

„Sex and the Girls“ – sexuelle Themen in der psychotherapeutischen Arbeit mit Mädchen

Uschi Engelberger

Einführung ins Thema	115
1. Motivierende therapeutische Haltung in der Arbeit mit Mädchen	117
1.1 Offenheit	118
1.2 Grenzachtung	119
2. Sexuelle Themen in der Arbeit mit Mädchen	121
3. Der Prozess der therapeutischen Begleitung am Fallbeispiel Tina	128
3.1 Wahrnehmen	130
3.2 Annehmen	130
3.3 Verstehen	134
3.4 Verantwortung übernehmen	135
3.5 Bezug nehmen	136
4. Relevanz für die psychotherapeutische Arbeit mit Erwachsenen	141
5. Zusammenfassung und Ausblick	145
Literatur	147

Einführung ins Thema

Bei meinen Recherchen zum Thema fand ich unter dem Stichwort „Psychotherapie bei sexuellen Problemen“ vielerlei Literatur zur Diagnostik und Behandlung der in der ICD-10 aufgeführten sexuellen Funktionsstörungen bei Frauen und Männern. Darüber hinaus fand ich (Partnerschafts-)Ratgeber, Beziehungsretter und Antistress-Übungen. Zum Vokabular gehörten Ödipuskomplex, Penisneid oder Rivalität zwischen Mutter und Tochter. In Psychotherapie-Foren kommt die Unsicherheit zum Ausdruck, inwieweit sexuelle Themen in der Psychotherapie angesprochen werden sollen und können, aber auch Ratschläge, diese Gelegenheit auf jeden Fall zu nutzen. Unter dem Stichwort „Psychotherapie bei sexuellen Problemen von Jugendlichen“ stieß ich vorrangig auf die Behandlung des sexuellen Missbrauchs. Inwieweit sexuelle

Themen in Therapien von anderen Störungsbildern als jenen des sexuellen Missbrauchs und der sexuellen Funktionsstörungen – etwa in der Therapie von Depressionen, von Essstörungen, von Ängsten, von psychosomatischen Beschwerden usw. – eine Rolle spielen, scheint nicht bekannt zu sein. Zu Fragen, welche sexuellen Themen dies dann sind, welche Gesprächsanlässe es für diese Themen gibt, welche therapeutische Haltung zur Thematisierung sexueller Probleme anregt und wie diese Themen in die laufende Behandlung integriert werden, findet sich kaum Literatur. Noch dürftiger wird die Datenlage, wenn dieselben Fragen bezüglich der psychotherapeutischen Arbeit mit Jugendlichen oder im Speziellen mit Mädchen gestellt werden. Alles Fragen, die ganz besonders Berufsanfänger*innen interessieren dürften. Dieser Lücke widmet sich der folgende Beitrag.

Nachdem sich im Laufe meiner Praxisjahre die Arbeit mit Jugendlichen im Alter von 13 bis 21 Jahren als persönlicher Schwerpunkt herausgebildet hat und in dieser Altersgruppe überwiegend Mädchen Therapie beanspruchen, beträgt der Anteil der Mädchen in meiner Praxis 80 bis 90 %. Sie kommen zu mir mit nahezu allen Störungsbildern, die im Diagnostikklassifikationssystem ICD-10 aufgeführt sind. Ich bin nicht spezialisiert auf sexuelle Störungen, und wegen einer sexuellen Störung kam in den vergangenen Jahren keine einzige Patientin zu mir. Dennoch tauchen sexuelle Themen immer wieder in meiner Einzelpraxis auf. Meine Erfahrungen, Eindrücke und Überlegungen zur therapeutischen Behandlung beschreibe ich in diesem Artikel.

Zunächst gehe ich auf wesentliche Punkte einer therapeutischen Haltung ein, die zu Gesprächen über Sexualität in der Arbeit mit Mädchen motiviert, um dann die sexuellen Themen, die in meiner psychotherapeutischen Praxis auftauchen, zu benennen. Ich zeige verschiedene Gesprächsanlässe für diese Themen auf und stelle im Anschluss einen therapeutischen Prozess am Beispiel meiner Klientin Tina¹ vor. Ein Exkurs widmet sich dem Einfluss der Medien auf Sexualität und Körperempfinden von Mädchen. Beendet wird dieser Beitrag mit Überlegungen zu seiner Bedeutung für das therapeutische Arbeiten mit Erwachsenen sowie mit einem Ausblick.

1 Alle im Folgenden genannten Namen meiner Klientinnen entsprechen nicht ihren realen Namen.

1. Motivierende therapeutische Haltung in der Arbeit mit Mädchen

Ich lade Sie ein zu einem kleinen, wenige Minuten dauernden Experiment: Wenn Sie mögen, dann führen Sie jede Anleitung unmittelbar nach dem Lesen mit geschlossenen Augen durch:

Atmen Sie einmal tief durch ... Nehmen Sie eine bequeme Körperhaltung da ein, wo Sie sich gerade befinden ... Spüren Sie die Kontaktflächen Ihres Körpers mit dem Sitz, dem Boden, dem Buch ... Begleiten Sie Ihren Atem für die nächsten drei Atemzüge in Ihrem Körper ... Verweilen Sie mit Ihrer Wahrnehmung in Ihrem Inneren und beobachten Sie zwei, drei Minuten lang, was *intuitiv* geschieht, wenn Sie sich dem Gedanken „Sex and the Girls“ hingeben

...

Vielleicht sind innere Bilder aufgetaucht, Assoziationen, Erinnerungen oder körperliche Eindrücke. Der von mir gewählte Titel „Sex and the Girls“ – natürlich in Anlehnung an die bekannte Fernsehserie – wird sehr unterschiedlich empfunden: von schrill, provozierend, aufreizend über langweilig, spießig und uninteressant bis hin zu pffiffig, lebendig, freudig, lustvoll. Ich habe diesen Titel bewusst gewählt, um *spürbar* aufmerksam zu machen auf dieses Drahtseil, auf dem man sich bewegt, wenn man über Sexualität spricht. Was einerseits etwas so Sensibles, so sehr Intimes und Persönliches ist, kommt andererseits in unserer Öffentlichkeit häufig so reißerisch, aufdringlich und grob daher, dass es nicht einfach ist, in der Therapie den richtigen Ton zu finden zwischen zu vorsichtig und gehemmt auf der einen Seite und zu neugierig, voyeuristisch oder gar grenzüberschreitend auf der anderen Seite. *Wie* wir in der Therapie über ein Thema reden und ob überhaupt über dieses Thema gesprochen wird, hängt neben anderen Faktoren auch mit unserer eigenen Haltung zu diesem Thema zusammen.

Um Mädchen zu motivieren, über sehr persönliche, möglicherweise für sie peinliche Inhalte zu sprechen, erscheinen mir für die Haltung der Therapeutin die zwei folgenden Punkte wichtig (vgl. Abb. 1):

1	<p>Offenheit Dem Eigenen bzw. der Entwicklung des Eigenen der Patientin Raum geben, es wahrnehmen und annehmen.</p>	vs.	<p>Klarheit und Authentizität Einen eigenen Standpunkt innehaben und gegebenenfalls anbieten/benennen, ohne belehren, warnen, überzeugen zu wollen.</p>
2	<p>Grenzwahrung Die Selbstbestimmung der Patientin, ob, wann und in welcher Form sie über ein Thema sprechen möchte, respektieren.</p>	vs.	<p>Ermutigung Signale der Gesprächsbereitschaft und Offenheit setzen.</p>
<p>3 Die Therapeutin spricht gerne über Sex. 4 Beide können bei einem sexuellen Thema auch einmal lachen. 5 Die Einstellungen der Therapeutin sind wenig von Tabus geprägt. 6 Die Therapeutin ist sich über die eigenen Ziele bezüglich sexueller Themen bewusst. 7 Die Therapeutin verwendet ein den Mädchen angemessenes, nicht zu fremdes Vokabular. 8 Die Therapeutin besitzt fachliches Wissen (z. B. Verhütung, Pornografie).</p>			

Abbildung 1: *Motivierende therapeutische Haltung in der Arbeit mit Mädchen*

1.1 Offenheit

Offenheit, mein erster Punkt, ist eine Haltung, von der man allzu gern annimmt, sie innezuhaben: „Ja, ich bin doch ein offener, moderner, toleranter Mensch!“ Doch wir alle sind begrenzt, wollen manches von uns fernhalten, reagieren vorurteilsbehaftet und emotional. Wie steht es um unsere Offenheit, wenn sich z. B. eine sehr bedürftige 18-Jährige in einen 30-Jährigen verliebt, der im Pornogeschäft tätig ist? Wie tolerant bleiben wir, wenn eine 14-Jährige permanent über ihre Klassenkameradinnen, ihre vermeintlichen Feindinnen, lästert und sie als Schlampen abwertet? Wie offen sind wir, wenn sich eine 17-Jährige die Brust operieren lassen will, um ihr Selbstwertgefühl anzuheben? Offenheit ist ein Aspekt, der immer wieder neu geprüft und erarbeitet werden muss – nur wenn wir Bewusstheit haben über unsere Einstellungen, Erfahrungen, über unsere Gefühle und vor allem auch über unsere Grenzen und Tabus,

dann können wir als Therapeutinnen *dahinter zurücktreten*, können uns *distanzieren* und dadurch offen sein für das Erleben von Jugendlichen. Wir begegnen ihnen dann nicht mit vorgefertigten Meinungen, wollen sie nicht belehren oder warnen, überschütten sie nicht mit allzu großer Sorge oder erzeugen ihnen gegenüber Druck. Gerade Jugendliche neigen vor dem Hintergrund der Ablösungs- und Identitätsfindungsdynamik dazu, Themen auszusparen, wenn sie Einflussnahme, Vorbehalte, Begrenzung oder Ablehnung erahnen.

Gleichzeitig erscheint es mir wichtig, *klar und authentisch* zu sein. Jugendliche entwickeln gerade in dieser Phase ihr eigenes Wertesystem, suchen nach einer Richtschnur für ihr Beziehungs- und Sexualverhalten, suchen nach Halt und Orientierung, die wir ihnen nur als spürbares, authentisches Gegenüber geben können. Meine Erfahrung ist, dass eine ehrliche andere Meinung oder eine authentische Unsicherheit eher akzeptiert werden als eine gespielte Lockerheit bei gleichzeitig spürbarer Unsicherheit, was irritierend wirkt. Es gilt also, sowohl Offenheit zu signalisieren als auch bereit zu sein, authentisch und ehrlich zu bleiben, eigene Positionen innezuhaben und gegebenenfalls in einer Weise anzubieten, die die Offenheit nicht einschränkt.

