in haben, eine Anwendung in der Paarsexualität nicht möglich oder vorstellbar ist.

Als Inspiration für Aufbau, Inhalt und Gestaltung der online Selbsthilfe dienten die Unterlagen des Masterstudiengangs zur frühzeitigen Ejakulation (Gehrig, o. J.), die Intervention nach De Carufel (2016) sowie der Ratgeber von Sztenc (2018). Entgegen der bestehenden Selbsthilfebücher wurde die online Intervention mit vier Wochen mit bedeutend kürzerer Dauer und weniger Inhalten geplant. Dies hatte verschiedene Gründe: Kürzere Angebote werden besonders im Falle einer ungeleiteten Selbsthilfe häufiger in Anspruch genommen, konsistenter durchgeführt und weniger häufig abgebrochen. Durch den Fokus auf die für den Ansatz Sexocorporel spezifischen Körperwahrnehmungen und Modifikationen der sogenannten *Drei Gesetze des Körpers* lässt sich ein Effekt eindeutig der therapeutischen Schule zuordnen. In Anbetracht der relativ kurzen zur Verfügung stehenden Zeit zur Erstellung der vorliegenden Arbeit erschien eine umfangreichere Intervention auch aus Zeitgründen nicht möglich. Eine mögliche inhaltliche und formale Weiterentwicklung des online Programms wird jedoch abschliessend diskutiert. Aus therapeutischer Sicht ist die Kürze der Intervention vertretbar, da nach Wisard und Audette (2008) bereits zwei bis vier Sitzungen ausreichen, um die Grundfertigkeiten zur Erregungssteuerung nach Sexocorporel zu erlernen.

Die Inhalte wurden als Webseite mit Hilfe von *WordPress* online unter *performance.sexocorporel-training.com* zur Verfügung gestellt. Die Selbsthilfe trägt den Namen 'perforMANce – Online Training für Männer zur Steuerung sexueller Erregung'. Das Wort engl. 'performance' bedeutet dt. Leistung und steht für den wahrgenommenen Leistungswunsch bzw. -druck in der Sexualität, 'MAN' darin in Grossbuchstaben, um zu signalisieren, dass es um eine Intervention speziell für Männer geht. Der Untertitel soll den Besuchenden der Webseite verdeutlichen, welche Inhalte angeboten werden. Der Name des Programms wie auch die Ausschreibung sind bewusst breit gehalten und sprechen nicht ausschliesslich Männer mit frühzeitiger Ejakulation an. Dies, um der subjektiven Wahrnehmung der Männer mehr Gewicht zu geben, mit der online Selbsthilfe ebenso ein Instrument zur Prävention

frühzeitiger Ejakulation zu schaffen und nach Möglichkeit die Effekte bei unterschiedlichem Beeinträchtigungsgrad vergleichen zu können. Die online Intervention wird als ungeleitete Selbsthilfe, das heisst ohne von der Studienleitung initiierten Kontakt im Verlauf der Teilnahme, angeboten. Die Kontaktaufnahme mit der Studienleitung bei Fragen oder Unsicherheiten ist jedoch durch die Teilnehmenden über ein online Kontaktformular oder per E-Mail möglich.

Die online Selbsthilfe setzt sich aus vier aufeinander aufbauenden Schritten zusammen, wobei die Teilnehmenden gebeten wurden, jeweils einen Schritt pro Woche zu bearbeiten. Damit sollte der Abschluss der Intervention nach vier Wochen erfolgen. Nachfolgend sind die Bestandteile der Webseite erläutert. Dabei sind das Ziel der jeweiligen Einheit, die Wahl der Inhalte der Wissensvermittlung und der Übungen sowie die Methoden der Vermittlung beschrieben. Die konkrete Ausgestaltung der online Selbsthilfe, wie sie den Teilnehmenden angeboten wurde, ist im Anhang I zu finden. Die darin verwendeten Symbolbilder stammen vom Anbieter *unsplash.com* und sind zur freien Verwendung freigegeben, weshalb im Gegensatz zu den übrigen Illustrationen auf Quellenangaben verzichtet wurde.

8.1.1 Startseite

Die Startseite dient der Einführung, dem Verständnis des Inhalts und der Erhöhung der Compliance. Auf der Startseite wird das Training als Bestandteil der Masterarbeit vorgestellt, der Ablauf der Teilnahme und die Grundannahmen des Sexocorporel beschrieben. Auch wird auf den Link zum Fragebogen für die Prä-Messung verwiesen. Die Informationen werden in Textform angeboten. Visuelle Elemente bieten sich bei diesen allgemeinen Inhalten weniger an.

8.1.2 Schritt 1: Die Erregungskurve entdecken

Das Ziel von Schritt 1 ist es, dass den Teilnehmenden Grundlagewissen zum Verständnis der sexuellen Erregung nach dem Ansatz Sexocorporel vermittelt wird und sie dieses mit ihrer persönlichen Situation in Verbindung bringen. Es handelt sich um eine Art Bestandsaufnahme in der Wahrnehmung von Atmung, Muskelspannung, Bewegung und Rhythmus in der Selbstbefriedigung. Dazu wird ein längerer Text zur Vermittlung von relevantem Grundlagewissen zum Verständnis der Thematik angeboten mit Psychoedukation zur frühzeitigen Ejakulation, zur sexuellen Erregungskurve, zum Ejakulationsreflex und der Beeinflussung bei der Erregungssteigerung durch Atmung, Muskelspannung, Bewegung und Rhythmus sowie dem Einfluss externer Stimuli und Gedanken auf das Erleben der Sexualität. Zum Transfer wird die Selbstbeobachtung in der

Selbstbefriedigung und allenfalls beim Geschlechtsverkehr instruiert. Zur Illustration der Inhalte wird eine Abbildung des Verlaufs der physiologischen Erregungskurve (Abbildung 4) gezeigt.

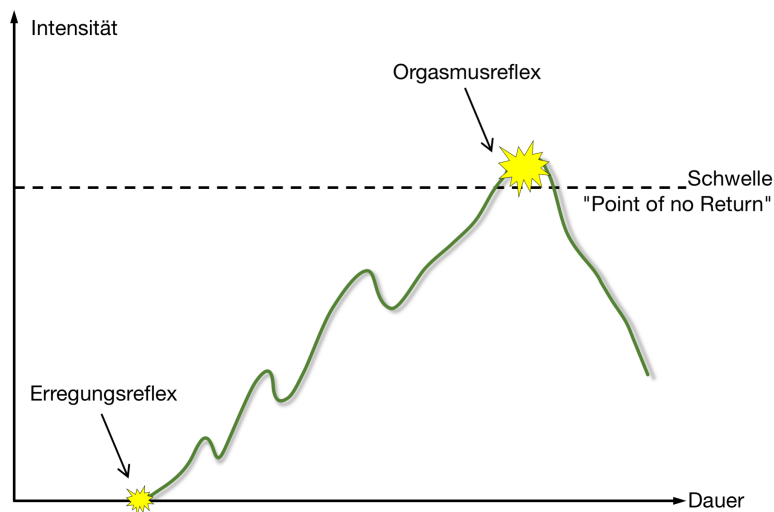


Abbildung 4. Darstellung der Erregungskurve in der online Selbsthilfe

8.1.3 Schritt 2: Atmung und Spannung variieren

Nach der Beobachtung des Ist-Zustandes soll in Schritt 2 ermöglicht werden, tiefe Atmung und Entspannung wahrzunehmen und mit und ohne sexueller Erregung bewusst herbei zu führen. Dabei wird erläutert, wie die Atmung abhängig ist von der Art der Aktivität, den Emotionen und dem Ausmass sexueller Erregung. Die Atmung im Ruhezustand, die Notwendigkeit der Spannung für die sexuelle Erregung und wie sich die beiden Parameter mit Zunahme sexueller Erregung verändern, wird beschrieben. Viele Männer nehmen die Steigerung der Erregung aufgrund ihres Erregungsmodus als anstrengend war, wodurch sie den Genuss primär nach der Ejakulation erleben. Dieser Zusammenhang von Atmung, Spannung und möglichem Genuss wird erklärt. Weil es einfacher ist, wird erst ohne, dann mit sexueller Erregung geübt. Begonnen wird mit der Wahrnehmung des Atemraums im Ruhezustand.



Abbildung 5. Darstellung Atembeobachtung (übernommen aus dem Selbsthilfebuch Klappt's von Sztenc, 2018, S. 48)

Darauf wird die Entspannung in verschiedenen Körperteilen mit der Ausatmung verbunden, anschliessend die Auswirkung der Anspannung auf den Atemraum beobachtet. Das Wechselspiel von An- und Entspannung mit Ein- und Ausatmung wird danach auf die Selbstbefriedigung übertragen. Weil es schwerfallen kann, Körperhaltungen rein anhand von Beschreibungen nachzumachen, werden neben dem Text auch Bilder angeboten, welche aus dem Ratgeber von Sztenc (2018) übernommen wurden, wie beispielsweise Abbildung 5.

8.1.4 Schritt 3: Mit dem Becken schaukeln

Durch das Wissen um die mögliche Kontrolle und die Beeinflussung der sexuellen Erregung mit Hilfe des bewussten Einsatzes des Körpers kriegen die Teilnehmenden mehr Vertrauen in ihre Erektion, was ihr Gefühl von Männlichkeit stärkt und mehr Kontakt mit dem Gegenüber wie auch das Loslassen und Bewegen im Oben ermöglicht. Dies wird über die Bedeutung der doppelten Schaukel erklärt, wobei der Fokus auf der Beckenschaukel liegt und die obere Schaukel als mit dieser verbunden vorgestellt wird. Konkrete Inhalte emotionaler Aspekte zu behandeln, für welche die obere Schaukel steht, geht über den Inhalt eines Kurztrainings zur sexuellen Erregung hinaus. Da es sich um ein für die Allgemeinbevölkerung konzipiertes und auch als präventiven Ansatz gedachtes Programm handelt, wird ausserdem angenommen, dass der Bedarf an Inhalten zur Emotionalität geringer ist, als dies bei der Arbeit mit einer klinischen Stichprobe in der Beraterisch-therapeutischen Praxis der Fall wäre. Für die Vermittlung der Beckenschaukel sind Inhalte zu Beckenanatomie, Beckenboden und besonders auch die Beckenbewegung relevant. Dabei wird die Bedeutung der Achtsamkeit auf die Wahrnehmungen im Körper betont. In den Übungen wird die Beckenschaukel in verschiedenen Positionen instruiert, sitzend, auf dem Rücken liegend, kniend und stehend. Die Beckenschaukel soll danach auch in der Selbstbefriedigung geübt werden. Dabei wird darauf hingewiesen, dass bei Verlust der sexuellen Erregung auf die bewährte Stimulationsmethode zurückgegriffen werden kann. Dies, um Frustrationserlebnisse zu vermeiden. Die doppelte Schaukel lässt sich mit Text und Bild zwar beschreiben, ist jedoch erst in Bewegung in ihrem Ganzen fassbar. Aus diesem Grund wurde für die Visualisierung zusätzlich ein Video mit der Beckenschaukel im Sitzen angeboten. Darin wird die Bewegung vom Sexocorporel Ausbildner und erfahrenen Sexualtherapeuten, Ben Kneubühler, dargestellt.

8.1.5 Schritt 4: Tempo variieren, Genuss steigern

Nach der Wiederholung der Beckenschaukel werden Atmung und Spannung hinzugenommen und das Spiel mit dem Rhythmus angeregt. In diesem letzten Schritt sollen somit die verschiedenen Aspekte des Körpers in ihrer Kombination erlebt werden. Zu Beginn ist dazu eine gewisse

Langsamkeit nötig, sobald das Zusammenspiel synchron verläuft, kann zwischen langsameren und schnelleren Tempi variiert werden. Dadurch wird schliesslich erlebbar, wie die bewusste Modulation die Kontrolle der sexuellen Erregung, und die Achtsamkeit auf das Wahrgenommene im ganzen Körper den Genuss erhöht. In der Übung soll dies erneut in verschiedenen Positionen erprobt werden, wobei ein entsprechendes Video der Beckenschaukel erneut der Illustration dient. Bei der Anwendung in sexueller Erregung kann nach anfänglichem Einüben der Koordination die Hinzunahme von inneren Bildern, Fantasien und Gefühlen die Simulation der Erfahrung beim Geschlechtsverkehr verstärken. Anregungen für die Übertragung der Übung in die Paarsexualität werden angeboten.

8.1.6 Abschluss

Auf der Abschlusseite wird um das Ausfüllen des Fragebogens für die Post-Messung gebeten. Den Teilnehmenden wird angeboten, sich bei durch die Selbsthilfe zugenommener Belastung oder Verunsicherung per Mail bei der Studienleitung zu melden, um mögliche Hilfsangebote zu vermitteln. Dabei wird von der Eigenverantwortung der Teilnehmenden ausgegangen.

8.2 Forschungsethik und Datenschutz

Die Teilnehmenden wurden zu Beginn der Intervention beziehungsweise bei der ersten Befragung über den Zweck der Studie und ihre Rechte informiert. Sie bestätigten ihr informiertes Einverständnis zur Verwendung ihrer Daten. Die Einverständniserklärung ist dem Anhang II zu entnehmen. Die Teilnahme ist freiwillig und nicht invasiv. Die Teilnehmenden der online Selbsthilfe entscheiden selber, wie weit sie sich auf die angebotenen Informationen und die Übungen einlassen. Das Risiko für eine psychische oder physische Schädigung der Teilnehmenden wird daher als minimal eingeschätzt. Die Daten werden nach ihrer Erfassung paranymisiert, das heisst das persönliche Daten, welche einen Rückschluss auf die Person ermöglichen könnten, aus dem Datensatz entfernt und stattdessen ein persönlicher Code eingefügt wird. Aufgrund des Studiendesigns mit mehreren Messzeitpunkten für die Intervention wird separat vom Datensatz ein Zuordnungsschlüssel des individuellen Codes zur E-Mail-Adresse der Person gespeichert. Die Teilnehmenden werden darauf hingewiesen, dass die Möglichkeit besteht eine E-Mail-Adresse ohne Verwendung von Vor- oder Nachnamen zu verwenden oder für die Teilnahme zu erstellen, um die Anonymität zu gewährleisten. Der Zuordnungsschlüssel ist durch eine Verschlüsselung mit Passwortschutz mit Hilfe der Open Source Software *VeraCrypt* nur für die Autorin und Studienleiterin zugänglich und wird auf einem NAS (Network Attached Storage) mit Rechenzentrum in der Schweiz für sechs Monate gesichert. In dieser Zeit ist es den Teilnehmenden möglich, die Löschung ihrer Daten zu verlangen. Danach wird

der Zuordnungsschlüssel gelöscht, was die Daten vollständig anonymisiert und eine Identifikation der Teilnehmenden verunmöglicht. Die Teilnehmenden werden über dieses Vorgehen in Kenntnis gesetzt.

8.3 Rekrutierung und Einschluss

Die Rekrutierung der Teilnehmenden für die Studie geschah mit einem Aufruf und dessen Verbreitung über private Kontakte und soziale Medien. Eine Teilnahme war nur online und ab einem Alter von 18 Jahren möglich. Den Teilnehmenden wurde kein spezieller Anreiz zur Teilnahme geboten. Auf Wunsch erhalten die Teilnehmenden nach Abschluss der Studie einen allgemeinen Ergebnisbericht per E-Mail zugestellt.

8.4 Ablauf der Teilnahme und Messzeitpunkte

Mit der Einladung zur Teilnahme erhielten potentielle Teilnehmende den Link zur Selbsthilfe-Webseite. Auf dieser wurde in der Startseite darum gebeten, vor Beginn der Selbsthilfe über einen Link erst an der Prä-Messung teilzunehmen. Nachdem die Teilnehmenden die Informationen zur Studie gelesen und ihr informiertes Einverständnis gegeben hatten, gelangten sie zum Fragebogen für die Prä-Messung. Nach Abschluss dieser ersten Messung wurden die Teilnehmenden gebeten, mit der online Selbsthilfe zu beginnen und diese über vier Wochen selbständig durchzuführen. Nach dieser Zeit konnten die Teilnehmenden auf der Abschlusseite der online Selbsthilfe mit Hilfe eines zweiten Links zur Post-Messung gelangen, zu welcher sie bei nicht zeitgerechtem Ausfüllen auch per E-Mail eingeladen und einmal erinnert wurden (Abbildung 6).

Die Post-Messung war analog der Prä-Messung aufgebaut, ausser dass sie nur die im Zeitverlauf relevanten Items sowie offene Fragen zur Erfahrung mit der online Selbsthilfe enthielt. Die online Fragebögen zur Prä- und Post-Messung wurden mit Hilfe der Umfrageplattform *Qualtrics* erstellt. Diese wurden so eingerichtet, dass mit Hilfe von Filtern anhand der gegebenen Antworten nur jene Items angezeigt wurden, die für die jeweilige Person relevant waren. Bei den geschlossenen Fragen musste jeweils eine Antwort gegeben werden, um im Fragebogen weiter zu kommen (sogenannte *Forced Choice*), wodurch fehlende Werte in den Daten vermieden werden konnten. Eine Übersicht der in der Prä- und Post-Messung enthaltenen Items mit den genauen Formulierungen findet sich im Anhang III. Aufgrund der kurzen für die Arbeit zur Verfügung stehenden Zeit, musste auf eine sogenannte Follow-Up Erhebung, welche in der Regel zwischen zwei Wochen und zwei Monaten nach Abschluss einer Intervention erfolgt und Aussagen über die Stabilität der Effekte über Zeit ermöglicht, verzichtet werden.

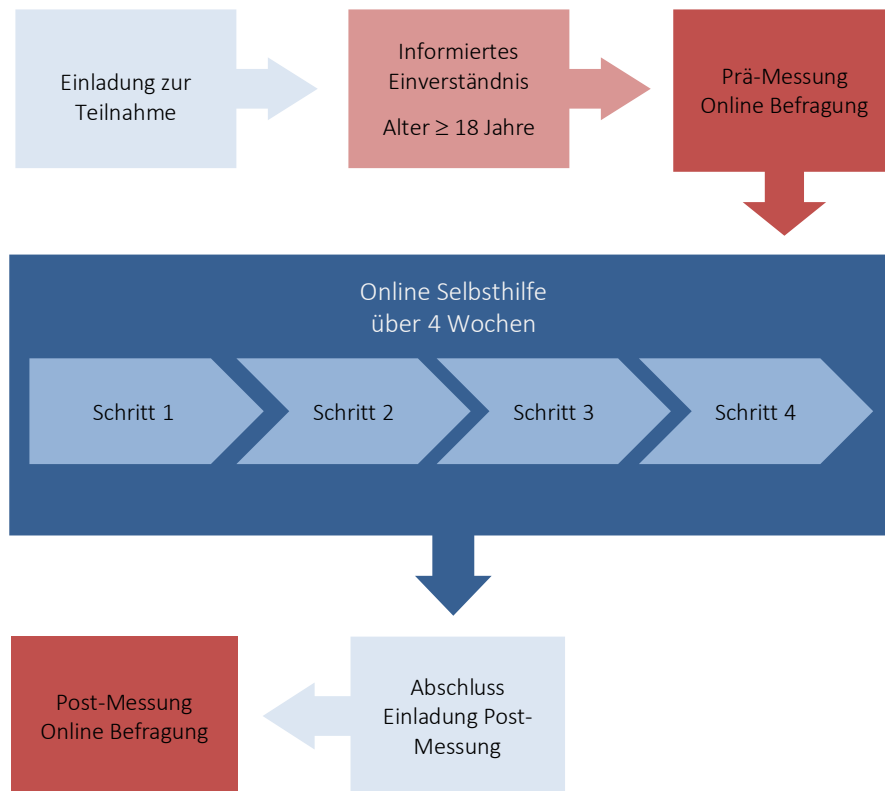


Abbildung 6. Schematische Ablaufdarstellung der Studienteilnahme

8.5 Stichprobe

An der ersten Befragung vor Beginn der online Intervention haben im Zeitraum zwischen November und Dezember 2019 insgesamt 31 Männer im Alter zwischen 20 und 65 Jahren ($M = 35.34$, $SD = 9.86$, Median = 32.17) teilgenommen. Bei allen Teilnehmenden stimmt ihr biologisches mit ihrem gefühlten Geschlecht überein. Alle Teilnehmenden bezeichnen ihre sexuelle Orientierung als heterosexuell. Von den Teilnehmenden waren 27 (87%) in einer festen Partnerschaft, mit einer durchschnittlichen Beziehungsdauer von 9.35 Jahren ($SD = 8.21$, Range 1 - 34 Jahre). Die Mehrheit ist ledig (74%), 19% der Teilnehmenden sind verheiratet, zwei Teilnehmer getrennt oder geschieden. Die Teilnehmenden haben mehrheitlich einen Bildungsabschluss auf tertiärem (81%) Bildungsniveau (sekundär: 19%) und stammen überwiegend aus der Schweiz (87%).

Von den ursprünglich 31 Teilnehmenden, die an der Prä-Messung teilgenommen haben, füllten 15 Männer auch den Fragebogen nach Trainingsabschluss aus. Somit haben 52% ihre Teilnahme im Verlauf zwischen Prä- und Post-Messung abgebrochen. Daraus kann jedoch nicht darauf geschlossen werden, wie stark sie sich mit den Inhalten der online Selbsthilfe auseinandergesetzt haben. Der Vergleich mit den Teilnehmenden, welche die Intervention mit der zweiten Befragung abgeschlossen haben, zeigt bezüglich Alter, Bildungsniveau, Beziehungsstatus

und Zivilstand keine Unterschiede (alle $p > .10$). Von den 15 Männern mit Post-Messung wurden 5 ausgeschlossen, weil sie keine Angaben zur Bearbeitung des Programms gemacht oder lediglich Schritt 1 zur Selbstbeobachtung durchgeführt haben. Somit werden für die Prüfung der Effektivität der Intervention die Daten von 10 Teilnehmenden eingeschlossen. Diese unterscheiden sich hinsichtlich ihrer demographischen Merkmale und ihrer Symptomatik ebenfalls nicht vom Rest der Stichprobe (alle $p > .10$). Von den für die Post-Messung eingeschlossenen zehn Männern haben zwei Männer bis Schritt 2, vier Männer bis Schritt 3 und vier Männer die komplette Selbsthilfe bis Schritt 4 durchgeführt. Im Verlauf des Projektes hat ein Teilnehmer einmalig per E-Mail-Kontakt mit der Studienleitung aufgenommen, um mitzuteilen, dass er ferienhalber nicht zur Fortsetzung des Trainings gekommen und eine Woche länger für den Abschluss braucht. Sonst gab es keine Kontaktaufnahmen durch die Teilnehmenden.

