

Sexsucht – Diagnose, Differentialdiagnose, Therapieansätze und ein Fallbeispiel

Julia Kobs, Miriam Spenhoff, Uwe Hartmann

Sexual addiction – Diagnosis, assessment and treatment approaches

Abstract

Sexual addiction not only represents a phenomenon of increasing public interest, but also a challenging new field for mental health care and research. Theoretical controversy about the designation and the recognition of *sexual addiction* as a distinct disorder is accompanied by the practical need for an appropriate encounter with this heterogeneous patient group. Personal distress and/or functional impairment caused by addictive sexual behaviour are seen as indispensable criteria of clinical relevance. Careful clinical diagnostics are necessary to avoid overlooking comorbidities or underlying conditions. The Dual-Control-Model and characteristics accompanying addictive sexual behaviour patterns help to understand the phenomenon. Research about *sexual addiction* has largely focussed on male populations. Treatment suggestions include multimodal approaches. Integration of family or couple therapy is possible. Symptomatology, diagnosis and treatment options are illustrated by an exemplified case.

Keywords: sexual addiction, hypersexuality, sexual compulsivity, diagnosis, assessment, treatment approaches

Zusammenfassung

Sexsucht hat als Phänomen, das nicht nur viel öffentliches Interesse auf sich zieht, sondern auch ein herausforderndes neues Feld in klinischer Praxis und Forschung bildet, gerade in den letzten Jahren deutlich an Aufmerksamkeit gewonnen. Die theoretische Kontroverse über die Begrifflichkeit und Anerkennung als eigenständiges Störungsbild wird begleitet von einem praktischen Bedarf einer adäquaten Begegnung dieser heterogenen Patientengruppe. Signifikanter Leidensdruck und/oder die Einschränkung wichtiger Lebensbereiche, die durch die sexuellen Verhaltensmuster verursacht werden, gelten auch hier als unumgängliches Kriterium klinischer Relevanz. Verlässliche Diagnostik und Differentialdiagnostik sind notwendig, damit komorbide oder zugrunde liegende Problematiken nicht übersehen werden. Das Modell der *Dualen Kontrolle* sowie mit Sexsucht einhergehende Persönlichkeits- und Verhaltensmerkmale tragen zum Verständnis des Phänomens bei. Forschungsergebnisse

über *Sexsucht* basieren größtenteils auf männlichen Stichproben. Derzeit eingesetzte Therapieansätze beinhalten eine mehrschrittige Behandlungsplanung, wobei eine Integration von Familien- oder Paartherapie möglich ist. Die Symptomatik, Diagnostik und Behandlungsvorschläge sind anhand eines Beispielfalles veranschaulicht.

Schlüsselwörter: Sexsucht, sexuelle Sucht, Hypersexualität, sexuelle Zwanghaftigkeit, Diagnostik, Differentialdiagnostik, Therapieansätze

Einleitung

Sexsucht ist ein umstrittener Begriff, der in den letzten Jahren vor allem in den Medien thematisiert und durch sie popularisiert worden ist. Gibt man den Begriff *Sexsucht* beispielsweise in die Internetsuchmaschine Google ein, werden ungefähr 140.000 Ergebnisse gefunden (Zugriffsdatum: 18.01.2011). Links zu Informations- und Selbsthilfeplattformen mischen sich dabei mit Angeboten zur Selbstdiagnostik, aber auch pornographischen Inhalten, in denen *Sexsucht* die Form einer erotischen Wunschvorstellung annimmt.

Die Personengruppe, die sich mit dem Begriff *Sexsucht* identifiziert, entspricht diesem uneinheitlichen Bild. Sexuell süchtige Verhaltensmuster können mit signifikantem Leidensdruck und einer Einschränkung in wichtigen Lebensbereichen einhergehen, was zur Konsultation professioneller Hilfe führen kann. Sowohl unter Betroffenen als auch unter Fachleuten herrscht jedoch noch Unsicherheit im Hinblick auf den Umgang mit diesem Phänomen, das durch die zunehmende Nutzung des Internets auf eine neue Stufe gehoben scheint.