1.2 *Grenzwahrung*

Der zweite Punkt, der mir besonders im Kontext der Arbeit mit Mädchen wichtig erscheint, ist der der *Grenzwahrung*. Viele Mädchen – und ich bin sicher, es ist die überwiegende Mehrheit – sind während ihrer Sozialisation mit Beginn der Pubertät angesichts der körperlichen Veränderungen in vielfältiger Weise mit Einschüchterung, Bewertung, Verletzung, Diffamierung und Grenzüberschreitung konfrontiert worden. Dies beginnt mit dem Wachsen der Brüste, was vom Onkel spöttisch kommentiert wird mit „Ach, schau, jetzt kriegt die Kleine einen Busen“, über ein von einem Klassenkameraden ausgesprochenes „Hey, die kann aber geil mit dem Arsch wackeln“ oder von der Mutter „Du läufst ja herum wie eine Nutte“ bis hin zum Sich-„fingern“-Lassen von Gleichaltrigen im Jugendtreff. Die Mädchen erleben hier eine von ihren eigenen inneren Impulsen unabhängige Sexualisierung ihres Körpers und sind meiner Erfahrung nach mit gesellschaftsbedingten Grenzverletzungen konfrontiert, die im therapeutischen Setting nicht wiederholt werden sollten. Zum Beispiel von einer Therapeutin, die meint, es sei jetzt wichtig, über ein sexuelles Thema zu reden, um den psychotherapeutischen Prozess zu fördern, ohne dass die Patientin dazu bereit ist. Oder eine Therapeutin, die

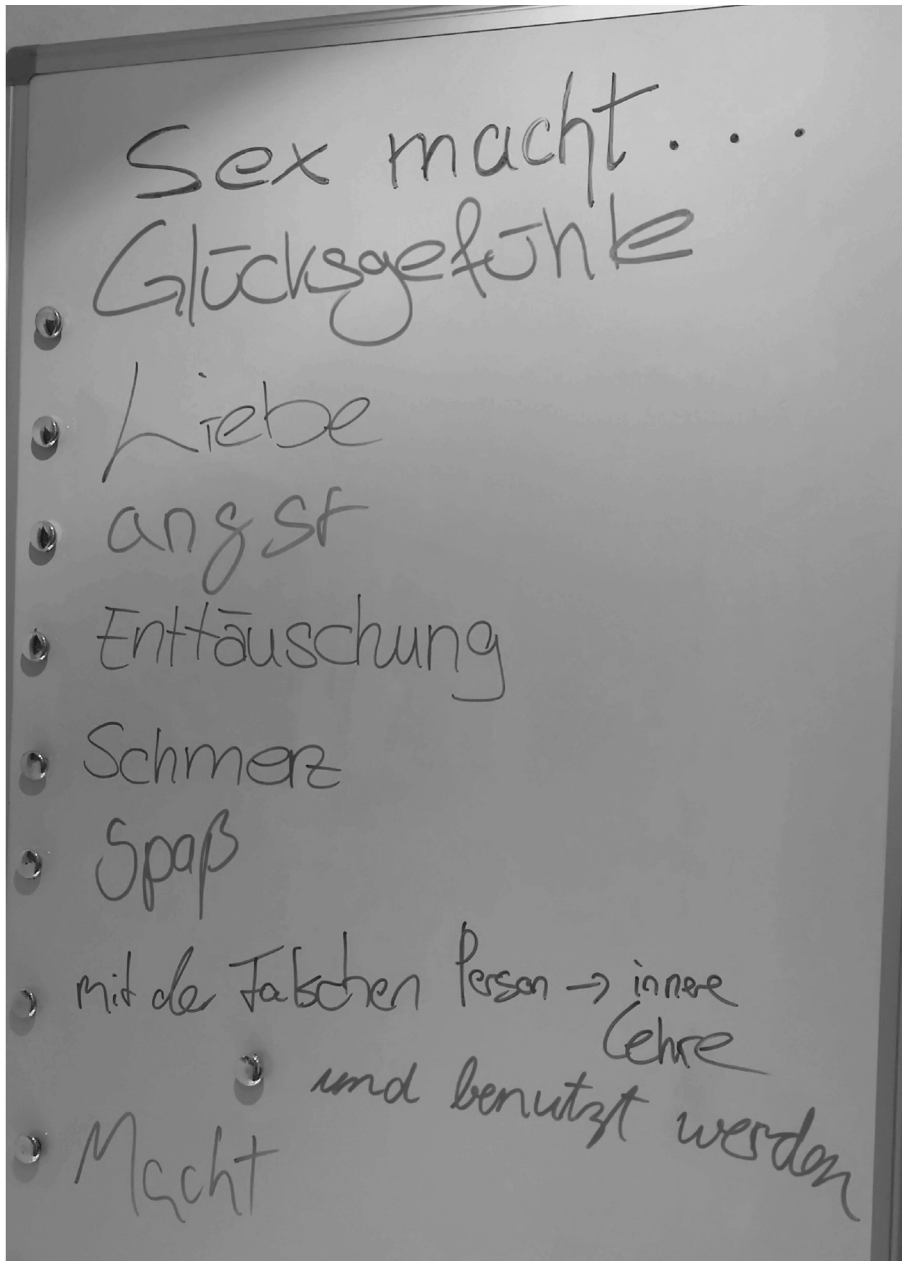


Abbildung 2: Sex macht ...

„ach so locker“ über Sexualität spricht nach dem Motto „Hier können wir doch über alles reden“ und dabei die Pein und die Scham des Mädchens übersieht. Mädchen sollten gerade in Bezug auf das Thema Sexualität erfahren, dass ihre persönlichen, intimen Grenzen respektiert und gewahrt bleiben und sie selbst den Zeitpunkt bestimmen können, ob und wann sie darüber reden wollen.

Andererseits kommen die Mädchen nicht unbedingt offensiv mit sexuellen Themen in die Therapie. Deshalb darf und sollte die Therapeutin auch Signale der *Ermutigung* senden. Dazu gehört die anamnestiche Frage nach einem Freund, nach bisherigen Freunden, nach der ersten Periode, vielleicht auch nach dem ersten Geschlechtsverkehr. Oder es beginnt bereits im Wartezimmer, in dem in meiner Praxis Bücher über Sexualität im Regal stehen. Manchmal lege ich über mehrere Wochen eines davon aus, worauf sich dann das eine oder andere Mädchen in der Therapiestunde bezieht. Außerdem hängt in meinem Wartezimmer eine Wandtafel, auf der Satzanfänge stehen, die von den Klientinnen anonym vervollständigt werden. Als Satzanfang findet sich hier schon einmal „Sex macht ...“ (s. Abb. 2).

Beides signalisiert, dass in dieser Praxis über Sex gesprochen werden darf. Und natürlich geht es darum, an manchen Stellen im therapeutischen Geschehen Fragen zu stellen, wenn ein sexuelles Thema berührt sein könnte, und dabei achtsam zu sein, wie mein Gegenüber reagiert.

Über diese zwei zentralen Punkte hinaus erscheint es mir für Gespräche über Sexualität förderlich zu sein, wenn die Therapeutin selbst gerne über Sex spricht, sodass sie und die Klientin bei einem sexuellen Thema auch einmal lachen können. Die Therapeutin sollte in ihrer Einstellung wenig von Tabus geprägt sein und sie sollte sich der eigenen Ziele bezüglich der sexuellen Entwicklung von Mädchen bewusst sein. Wichtig erscheint mir auch, den Mädchen mit einem angemessenen, nicht zu fremdem Vokabular zu begegnen. Natürlich darf diesbezüglich auch nachgefragt werden („Was ist denn dein Wort für Vagina?“). Außerdem sollte die Therapeutin über fachliches Wissen verfügen, etwa zu Verhütung, zu Pornografie usw. (vgl. Abb. 1).

2. Sexuelle Themen in der Arbeit mit Mädchen

Werfen wir zunächst einen Blick auf die ICD-10 (vgl. Abb. 3). Grundsätzlich werden sexuelle Störungen i. e. S., wie sie im ICD-10 Kapitel V (F) aufgeführt sind (vgl. Dilling, Mombour & Schmidt, 2015), selten im therapeutischen Alltag einer nicht auf sexuelle Probleme spezialisierten Praxis für Jugendliche

thematisiert. Und als *Anlass* einer Therapie kam dies – wie bereits zu Beginn erwähnt – in meiner Praxis noch nie vor.

Achse I Klinisch-psychiatrisches Syndrom (nach ICD-10)	
F52	Sexuelle Funktionsstörungen
F52.0	Mangel/Verlust von sexuellem Verlangen
F52.1	Sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung
F52.2	Versagen genitaler Reaktionen (bei Mädchen die fehlende Lubrikation)
F52.3	Orgasmusstörungen
F52.5	Nichtorganischer Vaginismus (muskuläre Verspannungen, die das Eindringen des Penis verhindern)
F52.6	Nichtorganische Dispareunie (Schmerzen beim Geschlechtsverkehr)
F52.7	Gesteigertes sexuelles Verlangen
F64	Störungen der Geschlechtsidentität
F64.0	Transsexualismus
F64.1	Transvestitismus
F64.2	Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters
F65	Störungen der Sexualpräferenz
F65.0	Fetischismus
F65.1	Fetischistischer Transvestitismus
F65.2	Exhibitionismus
F65.3	Voyeurismus
F65.4	Pädophilie
F65.5	Sadomasochismus
F66	Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
F66.0	Sexuelle Reifungskrise
F66.1	Ichdystone Sexualorientierung (die Betroffenen wünschen sich eine andere sexuelle Orientierung)
F66.2	Sexuelle Beziehungsstörung (Beziehungsstörung, bei der die Geschlechtsidentität oder die Präferenzstörung in Beziehungen mit einem Sexualpartner Probleme bereitet)
Achse V Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände	
Z61.4	Sexueller Missbrauch (innerhalb der Familie)
Z61.5	Sexueller Missbrauch (außerhalb der Familie)

Abbildung 3: *Multiaxiale Diagnostik psychischer Störungen*

Bezüglich der sexuellen Funktionsstörungen F52: Solche Beschwerden werden berichtet, doch da sich die Mädchen noch in der Erfahrungs- und Reifungsphase ihrer sexuellen Entwicklung befinden, mag ich diese Probleme nicht pathologisieren und als Störung betrachten, sondern eher als Schwierigkeiten und Hürden. Sie gehören zum Entwicklungsprozess dazu, die es zu meistern gilt und die mitunter hilfreich sind, was in meinem Fallbeispiel deutlich werden wird (s. Kapitel 3).

Bezüglich der Störungen der Geschlechtsidentität (F64) und der Sexualpräferenz (F65) verweise ich auf die in diesem Buch veröffentlichten Beiträge. Keine der hier aufgeführten Störungen ist mir bislang in meiner Praxis begegnet. Offensichtlich „landen“ solche Problematiken eher in Kliniken, bei spezialisierten Kolleg*innen² und Psychiater*innen, in Vereinen wie etwa TransIdent e. V. oder bei Selbsthilfegruppen.

Bei den drei in der Kategorie F66 aufgeführten Diagnosen geht es um Unsicherheiten, Irritationen oder Schwierigkeiten in Bezug auf die sexuelle Orientierung bzw. auf die Geschlechtsidentität. Die einzigen Themen aus dieser Kategorie, die immer wieder in Psychotherapien mit Mädchen auftauchen, kreisen um die sexuellen Orientierungen Hetero-, Homo- und Bisexualität, doch auch dies nicht i. S. einer tiefgreifenden Krise, sondern als Fragen innerhalb eines Entwicklungsprozesses. Beim Umgang mit diesem Thema ist es wichtig, das Anliegen der Jugendlichen wirklich ernst zu nehmen und es nicht z. B. mit dem Satz „Ach, ob du lesbisch bist, weißt du doch noch gar nicht, das kann sich alles noch ändern“ abzuwehren. Oft ist für Mädchen gerade die Ermutigung wichtig, auf die eigene Intuition zu vertrauen und sich für die eigenen sexuellen Vorlieben zu öffnen. Des Weiteren sind in diesem Zusammenhang häufig die Fragen, wie ein lesbisches oder bisexuelles Mädchen mit ihrem Anders-Sein umgehen möchte, was sie befürchtet, wem sie sich mitteilen will, wie sie sich mitteilen will usw., bedeutsam.