8.6 Messinstrumente

8.6.1 Demographische Angaben

Zur Kontrolle und Beschreibung der Stichprobe wurden das **biologische Geschlecht** (weiblich, männlich, anderes bzw. offenes Antwortformat), die Übereinstimmung des biologischen mit dem **sozialen Geschlecht** (Ja/Nein), die **sexuelle Orientierung** (heterosexuell, bisexuell, homosexuell, andere bzw. offenes Antwortformat), das Geburtsjahr und der Geburtsmonat zur Berechnung des **Alters**, der höchste **Bildungsabschluss**, der **Zivilstand** und die **Nationalität** erhoben.

8.6.2 Symptome frühzeitiger Ejakulation

Profil frühzeitiger Ejakulation (PEP). Das Messinstrument Premature Ejaculation Profile von Patrick et al. (2009) erfasst anhand von der Bewertung von vier Items die Bereiche erlebte Kontrolle über die Ejakulation, Verzweiflung über die Zeit bis zur Ejakulation, dadurch bedingte interpersonale Schwierigkeiten und Zufriedenheit mit dem Geschlechtsverkehr. Ein fünftes Item wird angeboten zur Messung von Veränderungen. Die Einschätzung erfolgt jeweils auf einer fünfstufigen Likert-Skala, wobei höhere Werte einer besseren Funktion entsprechen. Der Test wurde mit Stichproben aus den USA und Europa validiert und weist gute Gütekriterien auf. In der vorliegenden Stichprobe ist die Reliabilität (interne Konsistenz) der Skala mit $\alpha = .88$ (Post-Test $\alpha = .73$) hoch. Gewählt wurde der Test aufgrund seiner breiten Verwendung in der bisherigen Forschung und der Kürze. Er bietet keine Cut-Off Werte zur Definition von Ausprägungen mit Störungscharakter, was es im Kontext der vorliegenden Arbeit jedoch auch nicht bedarf. Die genaue Formulierung der Items sind mit der Deskriptivstatistik in Tabelle 1 aufgeführt.

Die Teilnehmenden wurden nach ihrer **subjektiven Einschätzung der intravaginalen Latenzzeit** gefragt. Die Zeit konnte auf einer Skala mit Zeitangaben von 'vor dem Eindringen' bis 'mehr als 20 Minuten' angegeben werden. Auch wurde mit Hilfe selbstformulierter Items die effektive und gewünschte **Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs** erfragt. Ebenfalls wurden von den Teilnehmenden die Häufigkeit und Dauer der **Selbstbefriedigung** angegeben und wie häufig dabei sexuelle Fantasien oder Pornografie genutzt werden. Mit je einem Item werden die Wichtigkeit der Selbstbefriedigung und das Ausmass der Befriedigung im Vergleich zur Paarsexualität erfragt.

8.6.3 Sexuelle Zufriedenheit und Beziehungszufriedenheit

Die **Sexuelle Zufriedenheit** wurde in Bezug auf die sexuelle Beziehung mit der Partnerin/dem Partner, die gefühlsmässige Nähe bei sexuellen Aktivitäten mit der Partnerin/dem Partner, der Sexualität im Gesamten und der Fremdeinschätzung der Zufriedenheit der Partnerin/des Partners mit der sexuellen Beziehung erhoben. Die Items wurden jeweils auf einer siebenstufigen Likert-Skala von 1 'sehr unzufrieden' bis 7 'sehr zufrieden' beurteilt. Die interne Konsistenz der vier Items ist mit $\alpha = .93$ (Post-Test $\alpha = .89$) ausgezeichnet.

Die **Beziehungszufriedenheit** wurde mit Hilfe eines selbstformulierten Items 'Wie glücklich bist du im Allgemeinen mit deiner Partnerschaft?' von 1 'sehr unglücklich' bis 10 'sehr glücklich' eingeschätzt.

8.6.4 Kognitive Ressourcen

Sexuelle Bedenken in Bezug auf Körperbild, sexuelle Kommunikation und sexuelles Selbstverständnis wurden mit Hilfe des Fragebogens von Brenk-Franz und Strauß (2017) erhoben. Die Subskala Körperbild besteht aus drei Items, wie beispielsweise 'Ich fühle mich aufgrund meines körperlichen Aussehens wohl, wenn mich mein_e Partner_in nackt sieht', und zeigt eine ungenügende interne Konsistenz ($\alpha = .40$). Bedenken in Bezug auf die sexuelle Kommunikation wurden mit vier Items erfasst, welche eine ausreichende Reliabilität zeigen ($\alpha = .80$). Ein Beispielitem ist 'Es gibt einige Aspekte der Sexualbeziehung, die ich nicht angemessen mit meiner Partnerin/meinem Partner besprechen kann'. Bedenken zum sexuellen Selbstverständnis wurden mit drei Items beurteilt, beispielsweise mit der Aussage 'Ich bin von meinen sexuellen Gefühlen manchmal verwirrt', und zeigen eine hohe interne Konsistenz ($\alpha = .89$).

Ausserdem wurde nach der wahrgenommenen **Verantwortung für die Befriedigung der Partnerin** und nach dem **Wunsch für die Partnerin länger Geschlechtsverkehr** haben zu wollen gefragt.

8.6.5 Physiologische Ressourcen

Für das Erleben der Selbstbefriedigung und das Auftreten einer frühzeitigen Ejakulation ist nach Sexocorporel entscheidend, wie der Körper in der Selbstbefriedigung eingesetzt wird. Zur Operationalisierung wurden 16 Items verwendet, welche am Zürcher Institut für klinische Sexologie und Sexualtherapie (ZISS) unter der Leitung von Karol Bischof, Annette Bischof-Campbell und Ben Kneubühler entwickelt wurden. Der Fragebogen zur Erhebung des Erregungsmodus wurde bisher nicht veröffentlicht, weshalb zum jetzigen Zeitpunkt keine Angaben zur Skalenbildung möglich sind. Die Aussagen beginnen jeweils mit 'Um mich bei der Selbstbefriedigung möglichst stark zu erregen oder zum Höhepunkt zu kommen...' und beziehen sich auf die Atmung (z.B. 'halte ich den Atem an'), Spannung (z.B. 'spannt sich beim Gesäss an'), den Rhythmus (z.B. 'reibe ich den Penis bis zum Schluss abwechslungsreich') und die Bewegung (z.B. 'bewege ich mein Becken/die Hüften schaukelnd vor und zurück'). Beurteilt werden die Aussagen auf einer Skala von 1 'fast nie oder nie' bis 5 'fast immer oder immer'.

8.6.6 Offene Fragen zur Evaluation des Programms durch die Teilnehmenden

Zur Evaluation der Selbsthilfe durch die Teilnehmenden wurden drei offene Fragen gestellt: Was ist für dich das Wichtigste, dass du durch das Training gelernt hast?; Was hat dir am Training gefallen?; Was hat dir im Training gefehlt? Was könnte man verbessern? Die Antworten werden in den Ergebnissen inhaltlich zusammengefasst. Wörtlich wiedergegeben finden sie sich im Anhang IV. Zum Schluss beider Messungen war es den Teilnehmenden ausserdem möglich, offene Anmerkungen zum Fragebogen abzugeben. Diese sind im Anhang V aufgeführt.

8.7 Datenanalyse

Die erhobenen Daten wurden mit der Statistiksoftware *SPSS Statistics* Version 25 für Mac OS X analysiert. Die Daten konnten direkt aus den online Befragungen mit der Plattform *Qualtrics* in SPSS exportiert werden. Prozentwertangaben beziehen sich jeweils auf gültige Prozente, das heisst fehlende Fälle werden nicht einbezogen. Der Mittelwert (*M*) steht für den statistischen Durchschnittswert. Die Standardabweichung (*SD*) ist ein Mass der Streubreite der Werte rund um den Mittelwert. Bei Normalverteilung der Daten liegen 68% der Werte innerhalb +/- einer, 95% der Werte innerhalb +/- zwei Standardabweichungen um den Mittelwert. Der Median liegt in der Mitte der Datenverteilung, bei welcher die Hälfte der Teilnehmenden höhere und die andere Hälfte tiefere Werte aufweist. Ab einer Stichprobe von mehr als 30 Personen kann davon ausgegangen werden, dass die Mittelwertverteilungen normalverteilt sind (Bortz & Schuster, 2010), weshalb für die Analysen der Prä-Messung parametrische Verfahren verwendet werden. Für den Vergleich der Prä-

und Post-Messung werden aufgrund der kleinen Stichprobe bei letzterer nicht parametrische Tests verwendet, welchen keine Annahmen über die Verteilung der Daten voraus gehen.

Für die Teststatistiken wurde das Signifikanzniveau wie in der sexologischen und psychologischen Forschung üblich auf 5% bzw. $\alpha < .05$ festgelegt. Ist der p -Wert $< .05$ spricht man von einem statistisch signifikanten (*), bei $p < .01$ von einem hoch- (**) und bei $p < .001$ von einem höchstsignifikanten (***) Testergebnis, wobei die Signifikanz üblicherweise durch die Anzahl Sterne markiert wird. Ein p -Wert $< .10$ wird als marginal signifikant bezeichnet, mit dem Zeichen + repräsentiert, und steht für einen statistischen Trend in den Daten. Für die Interpretation der Bedeutsamkeit eines Ergebnisses ist jedoch nicht die statistische Signifikanz ausschlaggebend, da diese von der Stichprobengrösse beeinflusst wird. Es empfiehlt sich zusätzlich standardisierte Effektgrössen zu berichten, um die inhaltliche Bedeutsamkeit eines Ergebnisses beurteilen zu können. Der Korrelationskoeffizient nach Pearson, genannt r , liegt im Wertebereich zwischen -1 bis +1. Er steht für die Stärke des Zusammenhangs zweier Konstrukte und ist ein direktes Effektmass. Dabei steht $r = .10$ für einen kleinen, $r = .30$ für einen mittleren und $r = .50$ für einen starken Effekt (Cohen, 1992). Der Vergleich der Antwortwerte vor und nach der Intervention erfolgte mit Hilfe von Wilcoxon-Tests für verbundene Stichproben. Dazu wurde als Mass der Effektstärke ebenfalls der Korrelationskoeffizient nach Pearson (r) berechnet.

9 Ergebnisse

9.1 Prä-Messung

9.1.1 Symptome frühzeitiger Ejakulation

In Tabelle 1 sind die Items des **Premature Ejaculation Profiles** mit den Mittelwerten und Standardabweichungen in der Stichprobe zum ersten Messzeitpunkt aufgeführt. Der tiefste Wert und damit die stärkste Beeinträchtigung zeigt sich bei der Kontrolle über die Ejakulation. Am wenigsten Einbussen berichten die Teilnehmenden im Hinblick auf Schwierigkeiten, die die Dauer bis zur Ejakulation in der Beziehung verursacht. Die Symptome frühzeitiger Ejakulation zeigen sich unabhängig von Alter und Beziehungsdauer der Teilnehmenden (alle $p > .05$), bis auf einen positiven Zusammenhang des Alters mit der Zufriedenheit mit dem Geschlechtsverkehr im letzten Monat ($r = .44^*$).

Tabelle 3*Items und deskriptive Statistik des Premature Ejaculation Profiles (PEP)*

Itembezeichnung	Range	Mittelwert (M)	Standardabweichung (SD)
PEP Summenwert	4 – 20	14.47	4.30
Im letzten Monat war deine Kontrolle über die Ejakulation beim Geschlechtsverkehr: (sehr tief - sehr hoch)	1 – 5	2.87	1.28
Im letzten Monat war deine Zufriedenheit mit dem Geschlechtsverkehr: (sehr tief – sehr hoch)	1 - 5	3.40	1.13
Wie verzweifelt bist du darüber, wie schnell du beim Geschlechtsverkehr ejakulierst? (sehr - überhaupt nicht)	1 – 5	3.81	1.40
Inwieweit verursacht wie schnell du beim Geschlechtsverkehr ejakulierst Schwierigkeiten in deiner Beziehung mit deiner (Sexual-)Partnerin/deinem (Sexual-)Partner? (sehr – überhaupt nicht)	1 – 5	4.39	1.12

Anmerkung. Höhere Werte entsprechen einer geringeren Beeinträchtigung.

Die Items des Premature Ejaculation Profiles zeigen untereinander starke Zusammenhänge, wie in Tabelle 4 ersichtlich ist. Nur bei einer Person ist es im letzten Jahr vorgekommen, dass er ejakulierte bevor sein Penis mit etwas in Berührung kam.

Tabelle 4*Interkorrelationen der Items des Premature Ejaculation Profiles*

	1.	2.	3.	4.
1. Kontrolle	-	.82***	.69***	.54**
2. Zufriedenheit GV		-	.65***	.57**
3. Verzweiflung			-	.69***
4. Schwierigkeiten Paar				-

Anmerkung. *** $p < .001$, ** $p < .01$.

Im Mittel haben die Teilnehmenden ein bis zwei Mal pro Woche **Geschlechtsverkehr**. Von den Teilnehmenden wünschen sich 54% häufiger, 16% viel häufiger Geschlechtsverkehr, für 30% entspricht die aktuelle Häufigkeit dem Wunschzustand. Der Geschlechtsverkehr dauert nach

subjektiver Einschätzung der Teilnehmenden durchschnittlich zwischen 3 bis 10 Minuten. In Abbildung 7 ist die Häufigkeitsverteilung der subjektiven Zeitdauer abgebildet.

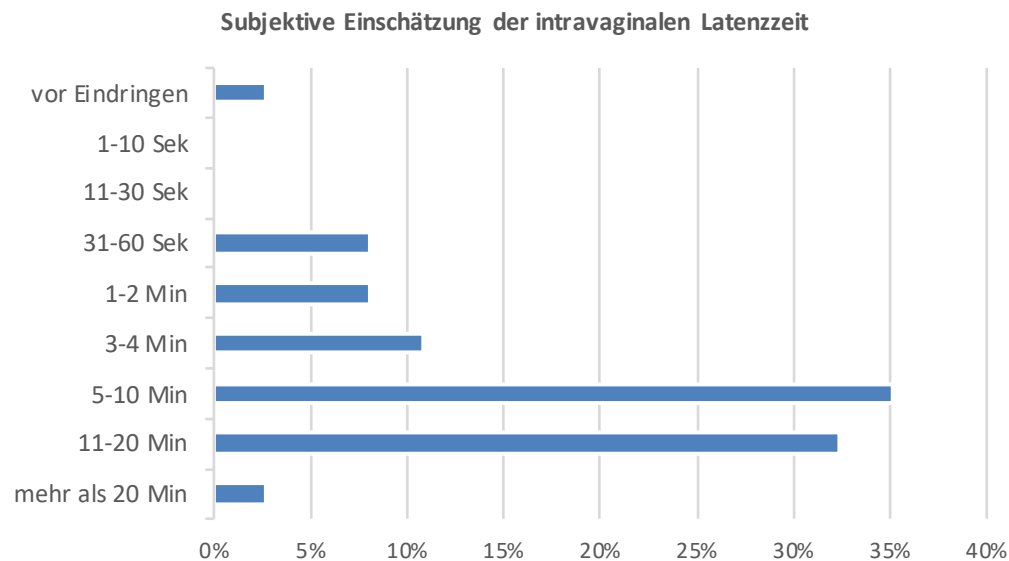


Abbildung 7. Subjektive Einschätzung der intravaginalen Latenzzeit bei Prä-Messung

Selbstbefriedigung in den letzten 12 Monaten wird von allen Teilnehmenden berichtet. Die Mehrheit (65%) gibt eine Häufigkeit zwischen 2 Mal pro Woche bis täglich an. Durchschnittlich dauert die Selbstbefriedigung zwischen 5 bis 10 Minuten, wobei sich die angegebene Dauer von 1 - 2 Minuten bis zu mehr als 20 Minuten verteilt. Die Mehrheit der Teilnehmenden nutzt oft bis immer sexuelle Fantasien (65%) oder Pornografie (48%) bei der Selbstbefriedigung. Die Selbstbefriedigung wird als (viel) weniger wichtig (55%), gleich wichtig (35%) und nur von einem kleinen Anteil der Teilnehmenden als (viel) wichtiger (10%) als die Paarsexualität eingeschätzt. Dabei erleben 61% der Teilnehmenden in der Selbstbefriedigung (viel) weniger, 29% gleich viel und 10% (viel) mehr Befriedigung als in der Paarsexualität.

9.1.2 Zusammenhang frühzeitiger Ejakulation mit sexueller Zufriedenheit

Eine stärkere Beeinträchtigung durch die frühzeitige Ejakulation geht allgemein mit einer tieferen sexuellen Zufriedenheit einher ($r = .64^{***}$). Die frühzeitige Ejakulation hängt stark mit einer negativeren Fremdwahrnehmung der sexuellen Zufriedenheit der Partnerin ($r = .68^{***}$) und der eigenen Zufriedenheit mit der Paarsexualität ($r = .61^{**}$) zusammen. Auch der Zusammenhang der frühzeitigen Ejakulation mit der gefühlsmässigen Nähe bei sexuellen Aktivitäten mit der Partnerin ($r = .43^*$) und der Beziehungszufriedenheit allgemein ($r = .44^*$) zeigt einen mittleren Effekt in die

Richtung, dass stärkere Symptome frühzeitiger Ejakulation mit weniger empfundener Nähe bei der Paarsexualität und geringerer Beziehungszufriedenheit einher gehen.

9.1.3 Zusammenhang frühzeitiger Ejakulation mit kognitiven Ressourcen

Auf einer Skala von 1 bis 5 berichten die Teilnehmenden im Mittel die stärksten sexuellen Bedenken in Bezug auf die sexuelle Kommunikation ($M = 2.59$, $SD = 0.88$), gefolgt von Bedenken zum Körperbild ($M = 1.96$, $SD = 0.50$) und dem sexuellen Selbstverständnis ($M = 1.75$, $SD = 0.61$).

Tabelle 6

Zusammenhänge der Symptome frühzeitiger Ejakulation mit sexuellen Bedenken

	Sexuelle Bedenken		
	Körperbild	sexuelle Kommunikation	sexuelles Selbstverständnis
PEP Summenwert	-.25	-.37*	-.26
Kontrolle	-.12	-.33†	-.40*
Zufriedenheit GV	-.23	-.39*	-.21
Verzweiflung	-.23	-.21	-.11
Schwierigkeiten Paar	-.23	-.38*	-.16

Anmerkung. Während höhere Werte in den sexuellen Bedenken für eine stärkere Ausprägung dieser stehen, entsprechen höhere Werte in den Symptomen der frühzeitigen Ejakulation einer geringeren Beeinträchtigung. * $p < .05$, † $p < .10$.

Die Symptome frühzeitiger Ejakulation zeigen Zusammenhänge mit allen drei Subskalen der sexuellen Bedenken (Tabelle 6). Die Stärke der Korrelationen fällt klein bis mittel aus. Am deutlichsten zeigen sich die Zusammenhänge der frühzeitigen Ejakulation mit den Bedenken in Bezug auf die sexuelle Kommunikation.

Die Lust und Befriedigung der Partnerin sind für 90% der Teilnehmenden eher oder sehr wichtig für die eigene Erregung und Befriedigung. Die Verantwortung für die Befriedigung der Partnerin sehen 19% völlig oder eher bei sich, 71% bei beiden und 10% eher bei der Partnerin selbst. Länger zu können bis zur Ejakulation wünschen sich 13% vor allem oder eher für sich selbst, 26% für sich und die Partnerin, 19% eher oder vor allem für die Partnerin und 42% äussern diesen Wunsch nicht. Je wichtiger Lust und Befriedigung der Partnerin für die eigene Erregung und Befriedigung sind, desto weniger Kontrolle über die Ejakulation berichten die Teilnehmenden ($r = -.34†$). Je weniger die Teilnehmenden die Überzeugung haben, für die Befriedigung der Partnerin verantwortlich zu sein, desto mehr Zufriedenheit mit dem Geschlechtsverkehr ($r = .54^{**}$), weniger Verzweiflung über den Zeitpunkt der Ejakulation ($r = .38^*$) und dadurch bedingte Schwierigkeiten in der Beziehung ($r = .33†$) werden berichtet.

9.1.4 Zusammenhang frühzeitiger Ejakulation mit physiologischen Ressourcen

Die Korrelationen zwischen der Art, wie der Körper bei Erregungssteigerung in der Selbstbefriedigung eingesetzt wird und den Symptomen frühzeitiger Ejakulation sind in Tabelle 5 zu finden. Die Zusammenhänge fallen klein bis mittel aus. Die deutlichsten Zusammenhänge zeigen sich bei der Bewegung des ganzen Körpers bei der Erregungssteigerung. Diese geht mit einer stärkeren wahrgenommenen Kontrolle ($r = .36^\dagger$), höherer Zufriedenheit mit dem Geschlechtsverkehr ($r = .39^*$) und geringerer Verzweiflung über die Zeit bis zur Ejakulation ($r = .33^\dagger$) einher.