Dieser Artikel kann als erster Berührungspunkt mit der Thematik dienen. Dazu bietet er zunächst einen Kurzüberblick zum Phänomen *Sexsucht* aus klinischer Sicht und beleuchtet dann den Stand der Theoriebildung bezüglich diagnostischer Einordnung und Differentialdiagnose. Die Ausführungen leiten letztendlich zu möglichen Behandlungsansätzen hin und werden anhand eines Beispiels illustriert.

Begriff und Phänomen in Theorie und Praxis

Das Phänomen der *Sexsucht* hat nicht nur öffentliches Interesse geweckt, sondern ist in den letzten drei Jahrzehnten auch immer häufiger zum Thema der wissenschaftlichen Fachliteratur geworden. In internationalen Publikationen sind für ähnliche Konstrukte verschiedene Termini verwendet worden, zu denen neben dem Suchtbegriff selbst (Engl.: *sexual addiction*) auch beispielsweise Hypersexualität (*hypersexuality*), sexuelle Zwanghaftigkeit (*sexual compulsivity*) und Paraphilie-verwandte Störungen (*paraphilia-related disorders*) zählen. Ob im Hinblick auf Sexualität von einer *Sucht* im engeren Sinne gesprochen werden kann, wird aktuell kontrovers diskutiert (z.B. Goodman, 2008, Todd, 2007). Auch die Betrachtung von *Sexsucht* als eigenständiges Störungsbild ist im Gespräch (Kafka, 2010, Mick & Hollander, 2006).

Im deutschsprachigen Raum wird der von Giese (1962) geprägte Begriff *süchtiges Erleben der Sexualität* gegenwärtig nicht nur wiederbelebt, sondern auch in einen neuen Bedeutungskontext gestellt. Briken und Mitarbeiter (2009, 219) definieren *sexuelle Sucht* als „nicht deviante Verhaltensmuster, die durch die ihnen zugrunde liegenden Motive, ihre Intensität und ihre Konsequenzen Störungscharakter bekommen.“ Weitere Autoren aus dem deutschsprachigen Raum betonen die Notwendigkeit einer Unterscheidung zwischen paraphilen und nicht paraphilen sexuellen Verhaltensweisen, diskutieren Vulnerabilität und Risikofaktoren und spezifische Behandlungsziele (z.B. Briken & Basdekis-Jozsa, 2010, Roth, 2007).

Das Spektrum der nicht devianten Verhaltensmuster, die unter den Begriff *Sexsucht* fallen können, umfasst autoerotische und partnerschaftliche sexuelle Aktivitäten wie exzessive Masturbation (in ungefähr 70% der Fälle), Pornographiekonsum (in ungefähr 50% der Fälle; aktuell häufig im Internet und zumeist in Kombination mit Masturbation), Cybersex, Telefonsex, sexuelle Aktivität mit Prostituierten oder wechselnden Partnern (Kafka & Hennen, 1999). Paraphile sexuelle Verhaltensweisen (z.B. Exhibitionismus) können ebenfalls suchtähnliche Verlaufsformen annehmen, stellen aber eine von der hier thematisierten *Sexsucht* unabhängige Störungsgruppe dar.

Die Personengruppe, die ihr eigenes sexuelles Verlangen oder Verhalten als übermäßig oder zwanghaft empfindet, beziehungsweise sich für *sexsüchtig* hält und aus diesem Grund spezielle Beratungs- oder Therapieangebote nutzt, ist jedoch genauso heterogen wie die individuellen Vorstellungen von „normaler“ Sexualität und bleibt deshalb in Forschung und klinischer Praxis weiterhin als Ganzes nur schwer fassbar (Levine, 2010). Als Gemeinsamkeit dieser Personen bleiben der subjektive Leidensdruck und/oder die Belastung der Partnerschaft, des So-

ziallebens, der finanziellen Situation oder Probleme am Arbeitsplatz, die im Zusammenhang mit den gezeigten sexuellen Verhaltensmustern auftreten können. Ob diese Verhaltensmuster aber Ursache oder Konsequenz von Leidensdruck und Belastungsfaktoren sind, kann nur bei ausreichender individueller Betrachtung festgestellt werden (Muench et al., 2007).