Hierzu das Beispiel von Anna (16 Jahre), die bei mir sowohl in Einzel- als auch in Gruppentherapie gewesen ist. Sie hatte sich immer wieder in Mädchen verliebt und für sie war klar, dass sie lesbisch ist. Bisher hatte sie sich nur mit anderen lesbischen Mädchen (meist online) ausgetauscht und wollte jetzt die

2 Das von mir Erfahrene bezieht sich auf mein therapeutisches Erleben als Frau gegenüber Mädchen, weshalb ich die weibliche Form Therapeutin, Behandlerin, Klientin etc. verwende. Meine Erfahrungen erlaube ich mir nicht auf männliche Therapeuten zu übertragen, die im Kontakt mit jugendlichen Klientinnen einer besonderen Dynamik ausgesetzt sind, auf die ich in diesem Beitrag nicht eingehe. Bei anderen Personenbezeichnungen verwende ich das Gender-Sternchen *, um allen Geschlechtsidentitäten gerecht zu werden.

Gruppensituation nutzen, um sich gegenüber heterosexuell orientierten Mädchen zu outen. Zu Beginn der darauffolgenden Gruppensitzung begann sie innerhalb unseres „Blitzlichts“ mit einem „äh“ und setzte nach einigem Zögern fort mit: „Ja ... ich wollte euch was sagen ... also ... ich stehe auf Mädchen ... also ... nicht auf Jungs ... ich mag Mädchen ... also ... ihr wisst schon, was ich meine ... oder?“ Kurz herrschte betretenes Schweigen im Raum, dann meldete sich das erste Mädchen zu Wort: „Ja, ich hab auch schon mit Mädchen geknutscht“, und die Nächste fiel ein mit: „Geknutscht? Ja, was denkt ihr, was ich schon alles mit Mädchen gemacht hab?“ Gelächter setzte ein, Erfahrungen wurden ausgetauscht und dadurch kam eine große Quirligkeit und Heiterkeit auf. Das Thema wurde ausgiebig „gefeiert“, wobei mir klar wurde, dass es heutzutage zur weiblichen Sozialisation dazugehören scheint, auch homoerotische Erfahrungen zu sammeln. Irgendwann fand die Gruppe zurück zu einer Ernsthaftigkeit und zurück zu Anna, die nun sehr erleichtert war. Ihr tat ihre erste Outing-Erfahrung gut und half ihr, etwas lockerer mit diesem Thema umzugehen.

Anzuführen ist noch die Achse V des Multiaxialen Klassifikationsschemas (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2012): Der sexuelle Missbrauch innerhalb der Familie (Z61.4) und der sexuelle Missbrauch außerhalb der Familie (Z61.5) tauchen in meiner Praxis immer wieder auf – entweder direkt als Anmeldegrund oder im späteren Verlauf der Behandlung von Mädchen mit Essstörungen, selbstverletzendem Verhalten, einer Borderline-Symptomatik usw. Dieses Thema wird in diesem Beitrag nicht behandelt, da es zu komplex ist und einer gesonderten Darstellung bedürfte, die vielfach bereits vorhanden ist.

In Abbildung 4 ist nun der gesamte Kosmos an sexuellen Themen, mit denen in einer psychotherapeutischen Praxis zu rechnen ist, dargestellt. All diese Themen sind mir mit Ausnahme der Prostitution begegnet. Doch auch die Prostitution ist ein denkbares Thema, etwa wenn Studentinnen sich Geld damit verdienen.

Typische Anlässe, die zu Gesprächen über sexuelle Themen führen können (vgl. Abb. 5), sind zuallererst konkrete Fragen von Patientinnen zu etwa Menstruationsproblemen, zu Verhütung oder dem Besuch beim Frauenarzt, was eher bei jüngeren Mädchen der Fall ist. Mädchen ab einem Alter von 17/18 Jahren berichten mitunter von selbst über konkrete (sexuelle) Erfahrungen, Vorlieben und Schwierigkeiten, oft in Zusammenhang mit Beziehungsproblemen. Beispiele hierfür sind der Mangel an Lust, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr oder eine erfüllend erlebte Sexualität, die das Mädchen an einen Partner bindet, unter dem sie leidet.



Abbildung 4: Sexuelle Themen in der Arbeit mit Mädchen

Typische weitere Anlässe, nach der Sexualität zu fragen, sind verwandte Themen wie etwa Treueprobleme, ein neuer Freund, der erste Freund oder wenn ein (älteres) Mädchen darunter leidet, keinen Freund zu haben. Weitere Gesprächsanlässe für sexuelle Themen sind somatische Beschwerden (Blasenentzündungen, Pilzkrankungen der Scheide), die z. B. Grenzverletzungen anzeigen können, was in meinem Fallbeispiel (vgl. Kap. 3) thematisiert wird. Außerdem taucht das Thema Sexualität als Begleiterscheinung anderer psychischer Erkrankungen oder anlässlich eines aktuellen Geschehens wie etwa dem Kinofilm „Fifty Shades of Grey“, der viele „meiner“ Mädchen zu Gedanken über ihre sexuellen Wünsche angeregt hat, auf. Ein häufiger Anlass für Ge-

Gesprächsanlass	Themenbeispiele
1. Konkrete Fragen der Patientinnen	Menstruationsprobleme, Verhütung, Besuch beim Frauenarzt
2. Konkrete (sexuelle) Erfahrungen der Patientinnen	Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Verliebtheit in ein Mädchen, was Fragen der sexuellen Orientierung aufwirft
3. Verwandte Themen	Neuer Freund, erster Freund, kein Freund, Treueprobleme
4. Somatische Beschwerden (Blasenentzündung, Pilzerkrankung an der Scheide ...)	Grenzen und Bedürfnisse in der Sexualität
5. Zwangserkrankungen	Ekelgefühle vor der Menstruation oder dem Toilettengang
6. Begleiterscheinungen anderer psychischer Erkrankungen	Depression: Sexuelle Unlust Magersucht: Amenorrhoe
7. Filme	Der Kinofilm „Fifty Shades of Grey“ als Anlass für masochistische Vorlieben/Experimente
8. Häufig wechselnde Sexualpartner*innen	Funktionen der Sexualität – Suche nach Geborgenheit und Zusammengehörigkeit mit einem Menschen – gesehen und beachtet werden – Vermeidung von Einsamkeit – Erleben oder auch Vermeidung von Nähe – Bestätigung des Selbstwertes – Drang nach Freiheit – Protesthaltung gegen die Erwachsenenwelt – Ausdruck von Lebenslust und -freude – Möglichkeit, sich zu spüren usw.
9. Negatives Körperbild	Angst vor Sexualität, Schamgefühle bei Sexualität
10. Elterliche Ausgehverbote	Lust und Interesse an sexuellen Erfahrungen als normaler Entwicklungsimpuls

Abbildung 5: *Typische Gesprächsanlässe für sexuelle Themen in der psychotherapeutischen Arbeit mit Mädchen*

sprache über Sexualität ist auch das negative Körperbild, mit dem viele Mädchen in der Therapie sind. Es ist verbunden mit Schamgefühlen, die wiederum Angst vor Sexualität erzeugen. Und bei jüngeren Mädchen sind es manchmal die elterlichen Ausgehverbote, die dazu führen, dass Lust und Interesse an sexuellen Erfahrungen als völlig normale Entwicklungsimpulse zur Sprache kommen. Auch häufig wechselnde Sexualpartner*innen sind ein Gesprächsanlass für sexuelle Themen. Hier geht es um die Klärung der Funktion des sexuellen Verhaltens, was überhaupt – nicht nur in diesem Zusammenhang – thematisiert werden sollte, wenn es um Sexualität geht. Ist die Sexualität ein lebendiger Ausdruck von Freude, Lebenslust und Liebe? Oder eher die Suche nach Geborgenheit und Zusammengehörigkeit mit einem Menschen? Geht es um das Erleben von Nähe oder gerade um deren Vermeidung? Auch die Vermeidung von Einsamkeit kann eine Rolle spielen oder die Bestätigung des eigenen Wertes, das Gesehen- und Beachtet-Werden. Sexualität kann aber auch den Drang nach Freiheit verkörpern oder Ausdruck einer coolen Protesthaltung gegenüber der Erwachsenenwelt sein. Braucht es Sex, um sich zu spüren? Oder wird Sex gerade durch den gesellschaftlichen Umgang und die Erfahrungen während der Sozialisation für die Befriedigung anderer Bedürfnisse instrumentalisiert, was den Mädchen letztlich schadet? Neben diesen von mir genannten Anlässe sind natürlich etliche andere denkbar, Gespräche über Sexualität entstehen zu lassen.

Sehr häufig kommt ein sexuelles Thema so „nebenbei“ zum Ausdruck. Dies zu hören oder zu erahnen ist Aufgabe der Therapeutin, und in den meisten Fällen bin *ich* es, die nachfragt. Es zeigt sich schnell, dass viele Mädchen offen und froh sind, auch über ein intimes Thema sprechen zu können. Mitunter mag es zunächst peinlich sein, was ich anspreche: „Das ist jetzt schon ein bisschen peinlich, oder?“ Und dann lachen wir, und wenn die Klientin mitlacht, ist die Peinlichkeit damit oft gelöst. Andernfalls sage ich etwas wie: „Mmh, ja, es ist schwierig, darüber zu reden. Schau doch mal, ob es jetzt passt oder vielleicht doch nicht.“

Immer wieder höre ich im Nachhinein, dass es gut war, mit jemandem über einen so intimen Bereich des Erlebens geredet zu haben. Eltern (meistens sind es die Mütter) werden in der Regel nicht als geeignete Gesprächspartner*innen empfunden. Sie werden als „gehemmt“ wahrgenommen oder die Mädchen haben Sorge, etwas über die Sexualität ihrer Mutter oder ihres Vaters zu erfahren, was sie zumeist nicht unbedingt wollen. Oder es ist den Mädchen selbst peinlich, mit der Mutter über sexuelle Anliegen zu reden. Freundinnen, die auch als Gesprächspartnerinnen in Frage kämen, gibt es oft nicht, oder die

Mädchen können – je nach sozialem Umgang – nicht ernsthaft mit Gleichaltrigen über Sex reden, weil es schnell albern wird. Oder das Gespräch entwickelt sich zu einer Angeberei, oder die Mädchen haben den Eindruck, dass sich die anderen auch nicht auskennen.

Zwischen 17 und 19 Jahren wird es leichter, mit der Mutter und mit Gleichaltrigen zu reden. Und dennoch erscheint mir eine erwachsene Fachkraft wichtig und gewünscht als Gegenüber – auch und gerade bezüglich des Themenbereichs Sexualität. Deshalb möchte ich alle Leser*innen ermutigen, auch dieses Thema in den Fundus ihrer therapeutischen Arbeit aufzunehmen.