Tabelle 5

Zusammenhang Symptome frühzeitiger Ejakulation mit Art der Erregungssteigerung in der Selbstbefriedigung

Um mich bei der Selbstbefriedigung möglichst stark zu erregen oder zum Höhepunkt zu kommen...	Symptome frühzeitiger Ejakulation			
	Kontrolle	Zufriedenheit GV	Verzweiflung	Schwierigkeiten Paar
reibe ich den Penis bis zum Ende abwechslungsreich	.09	.09	.04	-.30[†]
reibe ich den Penis am Ende sehr gleichförmig, ohne Variation	-.17	-.29	-.13	.12
drücke oder presse ich den Penis	.01	.01	-.08	-.13
stimuliere ich den Penis ohne Hände	.30	.22	.35[†]	.17
spannen sich meine Beckenbodenmuskeln an	.22	.23	.40[*]	-.11
spannt sich mein Bauch an	.16	.15	.38[*]	.15
spannt sich mein Gesäss an	.22	.06	.07	.05
spannen sich meine Beine an	.33[†]	.06	.03	.02
versteift sich mein ganzer Körper	.19	.14	.02	-.04
halte ich den Atem an	.27	.25	.04	-.02
atme ich oberflächlich	-.08	-.10	-.13	-.12
atme ich tief in den Bauch	.03	.22	.07	.29
halte ich meinen Körper still	-.23	-.11	-.23	-.07

Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite

Fortsetzung Tabelle 5

bewege ich meinen ganzen Körper	.36 [†]	.39*	.33 [†]	.26
bewege ich mein Becken/die Hüften kreisförmig	.34 [†]	.14	.22	.08
bewege ich mein Becken/die Hüften schaukelnd vor und zurück	.22	.10	.18	.06

Anmerkung. Während höhere Werte in den Aussagen zum Einsatz des Körpers bei der Selbstbefriedigung für eine stärkere Ausprägung dieser stehen, entsprechen höhere Werte in den Symptomen der frühzeitigen Ejakulation einer geringeren Beeinträchtigung. * $p < .05$, [†] $p < .10$.

9.2 Vergleich Prä- und Post-Messung: Prüfung der Effektivität der online Selbsthilfe

9.2.1 Veränderung in der Symptomatik

Der Vergleich des Summenwerts des Premature Ejaculation Profils der Prä- und Post-Messung zeigt keine statistisch signifikante Veränderung ($z = -1.57$, $p = .12$, $n = 14$), wobei jedoch die Effektstärke nach Cohen (1992) bei $r = .42$ liegt, was einem mittleren Effekt entspricht. Auf Ebene der einzelnen Symptome zeigt Abbildung 8 die Mittelwerte und Standardabweichungen zur Prä- und Post-Messung im Vergleich. Die Unterschiede fallen statistisch nicht signifikant aus, zeigen aber mittlere Effektstärken bei der Verzweiflung ($z = -1.41$, $p = .16$, $n = 14$, $r = .38$) und Kontrolle über die Ejakulation ($z = -1.13$, $p = .26$, $n = 14$, $r = .30$), sowie kleine Effekte in den dadurch bedingten Schwierigkeiten in der Paarbeziehung ($z = -1.00$, $p = .32$, $n = 14$, $r = .28$) und der Zufriedenheit mit dem Geschlechtsverkehr ($z = -0.71$, $p = .48$, $n = 14$, $r = .19$).

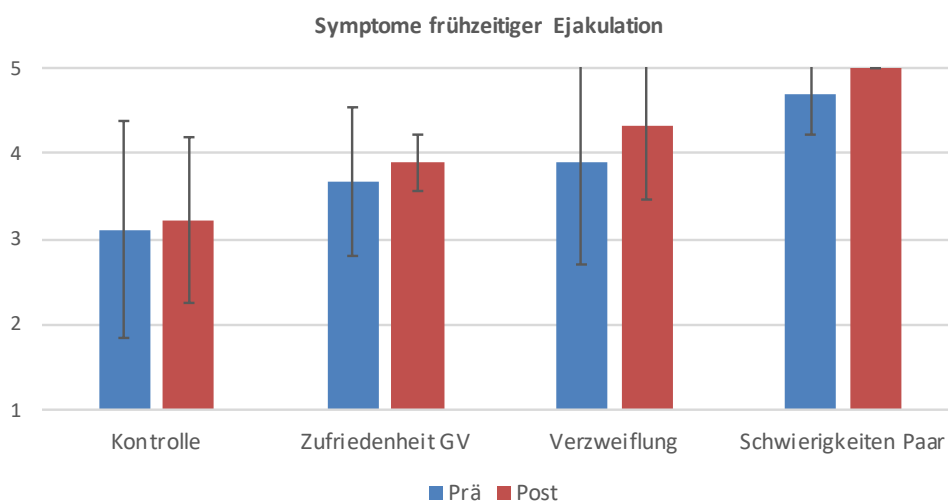


Abbildung 8. Vergleich Symptome frühzeitiger Ejakulation gemessen mit dem Premature Ejaculation Profile vor und nach der Intervention. Höhere Werte entsprechen einer geringeren Beeinträchtigung.

Der Premature Ejaculation Profile Fragebogen bietet ein zusätzliches fünftes Item zur Erfassung subjektiver Veränderungen über die Zeit, welches in der Post-Messung Verwendung fand: Im Vergleich zu vor dem Training schätzen die Teilnehmenden selbst ihren Zustand als gleich (30%), etwas besser (40%) oder besser (30%) ein.

9.2.2 Veränderung in der sexuellen Zufriedenheit

Die Summe der Items der sexuellen Zufriedenheit hat von der Prä- ($M = 22.25$, $SD = 3.54$) zur Post-Messung ($M = 21.88$, $SD = 4.32$) leicht abgenommen. Der Unterschied fällt statistisch nicht signifikant aus ($z = -0.79$, $p = .43$, $n = 8$), entspricht nach Cohen (1992) mit $r = .28$ jedoch einem kleinen bis mittleren Effekt. Die Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Items zum Zeitpunkt vor und nach der online Selbsthilfe sind in Abbildung 9 dargestellt. Während die Zufriedenheit mit der Sexualität im Gesamten leicht zugenommen hat ($z = -0.58$, $p = .56$, $n = 8$, $r = .20$), zeigen sich bei der Zufriedenheit mit der Paarsexualität ($z = -0.45$, $p = .66$, $n = 8$, $r = .16$) und der gefühlsmässigen Nähe bei der Paarsexualität ($z = -0.58$, $p = .56$, $n = 8$, $r = .20$) gegenteilige Tendenzen. Die Effektstärken r nach Cohen (1992) fallen klein aus. Die Fremdeinschätzung der sexuellen Zufriedenheit der Partnerin mit der Paarsexualität blieb über die Messzeitpunkte unverändert ($z = 0.00$, $p = 1.00$, $n = 8$, $r = .00$).

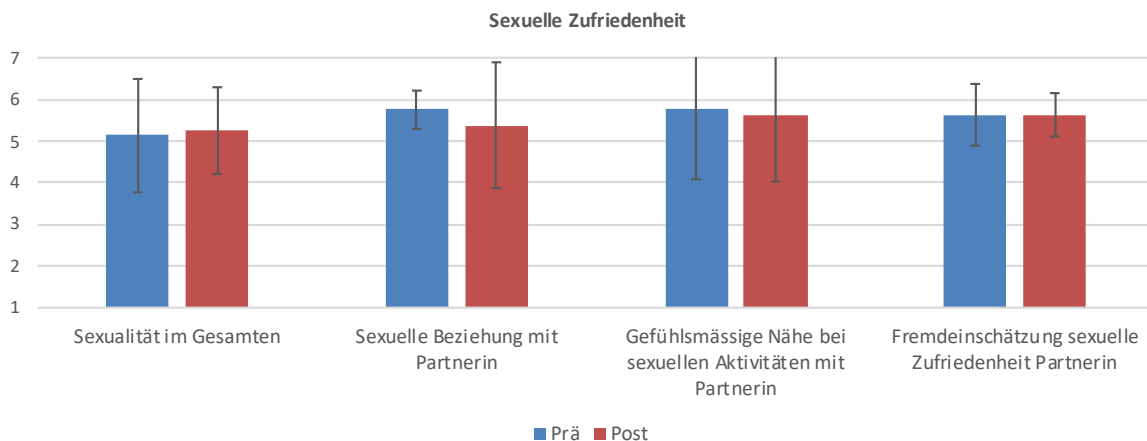


Abbildung 9. Vergleich sexueller Zufriedenheit vor und nach der Intervention.

9.3 Offene Antworten der Teilnehmenden zur Evaluation der online Selbsthilfe

Nicht alle Teilnehmenden haben alle offenen Fragen zur Evaluation der online Selbsthilfe beantwortet und die offenen Antworten fielen eher kurz aus. Die nachfolgend inhaltlich zusammengefassten Antworten der Teilnehmenden finden sich wörtlich wiedergegeben im Anhang IV. Als zentrale Lernschritte, die durch die online Selbsthilfe möglich waren, bezeichnen die Teilnehmenden die achtsame und verbesserte Körperwahrnehmung, die Erkenntnis über den

Einfluss von Atmung und Spannung auf das sexuelle Erleben, die Möglichkeit der Einflussnahme auf die sexuelle Erregung durch bewussten Einsatz des Körpers sowie die Bedeutung der Variation in der Sexualität. Die klaren Beschreibungen, die einfachen Übungen und der sukzessive Aufbau der Selbsthilfe wurden von den Teilnehmenden als besonders positiv vermerkt. Als Anregung zur Verbesserung haben die Teilnehmenden die verfügbare Zeit angegeben. Die vorgesehenen vier Wochen wurden von einzelnen als zu kurz wahrgenommen. In Bezug auf die Methoden der Vermittlung wurde angemerkt, dass weniger Fliesstext und ein Format, welches direkt mit den Übungen zu kombinieren ist, wünschenswert wären. Inhaltlich wurde die Erweiterung um psychologische Aspekte und Partnerübungen gewünscht.

10 Diskussion

Die Häufigkeit sexueller Probleme in der Allgemeinbevölkerung und besonders in klinischen Stichproben ist sehr hoch. Sexuelle Probleme haben negative Auswirkungen auf das emotionale und sexuelle Wohlbefinden, interpersonale Beziehungen, die Lebensqualität und die Gesundheit insgesamt. Verschiedene nationale Studien aus aller Welt bestätigen, dass die frühzeitige Ejakulation das von Männern am häufigsten berichtete sexuelle Problem ist. Dieses wird in der medizinischen Praxis jedoch von Betroffenen wie von Fachkräften kaum angesprochen. Während Ärztinnen und Ärzte Scham bei den Patienten als Hürde vermuten, geben diese als Gründe nicht danach zu fragen die mangelnde Zeit und die fehlende Kompetenz sexuelle Themen anzusprechen an (Aschka, Himmel, Ittner, & Kochen, 2001). Nicht alle Betroffenen haben den Mut, ihre Beschwerden bei einer Fachperson anzusprechen oder verfügen über die finanziellen Ressourcen für eine adäquate sexualtherapeutische Behandlung. Online Interventionen haben das Potenzial, eine passende, weitreichende und kosten-effektive Alternative zur Face-to-Face Therapie darzustellen. Der Nutzen solcher Internet-basierter Behandlungen für verschiedenste psychische und somatische Störungen wie auch für andere Gesundheitsprobleme wurde in über zweihundert randomisierten und kontrollierten Studien bestätigt (Andersson, G., 2016; Berger & Krieger, 2018). Sie bieten eine niederschwellige, zeit- und ortsunabhängige Versorgungsalternative. Die Forschung im Bereich der online Interventionen zur Prävention sexueller Gesundheit und Behandlung sexueller Probleme steht jedoch noch am Anfang. Alle bisher bestehenden Programme zur Behandlung sexueller Probleme beziehen sich auf den Ansatz der Sexualtherapie erster Generation des Sensate Focus nach Masters und Johnson (1970) und berufen sich auf die kognitive Theorie und die Lerntheorie als Grundlage, wie dies auch in der Psychotherapieforschung primär der Fall ist. Dabei werden wechselnd Psychoedukation und konkrete Übungen angeboten. Einige Programme beziehen

zusätzlich Kommunikations- und Achtsamkeits-basierte Elementen ein. Alle untersuchten Interventionen ermöglichten Kontakt zu einer Therapeutin/einem Therapeuten, wobei dieser sehr unterschiedlich intensiv gestaltet wurde. Nicht alle Studien beziehen eine (Warte-)Kontrollgruppe mit ein. Der anonyme Austausch mit anderen Programmteilnehmenden beispielsweise über eine Chat- oder Forumsfunktion kann die Compliance und damit den Therapieerfolg zusätzlich stützen. Die Ergebnisse bisheriger Studien fallen durchgehend neutral bis positiv aus, meist mit signifikant stärkeren Verbesserungen in der sexuellen Funktionsfähigkeit bei der Behandlungsgruppe. Die meisten Studien zeigen jedoch nur eine geringe bis mittlere methodische Qualität. Sie basieren auf einer sehr geringen Fallzahl und Angaben zu den Effektstärken fehlen weitgehend. Von den in der vorliegenden Arbeit zitierten Interventionsstudien ist das Programm von E. Andersson et al. (2011) das einzige, zu welchem die Effektmasse der gefundenen Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe berichtet wurden. Heterogene Stichproben bezüglich Alter, Störungsbild und Diagnosekriterien, komorbide Beschwerden und begleitende medikamentöse Behandlung verunmöglichen die direkte Vergleichbarkeit der verschiedenen Studien (Berner & Günzler, 2012). Auch ist die Länge der Dauer zwischen Behandlungsabschluss und Follow-up Messungen in verschiedenen Studien nicht adäquat (Hobbs, 2016).

Die für die vorliegende Arbeit entwickelte online Selbsthilfe ist die erste ihrer Art mit Inhalten nach dem Ansatz Sexocorporel und primär ausgerichtet auf Männer, welche ihre wahrgenommene Kontrolle zur Steuerung der sexuellen Erregung verbessern möchten. Ein Einschlusskriterium der frühzeitigen Ejakulation im Sinne der Erfüllung der internationalen Diagnosekriterien wurde dabei nicht verwendet. Bisherige Forschung hat gezeigt, dass nicht die oft referierte kritische intravaginale Latenzzeit von weniger als einer Minute entscheiden für die Einbussen in Sexualität und Wohlbefinden ist, sondern viel mehr das subjektive Erleben und der empfundene Leidensdruck (Mathers et al., 2007; Schmidt et al., 2006). Aus diesem Grund wurde die Rekrutierung offen gehalten und stand die Teilnahme an der online Selbsthilfe allen Interessierten frei. Auf eine Bezeichnung des Programms als für die frühzeitige Ejakulation ausgerichtet wurde bewusst verzichtet, um Verunsicherungen in Bezug auf die individuelle Passung des Angebots und Stigmatisierungen zu verhindern. Der Ansatz Sexocorporel ist ausserdem nicht störungsspezifisch. Er bietet ein interaktionistisches Verständnis der sexuellen Gesundheit und fördert mit den für den Ansatz typischen Inhalten und Übungen zur Wechselwirkung von Körper und Psyche allgemein die sexuelle Entwicklung. In der online Selbsthilfe hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit selbständig und ohne Anleitung durch eine Therapeutin/einen Therapeuten in vier aufeinander aufbauenden Schritten über vier Wochen mit Hilfe von Texten zur Wissensvermittlung und konkreten

Körperübungen ohne und mit sexueller Erregung die Bedeutung von Atmung, Muskelspannung, Bewegung und Rhythmus für die Steuerung und Kontrolle sexueller Erregung zu erleben.

10.1 Beantwortung der Forschungsfragen

Anhand der Daten aus der ersten Befragung vor Interventionsbeginn zeigt sich, dass die Symptome der frühzeitigen Ejakulation – fehlende Kontrolle, Verzweiflung, Schwierigkeiten in der Paarsexualität und sexuelle Unzufriedenheit, gemessen mit dem Premature Ejaculation Profile – stark positiv miteinander zusammenhängen. Auch zeigen sich mittlere bis starke Zusammenhänge mit einer negativeren Fremdwahrnehmung der sexuellen Zufriedenheit der Partnerin, der bei sexuellen Aktivitäten empfundenen Nähe zur Partnerin und der Beziehungszufriedenheit allgemein. Hypothese 1 konnte somit bestätigt werden. In der Stichprobe zeigt sich von den Symptomen die fehlende Kontrolle als am stärksten ausgeprägt. Diese ist für das Phänomen der frühzeitigen Ejakulation entscheidend (Kaplan, 1979). Es ist anzunehmen, dass die fehlende Kontrolle als Initialsymptom zu sexuellem Distress und einer Minderung des Selbstwerts führt, was in der Folge sexuelle Unzufriedenheit und Einbussen in Wohlbefinden und Partnerschaft bedingt. Diese und weitere auf eine Kausalität schliessende Annahmen müssten jedoch erst mit Hilfe von Längsschnittdaten überprüft werden.

Auch Hypothese 2, dass die frühzeitige Ejakulation mit sexuellen Bedenken und ungünstigen Überzeugungen zusammenhängt, konnte mit Hilfe der Prä-Messung bestätigt werden. Die Symptome frühzeitiger Ejakulation zeigen kleine bis mittelstarke Zusammenhänge mit sexuellen Bedenken in Bezug auf die sexuelle Kommunikation, das Körperbild und das sexuelle Selbstverständnis. Im Vergleich fallen die Bedenken in Bezug auf die sexuelle Kommunikation in der Stichprobe am stärksten aus. Kommunikationsfähigkeiten in der Beziehung gehören zu den Kriterien, welche bei der Beurteilung der Beeinträchtigung durch die frühzeitige Ejakulation berücksichtigt werden sollten (Hartmann et al., 2018). Wenn sich hierbei Schwierigkeiten zeigen oder das Paar eine defizitäre Kommunikation aufweist, ist es durchaus möglich, dass das Verhalten rund um die frühzeitige Ejakulation von der Partnerin/vom Partner als eigennützig wahrgenommen wird (Althof, 2006b), was die negativen Auswirkungen auf Beziehung und Paarsexualität verstärkt. Entsprechend finden sich bei verschiedenen therapeutischen Ansätzen häufig Elemente zum Training der Kommunikation. Auch nach dem Ansatz Sexocorporel gehört die sexuelle Kommunikation zu den für die sexuelle Gesundheit relevanten Beziehungsfaktoren. Während Inhalte zur Kommunikation in der online Selbsthilfe vorerst bewusst ausgelassen wurden, ist zu erwarten, dass sich die geförderte vertiefte Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper und der sexuellen Funktion auch günstig auf Bedenken hinsichtlich des Körperbildes und des sexuellen Selbstverständnisses auswirkt. Künftige

Analysen könnten dies prüfen. Die Kontrolle über die sexuelle Erregung hängt auch bedeutend mit ungünstigen sexuellen Überzeugungen zusammen. Je wichtiger die Lust und Befriedigung der Partnerin/des Partners für die eigene Erregung und Befriedigung ist, desto geringer wird die Kontrolle wahrgenommen. Aus Sicht des Sexocorporel erklärt sich dies über den Fokus der Wahrnehmung. Ist die Aufmerksamkeit nicht bei der Person selbst, sondern vor allem bei der Partnerin/beim Partner und der Bemühung diese_n zu befriedigen, sprechen wir von einer Heterozentrierung. Diese steht der Autozentrierung entgegen, welche erst die Achtsamkeit auf das eigene Körpergeschehen und Empfinden ermöglicht. Damit zusammen hängt auch die Annahme, für die Befriedigung der Partnerin/des Partners verantwortlich zu sein. Dies verstärkt den in der männlichen Sexualität häufig berichteten Erwartungs- und Leistungsdruck und hängt mit Verzweiflung über den Zeitpunkt der Ejakulation, dadurch bedingten Schwierigkeiten in der Paarsexualität und einer allgemeinen Unzufriedenheit mit dem Geschlechtsverkehr zusammen. Dass Männer mit frühzeitiger Ejakulation deutlich häufiger solche und andere irrationale Überzeugungen berichten, bestätigt auch die Forschung von Kempeneers et al. (2018).

Mit Hilfe eines Fragebogens des Zürcher Instituts für klinische Sexologie und Sexualtherapie (ZISS) wurde erfasst, wie die teilnehmenden Männer ihren Körper bei der Selbstbefriedigung einsetzen. Mit Verständnis der frühzeitigen Ejakulation nach dem Modell Sexocorporel wurde erwartet, dass diese mit einer einseitigeren Stimulation, hoher Muskelspannung, wenig Atem- und Bewegungsraum in der Selbstbefriedigung zusammenhängt. Die Ergebnisse zeigen ein nicht ganz einheitliches Bild, können die Hypothese 3 jedoch überwiegend bestätigen. Während eine abwechslungsreiche Stimulation des Penis in der Selbstbefriedigung vor allem mit weniger durch den Zeitpunkt der Ejakulation bedingten Schwierigkeiten in der Partnerschaft zusammenhängt, scheint sich eine gewisse Spannung in Beckenboden, Bauch, Gesäss und Beinen während der Erregungssteigerung auch günstig auszuwirken. Es lässt sich vermuten, dass hierbei ein kurvilinearere Zusammenhang besteht mit ungünstiger Auswirkung von zu wenig und zu hohem Muskeltonus, welchem die gewählten statistischen Methoden nicht gerecht werden und mit Hilfe passender Verfahren zu überprüfen wäre. Die Zusammenhänge der Atmung mit den Symptomen frühzeitiger Ejakulation zeigen sich in die erwartete Richtung, wenn auch mit kleinen Effekten. Eine oberflächliche Atmung geht mit stärkeren Symptomen frühzeitiger Ejakulation einher, wohingegen sich eine tiefe Bauchatmung bei der Erregungssteigerung positiv auswirkt. Auch die Bewegung von Becken und Körper in der Selbstbefriedigung hängt mit weniger Schwierigkeiten einer frühzeitigen Ejakulation zusammen, während das still halten des Körpers diese begünstigt. Die Effekte der Bewegung zeigen sich am deutlichsten und fallen klein bis mittel stark aus.