Epidemiologie

Obwohl die Heterogenität der Betroffenen und die Uneinigkeit über Begrifflichkeit und Definition von *Sexsucht* die Feststellung von Prävalenzen deutlich erschweren, sind einige wenige epidemiologische Daten bekannt. So nennen Grüsser und Thalemann (2006) Prävalenzraten zwischen 3 und 6% im deutschsprachigen Raum. Långström und Hanson (2006), die sexuelle Merkmale einer schwedischen Stichprobe von 1279 Männern und 1171 Frauen untersucht haben, stuften 12.1% der Männer und 7.0% der Frauen als „hochgradig hypersexuell“ (*high level hypersexuals*) ein. Die Autoren konnten darüber hinaus nachweisen, dass der „hochgradig hypersexuelle“ Anteil der Studienteilnehmer häufiger bereits professionelle Sexualberatung in Anspruch genommen hatte als dies beim übrigen Anteil der Fall war. Diejenigen Studienteilnehmer, die exzessiv sexuellen Verhaltensweisen nachgingen, bei denen die Partnerbindung eine untergeordnete oder keine Rolle spielt (Masturbation, sexueller Kontakt mit Prostituierten oder mit häufig wechselnden Partnern), waren im Hinblick auf mehrere Gesundheitsindikatoren (Konsum von psychotropen Substanzen, Lebenszufriedenheit, Zufriedenheit mit körperlicher und psychischer Gesundheit) ungesünder als die übrigen Teilnehmer.

Hinsichtlich ihrer Berücksichtigung beider Geschlechter stellt diese Studie eine Ausnahme dar. Der bisherige Wissensstand über *Sexsucht* basiert größtenteils auf Untersuchungen mit ausschließlich männlichen Teilnehmern, was darauf zurückzuführen ist, dass der größte Anteil der Betroffenen männlich ist. In der bereits erwähnten Studie von Briken und Mitarbeiter (2007) berichteten Sexualtherapeuten über 97 *sexsüchtige* Patienten, wovon 20% weiblich waren. Der Prozentsatz der Frauen unter den „hochgradig Hypersexuellen“ in der Studie von Långström und Hanson (2006) lag bei 37%.

Diagnostik und Differentialdiagnostik

Die aktuellen Diagnostikmanuale ICD-10 und DSM-IV-TR beinhalten bisher keine festen Kategorien für *Sex-*

sucht. Das ICD-10 bietet jedoch die Möglichkeit, diese als *gesteigertes sexuelles Verlangen* (F52.7) zu kodieren (WHO, 1993). Im DSM-IV kann zwischen einer *sexuellen Funktionsstörung, nicht näher bezeichnet* (302.9) und einer *Impulskontrollstörung, nicht näher bezeichnet* (312.3) gewählt werden (APA, 2000).

Kürzlich hat Kafka (2010) eine Hypersexuelle Störung (*hypersexual disorder*) als Kategorie für die nächstfolgende Ausgabe des DSM vorgeschlagen. Die von ihm beschriebene Symptomatik umfasst: wiederkehrende und intensive sexuelle Phantasien, sexuelles Verlangen oder Verhalten, dem über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten nachgegangen wird, ebenso wie signifikanten Leidensdruck oder eine Einschränkung in wichtigen Lebensbereichen. Spezifische Merkmale der problematischen sexuellen Verhaltensmuster inklusive des zeitlichen Rahmens und der Progredienz sollten im Rahmen einer ausführlichen Sexualanamnese erfasst werden. Verschiedene (Screening-)Instrumente zur Unterstützung bei der Diagnose liegen auch für den deutschsprachlichen Raum vor. Auch der im Fallbeispiel verwendete Sexual Addiction Screening Test (SAST) ist bereits als deutsche Fassung veröffentlicht worden (Roth, 2007).