3. Der Prozess der therapeutischen Begleitung am Fallbeispiel Tina

Als Fallbeispiel habe ich Tina gewählt, die im Alter von 17.5 Jahren zu mir in die Therapie kam, nachdem sie einen Exfreund ihrer Wohngemeinschaft, der sie bedrängte, zu Boden geworfen hatte, ohne sich daran erinnern zu können. Eine Mitbewohnerin hatte die Situation beobachtet, und Tina war über sich selbst erschrocken und irritiert. Der Exfreund war schnell ausgezogen, doch sie begegnete ihm hin und wieder in der Schule, hatte Angst vor ihm und auch vor sich selbst und ihren unberechenbaren Reaktionen. In der Wohngemeinschaft lebte sie seit dem Alter von 17.2 Jahren, nachdem ihre Eltern aus beruflichen Gründen weiter weg gezogen waren. Die Diagnostik wies neben den genannten Ängsten auf eine leichte depressive Reaktion (Beck Depressions-Inventar-II; Hautzinger, Keller & Kühner, 2006) und eine leicht verminderte Selbstakzeptanz (Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung; Sorembe & Westhoff, 1985) hin. Ich beantragte eine Kurzzeittherapie mit der Diagnose einer Anpassungsstörung (F43.2). Während der Therapie traten zum einen Tinas große Einsamkeit und ihre Sehnsucht nach einer fürsorglichen Mutter hervor (sie hatte ihre Mutter stets sehr karrierebewusst, wenig warmherzig und fürsorglich ihren Kindern gegenüber erlebt). Zum anderen wurde ihre sexuelle Freizügigkeit deutlich. Tina hatte mir von manchen Erlebnissen berichtet, in denen sie sexuelle Aktivitäten der Partner zugelassen bzw. mitgemacht hatte, die ich ziemlich grenzüberschreitend empfand. Nachdem ihre Ängste jedoch schnell verschwunden waren und sie einen neuen Freund gefunden hatte, mit dem sie sich wohlfühlte, beendete sie ihre Therapie ein gutes halbes Jahr später nach 18 Stunden. Wenige Monate danach meldete sie sich erneut und berichtete von wiederholten Blasenentzündungen. Die frauenärztliche Behandlung und vielerlei

Empfehlungen hatten über Monate hinweg zu keiner nachhaltigen Besserung geführt. Die Exploration zeigte, dass die Blasenentzündungen in den Pflingstferien, einen Monat nach Beginn ihrer neuen Beziehung, eingetreten waren und sich in den Sommerferien verschlimmert hatten. In diesen Zeiten war Tina fast täglich mit ihrem Freund zusammen und sie hatten häufiger Sex als außerhalb der Schulferien. Die dann auftretende Blasenentzündung verursachte Schmerzen beim Geschlechtsverkehr – mitunter so stark, dass dieser nicht mehr möglich war. Im Weiteren zeigte sich, dass Tina die vom Freund initiierten Zärtlichkeiten und den nachfolgenden Sex oft mitmachte, obwohl sie selbst keine Lust empfand, was ihr jedoch erst in unseren Gesprächen bewusst wurde. Auch jenseits der Sexualität gab es etliche Situationen, in denen Tina nicht wusste, was sie will, und deshalb mitmachte, was der Freund vorgab – etwa gemeinsames „Zocken“ (Computerspiele) oder Aufenthalte im Elternhaus des Freundes. So hatte sich dadurch eine ganz allgemeine Unlust in Tinas Leben geschlichen.

Ich habe dieses Beispiel gewählt, weil es so typisch ist für die Arbeit mit Mädchen und gut die Schritte verdeutlicht, die häufig zu begleiten und zu fördern sind. Diesen Prozess der therapeutischen Begleitung möchte ich im Folgenden aufzeigen (vgl. Abb. 6).

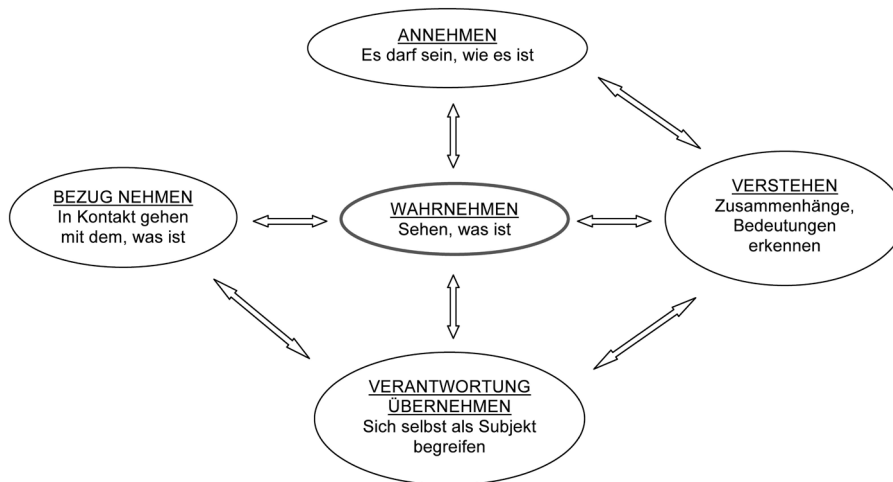


Abbildung 6: Prozess der therapeutischen Begleitung

3.1 Wahrnehmen

Ein zentraler Aspekt des gesamten Therapieprozesses ist die *WAHRNEHMUNG, das Sehen dessen, was ist*. In meinem Beispiel brauchte es für Tina die Blasenentzündungen, um die Aufmerksamkeit auf ihr Sexualleben zu richten und zu registrieren, dass sie gar nicht so oft Sex möchte, wie sie es praktiziert. Es brauchte also die Blasenentzündungen, um eine Grenze zu setzen, die Tina nicht bewusst wahrgenommen hatte.

Um den Prozess des Wahrnehmens zu verdeutlichen, möchte ich einen weiteren Fall schildern. Ich erwähnte bereits als Beispiel für eine Grenzüberschreitung das „Fingern“ im Jugendtreff, das mir von der 16-jährigen Jasmin ganz lustig und leicht „so nebenbei“ erzählt wurde. Ich fragte nach: „Fingern im Jugendtreff? Und es ist nicht dein Freund? Wolltest du das?“ Woraufhin sie in lockerem Ton antwortete: „Ja, ja, das ist bei uns so üblich. Das macht mir nichts.“ Bezüglich desselben Vorfalls verspürte die *18-jährige* Jasmin nun Scham und Verletzlichkeit. Dazwischen lagen eineinhalb Jahre Therapie, in der das Selbst- und das Körperbewusstsein, die Selbstempathie und die Eigenwahrnehmung von Jasmin Schritt für Schritt gestärkt wurden.

3.2 Annehmen

Als zweiten Aspekt des therapeutischen Prozesses habe ich das *Annehmen* formuliert – Annehmen im Sinne eines „Es darf sein, wie es ist“. Zwar ist einerseits die *Bereitschaft*, die Dinge anzunehmen, wie sie sind, eine Voraussetzung des Wahrnehmens. Andererseits kann das Annehmen dessen, was ist, erst folgen, nachdem es wahrgenommen wurde. Somit stellt das Annehmen einen auf die Wahrnehmung folgenden Entwicklungsschritt dar. Am Beispiel von Tina bedeutet dies: Kann sie annehmen, dass ihre Blasenentzündungen eine Grenze aufzeigen, oder muss sie dies abwehren? Was löst es in ihr aus, zu erkennen, dass sie gar nicht so oft sexuelle Lust verspürt, wie sie dies vielleicht von sich erwartet oder wünscht? Wie ist es für sie, wenn sie sich ihrem Partner möglicherweise entgegen ihrem inneren Bild einer autonomen Frau anpasst? Macht sie dies wütend oder traurig? Passt es zu ihrem bisherigen Selbstbild bzw. kann sie dies als neue Erkenntnis in ihr Selbstbild integrieren? Es gilt also, die Gefühle, Einstellungen und Bewertungen zu dem Wahrgenommenen bewusst zu machen, indem die Patientin angehalten wird, in Bezug zu dem zu treten, was sie wahrnimmt. Es kommt zu einem Pendeln zwischen den Prozessschritt-

ten des Wahrnehmens und des Annehmens (vgl. Abb. 6). Gegebenenfalls gestaltet sich das Annehmen schwierig, doch diese therapeutische Arbeit lohnt sich. Jedes Mal, wenn wir eine innere Regung, eine Erkenntnis über uns selbst, ein Gefühl, einen Gedanken annehmen können, bedeutet dies eine *Stärkung unseres Selbst* und ist gerade deshalb von so hoher Bedeutung im therapeutischen Prozess. Um diesen Prozess zu fördern, bedarf es der wohlwollenden, verstehenden, nicht wertenden Begleitung der Therapeutin, die mitunter – wie bereits im Kapitel 1 dargestellt – selbst vor der Herausforderung steht, anzunehmen, was ist.

An dieser Stelle möchte ich ein zentrales Gefühl anführen, das gerade ab der Pubertät sehr normal und für die Entwicklung hilfreich und nützlich ist, weil es uns auffordert, Standpunkte zu finden und annehmen zu lernen – den *Selbstzweifel: Ist es richtig, wie ich fühle, denke, handele? Ist es normal, ist es o.k. so, wie es ist? Ist es gut genug? Bin ich richtig, normal, o.k.? Bin ich gut genug?* Tinas Selbstzweifel ließen sich etwa so formulieren: „Müsste ich, wenn ich meinen Freund liebe, nicht auch oft mit ihm schlafen wollen?“

Exkurs: Der Einfluss der Medien auf Sexualität und Körperlichkeit

Bei der Frage, was sein sollte, was man wollen sollte, wie man fühlen sollte, spielen sehr stark das Bild und die Idee von Beziehung/Liebe/Sexualität, die die Patientin internalisiert hat, eine Rolle. Neben unserem kulturellen Erbe, den durch die Erziehung vermittelten Normen und Werten, den realen Beziehungsmodellen unserer Kindheit und Jugend, den eigenen Erfahrungen und Erlebnissen haben auf unser Erleben von Sexualität und Körperlichkeit auch die von den Medien (Internet, TV, Plakatwerbung etc.) vermittelten Bilder einen hohen Einfluss (vgl. Abb. 7).

Leider führt dieser Einfluss der Medien, nach dem zu urteilen, was ich von den Mädchen höre, oft eher zu einer Verunsicherung als zu einer Stärkung von Mädchen bezüglich ihres sexuellen Verhaltens. Hierzu einige Beispiele:

- In Filmen wird immer wieder gezeigt, wie Mann und Frau sich kennenlernen und kurz darauf gigantischen Sex miteinander haben, bei dem beide Spaß haben und beide sofort beim ersten Mal gleichzeitig zum Orgasmus kommen. In der Realität der meisten Mädchen ist dies hingegen nicht der Fall, weshalb Selbstzweifel auftauchen: „Bin ich richtig, wenn ich keinen Orgasmus habe? Oder stimmt mit mir etwas nicht?“
- In pornografischen Filmen wird die Frau meistens dargestellt, als ob sie dauernd sexbereit wäre und jedem Mann – auch gerne mehreren – zur Ver-