Der Vergleich der Ausprägung der Symptome vor und nach der Intervention zeigt eine Verbesserung der wahrgenommenen Kontrolle, verminderte Verzweiflung über den Zeitpunkt der Ejakulation und dadurch bedingte Schwierigkeiten in der Partnerschaft sowie eine höhere Zufriedenheit mit dem Geschlechtsverkehr nach Teilnahme an der online Selbsthilfe. Die Veränderungen fallen aufgrund der kleinen Stichprobengrösse von zehn Männern statistisch nicht signifikant aus, entsprechen jedoch kleinen bis mittleren Effekten. Subjektiv wird der Zustand nach der online Intervention von 70% der Teilnehmenden als etwas besser oder besser eingeschätzt. Somit bestätigt sich die online Selbsthilfe entsprechend Hypothese 4 als wirksame Methode zur Intervention bei frühzeitiger Ejakulation. Höhere Symptomwerte vor Interventionsbeginn und grössere Probleme in der Paarbeziehung sind gemäss Blanken et al. (2015) und Edmonds, Hadjistavropoulos, Schneider, Dear, und Titov (2018) prädiktiv für einen stärkeren Behandlungserfolg. Da sich die online Selbsthilfe an Männer richtete unabhängig von ihren sexuellen Beschwerden und sich die Beeinträchtigung im Sinne einer frühzeitigen Ejakulation in der Stichprobe eher gering zeigt, lassen sich die gefunden Effekte kaum überschätzen.

10.2 Limitationen

Nebst den Stärken, wie das zeitgemässe, in der Sexologie innovative Interventionsformat der online Selbsthilfe und der Einbezug bestehender Manuale zur Behandlung der frühzeitigen Ejakulation nach Sexocorporel bei der inhaltlichen Ausgestaltung, zeigen sich auch einige bedeutende Limitationen der vorliegenden Untersuchung. Von ursprünglich 31 Teilnehmenden haben 10 die online Selbsthilfe soweit durchgeführt und den Fragebogen zur Post-Messung ausgefüllt, dass ihre Daten zur Prüfung der Effektivität der Intervention verwendet werden konnten. Dies entspricht einer Ausschlussrate von 68%. Eine solch ungünstig hohe Abbruchquote ist typisch für ungeleitete online Interventionen (Schuster et al., 2018). Die fehlende Anleitung und Ermutigung durch eine Therapeutin/einen Therapeuten könnten ebenso dafür verantwortlich sein wie die eher knapp bemessene Zeit, welche eine eher intensivere Auseinandersetzung im Alltag verlangte. Diese Voraussetzung scheint bei der Durchführung der Untersuchung zum Jahresende besonders ungünstig.

Das Fehlen von Zwischenmessungen macht es unmöglich die gefundenen Effekte bestimmten Inhalten zuzuschreiben. Ob sich mit der Teilnahme an der online Selbsthilfe der Einsatz des Körpers in der Selbstbefriedigung effektiv verändert hat und inwieweit es den Teilnehmenden gelingt, die erlernten Fähigkeiten in die Paarsexualität zu übertragen, wäre bei weiterführenden Analysen von besonderem Interesse. Der Vergleich mit einer (Warte-)Kontrollgruppe war aus Zeitgründen nicht möglich, hätte jedoch klären können, ob die Veränderungen effektiv der Intervention zuzuschreiben sind. Das gleiche gilt für Follow-up und Langzeitmessungen, welche

zeigen könnten, wie stabil die Effekte über die Zeit ausfallen und ob weitere Effekte verzögert auftreten. Die Untersuchung zeigt somit wie bisherige Arbeiten zur Prüfung der Effektivität von online Interventionen zur Behandlung sexueller Probleme bedeutende Einschränkungen in ihrer methodischen Qualität.

10.3 Mögliche Weiterentwicklung des Projekts

Mit der Idee einer künftigen Weiterentwicklung des Projekts liessen sich auch die wissenschaftlichen Standards der Kontroll- und Langzeitmessung mit einer weiteren Untersuchung einhalten. Mit der Adaption der online Selbsthilfe zu einem geleiteten Programm wären durch den fortlaufenden Kontakt der Teilnehmenden mit der Studienleitung höhere Abschlussraten und grössere Effekte zu erwarten. Dabei stellt sich jedoch die Herausforderung der adäquaten Technik und Datensicherheit. Für den direkten Kontakt wie auch für die Erhebung persönlicher Daten der Teilnehmenden über die Webseite, braucht es eine für verschiedene Benutzersysteme kompatible und in Bezug auf den Datenschutz sichere Plattform (G. Andersson, 2016).

In Bezug auf die Methodik lässt sich annehmen, dass durch eine Kürzung des Fliesstextes auf einfache Abschnitte und eine Ergänzung um Videos und Tonaufnahmen die Compliance der Teilnehmenden erhöht werden kann. Videos gehören zu den beliebtesten und am häufigsten aufgerufenen Vermittlungsformen des Internets. Eine spezielle Form stellen dabei sogenannte Erklärvideos dar, welche der Wissensvermittlung dienen und auch von Laien beispielsweise mit der online Software *videoscribe.co* erstellt werden können. Audiodateien könnten den Teilnehmenden ermöglichen, sich die Textteile alternativ auch anzuhören. Damit würde verschiedenen Lerntypen entsprochen und auch bei der direkten Durchführung der Übungen könnten diese für eine direkte Umsetzung der Anleitung behilflich sein.

Inhaltlich gesehen bieten sich verschiedene Erweiterungen der online Selbsthilfe an. Bisher fokussierte diese auf die Physiologie und ihre Wechselwirkung nach Sexocorporel. Weitere Module könnten ebenso auf die anderen Determinanten sexueller Gesundheit – kognitive Komponente, Beziehungskomponente, persönliche Komponente – eingehen. In deren Annahmen unterscheidet sich Sexocorporel jedoch nicht wesentlich von anderen bestehenden sexualtherapeutischen Ansätzen, was eine Zuschreibung der gefundenen Effekte auf die therapeutische Schule unmöglich machen würde. Dennoch sind sie aus Sicht der Effektivität des Programms vielversprechend. Dabei bietet sich basierend auf den Erkenntnissen zu den Korrelaten frühzeitiger Ejakulation die Arbeit an ungünstigen Überzeugungen und die Förderung eines positiven Körperbildes besonders an. Zur Berücksichtigung der Auswirkungen frühzeitiger Ejakulation auf die Paarbeziehung könnten analog zu anderen Interventionsstudien Elemente zur allgemeinen und sexuellen Kommunikation des

Paares eingesetzt werden. Informationen zur weiblichen Sexualität und Anregungen zur Erweiterungen der Verführungsfähigkeiten könnten für die Teilnehmer ebenso von Interesse sein wie ein Modul, welches sich direkt an die Partnerin/den Partner richtet und diese_n über die frühzeitige Ejakulation informiert. Mit diesen Aspekten würde auch dem Wunsch zweier Studienteilnehmer nach Inhalten zu psychologischen Faktoren und dem Einbezug der Paarsexualität entsprochen. Inhalte zur persönlichen Komponente wie der eigenen sexuellen Lust, dem Begehren und sexuellen Fantasien würden eine Auseinandersetzung mit den emotionalen Aspekten sexueller Erregung ermöglichen und könnten die Teilnehmer in ihrer sexuellen Selbstsicherheit und der Autozentrierung stärken.

Interessant wäre bei einer Erweiterung auch zu untersuchen, inwieweit das Programm problemspezifisch wirksam ist. Die Annahmen zu sexueller Gesundheit nach dem Modell Sexocorporel richten sich an alle Menschen unabhängig von ihrer sexuellen Problematik, ihrer Geschlechtszugehörigkeit oder ihrer sexuellen Orientierung. Entsprechend ist zu erwarten, dass eine Prüfung des Programms an verschiedenen Zielgruppen ebenso erfolgreich ausfallen würde. In der therapeutischen Praxis wird Sexocorporel als sehr individuumzentrierter Ansatz gelebt. Eine Individualisierung der online Selbsthilfe im Sinne von nach eigenem Bedarf zusammenstellbaren Modulen oder dem Einbezug der individuellen Belastung für die Wahl der dargebotenen Inhalte könnten zeigen, ob und inwiefern sich dies auch auf die Wirksamkeit Internet-basierter Interventionen auswirkt.

10.4 Implikationen für Forschung und Praxis

Von der künftigen Forschung ist zu wünschen, dass sie mehr randomisierte kontrollierte Studien mit ausreichend grosser Stichprobe und unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen zu Tage bringt, welche drauf in ihrer Wirksamkeit verglichen werden können. Dies gilt sowohl für die Face-to-Face Therapie wie auch für online Interventionen. Es ist erst wenig über die Effektivität, Reichweite und Akzeptanz solcher online Programme bekannt. Auch bleibt unklar, für welche Personen genau online Interventionen besonders effektiv sind und welche Prozessvariablen den Effekt erklären (G. Andersson, 2016). Auch fehlt bisher empirische Evidenz zum direkten Vergleich der Wirksamkeit von online Interventionen mit Face-to-Face Ansätzen bei sexuellen Problemen. Inhaltlich fehlen weiterhin online Interventionen für Männer mit verminderter Appetenz und separate Programme für die verschiedenen möglichen sexuellen Probleme der Frau. Ein mögliches Ziel künftiger Bestrebungen wären auch Interventionen, welche unabhängig vom Geschlecht und der sexuellen Orientierung sind. Grundsätzlich ist es auch zu begrüßen, wenn eine Teilnahme ohne stabile Partnerschaft möglich ist.

Die Integration moderner Technologien bei Massnahmen zur Vorbeugung und Behandlung sexueller Probleme stellt eine Herausforderung für die Praxis dar, von deren Bewältigung sich jedoch ein grosses Potenzial zur Optimierung der Gesundheitsversorgung verspricht. Erfolgsversprechende Methoden könnten in verschiedene Sprachen übersetzt und der jeweiligen Kultur angepasst weltweit eingesetzt werden. Damit würde eine adäquate Hilfe auch für jene Betroffenen möglich, welchen aus Gründen der Kosten oder der Verfügbarkeit keine klassische Behandlung offensteht. Ein Angebot moderner Methoden in der therapeutischen Praxis, wie online Beratung über Chats, Videotelefonie oder Email ist als zeitgemässe Ergänzung zum klassischen Face-to-Face Setting zu betrachten. Davon verspricht sich eine bessere Passung mit den individuellen Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten. Bedenken gegenüber der Vertraulichkeit der Daten und Sicherheit der Internetverbindung müssen mit entsprechenden Vorkehrungen berücksichtigt werden. Eine Richtlinie zu den Qualitätsstandards von online Interventionen gibt beispielsweise die Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) ab (Berger et al., 2017).

10.5 Fazit

Die frühzeitige Ejakulation zeigt sich als ein in der Allgemeinbevölkerung häufiges Phänomen, welches nur als sexuelles Problem zu betrachten ist, wenn der betroffene Mann einen Leidensdruck berichtet. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigen die fehlende Kontrolle über den Zeitpunkt der Ejakulation als häufigstes und belastendes Symptom. Dieses geht mit dem Erleben von Verzweiflung, negativen Auswirkungen auf die Paarsexualität und geringerer sexueller Zufriedenheit einher. Bisherige Studien zeigen, dass online Interventionen für verschiedene Zielgruppen in verschiedenem Alter geeignet sind. Online Interventionen für sexuelle Probleme haben das Potenzial, Betroffenen den Zugang zu einer adäquaten Behandlung zu erleichtern und eine wirksame Alternative zu Face-to-Face Therapien zu bieten. Die vorliegende Arbeit bestätigt als erste ihrer Art den Nutzen von online Interventionen für die Behandlung der frühzeitigen Ejakulation. Mit Sexocorporel basiert die entwickelte online Selbsthilfe auf einem Ansatz, welcher nicht störungsspezifisch und allgemein für die Förderung sexueller Gesundheit dienlich ist. Sowohl der gewählte therapeutische Ansatz Sexocorporel wie auch die Behandlungsform der online Intervention bestätigen sich in der vorliegenden Arbeit als wirksam. Die Zukunft wird zeigen, inwiefern diese Erkenntnis auf andere sexuelle Probleme übertragen werden kann.

Nachwort

Soweit bekannt wurde vor dieser Masterarbeit keine online Intervention nach Sexocorporel wissenschaftlich untersucht und auch unabhängig vom Format bestehen erst wenige empirische Nachweise zur Wirksamkeit des Ansatzes. Dies hat mich in meinem Vorhaben und während dem Entstehungsprozess der Masterarbeit motiviert. Besonders spannend in der Umsetzung dieser Arbeit fand ich den Transfer sexualtherapeutischer Annahmen und wissenschaftlicher Erkenntnisse in eine alltagssprachliche, breit verständliche Form zur inhaltlichen Gestaltung der online Selbsthilfe. Die technischen Anforderungen beim Erstellen der Webseite habe ich dabei unterschätzt, was eine grosse Herausforderung im Hinblick auf die Einhaltung der Abgabefrist war. Dennoch ist es mir gelungen ein Produkt zu erschaffen, welches von den Teilnehmenden positiv wahrgenommen wurde und ihnen gewünschte Erfolge erbrachte. Durch die fundierte Auseinandersetzung mit der bisherigen Forschung und dem Wissen um wissenschaftliche Standards ist mir bewusst, dass die eigens formulierte Selbsthilfe wie auch die gewählte Untersuchung durchaus Potenzial zur Weiterentwicklung haben. Die nächsten Monate werden zeigen, inwiefern mir diese gelingt.

Ich danke all jenen, die mich während meiner Arbeit an dieser Masterarbeit unterstützt haben. Den Studiengangsleitenden am ISP Uster und an der Hochschule Merseburg, Esther Elisabeth Schütz und Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voss, danke ich für die Anregungen in der Konzeption der Arbeit, die gewährte Freiheit im Entstehungsprozess und die nun folgende Begutachtung. Besonderen Dank gilt allen Studienteilnehmenden. Ohne ihre Bereitschaft und ihre Daten wären die Ergebnisse und gewonnenen Erkenntnisse meiner Arbeit nicht möglich gewesen. Meinem geschätzten Kollegen Ben Kneubühler danke ich für seine Bereitschaft, mich bei technischen Fragen zur Arbeit an der Webseite und mit der Darstellung der Beckenschaukel im darin enthaltenen Video zu unterstützen. Ich danke meinem Ehemann César, meinen Eltern, meinen Freundinnen und Freunden, dass sie mich durch die Studienzeit begleitet, immer ein offenes Ohr und Verständnis hatten, wenn mich Studium und Masterarbeit etwas absorbierten. Meinen Studienkolleginnen und -kollegen danke ich für den angeregten fachlichen und privaten Austausch über die Studienzeit hinweg, die vielen lustigen, berührenden Momente und das Gefühl, Teil einer tollen Gruppe zu sein. Der Masterstudiengang in Sexologie war wegweisend für meine persönliche und berufliche Weiterentwicklung und ich freue mich, die gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse nun in neuen Projekten und Aufgaben umzusetzen.

Literaturverzeichnis

- Académie du Sexocorporel Desjardins (2010). *Ausbildung in Sexocorporel: Heft 2*. Zürich: ZISS.
- Althof, S. (2006a). Psychological approaches to the treatment of rapid ejaculation. *Journal of Men's Health and Gender*, 3(2), 180-186.
- Althof, S. (2006b). The psychology of premature ejaculation: therapies and consequences. *The Journal of Sexual Medicine*, 3, 324-331. doi:10.1111/j.1743-6109.2006.00308.x
- Althof, S. (2010). What's new in sex therapy. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(1), 5-13. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01433.x
- Althof, S., Abdo, C. H., Dean, J., Hackett, G., McCabe, M., McMahon, C. G., . . . Becher, E. (2010). International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(9), 2947-2969. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01975.x
- Althof, S., McMahon, C. G., Waldinger, M. D., Serefoglu, E. C., Shindel, A. W., Adaikan, P. G., . . . Hellstrom, W. J. (2014). An update of the International Society of Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation (PE). *The Journal of Sexual Medicine*, 11(6), 1392-1422. doi:10.1002/sm2.28
- Andersson, E., Walén, C., Hallberg, J., Paxling, B., Dahlin, M., Almlöv, J., & Andersson, G. (2011). A randomized controlled trial of guided Internet - delivered cognitive behavioral therapy for erectile dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(10), 2800-2809. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02391.x
- Andersson, G. (2016). Internet-delivered psychological treatments. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 157-179. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093006
- Aschka, C., Himmel, W., Ittner, E., & Kochen, M. M. (2001). Sexual problems of male patients in family practice. *Journal of family Practice*, 50(9), 773-773.
- Balon, R., & Wise, T. N. (2011). Update on Diagnoses of Sexual Dysfunctions: Controversies Surrounding the Proposed Revisions of Existing Diagnostic Entities and Proposed New Diagnoses. In R. Balon (Hrsg.), *Sexual Dysfunction: Beyond the Brain-Body Connection* (S. 1-15). Basel, Schweiz: Karger.
- Bancroft, J., Loftus, J., & Long, J. S. (2003). Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of sexual behavior*, 32(3), 193-208.
- Barnes, T., & Eardley, I. (2007). Premature ejaculation: The scope of the problem. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 33(2), 151-170. doi:10.1080/00926230601098472

- Berger, T. (2017). The therapeutic alliance in internet interventions: a narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy research*, 27(5), 511-524. doi:10.1080/10503307.2015.1119908
- Berger, T., Heim, E., Maercker, A., Schaub, M., Mauvais, J.-B., Bernath, C., . . . Zumwald, I. (2017). *FSP & FMPP Qualitätsstandards Onlineinterventionen - Für Fachpersonen Beratung*. Bern: Föderation Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP).
- Berger, T., & Krieger, T. (2018). Internet-Interventionen: Ein Überblick. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 19, 18-24. doi:10.1055/a-0592-0282
- Berner, M., & Günzler, C. (2012). Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions—a systematic review of controlled clinical trials: part 1—the efficacy of psychosocial interventions for male sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(12), 3089-3107. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02970.x
- Blanken, I., Leusink, P., van Diest, S., Gijs, L., & van Lankveld, J. J. (2015). Outcome predictors of internet-based brief sex therapy for sexual dysfunctions in heterosexual men. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(5), 531-543. doi:10.1080/0092623X.2014.931317
- Borgmann, M., Gloor, S., & Spahn, S. (2019). *Sexualität, Beziehung, Gesundheit: Informationen zum Forschungsprojekt. SeBeGe Newsletter August 2019*. Bern, Schweiz: Universität Bern. Verfügbar unter https://www.gpv.psy.unibe.ch/e649938/e830891/e862996/SeBeGe-N Newsletter_August2019_ger.pdf.
- Bossio, J. A., Basson, R., Driscoll, M., Correia, S., & Brotto, L. A. (2018). Mindfulness-based group therapy for men with situational erectile dysfunction: A mixed-methods feasibility analysis and pilot study. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(10), 1478-1490. doi:10.1016/j.jsxm.2018.08.013
- Brenk-Franz, K., & Strauß, B. (2017). Der Fragebogen zu sexuellen Bedenken (FSB) – Evaluation of the German Version of Attitude Related to Sexual Concerns Scale (ASCS). *Sexuologie*, 24, 53-61.
- Brinkmann, R. (2014). Das biopsychosoziale Modell. In *Angewandte Gesundheitspsychologie* (S. 30-33). Hallbergmoos, Deutschland: Pearson GmbH.
- Brotto, L. A. (2013). Mindful sex. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 22(2), 63-68. doi:10.3138/cjhs.2013.2132
- Brotto, L. A., & Goldmeier, D. (2015). Mindfulness interventions for treating sexual dysfunctions: the gentle science of finding focus in a multitask world. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(8), 1687-1689. doi:10.1111/jsm.12941
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated

- systematic review and meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 47(1), 1-18. doi:10.1080/16506073.2017.1401115
- Caspar, F. (2004). Technological developments and applications in clinical psychology and psychotherapy: Summary and outlook. *Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 347-349. doi:10.1002/jclp.10268
- Chatton, D., Desjardins, J.-Y., Desjardins, L., & Tremblay, M. (2005). La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle. *Psychothérapies*, 25(1), 3-19.
- Christensen, B. S., Grønbaek, M., Osler, M., Pedersen, B. V., Graugaard, C., & Frisch, M. (2011). Sexual dysfunctions and difficulties in Denmark: Prevalence and associated sociodemographic factors. *Archives of sexual behavior*, 40(1), 121-132. doi:10.1007/s10508-010-9599-y
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155.
- Connaughton, C., & McCabe, M. P. (2017). Internet-Based Sex Therapy. In Z. D. Peterson (Hrsg.), *The Wiley Handbook Of Sex Therapy*. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Cuijpers, P., Marks, I. M., van Straten, A., Cavanagh, K., Gega, L., & Andersson, G. (2009). Computer - aided psychotherapy for anxiety disorders: a meta - analytic review. *Cognitive behaviour therapy*, 38(2), 66-82.
- De Carufel, F. (2016). *Premature Ejaculation: Theory, Evaluation and Therapeutic Treatment*. London: Routledge.
- De Carufel, F., & Trudel, G. (2006). Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(2), 97-114. doi:10.1080/00926230500442292
- Desjardins, J.-Y. (1986). L'approche sexo-corporelle (Fondements théoriques et champs d'application). *Psychothérapies*, 6(1), 51-58.
- Desjardins, J.-Y. (1996). Approche intégrative et sexocorporelle. *Sexologies*, 5(21), 43-48.
- Desjardins, J.-Y., Chatton, D., Desjardins, L., & Tremblay, M. (2010). Le sexocorporel. La compétence érotique à la portée de tous. In M. El Feki (Hrsg.), *La sexothérapie: Quelle thérapie choisir en sexologie clinique?* (S. 63-103). Brüssel, Belgien: De Boeck Supérieur.
- Edmonds, M., Hadjistavropoulos, H., Schneider, L., Dear, B., & Titov, N. (2018). Who benefits most from therapist-assisted internet-delivered cognitive behaviour therapy in clinical practice? Predictors of symptom change and dropout. *Journal of Anxiety Disorders*, 54, 24-32. doi:10.1016/j.janxdis.2018.01.003
- Frühauf, S., Gerger, H., Schmidt, H. M., Munder, T., & Barth, J. (2013). Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Archives of sexual behavior*, 42(6), 915-933. doi:10.1007/s10508-012-0062-0

- Gehrig, P. (o. J.). *Der vorzeitige Samenerguss und andere Probleme mit der Ejakulation beim Mann*. Zürich: Züricher Institut für klinische Sexologie und Sexualtherapie (ZISS).
- Graziottin, A., & Althof, S. (2011). What does premature ejaculation mean to the man, the woman, and the couple? *The Journal of Sexual Medicine*, 8, 304-309. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02426.x
- Hartmann, U. (2017). Einleitung. In U. Hartmann (Hrsg.), *Sexualtherapie: Ein neuer Weg in Theorie und Praxis*. Berlin: Springer-Verlag.
- Hartmann, U., Hoyer, J., Sarnowsky, S., & Schulz, A. (2018). Sexuelle Funktionsstörungen: Vorzeitige (Frühe) Ejakulation. In APA (Hrsg.), *Diagnostische Kriterien DSM-5* (S. 608-611). Göttingen: Hogrefe.
- Hauch, M. (2013). *Paartherapie bei sexuellen Störungen: Das Hamburger Modell: Konzept und Technik*: Georg Thieme Verlag.
- Hedman, E., Ljótsson, B., & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 12(6), 745-764. doi:10.1586/erp.12.67
- Hobbs, L. J. (2016). *Psychotherapeutic interventions for sexual problems delivered via the Internet: Effectiveness, acceptability and reach*. (Doctoral dissertation). University College London, London.
- Jern, P. (2013). Twin Studies and Quantitative Genetics in Premature Ejaculation Research. In E. Jannini, C. McMahon, & M. Waldinger (Eds.), *Premature Ejaculation* (S. 125-131). Milano, Italy: Springer.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness - based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156. doi:10.1093/clipsy.bpg016
- Kalejaiye, O., Almekaty, K., Blecher, G., & Minhas, S. (2017). Premature ejaculation: challenging new and the old concepts. *F1000Research*, 6. doi:10.12688/f1000research.12150.1
- Kaplan, H. S. (1979). *Sexualtherapie : ein neuer Weg für die Praxis*. Stuttgart: Enke.
- Karremans, J. C., Schellekens, M. P., & Kappen, G. (2017). Bridging the sciences of mindfulness and romantic relationships: A theoretical model and research agenda. *Personality and Social Psychology Review*, 21(1), 29-49. doi:10.1177/1088868315615450
- Kempeneers, P., Andrianne, R., Bauwens, S., Georis, I., Pairoux, J.-F., & Blairy, S. (2013). Functional and psychological characteristics of Belgian men with premature ejaculation and their partners. *Archives of sexual behavior*, 42(1), 51-66. doi:10.1007/s10508-012-9958-y
- Kempeneers, P., Andrianne, R., Cuddy, M., & Blairy, S. (2018). Sexual cognitions, trait anxiety, sexual anxiety, and distress in men with different subtypes of premature ejaculation and in their partners. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(4), 319-332. doi:10.1080/0092623X.2017.1405299

- Kempeneers, P., Andrianne, R., Cuddy, M., Georis, I., Longrée, Q., & Blairy, S. (2018). A comparative study of guided vs. pure self-treatment for premature ejaculation. *Sexual and Relationship Therapy*, 33(3), 309-324. doi:10.1080/14681994.2017.1323074
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., . . . Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771. doi:10.1016/j.cpr.2013.05.005
- Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994). Sex, Health, and Happiness. In *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States* (S. 351-375). Chicago & London: The University of Chicago Press.
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*, 281(6), 537-544.
- Lazaridou, A., & Kalogianni, C. (2013). Mindfulness and sexuality. *Sexual and Relationship Therapy*, 28(1-2), 29-38. doi:10.1080/14681994.2013.773398
- Masters, W., & Johnson, V. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown & Company.
- Mathers, M. J., Schmitges, J., Klotz, T., & Sommer, F. (2007). Einführung in die Diagnostik und Therapie der Ejaculatio praecox. *Deutsches Arzteblatt-Arztliche Mitteilungen-Ausgabe A*, 104(50), 3475-3480.
- McCabe, M., Althof, S. E., Assalian, P., Chevret-Measson, M., Leiblum, S. R., Simonelli, C., & Wylie, K. (2010). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(1), 327-336. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01618.x
- McMahon, C. G., McMahon, C. N., Leow, L. J., & Winestock, C. G. (2006). Efficacy of type - 5 phosphodiesterase inhibitors in the drug treatment of premature ejaculation: A systematic review. *BJU international*, 98(2), 259-272. doi:10.1111/j.1464-410X.2006.06290.x
- Melnik, T., Althof, S., Atallah, Á. N., dos Santos Puga, M. E., Glina, S., & Riera, R. (2011). Psychosocial interventions for premature ejaculation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(8). doi:10.1002/14651858.CD008195.pub2
- Miller, S. A., & Byers, E. S. (2004). Actual and desired duration of foreplay and intercourse: Discordance and misperceptions within heterosexual couples. *Journal of Sex Research*, 41(3), 301-309.
- Nicolosi, A., Laumann, E. O., Glasser, D. B., Moreira Jr, E. D., Paik, A., & Gingell, C. (2004). Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology*, 64(5), 991-997. doi:10.1016/j.urology.2004.06.055

- Patrick, D. L., Giuliano, F., Ho, K. F., Gagnon, D. D., McNulty, P., & Rothman, M. (2009). The Premature Ejaculation Profile: Validation of self - reported outcome measures for research and practice. *BJU international*, 103(3), 358-364. doi:10.1111/j.1464-410X.2008.08041.x
- Porst, H. (2009). Der vorzeitige Samenerguss (Ejaculatio praecox). *Der Urologe*, 48(6), 663-674.
- Porst, H., Montorsi, F., Rosen, R. C., Gaynor, L., Grupe, S., & Alexander, J. (2007). The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. *European urology*, 51(3), 816-824. doi:10.1016/j.eururo.2006.07.004
- Pryor, J. L., Althof, S. E., Steidle, C., Rosen, R. C., Hellstrom, W. J., Shabsigh, R., . . . Group, D. S. (2006). Efficacy and tolerability of dapoxetine in treatment of premature ejaculation: an integrated analysis of two double-blind, randomised controlled trials. *The Lancet*, 368(9539), 929-937. doi:10.1016/S0140-6736(06)69373-2
- Reich, J. J. M. (2013). Aber es muss gehen... – andere machen es doch auch! *PiD-Psychotherapie im Dialog*, 14(02), 50-55. doi:10.1055/s-0033-1348367
- Rowland, D. L., & Cooper, S. (2011). Practical tips for sexual counseling and psychotherapy in premature ejaculation. *The Journal of Sexual Medicine*, 8, 342-352. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02367.x
- Rowland, D. L., Strassberg, D. S., de Gouveia Brazao, C. A., & Slob, A. K. (2000). Ejaculatory latency and control in men with premature ejaculation:: an analysis across sexual activities using multiple sources of information. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(1), 69-77. doi:10.1016/S0022-3999(99)00078-1
- Schmidt, G., Matthiesen, S., Dekker, A., & Starke, K. (2006). Sexualleben. In *Spätmoderne Beziehungswelten* (S. 113-145). Wiesbaden, Deutschland: VS Verlag für Sozialwissenschaften,.
- Schmitges, J., & Sommer, F. (2006). Ejaculatio praecox-das Mysterium einer Krankheit. *Blickpunkt der Mann*, 4(3), 29-35.
- Schover, L. R., Canada, A. L., Yuan, Y., Sui, D., Neese, L., Jenkins, R., & Rhodes, M. M. (2012). A randomized trial of internet - based versus traditional sexual counseling for couples after localized prostate cancer treatment. *Cancer*, 118(2), 500-509. doi:10.1002/cncr.26308
- Schuster, R., Berger, T., & Laireiter, A. R. (2018). Computer und Psychotherapie—geht das zusammen? *Psychotherapeut*, 63(4), 271-282. doi:10.1007/s00278-017-0214-8
- Senger, K. (2018). E-Mental-Health. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 19, 16-17. doi:10.1055/a-0592-0543

- Sigusch, V. (2007). Organotherapien bei sexuellen Funktionsstörungen. In *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung* (S. 184-207). Stuttgart, Deutschland: Thieme.
- Sparwasser, C., & Wiedmann, M. (2014). Ejakulationsstörungen. In H.-U. Schmelz, C. Sparwasser, & M. Wiedmann (Eds.), *Facharztwissen Urologie* (S. 549-552). Deutschland, Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag.
- Stephenson, K. R. (2017). Mindfulness-based therapies for sexual dysfunction: a review of potential theory-based mechanisms of change. *Mindfulness*, 8(3), 527-543. doi:10.1007/s12671-016-0652-3
- Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G., & Tschacher, W. (2006). Embodiment. *Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen*. Bern: Huber.
- Symonds, T., Roblin, D., Hart, K., & Althof, S. (2003). How does premature ejaculation impact a man's life? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(5), 361-370. doi:10.1080/00926230390224738
- Sztenc, M. (2018). *Klappts? Vom Leistungssex zum Liebesspiel – ein Übungsbuch für Männer*. Stuttgart, Deutschland: Hirzel.
- Tolman, D. L., Bowman, C. P., & Fahs, B. (2014). Sexuality and embodiment. *APA handbook of sexuality and psychology*, 1, 759-804. doi:10.1037/14193-025
- van Diest, S. L., van Lankveld, J. J. D. M., Leusink, P. M., Slob, A. K., & Gijs, L. (2007). Sex therapy through the Internet for men with sexual dysfunctions: A pilot study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 33(2), 115-133. doi:10.1080/00926230601098456
- Van Lankveld, J. J., Leusink, P., Van Diest, S., Gijs, L., & Slob, A. K. (2009). Internet-based brief sex therapy for heterosexual men with sexual dysfunctions: a randomized controlled pilot trial. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(8), 2224-2236. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01321.x
- Waldinger, M. D. (2002). The neurobiological approach to premature ejaculation. *The Journal of urology*, 168(6), 2359-2367. doi:10.1097/01.ju.0000035599.35887.8f
- Waldinger, M. D., Zwinderman, A. H., Olivier, B., & Schweitzer, D. H. (2005). Proposal for a definition of lifelong premature ejaculation based on epidemiological stopwatch data. *The Journal of Sexual Medicine*, 2(4), 498-507. doi:10.1111/j.1743-6109.2005.00069.x
- Wisard, M., & Audette, N. (2008). Ejaculation précoce: traitement médicamenteux ou approche sexologique? *Revue médicale suisse*, 4(150), 780-784.
- World Health Organization (2019a). F52.4: Ejaculatio praecox, Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen. *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10th Revision*. Verfügbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-f50-f59.htm>

World Health Organization (2019b). HA03.0: Male early ejaculation, Conditions related to sexual health. *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, 11th Revision*. Verfügbar unter <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/>

Anhang

Anhang I. Inhalte online Selbsthilfe



[Start](#) Schritt 1 Schritt 2 Schritt 3 Schritt 4 Abschluss Kontakt



Start – Willkommen!

Im Rahmen meiner Masterarbeit in Sexologie teste ich die Wirksamkeit dieses Kurz-Trainings für Männer* zur Steuerung der sexuellen Erregung. Herzlichen Dank, dass du bei dieser Pilotstudie mitmachst!

(*Menschen mit männlichem Geschlecht, die sich selbst als «Mann» bezeichnen)

Falls du dir die Informationen zur Teilnahme noch nicht angeschaut und den Fragebogen noch nicht ausgefüllt hast, bitte ich dich, dies erst zu tun. Es dauert etwa 10-15 Minuten. Einige der Fragen werden dir zum Ende des Trainings nochmals vorgelegt. So kann ich sehen, ob sich eine Veränderung nach dem Training zeigt. In den Informationen vorab erfährst du auch, wie deine Teilnahme genau abläuft und welche Vorkehrungen getroffen wurden, um deine Anonymität zu gewährleisten und deine persönlichen Daten zu schützen. Hier geht es zu den Informationen zur Studie und zum Fragebogen:

[Link Fragebogen vor Trainingsbeginn](#)

Nun aber zu den Inhalten dieses Kurz-Trainings:

Die Sexualität ist ein Lernfeld wie jedes andere auch. Unser sexuelles Lernen beginnt bereits in der Kindheit, in der wir unser Geschlecht entdecken und merken, wie angenehm dessen Stimulation ist. Mit der bewussten Selbstbefriedigung eignen sich die meisten Menschen ein bestimmtes Muster an, wie sie ihre sexuelle Erregung bis zum Orgasmus steigern können. Später übertragen wir diese Fertigkeiten in die Sexualität mit anderen. Dabei ist vielen Menschen aber nicht bewusst, was sie genau mit ihrem Körper machen, um ihre Erregung zu steigern und so fühlen sich viele in diesem Bereich etwas hilflos.

Willst du mehr Kontrolle über deine sexuelle Erregung und den Zeitpunkt deines Höhepunktes erlangen, brauchst du Lernmöglichkeiten, viele Wiederholungen und auch etwas Geduld. Mit Hilfe des Wissens und der konkreten Übungen, die du in diesem Training erhältst, kannst du deine Techniken und Strategien verändern und neue Muster deiner sexuellen Erregung entwickeln. Das Ziel ist, dass du genau weißt, wie du mit deinem Körper deine sexuelle Erregung beeinflussen kannst, sei es um länger Geschlechtsverkehr zu haben oder um schliesslich zum Höhepunkt zu kommen. Was anfänglich in den Übungen etwas künstlich erscheinen mag und Konzentration braucht, wird nach und nach mehr automatisiert. So kannst du mit entsprechender Motivation und Ausdauer deine Sexualität nachhaltig bewusster gestalten.

Das online Kurz-Training dauert 4 Wochen und enthält 4 aufeinander aufbauende Schritte. Dabei erhältst du jeweils zuerst wichtige Informationen zum jeweiligen Thema, danach folgen die Übungen. Ideal ist, wenn du dir für jeden Schritt eine Woche Zeit nimmst. Dabei solltest du jede Übung mindestens dreimal durchführen, bevor du zum nächsten Schritt weiter gehst. Denn auch wenn du die Übungen rasch zu verstehen scheinst, ist dein Körper auf die Wiederholung angewiesen, um die neue Erfahrung zu integrieren. Während des Trainings kannst du weiter sexuelle Beziehungen haben. Jeder sexuelle Kontakt, den du hast, ermöglicht dir wahrzunehmen, zu experimentieren und Fortschritte zu machen. Zu Beginn wirst du dich konzentrieren müssen, um die Übungen in deiner Sexualität zu integrieren. Lass dich davon nicht frustrieren. Sieh es als Möglichkeit, verschiedene Dinge auszuprobieren und deinen eigenen Weg zu finden, die neuen Techniken in deine Sexualität zu integrieren. Für das Training solltest du wöchentlich mindestens eine Stunde einplanen. Wie viel Zeit du für die Umsetzung genau investierst, hängt aber ganz von dir ab.

Wenn du Fragen oder Anliegen zum Training hast, dann melde dich über das Kontaktformular oder per E-Mail an:

[Redacted contact information]



Start **Schritt 1** Schritt 2 Schritt 3 Schritt 4 Abschluss Kontakt



Schritt 1 – Die Erregungskurve entdecken

Während die meisten Männer mit der Zeitdauer ihrer Selbstbefriedigung zufrieden sind, hegen viele den Wunsch längeren Geschlechtsverkehr haben zu können. In einer Schweizer Stichprobe haben 60% angegeben, dass sie gerne länger können möchten bis zum Samenerguss. Internationale Studien zeigen, dass etwa 30% der Männer darunter leiden, wie rasch sie zum Samenerguss kommen. Entscheidend dabei ist nicht etwa die objektive Zeit, wie lange der Geschlechtsverkehr effektiv dauert, sondern viel mehr das individuelle Gefühl der Unzufriedenheit mit der Dauer und das häufige Gefühl die sexuelle Erregung und den Zeitpunkt der Ejakulation nicht kontrollieren zu können. Dies kann sich negativ auf die Zufriedenheit, die Sexualität insgesamt und auch auf die Partnerschaft auswirken.

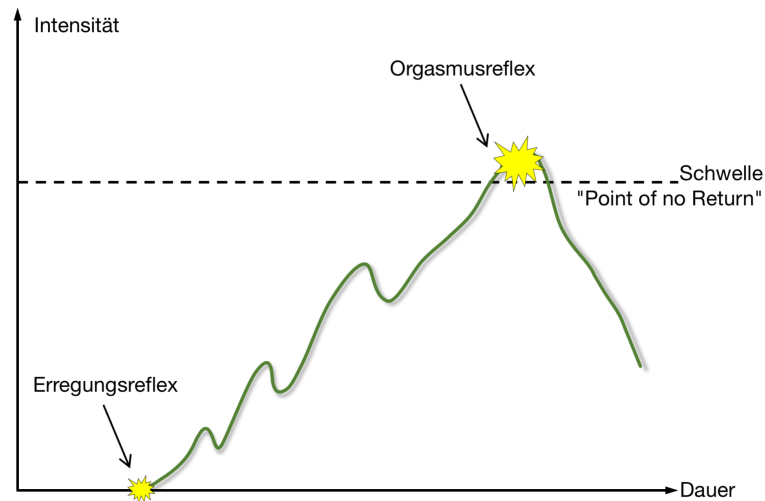
In diesem Modul geht es um die körperlichen Reaktionen in den verschiedenen Phasen der sexuellen Erregung. Kennt ein Mann diese und verfügt er über angemessene Techniken, um die sexuelle Erregung zu steuern, kann er die Zeitdauer bis zum Orgasmus direkt beeinflussen. In der Selbstbefriedigung scheint dies weniger ein Thema. Jedoch sind Lernschritte in der Selbstbefriedigung zentral, um die Kontrolle zu üben und danach in der Paarsexualität anzuwenden. Schauen wir uns den Verlauf der sexuellen Erregung nun etwas genauer an. Sie lässt sich in vier Phasen unterscheiden:

Sie beginnt in einer ersten Phase mit dem Auslösen des Erregungsreflexes durch einen inneren (z.B. sexueller Gedanke, Fantasie) oder äusseren (z.B. Körper der Partnerin) Reiz. Die mit dem Erregungsreflex ausgelösten physiologischen Prozesse führen zu einer Erektion. Wird den Reizen nicht nachgegangen, beispielsweise durch Ablenkung, klingt die Erektion wieder ab. Soll die Erektion aufrechterhalten und gefestigt werden, ist weitere Stimulation nötig. Dies geschieht meist durch direkte Berührung des Penis, aber auch über den Einsatz des Körpers. Die sexuelle Erregung geht mit einer erhöhten Muskelspannung im Körper einher. Durch unbewusstes oder bewusstes Anspannen der Muskelgruppen im Beckenboden, Po, Oberschenkeln und Bauch wird die Erektion gestärkt, was meist als angenehm erlebt wird. Jedoch wirkt diese zusätzliche Anspannung wie ein Beschleuniger auf die sexuelle Erregung.

In der zweiten Phase ist die Modulation, also die bewusste Beeinflussung der sexuellen Erregung, am einfachsten möglich. Während ihr ist die Phase der Ejakulation wahrnehmbar entfernt, die Erektion stabil, der sexuelle Genuss erleb- und die sexuelle Erregung steuerbar. Von dieser Phase verspricht sich ein enormes erotisches Potenzial. Wird mit hoher Muskelspannung, flacher Atmung und schnellem Rhythmus stimuliert, ist diese Phase schnell durchbrochen.

In der dritten Phase steht die Ejakulation kurz bevor. In dieser Zeit kann bereits die kleinste zusätzliche Stimulation zu einer Erhöhung der sexuellen Erregung und damit zum Orgasmus führen. Für den Mann ist diese Phase über die physiologischen Veränderungen wie das Heranziehen der Hoden und des Hodensacks an den Körper, die stärkere Kontraktion der Muskeln am Damm und die Straffung des Penis wahrnehmbar. In dieser Phase ist der sexuelle Genuss besonders hoch, weshalb viele Männer das Bedürfnis haben sie zu verlängern, wobei sie auch jene Phase ist, in welcher die Erregung kaum zu kontrollieren ist.

In der vierten Phase kommt der sogenannte «Point of no Return». Der Orgasmus und die Ejakulation wird ausgelöst, ein automatisches Reflexgeschehen, welches keiner willentlichen Kontrolle unterliegt. Will ein Mann die mögliche Zeit des Geschlechtsverkehrs verlängern, so muss er folglich lernen seine sexuelle Erregung unter dem Level zu halten, bei welchem der Orgasmusreflex kurz bevorsteht.



Auf die folgenden Anzeichen steigender sexueller Erregung kannst du achten:

- steigende Muskelspannung (Beckenboden, Damm, Po, Bauch, Beine, Brust, Arme, Gesicht),
- Erhöhung und Beschleunigung der Atmung,
- Reduktion in der Bewegungsbreite,
- Steigerung des Tempos der Hüftstöße,
- stärkerer Fokus auf einen bestimmten sexuellen Reiz,
- Intensivierung der sexuellen Empfindungen und Zunahme des sexuellen Vergnügens.