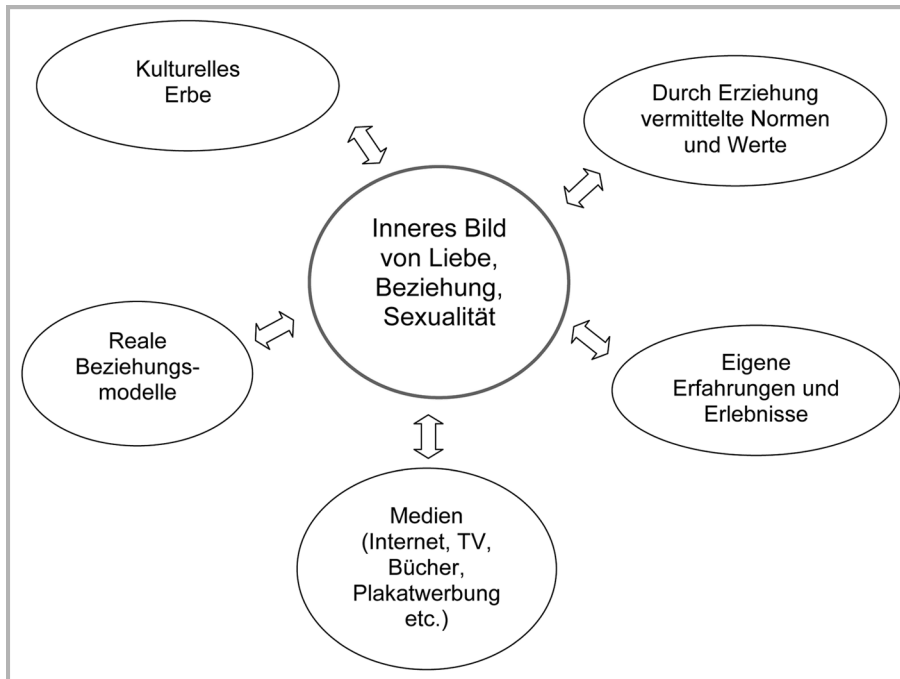


Abbildung 7: *Faktoren, die unser inneres Bild von Liebe, Beziehung, Sexualität prägen*

fügung stünde und größte Lust zum Beispiel dabei empfinden würde, vom Mann beim Samenerguss vollgespritzt zu werden. Mädchen stellen in der Therapie dann die Frage „Bin ich gut im Bett?“. Diese Frage greife ich auf, um mit der Patientin darüber zu reden, was denn vielleicht im Bett bereits gut ist mit ihrem Freund, für wen es denn gut sein soll und was für *sie* gut wäre? Oft zeigt sich, dass Mädchen dies nicht wissen, und wir können dann gemeinsam überlegen, wie sie dies herausfinden können – vielleicht, indem sie mit sich selbst experimentieren.

- Im Gegensatz zu der beschriebenen pornografischen Darstellung von Frauen werden Mädchen sowohl in den Medien als auch in der Realität schnell als Schlampe diffamiert, wenn sie sich offensiv lustvoll zeigen, sich sexy kleiden und aktiv begehrend geben. Dies führt häufig dazu, dass sich Mädchen für ihre Lust am Sex oder ihre Lust an der Verführung oder ihre Lust am Experimentieren schämen, dass sie anständig sein wollen, eigene Impulse unterdrücken und dabei ein Stück Lebendigkeit aufgeben.
- Meistens ist es der Mann, der in Filmen die Initiative ergreift und auch genau weiß, was zu tun ist, um der Frau Lust zu bereiten – ebenfalls ein ver-

zerrtes Bild der Realität für Paare in jungen Jahren: Woher soll ein 16-, 17-, 18- oder 19-Jähriger wissen, was den Frauen im Allgemeinen und diesem Mädchen speziell gefällt? Und auch den Mädchen wird ein Bild von Männlichkeit suggeriert, das unrealistisch ist: Jungs wissen, was zu tun ist, Jungs kennen die Bedürfnisse und Grenzen der Mädchen und „machen das schon“, und Mädchen brauchen nach diesem Bild keine Verantwortung übernehmen, was Enttäuschungen und Beziehungskonflikte vorprogrammiert.

- Häufig finden sich in Romanen, Filmen und Serien nette Paare, deren Welt perfekt zu sein scheint mit einem Mann, der seiner Partnerin stets aufmerksam zuhört, ihr hin und wieder kleine Geschenke mitbringt, sofort merkt, wenn sie etwas bedrückt, stets freundlich und nie gestresst ist, ihr bei vielen Gelegenheiten seine Liebe bekundet, für keine andere Frau Augen hat, immer derselben Meinung ist usw. Umgekehrt trifft dieses ideale Bild auch auf die Partnerin zu, die ebenfalls stets Verständnis zeigt für ihren Partner, Missverständnisse konfliktfähig und vernünftig ausräumen kann, 24 Stunden am Tag und 7 Tage die Woche hübsch aussieht, eine perfekte Erzieherin für ihre Kinder ist und auf alle „bösen Angriffe“ von außen schlagfertig die passende Antwort parat hat. Solche Beziehungsdarstellungen prägen bei jungen Menschen ein Idealbild, das zu überzogenen bzw. fremden Erwartungen sich selbst, dem/der Partner*in und der Beziehung gegenüber führt. Sie sind in der Realität kaum erreichbar, säen Zweifel, verunsichern, rufen Konflikte hervor, sind mitunter schwer korrigierbar und führen zu Beziehungsgestaltungen, die nicht dem eigenen Selbst entsprechen.

Alle diese Beispiele verdeutlichen die Medieneinflüsse, denen Jugendliche ausgesetzt sind. Sie zeigen, wie schwierig es sein kann, sich zurechtzufinden und sein Eigenes zu entwickeln in einer (Medien-)Welt voller Widersprüche und sich abzugrenzen von gesellschaftlichen Erwartungen, denen man nicht entspricht oder entsprechen mag.

Neben diesen Bildern über Beziehungen und Sexualität beeinflussen auch sehr die Bilder über den idealen Körper, das perfekte Aussehen und die genormte Figur das sexuelle Verhalten. Viele Mädchen – gerade diejenigen, die in Therapie sind – genießen sich für Körperbereiche oder lehnen sich vollständig ab, fühlen sich zu dick und haben aus dieser Selbstablehnung heraus Angst, vom Partner abgewiesen zu werden. Beim Austausch von Zärtlichkeiten verharren sie eher in dieser Angst und können sich nur schwer auf Lust und Freude einlassen. Dazu das eher positive Beispiel von Dunja (16 Jahre), die nur mit BH mit ihrem Freund Sex hatte, weil sie sich wegen ihrer Brüste, die in ihren Augen zu

klein waren, schämte. Sie hatte also ein Gefühl für ihre eigene Schamgrenze, war aber verunsichert, ob diese „o.k.“ ist, weswegen sie es in der Therapie ansprach. Ich gab ihr dann die „Erlaubnis“, so lange ihren BH zu tragen, wie es für sie wichtig ist, und konnte dabei auf andere Erfahrungen von ihr Bezug nehmen, bei denen es um die Entwicklung von Vertrauen ging und darum, dass Vertrauen Zeit braucht. Als wir ein paar Wochen später erneut auf unser Gespräch zurückkamen, sagte sie lachend: „Ach, der BH, den trage ich schon lange nicht mehr. Und wissen Sie was? Mein Busen ist jetzt richtig gewachsen. Meine Brüste sind viel größer geworden.“

Dieses Beispiel zeigt, dass es für eine schöne Sexualität keine Voraussetzung ist, seinen Körper vollständig anzunehmen, dass es dann aber etwas anderes braucht. In diesem Fall war es für Dunja wichtig, dass sie für sich selbst annehmen konnte: „Ich finde meine Brüste klein und deswegen geniere ich mich und möchte den BH beim Sex anbehalten.“ Mit diesem Verhalten zeigte Dunja ein Selbstbewusstsein, das auf den ersten Blick – „Mensch, die traut sich nicht, ihren BH auszuziehen“ – vielleicht gar nicht als solches erscheint. Und wir sehen an diesem Beispiel auch die große Kraft des Sexualtriebs, der doch so manches Hindernis überwindet.

3.3 Verstehen

Zurück zum therapeutischen Prozess: Das *ANNEHMEN* ist – wie bei Dunja – mitunter ein leichter Schritt, oft aber auch ein schwerer, langwieriger, der einen weiteren Schritt braucht, nämlich das *VERSTEHEN* (vgl. Abb. 6). Hier steht das Beispiel von Sarah (15 Jahre) für viele Mädchen, die merken, dass sie mit ihrem Freund noch nicht schlafen wollen, und sich aus Angst, ihn zu verlieren, nicht trauen, ihm dies zu sagen. In diesem Fall ist es wichtig, nicht in den Chor der Gleichaltrigen oder Eltern mit einzustimmen, die sagen: „Sag’s ihm halt. Wieso traust du dich nicht? Du musst nicht mit ihm schlafen, wenn du nicht willst.“ Eine solche Reaktion kann dem Mädchen zu ihrem Gefühl der Angst auch noch das Gefühl geben, schwach und eine Versagerin zu sein. Alle anderen würden dem Freund selbstbewusst ihre Grenze mitteilen, nur sie ist nicht dazu in der Lage. Ein guter Weg ist hier, hinter der Verlustangst die Bedürftigkeit und die Sehnsucht, gewollt zu sein und dem anderen etwas zu bedeuten, zu sehen, sodass das Mädchen über unser Verstehen lernt, sich selbst zu verstehen, und sich mit diesem Verhalten und in ihrer vermeintlichen

Schwäche geschätzt fühlt. Denn genau dies fehlt dem Mädchen für sich selbst: Wertschätzung als attraktive und liebenswerte Partnerin.

Zurück zu Tina: Sie kannte von sich, dass sie in anderen Beziehungen oft Lust auf Sex hatte, und es war für sie zunächst nicht zu verstehen, warum das jetzt anders war. *Verstehen* konnte sie es in dem Gesamt-Beziehungskontext, als wir reflektierten, dass sie häufig auch außerhalb der Sexualität nachgab, sich anpasste, Dinge tat, die sie nicht wirklich wollte, und gar nicht wusste, was sie will. In diesem Kontext verstand sie die sexuelle Lust als eine sensible Spürinstanz, die schneller bemerkt, was ist, als ihr Kopf.

3.4 Verantwortung übernehmen

Wünschenswert ist als nächster Prozessschritt, dass für das, was wahrgenommen wurde, auch Verantwortung übernommen werden kann (vgl. Abb. 6). *VERANTWORTUNG ÜBERNEHMEN* bedeutet nach meiner Auffassung, Gefühle, Bedürfnisse und Grenzen als etwas Eigenes zu begreifen (nicht: Der/Die Andere ist schuld daran, dass ich wütend, verletzt, enttäuscht bin, nicht bekomme, was ich will, etc.). Es bedeutet, den eigenen Anteil am Geschehen zu erkennen, was Handlungs- und Veränderungsmöglichkeiten erschließt. Verantwortung bedeutet eher eine innere Haltung als ein jederzeit verantwortliches Handeln. Und es bedeutet *nicht* „Ich bin schuld“.

Verantwortung für das Eigene zu übernehmen, kollidiert oft – gerade bei jungen Mädchen – mit dem tiefen Bedürfnis, gesehen, wahrgenommen und beachtet zu werden. Gerade die Mädchen, die wenig in Kontakt mit ihrem Selbst sind, tragen oft eine große Bedürftigkeit in sich. Endlich soll jemand da sein, der sie sieht, sie annimmt, wie sie sind, ihre Bedürfnisse und Grenzen errät, sie versteht und toll findet und ihnen einen Wert gibt – die Retterphantasie, die wir vermutlich alle kennen, zumindest aus unserer Jugendlichenphase. Diese Phantasie kann ebenfalls als Signal der Seele verstanden werden. Als Signal, das der Klientin zeigt, was sie tatsächlich braucht, nämlich jemanden, der sie sieht, sie annimmt und versteht. Diese Funktion hilfsweise zu übernehmen ist eine der Aufgaben von Therapeut*innen.

Bei Tina bedeutete, Verantwortung zu übernehmen, dass sie die Schuld für den häufigen Sex und für das dominante Verhalten ihres Freundes innerlich nicht auf ihn schob, sondern ihren Anteil erkannte: Wenn sie ein überangepasstes Verhalten zeigt, Bedürfnisse und Grenzen nicht mitteilt, der Freund also gar nichts davon weiß, trägt dieses Verhalten dazu bei, dass ihr Freund den

Ton angibt. Diese verantwortliche Haltung zu übernehmen war für Tina eine eher leichte Übung und führte zum nächsten Prozessschritt.

3.5 Bezug nehmen

Mit *BEZUGNEHMEN* ist gemeint, in den Kontakt zu gehen, in Beziehung zu treten zum Gegenüber und im Kontakt mit dem anderen bei sich zu bleiben (vgl. Abb. 6).

Tina begann, in gezielten Situationen ihre Bedürfnisse genauer zu reflektieren, sagte nun gelegentlich auch „Nein“ und sprach mit ihrem Freund über ihre Empfindungen, was kommunikativ für beide schwierig war und schnell zu Konflikten und Argumentationen ohne gegenseitiges Verständnis führte. Sie brachte ihn zu zwei Therapiesitzungen mit, bei denen wir eine neue Gesprächsform erprobten. Zunächst gelang es Tina dennoch nicht, ihre formulierten (sexuellen) Grenzen und Bedürfnisse auch durchzusetzen. Ein wesentlicher Grund dafür war, dass sie sich ihrer selbst nach wie vor zu unsicher war und sich leicht beeinflussen ließ. Auch in ihrem Fall arbeiteten wir weiter am Selbst-Bewusstsein und an der Selbst-Stärkung. Mit Selbst-Stärkung meine ich, dass Klientinnen zu einem *Innenbezug* finden, in ihrem Inneren Halt und Sicherheit entdecken, dass sie lernen, die Sprache und Signale ihres Selbst (Gefühle, Symptome, Gedanken, Körperempfindungen usw.) zu verstehen, sich daran zu orientieren, darauf zu vertrauen, und aufbauend auf diesem Innenbezug psychische Strukturen entwickeln, ihrem Selbst entsprechend im Außenbezug zu leben.

Die Stärkung des Selbst, das übergeordnete, störungsübergreifende Ziel meiner Arbeit, führt immer auch zu einer Stärkung der Sexualität, zu einer Stärkung der Selbstbestimmung in der Sexualität, sodass das Selbst sich auch auf der Ebene der Sexualität zeigen und einen lebendigen Ausdruck finden kann (vgl. Abb. 8).

Als Ziele der sexuellen Entwicklung (vgl. Abb. 9) von Mädchen sehe ich die Fähigkeit zu lustvoller Sexualität, die Fähigkeit zu Liebe und wachsender Intimität, zu sexueller Selbstbestimmung und (erste) Vergewisserungen über die eigene sexuelle Orientierung. Die Erreichung dieser Ziele im Bereich der sexuellen Entwicklung ist nur möglich in Zusammenhang mit der Selbst- und Körperentwicklung sowie der Beziehungsfähigkeit. Sie sind ein Teilaspekt meiner therapeutischen Arbeit mit Mädchen – mal mehr, mal weniger, je nachdem wie sich der therapeutische Prozess entwickelt.

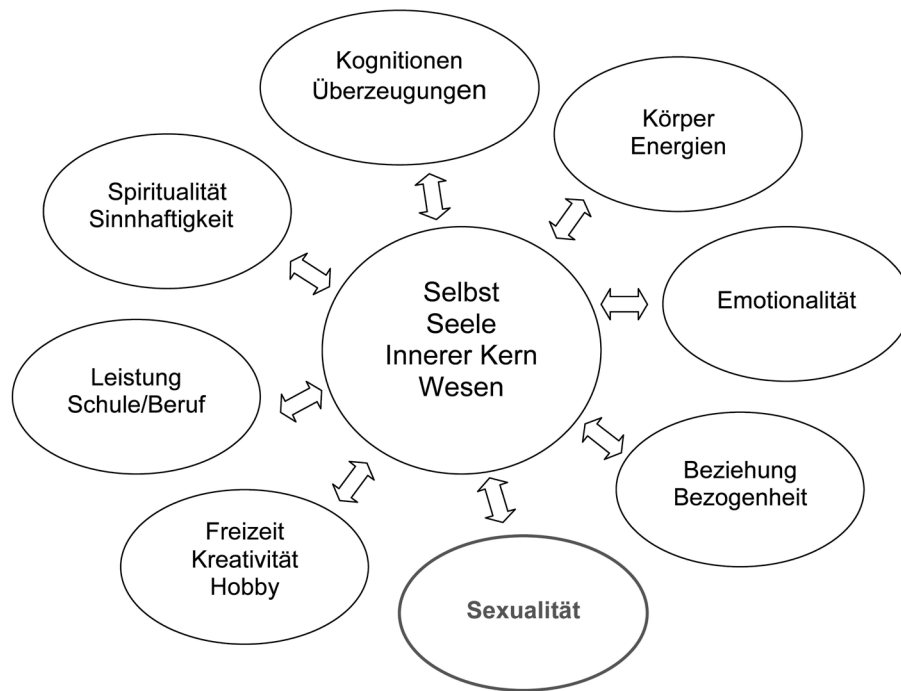


Abbildung 8: *Sexualität als Ausdruck unseres Selbst*

- Fähigkeit zu lustvoller Sexualität
- Fähigkeit zu Liebe und wachsender Intimität
- Sexuelle Selbstbestimmung
 - Ich darf Sexualität genießen
 - Ich darf warten, bis ich mich auf sexuelle Erfahrungen einlassen will
 - Ich finde heraus, welche sexuellen Aktivitäten ich mag bzw. nicht mag
 - Ich darf jederzeit NEIN sagen
 - Ich darf eigene Wünsche äußern und verfolgen
 - Ich akzeptiere die Grenzen des anderen
- (Erste) Vergewisserungen über die sexuelle Orientierung

Abbildung 9: *Ziele der sexuellen Entwicklung von Mädchen*

Mein Therapiekonzept für Mädchen zur *Stärkung des Selbst* beruht auf einem Mix aus Einzel- und Gruppentherapie. Im Einzelsetting bedeutet dies, dass immer wieder die Selbstempathieschleifen – wie oben beschrieben, beginnend mit der Selbst-Wahrnehmung – gegangen werden. Selbstverständlich kommt dabei an verschiedenen Stellen des Therapieprozesses das gesamte therapeutische Methodenrepertoire von A wie Achtsamkeitsübungen über I wie Innerteile-Arbeit oder K wie kognitives Umstrukturieren bis hin zu Z wie Zuhören zum Einsatz. In den parallel zu den Einzelstunden laufenden, 14-täglich stattfindenden Gruppensitzungen arbeite ich mit den Mädchen zu den drei Bereichen *Selbstwernerleben*, *Körperbewusstsein* und *emotionale Kompetenz* (vgl. Abb. 10).

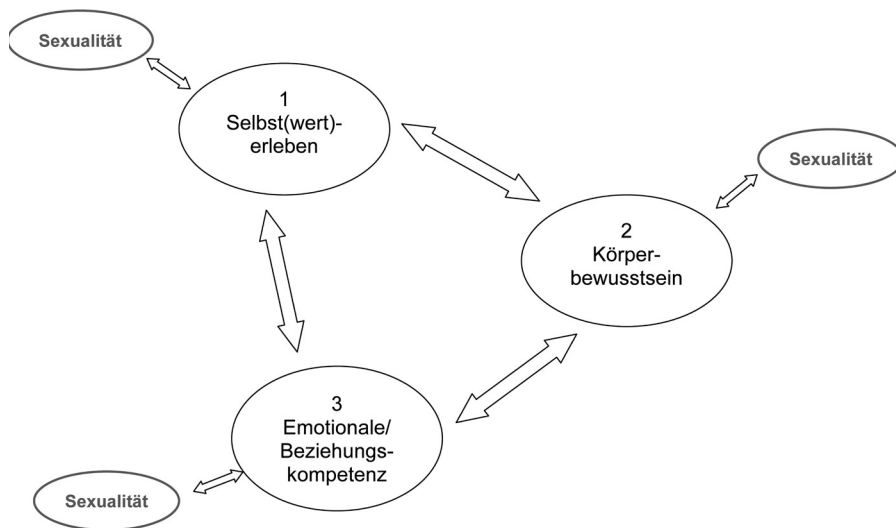


Abbildung 10: *Drei Säulen des Therapiekonzeptes*

Methodisch steht dabei der Gruppenaustausch im Vordergrund, angeregt und vertieft durch viele praktische Einzel-, Paar- und Gruppenübungen, Imaginationen, Focusing-Prozesse, Reflexionen, psychoedukative Elemente u. Ä. Ich biete den Mädchen Möglichkeiten an, ihren Körper wahrzunehmen, über die Beziehung zu ihrem Körper zu reflektieren, Gefühle zu erleben, Gefühle und Körpererleben miteinander zu verbinden, ihrem Körper und ihrer Seele Gutes zu tun usw. Manchmal stoßen wir bereits in Zusammenhang mit dem Selbst-

werterleben auf das Thema Sexualität, z. B. wenn ein Mädchen mitteilt, dass sie sich wertvoller fühlt, wenn jemand mit ihr schlafen will. Wenn die Gruppe gut gewachsen ist, dann kommen wir in der Regel spätestens bei dem letzten Punkt, wenn die Mädchen über ihre Beziehungsgeschichten reden, auf die Sexualität zu sprechen. Meistens jedoch stoßen wir in Zusammenhang mit der Körperarbeit auf das Thema. Eine kleine Aufgabe dabei ist, dass die Mädchen in der Gruppe auf einem Plakat sammeln, womit sie positive Körpererfahrungen erleben, wie in Abbildung 11 dargestellt. Bei genauerem Hinsehen finden sich in diesem Gruppenbild die Erfahrungen ‚kuscheln‘, ‚umarmen‘, ‚küssen‘, ‚mit dem Freund im Wasser schmusen‘, ‚Sex‘ und ‚nach dem Sex‘ – aber ja!



Abbildung 11: Plakat mit positiven Körpererfahrungen von Mädchen

Wenn ich mit einem Mädchen oder einer jungen Frau in dieser Weise und in der beschriebenen Haltung arbeite, erwächst daraus eine *Stärkung des Selbst*. So auch bei Tina: Sie wurde sich ihrer selbst immer sicherer und konnte in Folge ihre Standpunkte in ihrer Partnerschaft zunehmend besser vertreten, dabei auch beharrlich bleiben und Konflikte riskieren. Ihre Blasenentzündungen waren bereits ein Vierteljahr nach Beginn der beschriebenen Therapiephase

verschwunden. Die Beziehung wurde mit Tinas gestärktem Selbstbewusstsein jedoch schwieriger, da der Freund mit der Entwicklung nicht Schritt halten konnte. Nach etwa einem Jahr kam es zur Trennung, die für Tina sehr eindeutig und klar war. Im Anschluss nahm Tina parallel zu ihren Einzelstunden zehn Mal an einer Mädchengruppe teil. Hier erlebte sie (und ich mit ihr) dasselbe Muster wie mit ihrem Freund. Sie wurde von einem anderen Mädchen – ich nenne sie Sabine –, die Grenzen im Kontakt mit sich und anderen nicht spüren konnte, zu ihrer Freundin auserkoren. Recht übergriffig und dominant vereinahmte Sabine Tina, sodass beide schnell mehrmals die Woche telefonierten und sich trafen. Auch nachts erhielt Tina von Sabine jammervolle Anrufe und eilte ihr zu Hilfe. Nachdem Tina im Laufe der vergangenen Monate gelernt hatte, zu erkennen, wann sie eigene Grenzen übergeht und übergehen lässt (ohne dass dies vom Gegenüber bemerkt wird), begriff sie schnell, dass dies im Kontakt mit Sabine erneut geschah, und brachte das Thema in die Einzelstunde ein. Nachdem ich selbst beobachtet hatte, wie Tina von Sabine vereinahmt wurde, konnten wir gut erarbeiten, welche Signale von Tina Sabine dazu ermutigt hatten. Insbesondere ihre hohe Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme für andere und eine große menschliche Toleranz aktivierten bei Tina schnell ein „Rat und Tat“-Verhalten. Tina erkannte Zusammenhänge mit ihrer Familie, in der sie an Mutters Stelle früh Verantwortung für den jüngeren Bruder übernommen hatte und auch für die Mutter selbst, wenn diese überfordert und gestresst war. Diese Erkenntnis löste bei Tina Traurigkeit und Ärger aus.