Es gibt vor allem zwei Methoden, um den Verlauf der sexuellen Erregung zu beeinflussen und diese unter der Orgasmus-Zone zu halten:

Eine Möglichkeit besteht darin, die sexuellen Reize, welche die Erregungssteigerung begünstigen, zu kontrollieren. Das heisst, die Reize je nach Höhe der sexuellen Erregung zu reduzieren oder zu erhöhen. Auf diese Weise kann auch die Partnerin/der Partner Einfluss auf die Erregungssteigerung nehmen. Sexuelle Reize ergeben sich aus dem Kontext, von der Partnerin/vom Partner oder vom Mann selbst. Dazu gehört auch die Penetrationsbewegung, bei welcher viele Männer und Frauen die Vorstellung haben, sie müsse kontinuierlich bis steigernd erfolgen, was die Kontrolle über die Erregung erschwert. Mit zunehmender sexueller Erregung kommt es zu einer Fokussierung auf einen bestimmten sexuellen Reiz, der die Erregung wiederum stark und schnell ansteigen lässt. Dieser Stimulus kann je nach Präferenz des Mannes ganz unterschiedlich sein. Viele Männer versuchen sich darauf mit nicht-sexuellen oder gar störenden Gedanken abzulenken, was jedoch selten effektiv ist. Sind die mit der sexuellen Erregung einhergehenden körperlichen Veränderungen dem Mann nicht bewusst, hat er keine Möglichkeit zur Hand Einfluss darauf zu nehmen.

Die zweite Weise bezieht sich auf die Körperarbeit und diese ist für den Ansatz Sexocorporel, nach welchem das Training aufgebaut ist, zentral. Die sexuelle Erregung lässt sich über Körperspannung, Atmung, Bewegung und Rhythmus direkt beeinflussen. Rasche, schneller werdende Bewegungen, Muskelspannungen im ganzen Körper und speziell in Beckenboden, Po und Bauch, welche dazu führen, dass die Hüfte steif vor und zurück bewegt wird und der Atem oberflächlich oder angehalten wird, führen zu einer besonders schnellen Steigerung der sexuellen Erregung. Der Mann muss hier der natürlichen physiologischen Reaktion entgegen wirken und willentlich Entspannung in den Muskeln und Atmung in den Bauchraum herbei führen, wobei für die weitere Bewegung des Körpers ein Wechsel aus An- und Entspannung der involvierten Muskelgruppen gefordert ist. Diese Faktoren, welche die sexuelle Erregung und ihre Steuerung beeinflussen, lernst du in den weiteren Schritten dieses Trainings kennen. Erst solltest du aber herausfinden, was du bei der Steigerung der sexuellen Erregung genau machst.

Übung

Als Übung der ersten Woche geht es darum, dass du das Gelernte in der Praxis überprüfst und dich in der Selbstbefriedigung und bei der Paarsexualität beobachtest. Es ist einfacher, wenn du in der Selbstbefriedigung damit beginnst, weil du da alleine bist und nicht den Anspruch hast auf deine Partnerin/deinen Partner einzugehen. Wichtig ist, dass du auf zusätzliche Stimulation durch Pornos oder Fantasien verzichtest. Nur so kannst du dich auf dich und dein Körpergeschehen konzentrieren. Folgende Fragen können dir bei der Beobachtung helfen.

- Welche sexuellen Reize nutze ich, um sexuelle Erregung auszulösen und diese zu steigern?
- Wie spüre ich, dass ich sexuell erregt werde? Was verändert sich in meinem Körper, wenn der Penis steif wird?
- Wie setze ich meinen Körper in der Erregungssteigerung ein?
 - Welche Muskelgruppen spanne ich an? Beckenboden, Po, Bauch, Oberschenkel, den ganzen Körper? Spanne ich anhaltend oder gibt es auch Phasen der An- und Entspannung?
 - Wie bewege ich mich? Mit dem ganzen Körper, dem Becken, gar nicht?
 - Wie ist meine Atmung? Angehalten, bis in die Brust oder bis in den Bauchraum? Regelmässig oder mit Unterbrüchen?

- Wie setze ich den Rhythmus ein? Wechsle ich ab, mache ich Pausen oder werde ich kontinuierlich schneller?
- Kann ich die sexuelle Erregung auch abflachen lassen und wieder aufbauen?
- Spüre ich, wenn der «Point of no Return» kurz bevorsteht?
- Wann empfinde ich am meisten Genuss, bei der Steigerung der sexuellen Erregung, beim Orgasmus oder danach?
- Welche Unterschiede gibt es in der Selbstbefriedigung im Vergleich zum Geschlechtsverkehr?

Es ist kaum möglich, alle Aspekte auf einmal zu beobachten. Nimm dir also ruhig mehrmals dafür Zeit, etwa drei Mal. Wenn du Lust hast, kannst du auch schon anfangen dabei mit den Körperausdrucksmöglichkeiten (Spannung, Atmung, Bewegung, Rhythmus) zu spielen und auszuprobieren, wie sich dies auf deine sexuelle Erregung und dein Erleben auswirkt. Du kannst dir fortlaufend im Training Notizen zu deinen Beobachtungen machen. So siehst du im Verlauf auch, was sich bei dir verändert. In den nächsten Schritten wirst du die einzelnen Elemente zur Steuerung der sexuellen Erregung nun genauer kennenlernen.



Start Schritt 1 **Schritt 2** Schritt 3 Schritt 4 Abschluss Kontakt



Schritt 2 – Atmung und Spannung variieren

Du atmest jeden Tag, jede Minute ein und aus, ohne dass du aktiv etwas dafür tun musst. Die Atmung ist ein reflexartiges Geschehen, dass uns am Leben erhält. Beim Einatmen füllen wir die Lunge mit Luft. Die Rippen heben sich und die Muskeln des Zwerchfells spannen sich an, dadurch wird der Brustraum vergrößert. Beim Ausatmen entspannen die Zwischenrippen- und Zwerchfellmuskeln. Der Brustkorb senkt sich wieder. Wie genau wir atmen ist von der jeweiligen Situation, von der Art der Aktivität, unseren Emotionen und dem Ausmass der sexuellen Erregung abhängig. Sind wir völlig entspannt, fließt der Atem ruhig und gleichmässig durch den Körper. Zu beobachten beispielsweise im Liegen bevor wir einschlafen. Wir können spüren, wie der Atem bis in den Bauchraum kommt und sich die Bauchdecke hebt. Unter Stress und Anspannung hingegen atmen wir schneller und weniger tief, gefühlt nur noch bis in den Brustraum. Der Atem ist also mit der Anspannung gekoppelt und entscheidend dafür, was wir empfinden und wahrnehmen können.

In der sexuellen Erregung steigt die Spannung der Muskeln im Körper. Diese Aktivierung ermöglicht, dass wir uns dynamisch bewegen und reagieren können. In völliger Entspannung wäre es kaum möglich zu einem Höhepunkt zu kommen. Bei Männern ist es jedoch so, dass diese in der Regel bereits über eine erhöhte Grundspannung im Körper verfügen, unabhängig von der Sexualität. Das kann über Anstrengungen im Alltag, eine allgemeine Leistungsorientierung oder auch vom Sport kommen und ist häufig bereits von Kind auf anerzogen. Durch die erhöhte Grundspannung ist die Wahrnehmung jedoch eingeschränkt, wir spüren das Zarte oder Feine weniger oder es wird als unangenehm empfunden (beispielsweise sanftes Streicheln). Männer bevorzugen deshalb häufig intensivere Berührungen und stärkere Impulse, um etwas zu spüren. Es macht also durchaus Sinn, die Spannung im Körper nicht nur in der Sexualität, sondern auch im Alltag zu beobachten. Beispielsweise mit Hilfe des sogenannten Bodyscans, welchen du jederzeit und überall vornehmen kannst – da es nur deine Wahrnehmung und keine Bewegung dazu braucht:

Bodyscan

Wandere innerlich durch deinen Körper von den Füßen über die Waden, Knie, Oberschenkel zu Beckenboden, Po, Bauch, Brust, Rücken, Nacken, Schultern, Ober- und Unterarme, Hände und schliesslich zu Hals, Kiefer, Gesicht und Kopf. Spüre, wo du mehr und wo weniger Anspannung wahrnimmst ohne etwas zu verändern. Es geht nur um die Beobachtung und das bewusst werden.

Männer, die das Gefühl haben die Dauer des Geschlechtsverkehrs nicht beeinflussen und den Samenerguss nicht kontrollieren zu können, brauchen besonders häufig eine kurze oder angehaltene Atmung und viel Spannung in der Sexualität. Häufig halten Männer die Spannung aufrecht, weil sie denken damit ihre Erektion zu stützen. Es ist jedoch keine volle Erektion nötig für den Geschlechtsverkehr und ganz natürlich, dass sich die Härte des Penis je nach Praktik verändert. Wenn du merkst, dass deine Erektion zu stark zurück geht, weißt du ja jetzt, dass du die Muskelspannung brauchen kannst, um diese wieder aufzubauen.

Atmung und Spannung wirken sich auch direkt darauf aus, wie angenehm und genussvoll die Steigerung der sexuellen Erregung erlebt wird. Um das zu testen, kannst du deine sexuelle Erregung bewusst mit viel Muskelspannung und kurzen, flachen Atemzügen steigern. Oder du stellst dir das ganz einfach vor und versuchst den Zustand ohne sexuelle Erregung nachzumachen. Ähnlich wie bei einer sportlichen Aktivität wird der Weg zum Ziel dadurch als anstrengend erlebt und der Genuss von Körper und Gefühlen ist erst nach dem Orgasmus in der eintretenden Entspannung möglich.

Übung

Weil es einfacher ist, machst du die Übung am besten ohne, erst später mit sexueller Erregung. Wähle einen ruhigen Ort aus und nimm dir für die Übung ausreichend Zeit, damit du dich ganz darauf einlassen kannst.

Ohne sexuelle Erregung

Lege dich dazu auf den Rücken, stelle die Füße auf und lege eine Hand auf deine Brust, die andere auf deinen Bauch, etwa auf der Höhe des Bauchnabels. Atme ruhig, langsam und spüre, ob sich deine Hände mit dem Atem bewegen. Nun atme bewusst in die Brust, damit sich die obere Hand hebt. Wiederhole dies etwa zehnmal und beobachte, was du mit dem Körper machst, damit diese Atmung möglich ist. Wechsle danach auf die untere Hand. Atme dazu tief in den Bauch und spüre wie dein Bauch die Hand nach oben drückt. Auch hier nimmst du etwa zehn Atemzüge und schaust, was in deinem Körper passiert.



© Sztenc, Klappt's, Hirzel 2018

Lege Arme und Hände nun neben deinem Körper ab und wiederhole die Übung, indem du dich nun auf die Wahrnehmung im Innern deines Körpers konzentrierst. Erst machst du zehn Atemzüge in die Brust, danach zehn Atemzüge in den Bauch. Es kann hilfreich sein, wenn du dir dabei den Weg deines Atemflusses vorstellst. Vom Einströmen der Luft durch die Nase oder den Mund bis in den Bauch und von dort schickst du ihn zurück und stößt ihn wieder aus.

Nun kehre zurück in deine natürliche Atmung, atme ruhig und in deinem eigenen Tempo weiter und spüre nach, wie sich dies nun anfühlt.

Als nächstes nimmst du die Muskelspannung hinzu:

Spanne erst deinen Bauch an, stell dir vor wie du deinen Bauchnabel dabei gegen den Boden ziehst. Beobachte, wie sich dein Atemraum dadurch verändert, der Atemfluss irgendwo zwischen Hals und Brust stecken bleibt, als könnte der Atem deine Muskeln nicht durchdringen. Halte die Spannung für 3-5 Atemzüge. Mit der letzten Ausatmung lässt du die Anspannung im Bauch völlig los. Bleibe in der Entspannung und schau, was mit deinem Atem passiert. Führe ihn bewusst in den Bauchraum runter bis ins Becken. Nun spannst du deinen Po und deine Oberschenkel an. Halte die Spannung für 3-5 Atemzüge und beobachte dabei deinen Atem. Mit der letzten Ausatmung lässt du die Anspannung wieder ganz los und kommst zurück in die Entspannung. Bleibe so lange in der Entspannung bis dein Atem wieder ruhig und langsam fließt.

Als drittes spannst du deinen Beckenboden an. Das geschieht, wenn du ihn anhebst, als würdest du den Damm rauf ins Becken ziehen, wie wenn du Harn- oder Stuhlrand unterdrückst oder deinen Penis hüpfen lässt. Halte die Spannung im Beckenboden für etwa 5 Sekunden und schau, wie sich dein Atem dadurch verändert. Komme zurück in die Entspannung.

Wiederhole die Übung indem du die Muskelgruppen einzeln aber auch zusammen anspannst und komme immer wieder zurück in die Entspannung. Spüre nach wie sich dein Körper und dein Geschlecht dabei anfühlt.



© Sztenc, Klappt's, Hirzel 2018

Mit sexueller Erregung

Damit du deine Lernschritte von der Selbstbefriedigung auf den Geschlechtsverkehr übertragen kannst, ist es entscheidend, dass du die Bewegungen nachmachst. Deshalb ist es hilfreich, wenn du zur Selbstbefriedigung die Hand am Penis bewegst und nicht den Penis mit der Hand gedrückt oder an eine Oberfläche gepresst hältst oder nur die Po- und Beckenbodenmuskulatur anspannst. Zur Verstärkung kann auch ein geeignetes (z.B. pflanzliches) Öl oder Gleitcreme benutzt werden. Zu Beginn ist es einfacher, wenn du die Übungen mit sexueller Erregung für dich und ohne Partner/-in machst. Natürlich kannst du ihr/ihm davon erzählen. Das kann hilfreich sein, damit deine Partnerin/dein Partner versteht, was du machst und weshalb du in den Wochen des Trainings vielleicht etwas mehr Zeit für dich brauchst als sonst.

Stimuliere dich selber, beobachte wie dein Atem fließt, wo du Spannung im Körper wahrnimmst. Wie du das in der letzten Woche bei Schritt 1 getan hast. Nun spanne Bauch, Po, Oberschenkel und Beckenboden einzeln, im Wechsel und zusammen an. Beobachte wie deine sexuelle Erregung dadurch ansteigt. Lass die Anspannung wieder los und schaue, was dann mit deiner Erregung passiert. Wenn du etwas langsamer als vielleicht gewohnt stimuliert, ist es einfacher die vier Phasen sexueller Erregung wahrzunehmen. Nach dieser Beobachtung kannst du nun die Spannung mit der Atmung koordinieren. Mit der Einatmung entspannst du deine Muskeln, mit der Ausatmung spannst du sie an. Versuche damit deine Erregung zu steuern, sie mit dem Spiel von Atmung, An- und Entspannung zu steigern und wieder sinken zu lassen. Mindestens drei Mal bevor du dann bis zum Orgasmus stimulierst. Spüre danach in deinen Körper, was du wahrnimmst in deinem Geschlecht und wie du dich insgesamt nach dieser Erfahrung fühlst.



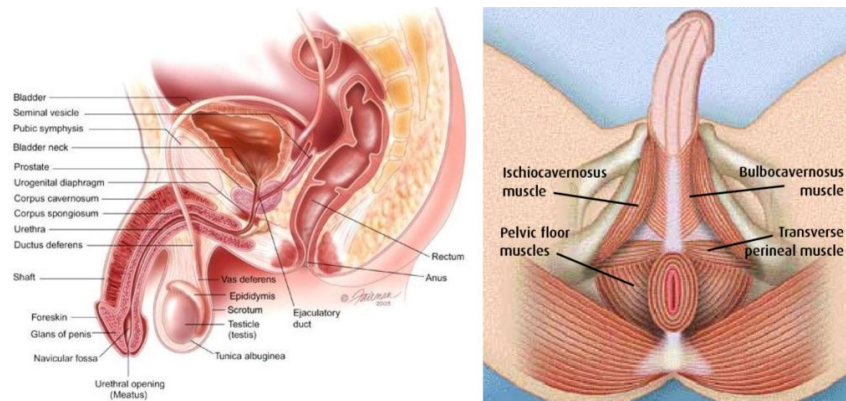
Start Schritt 1 Schritt 2 **Schritt 3** Schritt 4 Abschluss Kontakt



Schritt 3 – Mit dem Becken schaukeln

Die Art, wie wir uns selbst befriedigen, haben wir uns antrainiert und über die tollen Gefühle und Erfahrungen, die wir damit verbinden, immer mehr gefestigt. Es gibt ganz unterschiedliche Techniken, wie sich Männer befriedigen. Die häufigste ist, dass sie ihren Penis mit der Bewegung der Hand, ganz oder mit Daumen, Zeige- und Mittelfinger zum Ring geformt stimulieren. Meist konzentriert sich das kontinuierliche Auf-und-Ab auf Eichel und Eichelkranz. Mit der sexuellen Erregung steigert die Mehrheit das Tempo und den Druck, den sie dabei mit der Hand auf den Penis ausüben. Gleichzeitig steigt die Muskelspannung im Beckenboden und im ganzen Körper, womit auch eine Einschränkung des Atems einher geht, wie du das in Schritt 2 bereits gelernt hast. Die Bewegung ist meist klein, schnell und automatisiert. Das bedeutet, dass du wahrscheinlich wenig Aufmerksamkeit dafür brauchst, wie du dich stimulierst. Weniger als dass die Wahrnehmung im Geschlecht und bei der eigenen Lust ist, wird häufig stattdessen auf den begleitenden Porno oder die sexuelle Fantasie geachtet, die das Ritual bei der Mehrheit der Männer begleiten. Was in der Selbstbefriedigung als Technik über Jahre gut funktioniert, zeigt in der Paarsexualität seine Grenzen. Richtet sich die Aufmerksamkeit auf die sexuellen Reize – sei es die Fantasie oder auch die Betrachtung des Körpers der Partnerin/des Partners – werden Empfindungen im eigenen Körper weniger wahrgenommen und auch die Interaktion mit dem Gegenüber ist dadurch eingeschränkt. Auch bleibt bei automatisierter Stimulation mehr Kapazität für störende Gedanken wie «Ich darf nicht zu früh kommen». Entscheidend für die Paarsexualität ist deshalb, dass die Aufmerksamkeit in den Körper wandern kann und der Penis bewusst, aktiv und vielseitig in Bewegung kommt. Dazu brauchen wir das Becken.

Der Penis besteht aus drei Schwellkörpern, die nicht nur ausserhalb des Körpers sind, sondern in diesen hinein reichen. Die Schwellkörper sind von den Beckenbodenmuskeln umgeben, welche den Penis im Becken verankern, wie du das auf diesen zwei Bildern siehst:



Darstellung der Penis- und Beckenbodenanatomie

Bewegst du dein Becken in der Selbstbefriedigung und Paarsexualität, ist es kaum möglich anhaltend in der Spannung zu bleiben. Auch werden bei Bewegung Muskulatur und Geschlecht besser durchblutet, wodurch du mehr wahrnehmen kannst und den Akt als weniger anstrengend und genussvoller erlebst. Entscheidend dabei ist aber, dass du das Becken nicht als Ganzes vor und zurück schiebst, sondern dass du in eine runde Bewegung des Beckens kommst – die Beckenschaukel. Durch das vor und zurück schaukeln bewegt sich dein Penis in deiner Partnerin/deinem Partner und so macht es auch Sinn, dass du bei der Selbstbefriedigung deinen Penis mit dem Becken in deine Hand bewegst und nicht die Hand am Penis reibst. Versuche die

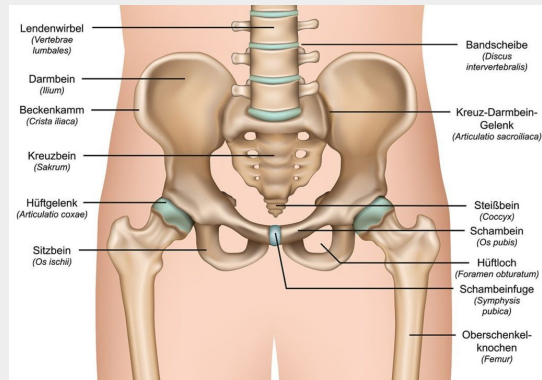
Bewegung, die du beim Geschlechtsverkehr machst, einmal nachzumachen. Schiebst du das Becken beim Penetrieren vor und zurück oder spürst du bereits ein Schaukeln? Du wirst die Beckenschaukel nun genauer kennenlernen und in verschiedenen Positionen üben.

Übung

Ohne sexuelle Erregung

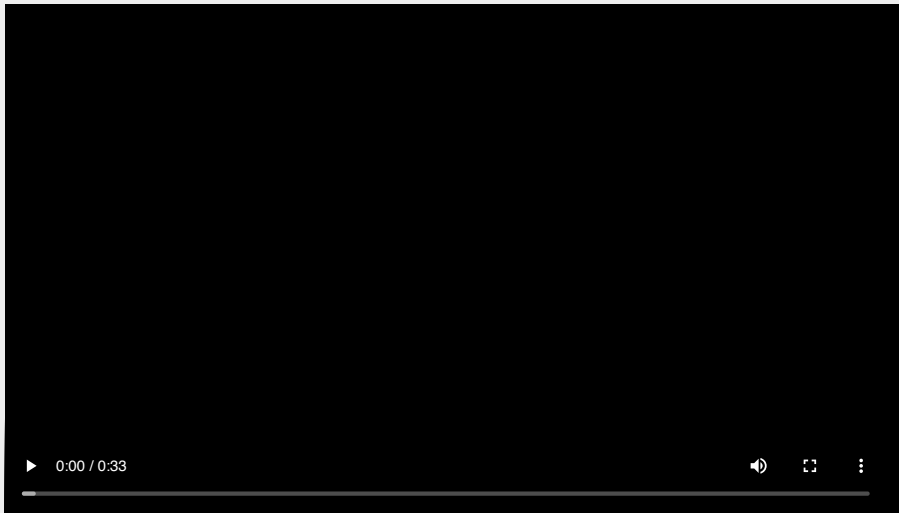
Setze dich aufrecht auf einen Stuhl. Wenn dieser hart ist, spürst du leichter, was mit deinem Becken passiert. Sitze mit möglichst geradem Rücken, der Kopf ist in der Verlängerung der Wirbelsäule, die Beine parallel, Knie und Füße im rechten Winkel nebeneinander aufgestellt. Schaukele nun mit dem Becken vor und zurück.