Ihr neues Verständnis und das damit verbundene emotionale Erleben förderten bei Tina die innere Erlaubnis, sich abgrenzen zu dürfen, was ihr gegenüber Sabine gut gelang. Klar und deutlich, aber auch einfühlsam zog sie sich aus der Freundschaft zurück. Im selben Sommer absolvierte sie ihr Abitur, nahm einen Job an, zog aus ihrer Wohngemeinschaft aus und mietete sich erstmals eine Wohnung für sich alleine. Sie lernte, mit den nun deutlich auftauchenden Einsamkeitsgefühlen umzugehen, und fand in diesem Prozess zu einer neuen Beziehung mit ihrer Mutter. Sie schulte sich in Autonomie, ging z. B. allein ins Café oder besuchte ebenfalls allein das Fitnessstudio. Nach einigen Monaten fand sie einen neuen Freund und zurück zu großer Lust beim Sex, sodass wir die Therapie beendeten. Ein gutes Jahr später traf ich Tina wieder und erfuhr, dass sie seit über einem Jahr mit ihrem Freund zusammen ist und dass beide gerade dabei sind, in eine erste gemeinsame Wohnung zu ziehen. Auch nach dieser langen Beziehungszeit schläft sie gerne mit ihrem Freund und ergreift oft selbst die Initiative. Sie schilderte ihre Partnerschaft

insgesamt als sehr befriedigend und fühlt sich auf gleicher Augenhöhe mit ihrem Freund. Außerdem befindet sie sich nach einem Jahr des Arbeitens in Jobs in einer Ausbildung, die ihr sehr gefällt.

Wichtig ist mir noch zu erwähnen, dass das von mir in Abbildung 6 dargestellte Prozessmodell nur ein *Modell* ist, das nicht Schritt für Schritt „abgearbeitet“ werden kann. Jeder therapeutische Prozess gestaltet sich individuell und einzigartig. So ist es etwa nicht immer wichtig zu verstehen, was erkannt wurde. Das Wahrnehmen und Annehmen genügen oft, um eine Weiterentwicklung zu fördern. Auch eine Reihenfolge kann nicht festgelegt werden. Die von mir angeführten fünf Prozessschritte erachte ich jedoch als grundlegende Aspekte einer therapeutischen Arbeit, die Interesse daran hat, das Selbst von Patient*innen zu stärken, um nachhaltige Entwicklungen und Verhaltensänderungen herbeizuführen.

4. Relevanz für die psychotherapeutische Arbeit mit Erwachsenen

Sexuelle Probleme sind in einem typischen Lebensverlauf keineswegs etwas Außergewöhnliches: Statistische Erhebungen deuten darauf hin, dass jeder Mensch im Verlauf seines Lebens zumindest einmal Schwierigkeiten sexueller Art haben dürfte (Quelle: https://www.psychotherapiepraxis.at/artikel/sexualtherapie/sexualtherapie_wien.phtml [01.06.2017]). Es ist davon auszugehen, dass gerade Menschen, die eine psychotherapeutische Behandlung aufsuchen, häufig auch in ihrem sexuellen Erleben beeinträchtigt sind und sexuelle Probleme eine hohe therapeutische Relevanz haben. Bereits erwähnt wurden sexuelle Probleme als Symptome bei Depressionen, Zwängen und der Magersucht. Wie bedeutsam die Sexualität etwa in der stationären Behandlung von Borderline-Patient*innen ist, stellen Dulz, Ramb und Richter-Appelt (2009, S. 284) dar: „Hieraus ergibt sich die Wichtigkeit des Einbezuges des Themas Sexualität (...) und gleichzeitig die Vergeblichkeit, den ‚gelebten Sex‘ aus der Behandlung auszuklammern (...)“. Dabei spielt die Kommunikation, eine der wichtigsten Säulen einer Partnerschaft und andererseits eine der häufigsten Problembereiche (von Irmer, 2008), eine große Rolle. Obwohl sexuelle Bilder, Begriffe oder Filme im öffentlichen Raum freizügig und offensiv demonstriert werden, hat dies nicht zu einem schamfreieren Umgang mit Sexualität geführt (Matthiesen, 2007). Dies sind bedeutsame Gründe, die für eine unbedingte Thematisierung sexueller Anliegen in der Behandlung mit Er-

wachsenen sprechen, wobei das Gespräch im therapeutischen Setting gleichzeitig Modell steht und Übung sein kann für eine offene Kommunikation über ein sensibles Thema in der Partnerschaft.

Bei der Beschäftigung mit dem Thema dieses Beitrags wurde mir sehr deutlich, wie positiv es von meinen Klientinnen aufgenommen wird, wenn sie über sexuelle Themen offen und in ihren Worten reden können – seien dies Probleme, Erfahrungen oder Freuden. Dass dies auch von erwachsenen Patient*innen erwartet wird, las ich erst jüngst im Deutschen Ärzteblatt: „Obwohl Patienten erwarten, dass Sexualität offen und kontextsensibel angesprochen wird, ist es in Psychotherapie häufig ein Tabuthema“ (Eichenberg, Kopsa, Rusch & Brähler, 2016, S. 418). D. h., dass es Aufgabe von Therapeut*innen ist, auf der Basis einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung Gespräche über sexuelle Themen aus der Tabuzone zu holen, sie anzuregen, anzubieten, dazu zu ermutigen und ein entsprechendes Klima zu schaffen, wie von mir im Kapitel 1 „Motivierende therapeutische Haltung“ beschrieben. Ebenso übertragbar erscheint mir die Kenntnis über bedeutsame sexuelle Themen und Gesprächsanlässe zu sein, die Therapeut*innen aufgreifen können, und die sicher weitestgehend mit denen von mir in Kapitel 2 beschriebenen (vgl. Abb. 4 und 5) übereinstimmen.

Auch die von mir im 3. Kapitel aufgeführten Ziele (vgl. Abb. 9) erscheinen mir für die Arbeit mit Erwachsenen durchaus relevant. Sie können als diagnostische Marker oder als weiterer Anlass dienen, Gespräche über die Sexualität der Klient*innen anzustoßen.

Nun befinden sich Jugendliche und junge Erwachsene in einer besonderen Lebensphase mit den spezifischen *Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz* (s. Abb. 12), die in der Behandlung zu berücksichtigen sind, insbesondere die Einflüsse der Pubertät.

In der Pubertät will ein neues Körper-Selbst gefunden und erste sexuelle Erfahrungen erlebt werden, was wiederum in enger Wechselwirkung steht mit der (zukünftigen) Gestaltung der Sexualität mit Liebespartner*innen. Und obwohl Erwachsene in die Behandlung in der Regel schon deutlich gefestigtere Strukturen mitbringen als Jugendliche, sich vom Elternhaus (zumindest äußerlich) abgelöst, ihre sozialen und beruflichen Rollen gefunden und ihr körperliches und sexuelles Selbst entwickelt haben, so heißt dies nicht, dass alle Entwicklungen in der sensitiven Phase der Pubertät und der Adoleszenz erfolgreich bewältigt und abgeschlossen wurden. So kommen etwa Frauen in Therapie, die zwar im Berufsleben kompetent und selbstbewusst auftreten, sich jedoch immer wieder in abhängigen Beziehungen befinden, die scheitern

müssen, weil die Frau hinter ihrer selbstbewussten Fassade ein unsicheres Mädchen verbirgt, das sich nicht auf (sexuelle) Nähe einlassen kann. Andere Klient*innen setzen noch im Alter von über 40 Jahren ihren Körper und die Sexualität ein, um narzisstische Bedürfnisse zu befriedigen, was einer tieferen Begegnung in der Partnerschaft im Wege stehen mag. Oder Therapeut*innen sehen Frauen vor sich, die in der Opferrolle verharren und nie gelernt haben, Verantwortung für sich, für ihre Wünsche, Bedürfnisse, Grenzen zu übernehmen – nur um drei Beispiele zu nennen.

- Identitäts-/Selbstfindung
- Entwicklung eines eigenen Wertesystems, einer Richtschnur für das eigene Handeln
- Erlangen von Selbst(wert)regulation
- Körper selbst: Akzeptanz und Identifikation mit der eigenen körperlichen Gestalt
- Übernahme der Geschlechterrolle
- Reifung der Fähigkeit zu Intimität
- Aufbau reiferer Beziehungen zu Gleichaltrigen
- Vorbereitung des beruflichen Werdegangs, Berufsfindung
- Emotionale Ablösung vom Elternhaus (Individuation und Autonomie)
- Entwicklung eines gesellschaftlich verantwortungsvollen Verhaltens

Abbildung 12: *Spezifische Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz*

Neben den stark prägenden ersten zwei, drei Lebensjahren sind es gerade die Jahre der Adoleszenz, in der es zu einer weiteren bedeutsamen neuronalen Entwicklung und zu einer grundlegenden Reorganisation des Gehirns kommt. So selbstverständlich sich Therapeut*innen auf die frühe Kindheit beziehen, so selbstverständlich könnten auch die Strukturierungen während des Adoleszentenalters in den Fokus von Therapien gerückt werden, um dysfunktionale Weichenstellungen gerade in körperlicher, sexueller und zwischenmenschlicher Hinsicht zu erkennen. Hierbei geht es nicht nur um das Verstehen von Zusammenhängen etwa mittels biografischer Arbeit, sondern darüber hinaus um das Nachspüren und Nachfühlen, das Wahrnehmen unvollständig oder nicht gereifter innerer Teile, die als Muster im Erwachsenenleben weiter wirksam sind. So erscheint mir die Arbeit mit der „inneren Jugendlichen“ in der thera-

apeutischen Behandlung Erwachsener als sinnvoller Ansatz, um Nachreifungsprozesse und neue Entwicklungen zu initiieren.

Hierzu ein denkbare Beispiel: Mitunter passiert es, dass Mädchen eine Therapie beenden, und ich ahne, dass es zu erneuten Konflikten und/oder Symptomen kommen wird, weil wesentliche Entwicklungen noch nicht abgeschlossen werden konnten. Das Beispiel von Alina erscheint mir typisch: Sie war im Alter von 15 Jahren zu mir gekommen, weil sie sich häufig mit Lehrer*innen und ihren Eltern stritt und nachts, wenn sie allein war, Panikattacken erlebte. Ich konnte einiges dazu mit ihr erarbeiten, sodass ihr Streitverhalten im Laufe der Therapie nachließ und Alina hilfreiche Skills für den Umgang mit Panikattacken einsetzte, die ebenfalls seltener auftraten. Doch der therapeutische „Durchbruch“ erfolgte, als Alina ihren Freund fand: Zunächst erhöhten sich die Panikattacken, was Alina den Zusammenhang mit Verlustängsten erkennen ließ und dazu führte, dass sie begann, allabendlich mit dem Freund zu schreiben, bis sie vor Müdigkeit einschlief, wodurch sie keine Verlustängste und Panikattacken mehr erleben musste. Nach wenigen Monaten, als die Beziehung weiter anhielt, Alinas Verlustängste mit zunehmender Sicherheit nachließen und der Freund häufig bei ihr übernachtete und überhaupt recht gehorsam war, erschien Alina „alles gut“ und sie beendete die Therapie. Jede/r therapeutisch geschulte Leser*in wird ahnen, dass Alinas Probleme nur zum Teil gelöst waren und zu einem späteren Zeitpunkt wieder auftreten würden – etwa, wenn ihr Freund nach mehr Autonomie streben oder wenn eine Trennung erfolgen würde. Und dass Alina vielleicht fünf, vielleicht zehn Jahre später wieder eine/n Therapeut*in aufsuchen würde, weil sie wiederholt unglückliche Beziehungen und Trennungen erlebt und erneut Panikattacken ausgesetzt ist.

In dieser zweiten Therapie erschiene es mir hilfreich, das Muster von Alina, das sie im Jugendalter für sich entwickelt hat, mit Hilfe der „inneren Jugendlichen“ aufzudecken, um ihr ihre Verlustängste erneut erlebbar zu machen und um zu erkennen sowie zu benennen, dass sie sie stets damit bekämpft, sich geeignete Freunde zu wählen, nämlich solche, die sie kontrollieren kann. Das *muss* nahezu zwangsläufig zu unglücklichen Partnerschaften führen, weil kein Gleichgewicht auf Augenhöhe besteht und keine guten Grenzen zwischen den Partnern ausgelotet sind, die tiefe Nähe und Erfüllung ja erst erlauben. Diese Arbeit mit der „inneren Jugendlichen“ kann im weiteren Verlauf gegebenenfalls auch hinführen zur Arbeit mit dem „inneren Kind“, das Verlustängsten ausgesetzt war in der Beziehung mit den Eltern.

Zusammengefasst gilt für die Behandlung sexueller Probleme bei Mädchen, dass es (nach der Abklärung organischer Ursachen) vonnöten ist, die

Symptome – ebenso wie andere Symptome – im Kontext der Prägungen der Sozialisation und der Lebensgeschichte der Klientinnen sowie im Kontext des Beziehungsgeschehens (auch wenn es keine aktuelle intime Beziehung gibt) zu sehen. Vor diesem Hintergrund erschließen sich deren Sinn und Funktionen, was hilft, Veränderungen herbeizuführen, wenn es gelingt, funktionalere Erlebens- und Verhaltensweisen zu generieren. Diese grundsätzliche therapeutische Herangehensweise unterscheidet sich nicht in der Behandlung von Jugendlichen und Erwachsenen. Ebenso wenig wie der von mir beschriebene therapeutische Prozess des Wahrnehmens, Annehmens, Verstehens, des Verantwortens und des Bezugnehmens. Denn auch als Erwachsene bedürfen wir der Verbindung zu unserem Selbst, um ein selbst-bestimmtes Leben zu führen.

5. Zusammenfassung und Ausblick

Dieser Artikel will angehende und praktizierende Therapeut*innen anregen und ermutigen, Sexualität als Thema in ihren Behandlungen mit einzubeziehen. Sexuelle Schwierigkeiten sind ebenso wie die ihnen zugrunde liegenden Konstellationen therapeutisch relevant. Sexualität ist ein zentraler Aspekt des menschlichen Lebens und ein bedeutsamer Themenkomplex im partnerschaftlichen Erleben. Patient*innen wünschen und erwarten Gespräche über sexuelle Themen. Gleichzeitig unterliegt Sexualität Tabus und Grenzen und wird oft von Schamgefühlen begleitet, sodass es die Aufgabe der Therapeut*innen ist, sexuelle Themen zu initiieren und Gesprächsanlässe aufzugreifen, ohne jedoch die Klient*innen zu drängen. Motivierend ist eine achtsame therapeutische Haltung, die dem sexuellen Erleben der Klient*innen sensibel, offen und unbedingt Grenzen wahrend Raum gibt. Ist dies gegeben, so findet sich der gesamte denkbare Kosmos an sexuellen Themen in einer psychotherapeutischen Praxis.

Am Beispiel der Klientin Tina wurde ein therapeutischer Prozess für den Umgang mit einem sexuellen Problem nachvollzogen, der das Wahrnehmen, das Annehmen, das Verstehen, die Übernahme von Verantwortung und das Bezugnehmen als bedeutsame Schritte verdeutlicht und miteinander in Beziehung setzt. Ebenso wie jedes andere Symptom werden sexuelle Probleme innerhalb des gesamten Lebens- und Beziehungskontextes gesehen als sinnhafter Ausdruck und Signale des Selbst, die verstanden werden wollen, um Entwicklungsschritte zu fördern. Die Bedeutung für die Behandlung mit Erwachsenen wurde aufgezeigt.

In einem Exkurs wurden die unrealistischen Darstellungen von Sexualität, Körper und Beziehungsleben in den Medien aufgedeckt und kritisch bewertet, weil die Erfahrungen im therapeutischen Kontext zeigen, dass sie zu Verunsicherungen, zu überhöhten Erwartungen und zu verstärkter Selbst- und Fremdkritik führen. Demzufolge erscheint es gesellschaftspolitisch indiziert zu sein, sowohl in Filmen, in TV-Formaten als auch auf Plakaten und in der Werbung realistischere Menschen zu zeigen, Menschen, die sich an der Vielfalt des Aussehens und des Erlebens von Jugendlichen und Erwachsenen orientieren, der Identifikation dienen, Modelle bieten und bestenfalls Entwicklungen fördern. Dabei denke ich z. B. an Filme wie *Juno* (USA/Kanada, 2007), *Fickende Fische* (Deutschland, 2002), *Königskinder* (Deutschland, 2004) oder *Water Lilies* (Frankreich, 2007), in denen es um die Suche nach der eigenen (sexuellen) Persönlichkeit geht im Gegensatz zu Filmen, die die jugendliche Sexualität als Anlass für simple Unterhaltungsfilme nehmen, wie dies in etlichen kommerziell erfolgreichen Teenie-Komödien der Fall ist.

Auch scheinen die mediale sexuelle Offenheit einerseits und andererseits der persönliche Umgang mit Sexualität (Wissen, Kommunikation etc.) weit auseinanderzuklaffen. Hier könnten Schule, vielfältigen Formen der Jugendarbeit oder auch Kirche die Chance bieten, Kommunikation über sexuelles Erleben zu fördern, eigene Bedürfnisse und Grenzen zu reflektieren und sie von vermeintlich gesellschaftlich transportierten Normen und Werten abzugrenzen. Eine Vorreiterrolle spielen hier sicher die Buchveröffentlichungen, Dokumentationen und Schulprojekte der Hamburger Sexologin Ann-Marlen Henning (s. auch Henning & Bremer-Olszewski, 2012).

Ein großer Forschungsfundus existiert über vielerlei sexuelle Themen. Angefangen von „Wie viel Sex braucht der Mensch“ über Selbstbefriedigung, Homosexualität und Jugendsexualität bis hin zur Alterssexualität scheint alles erforscht zu sein. Die Forschung über die Therapie von sexuellen Funktions- und Präferenzstörungen, Sexsucht, des sexuellen Missbrauchs in seinen vielfältigen Formen, der Pornosucht und des Lebens ohne Sexualität scheint dem in nichts nachzustehen. Nirgends jedoch habe ich Angaben darüber gefunden, inwieweit sexuelle Themen den Psychotherapiealltag von Psychologischen Psychotherapeut*innen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen bestimmen. Informationen darüber, welche sexuellen Themen auftauchen, inwieweit sie Klient*innen beschäftigen, und Konzepte darüber, wie Sexualität als Thema in therapeutische Prozesse integriert werden kann, existieren meines Wissens nicht. Hier scheint mir ein großer Nachholbedarf zu sein, der sich auch in der Ausbildung von Psychotherapeut*innen niederschlagen sollte.

Dieser Beitrag schildert Erfahrungen des Therapiealltags einer Therapeutin mit ihren Klientinnen. Wie würden diese Erfahrungen sein, wenn es sich um andere Konstellationen handelte, insbesondere wenn Therapeut*in und Klient*in nicht vom gleichen Geschlecht sind? Was sollten männliche Therapeuten wissen, wenn sie mit jugendlichen Klientinnen über Sexualität sprechen? Wie geht ein Therapeut damit um, wenn sich seine adoleszente Klientin in ihn verliebt, wenn sie ein Gespräch über Sexualität als Anmache erlebt, wenn sich eine Klientin als „Schlampe“ selbst inszeniert? Oder umgekehrt: Wie reagiert eine Therapeutin, wenn sich ihr jugendlicher Klient „sexprotzig“ gibt, mit sexuellen Handlungen prahlt? Diese Fragen werden in Bezug auf die Erwachsenentherapie teilweise erforscht in den wissenschaftlichen Untersuchungen zur therapeutischen Beziehung. Bezogen auf die Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen fand ich kein Material zu diesen spannenden Fragen. Ganz sicher bin ich mir, dass es in der therapeutischen Praxis an Antworten nicht mangelt. Diese zu sammeln, zu bewerten und in die psychotherapeutische Ausbildung hineinzutragen – wie etwa bei der diesem Buch zugrunde liegenden Fachtagung (IVS Fürth, November 2015) geschehen –, erscheinen mir als positive Ansätze. Sie können informieren, den Austausch und Diskussionen anregen, angehenden Psychotherapeut*innen Sicherheit und Handwerkszeug mitgeben und sie ermutigen, sexuelle Themen in den Therapien nicht auszusparen, sondern sich eine Haltung anzueignen, die hilft, Tabus zu brechen, und ihren Klient*innen ermöglicht, auch sexuelle Themen zu kommunizieren.

Literatur

- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. (Hrsg.). (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Dulz, B., Ramb, C. & Richter-Appelt, H. (2009). Sexualität und Beziehungen in der psychodynamischen Psychotherapie. In B. Dulz, C. Benecke & H. Richter-Appelt (Hrsg.), *Borderline-Störungen und Sexualität. Ätiologie – Störungsbild – Therapie* (S. 284–292). Stuttgart/New York: Schattauer.
- Eichenberg, C., Kopsa, I., Rusch, B.-D. & Brähler, E. (2016). Sexualität als Thema in der Psychotherapie. Offen die Bedürfnisse reflektieren. *Deutsches Ärzteblatt, PP*, 9, 418–420.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). *Beck Depressions-Inventar (BDI-II)* (2. Revision). Frankfurt a. M.: Harcourt Test Services.

- Henning, A-M. & Bremer-Olszewski, T. (2012). *Make Love: Ein Aufklärungsbuch*. Berlin: Rogner und Bernhard.
- Irmer, J. von (2008). Die Rolle des Sexuellen in einer romantischen Partnerschaft für die Beziehungszufriedenheit. *Zeitschrift für Familienforschung*, 3, 229–246.
- Matthiesen, S. (2007). *Wandel von Liebesbeziehungen und Sexualität – empirische und theoretische Analysen*. Gießen: Psychosozialverlag.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (2012). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO – Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV* (6. Aufl.). Bern: Huber.
- Sorembe, V. & Westhoff, K. (1985). *Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung (SESA)*. Göttingen: Hogrefe.