Schaukelst du mit dem Becken über die Sitzbeinhöcker nach hinten, senkt sich dein Schambein Richtung Füße. Der Bauch wölbt sich nach vorne. Du kommst ins Hohlkreuz, die Schultern gehen leicht zurück. Der Kopf bleibt aufrecht. Schaukelst du mit deinem Becken über die Sitzbeinhöcker nach vorne, dann gehe über die neutrale Position hinaus, bis sich dein unterer Rücken mit deiner Lendenwirbelsäule nach aussen in die Rundung wölbt. Die Schultern schaukeln dabei auch etwas nach vorne, den Kopf kannst du locker lassen. Wiederhole die Bewegungen für 2-3 Minuten. Achte darauf, welche Muskeln du für diese Bewegung wie brauchst, ob du irgendwo Spannung hast im Becken, Po oder Bauch und wenn ja, versuche diese zu lösen. Die Bewegung sollte fließen können. Wie bewegt sich dein Penis bei der Beckenschaukel?



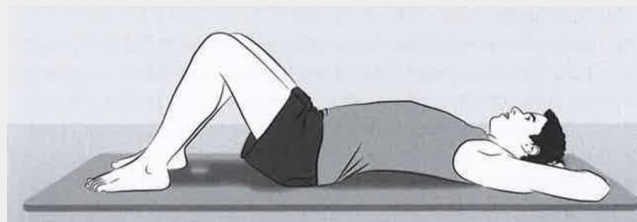
Darstellung des Beckens

Video Beckenschaukel Sitzend

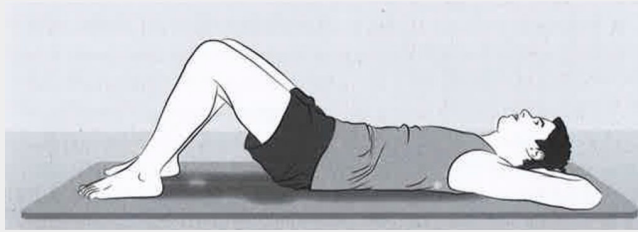


Wiederhole die Übung danach in unterschiedlichen Positionen:

In der Rückenlage ist es einfacher die Bewegung anhand des Kontaktes deines unteren Rückens mit der Auflage zu spüren. Versuche die Bewegung danach auch im Knien, im Stehen – hier ist es wichtig, dass du deine Beine nicht durchstreckst sondern in einem aktiven Stand bleibst – und schliesslich in der Missionarsstellung. Letztere ist besonders schwierig, da sie rein durch die Position des Körpers über die Muskulatur gehalten werden muss. Probiere es einfach aus und konzentriere dich auf dein Becken. Du kannst dir beim Üben ohne sexuelle Erregung auch schon vorstellen, wie sich das mit einer Erektion anfühlt.



Beckenschaukel nach hinten © Sztenc, Klappt's, Hirzel 2018



Beckenschaukel nach vorne © Sztenc, Klappt's, Hirzel 2018

Mit sexueller Erregung

Stimuliere dich selber, beobachte wie dein Atem fließt, wo du Spannung im Körper wahrnimmst. Es geht nur um die Wahrnehmung, du musst nichts daran verändern. Stimuliere dich erst so, wie du dir das in der Selbstbefriedigung gewohnt bist. Wenn du das Gefühl hast, dass deine Erektion aufgebaut und deine sexuelle Erregung etwas gestiegen ist, dann beginne mit der Beckenschaukel deinen Penis aktiv in die Hand zu stossen. Umschliesse dabei deinen Penis mit der ganzen Handfläche und nicht nur mit einzelnen Fingern. Es kann hilfreich sein, wenn du dazu ein geeignetes Öl oder Gleitgel verwendest. So ist der Kontakt angenehmer und es fühlt sich noch ähnlicher an wie beim Geschlechtsverkehr. Schau zu, wie sich dein Penis in die Hand bewegt und beobachte, wie sich die Bewegung für dich, für deinen sexuellen Genuss und dein Bild von dir als aktiv eindringenden Mann anfühlt. Sollte deine sexuelle Erregung zu stark sinken, wenn du die Erektion oder die Lust an der Selbstbefriedigung verlierst, dann kehre zurück zu deiner bewährten Technik bis du Erregung und Erektion wieder aufgebaut hast. Probiere auch mit der sexuellen Erregung die unterschiedlichen Positionen aus.

Mit der Schaukelbewegung des Beckens geht ein Wechsel von An- und Entspannung der Muskeln einher – sonst wäre die Bewegung gar nicht möglich. Dadurch wird sich deine sexuelle Erregung weniger rasch steigern, als du es von der Selbstbefriedigung gewohnt bist und weil die Bewegung in die Hand wahrscheinlich eine neue Erfahrung für dich ist, kann es sein, dass du mit dieser nicht zum Höhepunkt kommen kannst. Es ist völlig in Ordnung, wenn du zum Ende der Übung in der letzten Phase deiner sexuellen Erregung und zum Erreichen des Orgasmus vorerst noch auf deine bewährte Technik zurück greifst. Mit den Übungen wirst du nach und nach deine sexuelle Erregung anders wahrnehmen lernen und es wird mit jeder Wiederholung einfacher und eher möglich, mit den neuen Techniken zum Orgasmus zu kommen.



Start Schritt 1 Schritt 2 Schritt 3 **Schritt 4** Abschluss Kontakt



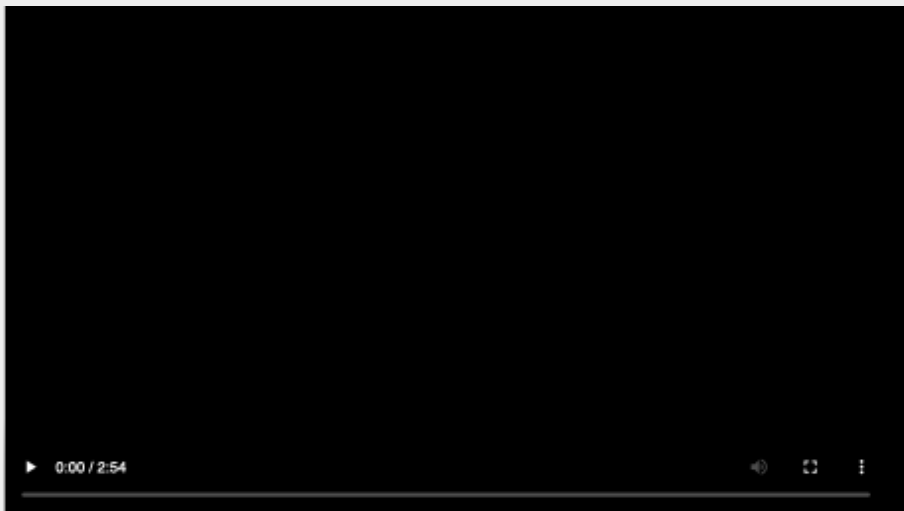
Schritt 4 – Tempo variieren, Genuss steigern

Nun geht es darum, alles zu kombinieren, was du bisher gelernt hast. Atmung, Spannung, Bewegung und Rhythmus spielen in deinem Körper bei der Sexualität zusammen und sind entscheidend dafür, wie viel du wahrnehmen, wie bewusst du die sexuelle Erregung kontrollieren, gestalten und genießen kannst. Damit verbunden ist auch die emotionale Fähigkeit, die Nähe und Verbundenheit zur Partnerin/zum Partner beim Geschlechtsverkehr zu erleben.

Übung

Ohne sexuelle Erregung

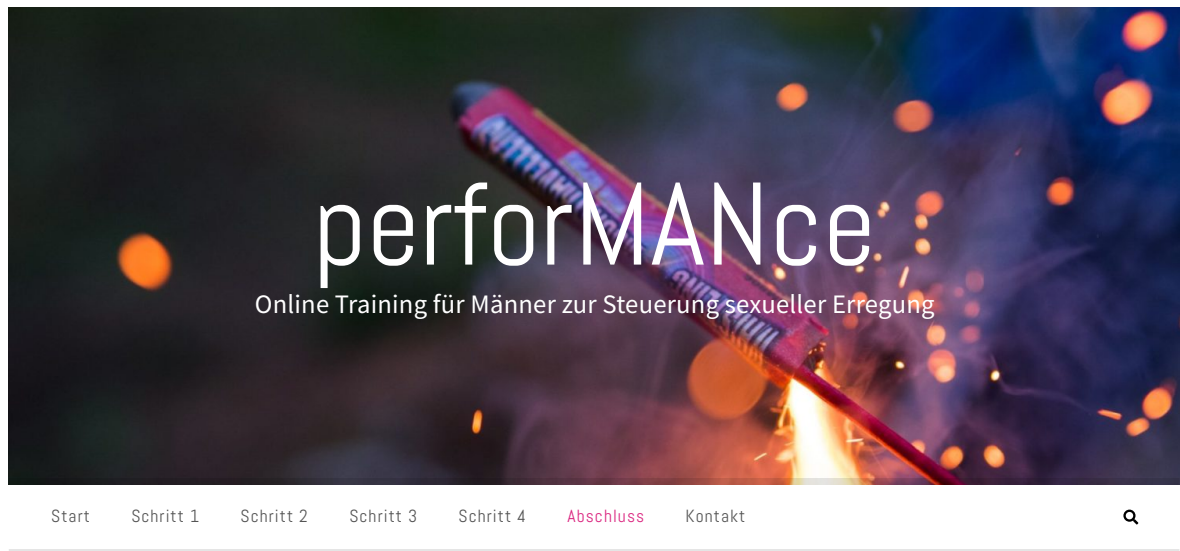
Beginne mit der Beckenschaukel im Liegen. Mache einige Wiederholungen bis du das Gefühl hast, dass die Bewegung fließend und regelmässig ist. Nimm nun die Atmung hinzu. Wenn du die Beckenschaukel nach hinten machst und sich dein Schambein Richtung Füße schiebt, atmest du gleichzeitig ein. Du kannst dir vorstellen, wie dein Atem den Bauch füllt und das Becken führt. Mit der Ausatmung rollst du das Becken nach vorne. Mach einige Wiederholungen, um zu merken, wie die Atmung die Beckenschaukel unterstützt. Nimm dann auch noch das Spiel mit der Muskelspannung hinzu. Bei der Einatmung entspannst du deinen Beckenboden. Bei der Ausatmung spannst du ihn an. Damit du alle drei Dinge miteinander kombinieren kannst, brauchst du eine gewisse Langsamkeit. Steigere das Tempo erst, wenn du ein Gefühl dafür entwickelt hast, wechsle zwischen schnelleren und langsameren Bewegungen ab. Du wirst merken, dass mit der Langsamkeit auch eine genauere Wahrnehmung möglich ist. Einerseits in deinem Körper, andererseits aber auch von deiner Partnerin/deinem Partner in der Paarsexualität. Es lohnt sich deshalb mit unterschiedlichen Tempi zu spielen. Erkunde auch diese Übung in verschiedenen Positionen.



Mit sexueller Erregung

Übe das Spiel von Beckenschaukel, Atmung, Spannung und Rhythmus auch in der Selbstbefriedigung. Mit der Ausatmung spannst du deinen Beckenboden an und schaukelst das Becken nach vorne. Dadurch bewegt sich auch dein Penis nach vorne und du kannst mit Hilfe deines Beckens aktiv in deine Hand eindringen. Beginne langsam, damit dir die Koordination gelingt. Du kannst den Rhythmus nach und nach steigern. Mit höherem Tempo wird deine sexuelle Erregung schneller ansteigen. Damit du sie steuern kannst, ist es wichtig, dass du immer wieder langsamer wirst, wechsle auch zwischen kleineren und grösseren Bewegungen ab. In der Langsamkeit kannst du den Kontakt mit deiner Hand und später mit dem Körper deiner Partnerin/deines Partners besser spüren, was sehr genussvoll sein kann. Wenn du schon etwas Erfahrung damit hast, kannst du die Übung durch Hinzunahme von inneren Bildern, Fantasien und Gefühlen intensivieren und so im Erleben näher an den Geschlechtsverkehr kommen. Hast du währenddessen Sorge, dass du die Erektion verlierst, dann spanne einfach deinen Beckenboden etwas mehr an, bis du dich in der Bewegung wieder wohl fühlst.

Wenn du eine Partnerin/einen Partner hast, dann hast du mit ihr/ihm vielleicht auch schon über das Training und seine Inhalte gesprochen. Vielleicht gibt dir auch der Wunsch, das Gelernte nun in der Paarsexualität und speziell im Geschlechtsverkehr anzuwenden, die Motivation dazu. Wichtig ist, dass deine Partnerin/dein Partner dabei erst passiv ist und dir die Bewegung überlässt. So kannst du die Intensität steuern und ihr könnt eure sexuellen Begegnungen nach und nach interaktiver gestalten. Versuche auch, deine Aufmerksamkeit erst nicht auf die sexuellen Reize, die von deinem Gegenüber ausgehen zu richten, sondern dich auf deinen Körper, auf dein Becken zu konzentrieren und wie sich mit dessen Bewegung dein Geschlecht bewegt. So bleibst du in der Selbstwahrnehmung und behältst die Kontrolle.



Abschluss – Danke!

Du bist nun am Ende des Programms angekommen. Das Training muss deshalb noch nicht beendet sein. Es steht dir frei die Übungen so oft du möchtest zu wiederholen, mit einer Partnerin/einem Partner auszuprobieren und auch zu erweitern. Bevor du das tust möchte ich dich aber bitten, erst noch den Fragebogen auszufüllen. Darin sind einige Fragen, die du bereits vom ersten Fragebogen kennst, aber auch offene Fragen dazu, wie dir das Training gefallen hat. Ich bin froh und dankbar, wenn du auch diesen zweiten Fragebogen ausfüllst, damit ich prüfen kann, ob sich durch das Training in der Sexualität etwas verändert und damit ich Anregungen zur Weiterentwicklung des Programms kriege. Im Fragebogen kannst du auch angeben, ob du einen kurzen Bericht zu den allgemeinen Ergebnissen meiner Masterarbeit erhalten möchtest.

[Link Fragebogen nach Trainingsabschluss](#)

Du hast dich in den letzte Wochen mit deiner Sexualität auf eine Art und Weise beschäftigt, wie du das vermutlich vorher noch nie getan hast. Ich hoffe, du hattest Freude daran und kannst einiges aus dem Training mitnehmen. Solltest du mit den Inhalten überfordert gewesen sein, dich belastet oder verunsichert fühlen, dann melde dich über das Kontaktformular oder per Mail an [REDACTED]. So können wir schauen, welche Form der Unterstützung für dich geeignet wäre und ich kann dir bei Bedarf Kontakte erfahrener Sexualtherapeutinnen und -therapeuten vermitteln.

Herzlichen Dank für deine Teilnahme



[Start](#) [Schritt 1](#) [Schritt 2](#) [Schritt 3](#) [Schritt 4](#) [Abschluss](#) [Kontakt](#)



Kontakt

Felder mit * müssen ausgefüllt werden

Name *

E-Mail *

Nachricht *

Senden

Anhang II. Einverständniserklärung

Pilotstudie perforMANce

Herzlich willkommen!

Im Rahmen meiner Masterarbeit in Sexologie teste ich ein online Kurz-Training für Männer* zur Steigerung der Wahrnehmung der sexuellen Erregung und deren Kontrolle. Ziel der Arbeit ist es die Wirksamkeit des Trainings zu untersuchen.
(*Menschen mit männlichem Geschlecht, die sich selbst als «Mann» bezeichnen)

Wer kann teilnehmen?

Die Studie ist konzipiert für Männer, die ihre Fähigkeiten sexuelle Erregung zu steuern, verbessern möchten. Du kannst teilnehmen, wenn du:

- 18 Jahre oder älter bist
- Internetzugang hast
- gut Deutsch verstehst
- bereit bist im Rahmen deiner Teilnahme online zwei Fragebögen auszufüllen

Ablauf und Dauer

Wenn du interessiert bist, kannst du unten an der Seite dein Einverständnis zur Teilnahme geben und danach deine E-Mail-Adresse erfassen. Diese wird separat von deinen persönlichen Daten gespeichert. Um deine Anonymität gewährleisten zu können, empfehle ich dir, dass du eine Adresse verwendest, in welcher dein Name nicht vorkommt. Du kannst für die Teilnahme auch erst eine E-Mail-Adresse bei einem Anbieter (z.B. Google, gmx) erstellen und diese auf deine gewohnte Adresse weiterleiten lassen.

Auf den nächsten Seiten werden dir einige Fragen gestellt (Dauer ca. 10-15 Minuten). Anschliessend erhältst du den Link zur Trainings Webseite. Nach 4 Wochen solltest du den Fragebogen zur Testung der Wirksamkeit noch einmal online ausfüllen. Du wirst den Link dazu auf der Trainingswebseite finden und allenfalls per E-Mail eine Erinnerung erhalten. Deine Teilnahme erfolgt freiwillig und du hast jederzeit die Möglichkeit, die Teilnahme ohne Angabe von Gründen abubrechen.

Datenschutz

Die im Rahmen der Arbeit erhobenen Daten werden vertraulich behandelt und anonymisiert. Das bedeutet, dass deine E-Mail-Adresse separat gespeichert und dieser ein persönlicher Code zugeordnet wird. Die Zuordnungsliste ist nur der Studienleitung zugänglich und wird mit Passwort gesichert für 6 Monate aufbewahrt. In dieser Zeit hast du die Möglichkeit, mit Nennung deiner E-Mail-Adresse die Löschung deiner Daten zu beantragen. Danach werden die Daten vollständig anonymisiert und die E-Mail-Adressen gelöscht, wodurch eine Identifikation nicht mehr möglich sein wird.

Risiken

Es sind keine Risiken im Zusammenhang mit der Teilnahme zu erwarten.

Kontakt

Falls du Fragen hast oder weitere Informationen benötigst, kannst du dich per E-Mail an [REDACTED] melden.

Einverständniserklärung

- Ich bin mindestens 18 Jahre alt.
- Ich nehme an dieser Pilotstudie freiwillig teil.
- Meine Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme sind mir mündlich oder schriftlich zufriedenstellend beantwortet worden, wenn ich welche hatte.
- Ich weiss, dass ich mich für weitere Fragen jederzeit via E-Mail an die Studienleitung wenden kann.
- Ich weiss, dass ich meine Teilnahme jederzeit und ohne Angabe von Gründen abbrechen kann, ohne dass mir deswegen Nachteile entstehen.
- Ich weiss, dass meine Daten nur in anonymisierter Form ausgewertet werden.
- Ich weiss, dass ich die Löschung meiner Daten bis 6 Monate nach Ende meiner Teilnahme beantragen kann und dass eine Löschung danach aufgrund der kompletten Anonymisierung nicht mehr möglich ist.
- Ich habe die oben genannten Informationen gelesen und verstanden.

☐ Ich bestätige die oben stehenden Angaben.

☐ Ich möchte nicht an der Studie teilnehmen.

Herzlichen Dank, dass du teilnimmst! Hier kannst du nun deine E-Mail-Adresse eingeben:

Anhang III. Übersicht Fragebogen

Konstrukt Messinstrument, Skalen	Referenz	Code Datensatz	Itembezeichnung	Antwortformat	Wert	Prä- Test	Post- Test
Informiertes Einverständnis							
Informationen zur Studie Einverständniserklärung	Unterlagen Studium zu Forschungs- ethik	1.1	siehe Anhang II	Ich bestätige die oben stehenden Angaben.	1	x	
				Ich möchte nicht an der Studie teilnehmen.	2		
Kontakt		1.2	Deine E-Mail Adresse	offen		x	x
Demographische Angaben, Teil 1							
Geschlecht biologisch, sozial (Filterfrage)		2.1	Biologisches Geschlecht	Weiblich	1	x	
				Männlich	2		
				Anderes, und zwar:	3		
		2.2	Stimmt dein biologisches Geschlecht mit deinem gefühlten Geschlecht überein?	Ja	1	x	
				Nein	2		
Sexuelle Orientierung		2.4	Welcher sexuellen Orientierung fühlst du dich am meisten zugehörig?	Heterosexuell	1	x	
				Bisexuell	2		
				Homosexuell	3		
				Andere:	4		
Aktuelle Partnerschaft							
Aktuelle Partnerschaft (Filterfrage)		3.1	Bist du in einer festen Partnerschaft?	Ja	1	x	x
				Nein	2		
		3.3	Wie lange bist du bereits in einer festen Partnerschaft?	Jahre	0-79	x	
Beziehungsglück		3.4	Wie glücklich bist du im Allgemeinen mit deiner aktuellen Partnerschaft?	Monate	0-11		
		4.1		Sehr unglücklich	1	x	
				Sehr glücklich	10		
Sexuelle Zufriedenheit							
Gesamteinschätzung sexuelle Zufriedenheit		5.1_1	Alles in Allem, wie zufrieden bist du zur Zeit... - ...mit der sexuellen Beziehung mit deiner Partnerin/deinem Partner?	sehr unzufrieden	1	x	x
				unzufrieden	2		
				eher unzufrieden	3		

					weder noch eher zufrieden zufrieden sehr zufrieden	4 5 6 7		
			5.1_2	Alles in Allem, wie zufrieden bist du zur Zeit... - ...mit der gefühlsmässigen Nähe bei sexuellen Aktivitäten mit deiner Partnerin/deinem Partner?				
			5.1_3	Alles in Allem, wie zufrieden bist du zur Zeit mit deiner Sexualität im Gesamten?				
			5.2	Was denkst du, wie zufrieden ist deine Partnerin/dein Partner mit eurer sexuellen Beziehung?				
Geschlechtsverkehr: Häufigkeit, Dauer								
Vorkommen (Filterfrage), Häufigkeit und Wunschhäufigkeit Geschlechtsverkehr		6.1		Wie oft hast du durchschnittlich Geschlechtsverkehr? <i>Geschlechtsverkehr bedeutet vaginale oder anale Penetration (Du dringst in deine Partnerin/deinen Partner ein)</i>	Ich hatte noch nie Geschlechtsverkehr fast nie oder nie weniger als 1x im Monat 1-2x im Monat 3-4x im Monat 2x pro Woche 3x pro Woche 4-5x pro Woche 6-7x pro Woche mehr als 7x pro Woche	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	x	
		6.2		Wie häufig wünschst du dir Geschlechtsverkehr im Vergleich zu wie oft du Geschlechtsverkehr hast?	viel häufiger häufiger genau so oft, wie ich habe weniger viel weniger	1 2 3 4 5	x	
Frühzeitige Ejakulation dichotom		7.1		Ist es im letzten Jahr vorgekommen, dass du ejakuliert hast, bevor dein Penis mit etwas in Berührung kam?	Ja Nein	1 2	x	
Geschlechtsverkehr während Intervention (Filterfrage)		48		Hattest du in den letzten vier Wochen Geschlechtsverkehr?	Ja Nein	1 2	x	
		7.2			vor Eindringen	1	x	x

Subjektive Dauer Intravaginale Latenzzeit	Beim Geschlechtsverkehr: Geschätzte durchschnittliche Zeit vom ersten Eindringen bis zum Samenerguss			1-10 Sekunden	2	
				11-30 Sekunden	3	
				30-60 Sekunden	4	
				1-2 Minuten	5	
				3-4 Minuten	6	
				5-10 Minuten	7	
				11-20 Minuten	8	
				Mehr als 20 Minuten	9	
				Verlust der Erektion	10	
				kein Samenerguss	11	
				Geschlechtsverkehr: Erleben		
	8.1	Wie angenehm erlebst du den Geschlechtsverkehr?	sehr unangenehm	1	X	X
			eher unangenehm	2		
			neutral	3		
			eher angenehm	4		
			sehr angenehm	5		
	8.2_1	Wie schätzt du die Stärke deiner sexuellen Erregung beim Geschlechtsverkehr ein?	nicht erregt	1	X	X
			...	...		
			stark erregt	5		
	8.3	Wie oft erlebst du die sexuelle Erregung beim Geschlechtsverkehr als lustvoll?	fast nie oder nie	1	X	X
			selten	2		
			manchmal	3		
			oft	4		
			fast immer oder immer	5		
	8.4	Wie oft erlebst du die Steigerung der sexuellen Erregung beim Geschlechtsverkehr als anstrengend?	fast nie oder nie	1	X	X
			selten	2		
manchmal			3			
oft			4			
fast immer oder immer			5			
Geschlechtsverkehr: Erregungssteigerung, Befriedigung						
Erregungsmodus nach Sexocorporel, Faktoren gemäss Faktoranalyse: - Bewegung - Spannung	Fragebogen ZISS, Manuskript in Vorbereitung	Wenn ich sehr erregt bin oder einen Höhepunkt erreichen möchte, ...	fast nie oder nie	1	X	X
			selten	2		
			manchmal	3		
			oft	4		
			fast immer oder immer	5		

		10.1_1	bewege ich mein Becken/die Hüften kreisförmig					
		10.1_2	bewege ich mein Becken/die Hüften schaukelnd vor und zurück					
		10.1_3	bewege ich meinen ganzen Körper					
		10.1_4	spannt sich mein Gesäss an					
		10.1_5	spanne ich meine Beine bis in die Füsse an					
		10.1_6	versteift sich mein Körper					
Bedeutung, Verantwortung, Befriedigung, Veränderungswunsch	11.1		Lust und Befriedigung meiner (Sexual-)Partnerin/meines (Sexual-)Partners sind wichtig für meine Erregung und Befriedigung		völlig unwichtig	1	x	
					eher unwichtig	2		
					mässig wichtig	3		
					eher wichtig	4		
					sehr wichtig	5		
		11.2	Meiner Meinung nach liegt die Verantwortung für die Befriedigung meiner Partnerin/meines Partners		völlig bei mir	1	x	
					eher bei mir	2		
					bei uns beiden	3		
					eher bei ihr/Ihm	4		
					völlig bei ihr/Ihm	5		
11.3	Ich würde gern länger können bis zum Samenerguss		Nein	1	x			
			ja, vor allem für meine Partnerin/meinen Partner	2				
			ja, eher für meine Partnerin/meinen Partner	3				
			ja, für uns beide	4				
			ja, eher für mich selbst	5				
			ja, vor allem für mich selbst	6				
Sexuelle Bedenken								
Fragebogen zu sexuellen Bedenken (FSB) - Körperbild - Sexuelle Kommunikation - Sexuelles Selbstverständnis	Brenk (2005)		In den folgenden Aussagen geht es um Gedanken und Gefühle zu sexuellen Beziehungen. Beziehe die partnerschaftsbezogenen Aussagen auf deine aktuelle Partnerin/deinen aktuellen Partner, falls du in einer festen Partnerschaft bist.		stimmt überhaupt nicht	1	x	
					stimmt kaum	2		
					stimmt teilweise	3		
					stimmt überwiegend	4		

			... deine aktuelle Sexualpartnerin/deinen aktuellen Sexualpartner, falls du in keiner festen Partnerschaft bist. ... das, was für dich am wahrscheinlichsten zutrifft, falls du momentan keine sexuelle Beziehung hast oder noch nie eine gehabt hast.	stimmt vollkommen	5		
	13.1_1		Insgesamt gesehen, finde ich meinen Körper sexuell attraktiv.				
	13.1_2		Es ist schwierig für mich, meine sexuellen Gedanken und Gefühle jemand anderem zu erklären, da ich sie oft selber nicht richtig verstehe				
	13.1_3		Ich fühle mich unwohl dabei, meinem Partner/meiner Partnerin gegenüber negative Gefühle bezüglich unserer sexuellen Beziehung auszudrücken				
	13.1_4		Ich fühle mich aufgrund meines körperlichen Aussehens wohl, wenn mich mein/e Partner/in nackt sieht				
	13.1_5		Meine sexuellen Gefühle verwirren mich				
	13.1_6		Es fällt mir schwer, meinem Partner/meiner Partnerin anzudeuten, dass er seine sexuellen Techniken verfeinern soll				
	13.1_7		Ich habe das Gefühl, dass ich meine sexuellen Gefühle manchmal missverstehe				
	13.1_8		Ich bin von meinen sexuellen Gefühlen manchmal verwirrt				
	13.1_9		Ich fühle mich bezüglich meines körperlichen Aussehens wohl				
	13.1_10		Es gibt einige Aspekte der Sexualbeziehung, die ich nicht angemessen mit meinem Partner/meiner Partnerin besprechen kann				
Selbstbefriedigung: Häufigkeit, Dauer							
Vorkommen (Filterfrage)	14.1		Hast du dich in den letzten 12 Monaten selbstbefriedigt?	Ja Nein	1 2	x	
	14.2		Warum hast du dich in den letzten 12 Monaten nicht selbstbefriedigt? <i>Es sind Mehrfachantworten möglich</i>	Ich habe es früher ausprobiert und seither nicht mehr	1	x	

				Keine Lust	2		
				Keine Zeit	3		
				Religiöse Gründe	4		
				Fehlende Privatsphäre	5		
				Schuldgefühle	6		
				Anderes	7		
				offen			
	14.2_7_TEXT		Warum hast du dich in den letzten 12 Monaten nicht selbstbefriedigt?	fast nie oder nie	1		
	15.1		Wie oft befriedigst du dich im Durchschnitt selbst?	weniger als 1x pro Monat	2		x
				1-2x pro Monat	3		
				3-4x pro Monat	4		
				2x pro Woche	5		
				3x pro Woche	6		
				4-5x pro Woche	7		
				6-7x pro Woche	8		
				mehr als 7x pro Woche	9		
	15.2		Bei der Selbstbefriedigung: Geschätzte durchschnittliche Zeit von Beginn der Stimulation bis zum Höhepunkt	Weniger als 1 Minute	1		x
				1-2 Minuten	2		
				3-4 Minuten	3		
				5-10 Minuten	4		
				11-20 Minuten	5		
				mehr als 20 Minuten	6		
				kein Höhepunkt	7		
Selbstbefriedigung: Erregungssteigerung							
Erregungsmodus nach Sexocorporel, Aussagen zu den Bereichen: Bewegung Spannung Atmung	Fragebogen ZISS, Manuskript in Vorbereitung		Um mich bei der Selbstbefriedigung möglichst stark zu erregen oder zum Höhepunkt zu kommen...	fast nie oder nie	1		x
				selten	2		
				manchmal	3		
				oft	4		
				fast immer oder immer	5		
				weiss nicht	6		
	16.2_1		reibe ich den Penis bis zum Ende abwechslungsreich				
	16.2_2		reibe ich den Penis am Ende sehr gleichförmig, ohne Variation				
	16.2_3		drücke oder presse ich den Penis				

Selbstbefriedigung Verlauf Nutzung von Fantasien, Porno	16.2_4 16.3_1 16.3_2 16.3_3 16.3_4 16.3_5 16.3_6 16.3_7 16.3_8 16.4_1 16.4_2 16.4_3 16.4_4	stimuliere ich den Penis ohne Hände	fast nie oder nie selten manchmal oft fast immer oder immer weiss nicht	1	x	x
		spannen sich meine Beckenbodenmuskeln an		2		
		spannt sich mein Bauch an		3		
		spannt sich mein Gesäss an		4		
		spannen sich meine Beine an		5		
		versteift sich mein ganzer Körper		6		
		halte ich den Atem an				
		atme ich oberflächlich				
		atme ich tief in den Bauch				
		halte ich meinen Körper still				
		bewege ich meinen ganzen Körper				
		bewege ich mein Becken/die Hüften kreisförmig				
		bewege ich mein Becken/die Hüften schaukelnd vor und zurück				
	17.1_1 17.1_2 17.1_3 17.1_4 17.1_5 17.1_6 17.1_7 17.1_8	Üblicherweise, bei der Selbstbefriedigung,...	kann ich den Moment des Samenergusses selbst bestimmen versuche ich, die Erregung zu verlängern und den Samenerguss hinauszuzögern, um zu überprüfen, ob ich das kann verlängere ich gern meine Erregung und zögere den Samenerguss heraus, weil ich das lustvoll finde versuche ich schnell zu kommen, weil das mir das beste Gefühl gibt versuche ich schnell zu kommen, weil ich Angst habe, die Erektion zu verlieren kommt „es“ mir (Samenerguss), ohne dass ich es beeinflussen kann verliere ich die Erektion benütze ich erotische Fantasien			

	17.1_9	schaue ich Pornobilder oder -filme						
Selbstbefriedigung: Erleben								
	18.1	Wie angenehm erlebst du die Selbstbefriedigung?	sehr unangenehm	1		x	x	
			eher unangenehm	2				
			neutral	3				
			eher angenehm	4				
			sehr angenehm	5				
	18.2_1	Wie schätzt du die Stärke deiner sexuellen Erregung bei der Selbstbefriedigung ein?	nicht erregt	1		x	x	
			...	...				
			stark erregt	5				
	18_3	Wie oft erlebst du die sexuelle Erregung bei der Selbstbefriedigung als lustvoll?	fast nie oder nie	1		x	x	
			selten	2				
			manchmal	3				
			oft	4				
			fast immer oder immer	5				
	18.4	Wie oft erlebst du die Steigerung der sexuellen Erregung bei der Selbstbefriedigung als anstrengend?	fast nie oder nie	1		x	x	
			selten	2				
			manchmal	3				
			oft	4				
			fast immer oder immer	5				
Selbstbefriedigung vs. Paarsexualität								
	18.5	Zur Zeit ist die Selbstbefriedigung in meinem Leben im Vergleich zu sexuellen Aktivitäten mit einer Partnerin/einem Partner...	viel weniger wichtig	1		x	x	
			weniger wichtig	2				
			gleich wichtig	3				
			wichtiger	4				
			viel wichtiger	5				
	18.6	Zur Zeit gibt mir die Selbstbefriedigung im Vergleich zu sexuellen Aktivitäten mit einer Partnerin/einem Partner...	viel weniger Befriedigung	1		x	x	
			weniger Befriedigung	2				
			gleich viel Befriedigung	3				
			mehr Befriedigung	4				
			viel mehr Befriedigung	5				
Frühzeitige Ejakulation								
Premature Ejaculation Profile (PEP) - Kontrolle	Patrick et al. (2009)	19.1	Im letzten Monat war deine Kontrolle über die Ejakulation beim Geschlechtsverkehr:	kein Geschlechtsverkehr	1		x	x
			sehr tief	2				

- sexuelle Zufriedenheit - Belastung - Beeinträchtigung Partnerschaft - Veränderung	Deutsch: eigene Übersetzung		(Kontrolle = Ejakulation/Samenerguss, wenn du bereit dafür bist)	tief	3	
				mittelmässig	4	
				hoch	5	
				sehr hoch	6	
				kein Geschlechtsverkehr	1	
				sehr tief	2	
				tief	3	
				mittelmässig	4	
				hoch	5	
				sehr hoch	6	
				kein Geschlechtsverkehr	1	
				sehr	2	
				ziemlich	3	
				mittelmässig	4	
				ein wenig	5	
				überhaupt nicht	6	
				kein Geschlechtsverkehr	1	
				sehr	2	
				ziemlich	3	
				mittelmässig	4	
				ein wenig	5	
				überhaupt nicht	6	
				kein Geschlechtsverkehr	1	
				sehr	2	
ziemlich	3					
mittelmässig	4					
ein wenig	5					
überhaupt nicht	6					
viel schlechter	1	x				
schlechter	2					
etwas schlechter	3					
gleich	4					
etwas besser	5					
besser	6					
viel besser	7					
Demographische Angaben, Teil 2						
- Alter - Bildungsniveau - Zivilstand - Herkunft		23.1	Dein Geburtsjahr	2002	1	x
			...		...	
			1900	103		
		23.2	Dein Geburtsmonat	Januar	1	x

			...	...		
			Dezember	12		
	23.3	Dein höchster Bildungsabschluss	Primarschule	1	x	
			Sekundarschule	2		
			Berufsausbildung (Lehre)	3		
			Gymnasium, Fachmittelschule, Berufslehre mit BMS	4		
			Fachhochschule, höhere Fachschule	5		
			Universität, ETH, PH	6		
			Andere:	7		
	23.3_7_TEXT	Dein höchster Bildungsabschluss - Andere:	offen			
	23.4	Dein Zivilstand	Ledig, niemals verheiratet	1	x	
			Verheiratet/Eingetragene Partnerschaft	2		
			Getrennt/Geschieden	3		
			Verwitwet	4		
	23.5	Bist du schweizerischer Herkunft?	Ja	1	x	
	23.5_2_TEXT	Bist du schweizerischer Herkunft? - Nein, sondern	Nein, sondern	2		
Rückmeldung zur Intervention						
Zentrale Erkenntnis	45	Was ist für dich das Wichtigste, dass du durch das Training gelernt hast?	offen		x	
	46	Was hat dir am Training gefallen?	offen			
	47	Was hat dir im Training gefehlt? Was könnte man verbessern?	offen			
Abschluss						
Auswertung Studie	24.1	Möchtest du per E-Mail einen Bericht zu den Ergebnissen der Studie erhalten?	Ja	1	x	
			Nein	2		
Anmerkungen Fragebogen	24.2	Falls du noch Anmerkungen zum Fragebogen hast, kannst du diese hier gerne äussern:	offen		x	x

Anhang IV. Offene Antworten zur Evaluation der online Selbsthilfe

Was ist für dich das Wichtigste, dass du durch das Training gelernt hast?

- «Körper & Reaktionen kennen lernen» (TN12, 32 Jahre alt)
- «Den Körper bewusst wahrnehmen (verbesserte Körperwahrnehmung)» (TN23, 56 Jahre alt)
- «Das Achten auf den eigenen Körper während der Selbstbefriedigung und immer mehr auch beim Geschlechtsverkehr» (TN04, 29 Jahre alt)
- «Einfluss von Atmung und Körperspannung auf die Erektion und Lustkurve» (TN29, 29 Jahre alt)
- «Einfluss von Atmung und Muskelspannung/-entspannung» (TN02, 37 Jahre alt)
- «Dass die Konzentration für die Kontrolle des eigenen Körpers sehr wichtig ist. Und mit der kontrollierten An- und Entspannung sich etwas verändern kann.» (TN19, 33 Jahre alt)
- «Dass ich mit der Muskelspannung im Becken, in den Beinen und mit den Pobacken den Orgasmus steuern kann.» (TN13, 38 Jahre alt)
- «Durch Atmung und Muskelspannung die Erregung zu stärken» (TN27, 29 Jahre alt)
- «Eine grosse Variabilität beim Sex war mir immer wichtig. Ich kannte das Konzept von Desjardins nicht, finde es aber grossartig, denn es erklärt mir vieles, das ich über die Jahre eher intuitiv herausgefunden habe. Durch die Übungen habe ich gelernt, einzelne Aspekte (z.B. Atmung/Anspannung/Entspannung) direkt und bewusst zu trainieren.» (TN09, 59 Jahre alt)
- «Abwechslung» (TN08, 29 Jahre alt)

Was hat dir am Training gefallen?

- «Sehr anschauliche/klare Beschreibungen, worauf der Fokus gelenkt werden soll» (TN29, 29 Jahre alt)
- «Den Fokus auf die Atmung und die Körperspannung richten (Wahrnehmung)» (TN23, 56 Jahre alt)
- «Den Komplex von Körper/Übung/Erregung mit einem "wissenschaftlichen Aussenblick" zu betrachten. D.h. "was geschieht genau, wenn ich dies oder das tue."» (TN09, 59 Jahre alt)
- «Sich mit der Thematik auseinanderzusetzen und neue Sachen zu testen, auch wenn ich das nicht als sehr erregend empfunden habe.» (TN08, 29 Jahre alt)

«Die einleuchtenden Übungen für die Selbstbefriedigung (v.a. die Kombination von Atmung und Bewegung) – Einbezug Sexualpartnerin (aktive Anwendung der Übungen)» (TN04, 29 Jahre alt)

«Die Einfachheit der Übungen. Mit den Übungen aus den ersten zwei Wochen erhält man relativ schnell eine Verbesserung. Die Verbesserung äussert sich darin, dass man die lustvolle Erregungsphase kleinwenig verlängern kann.» (TN13, 38 Jahre alt)

«Praktische Übungen» (TN27, 29 Jahre alt)

«Der Aufbau bzw. die Steigerung.» (TN19, 33 Jahre alt)

«Hab nicht gross trainiert, eher ausprobiert» (TN02, 37 Jahre alt)

Was hat dir im Training gefehlt? Was könnte man verbessern?

«Die 4 Wochen Regel finde ich in der heutigen Zeit zu eng berechnet. Ich würde die Gesamtübung auf ca. 8 Wochen ausdehnen, dass man nicht wie ich in eigenen selber gesetzten Stress kommt.» (TN19, 33 Jahre alt)

«Die Zeit. In Woche drei war ich krank und hatte am Schluss nicht viel Zeit für die vierte Trainingseinheit.» (TN13, 38 Jahre alt)

«(Zu) Viel Fliesstext in den Übungsbeschreibungen (abwechselnd masturbieren und lesen ist nicht so einfach ;))» (TN04, 29 Jahre alt)

«Eher zu komplex und zu wenig konkrete kleinere Übungen» (TN02, 37 Jahre alt)

«Die Integration von Partnerübungen.» (TN09, 59 Jahre alt)

«Psychologische Aspekte» (TN27, 29 Jahre alt)

«nichts» (TN23, 56 Jahre alt)

«Kann ich leider nicht beurteilen» (TN29, 29 Jahre alt)

Anhang V. Offene Anmerkungen der Teilnehmenden zu den Befragungen

Anmerkungen zum Fragebogen Prä-Messung

«Danke für den Fragebogen. Ich finde ihn anregend für Selbstbeobachtung. Vor allem die Fragen über den Gebrauch des Körpers während sexueller Aktivität und den Vergleich von Selbstbefriedigung und Sex mit Partnerin.» (TN03, 41 Jahre alt)

«Coole Umfrage, bin ein gutes Beispiel für das Gegenteil zu "zu früh kommen" - habe mich eingehend mit der Materie befasst. Sehr spannend & bin gespannt auf die Resultate» (TN14, 31 Jahre alt)

«Ich bin in einer sehr jungen, sexuell aktiven und sehr befriedigenden Beziehung. Vorher war ich 23 Jahre verheiratet und es ist kein Vergleich» (TN16, 45 Jahre alt)

Anmerkungen zum Fragebogen Post-Messung

«Sehr coole Arbeit, Danke! Ich denke, dass man für eine sichtliche Änderung zwischen den beiden Fragebögen mehr Zeit bräuchte; z.B. 2 statt 1 Woche pro Übung.» (TN04, 29 Jahre alt)

«Für die letzten zwei Schritte braucht es mehr Zeit. Oder anders gesagt, dass sich eine merkliche Verbesserung der Orgasmusfähigkeit einstellt, sollte die Schaukel länger geübt werden können.» (TN13, 38 Jahre alt)

«Leider habe ich nach anfänglicher Begeisterung, das Training etwas schleifen lassen und nicht zu Ende geführt. Würde dies aber gerne nachholen falls die Website und Anleitung auch nach deiner Masterarbeit online ist.» (TN12, 32 Jahre alt)