Suchtartige Sexualität kann der Gruppe der stoffungebundenen oder Verhaltenssuchte zugeordnet werden (Grüsser & Thalemann, 2006, Mick & Hollander, 2006), aber auch als Störung der Impulskontrolle (Barth & Kinder, 1987), Zwangsstörung (Coleman, 1990), oder Vermeidungssymptomatik im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung (Schwartz, 1992) betrachtet werden. All diese Betrachtungswinkel finden ihre Rechtfertigung in der Heterogenität der Gruppe. Komponenten von Suchterkrankung, Impulskontrollstörung und Zwangsstörung können zu individuellen Anteilen in der von Betroffenen berichteten Symptomatik enthalten sein, weshalb der Differentialdiagnostik besondere Aufmerksamkeit gelten sollte. Moser (1993) hat darauf hingewiesen, dass *Sexsucht* als klinisches Störungsbild leicht mit anderen Problematiken zu verwechseln ist (z.B. mit einer depressiven Episode oder persönlichen Konflikten mit gesellschaftlichen Normvorstellungen). Eine unabhängige Betrachtung dieser Symptomatik kann somit die Gefahr bergen, zusätzliche für die Behandlung relevante Störungsbilder unbeachtet zu lassen.

Während eine Störung der Impulskontrolle plötzliches Verhalten mit unklaren Motiven impliziert, setzt eine Zuordnung zur Gruppe der Verhaltenssuchte eine Veränderung des subjektiven Erlebens und eine zeitweise Verzerrung der Einsicht in das eigene Handeln voraus, mit der das Verlangen, dem sexuellen Verhaltensmuster trotz möglicher schädlicher Folgen exzessiv nachzugehen, erklärt werden kann. Auch eine qualitative und quantitative Progredienz des Verhaltens, die als ein Zeichen für

den Kontrollverlust über das eigene Handeln betrachtet wird, kann als Symptom einer Sucht gewertet werden. Ob aber alle Kriterien für Substanzabhängigkeit (z.B. Toleranzentwicklung), auch bei *sexueller Sucht* vorkommen, bleibt bisher ungeklärt.

Bei *Sexsucht* werden sexuelle Gedankeninhalte normalerweise als sexuell erregend wahrgenommen. Im Gegensatz dazu lösen sexuelle Zwangsgedanken im Rahmen einer Zwangsstörung oft heftige Angstgefühle aus. Zu sexuellen Handlungen kommt es dann meist nicht (Schwartz & Abramowitz, 2003). Sowohl suchtartige sexuelle Verhaltensweisen als auch Zwangshandlungen können jedoch dem Wunsch nach Zurückgewinnung von Kontrolle dienen und als ich-dyston wahrgenommen werden.

Die diagnostischen Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung müssen ebenfalls abgeklärt sein. Spezifische Hinweise zur Differentialdiagnostik von Borderline Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie und manischen Episoden bieten Briken und Basdekis-Jozsa (2010).

Zur Komorbidität von *Sexsucht* sind einige Untersuchungsergebnisse bekannt. In erster Linie kommen Stimmungsstörungen (Depression, [Hypo-]Manie und Bipolare Störung), Angststörungen und Substanzabhängigkeiten vor. Aber auch ADHS, Essstörungen, Spielsucht und Paraphilien werden genannt (Kafka, 2007, Kafka & Hennen, 2002).

Ätiologische Überlegungen – das Dual Control Model

Vollständige Entstehungs- und Erklärungsmodelle für das Phänomen *Sexsucht* liegen bisher nicht vor. Vergleichbar mit der Gruppe der sexuellen Funktionsstörungen gilt *Sexsucht* grundsätzlich als multifaktoriell verursacht, wobei somatische und psychische Faktoren in einem komplexen und individuellen Prozessgeschehen Einfluss nehmen (Hartmann, 2005).

Zur theoretischen Erklärung von *Sexsucht* kann das von Bancroft (1999) etablierte Modell der dualen Kontrolle (*Dual Control Model*) herangezogen werden. Sexuelle Störungen entstehen demnach durch eine gestörte Balance zwischen Erregungs- und Hemmungssystemen, die voneinander unabhängig agieren und jeweils ein neurobiologisches Substrat aufweisen.

Vor diesem Hintergrund kann *Sexsucht* aus einer Neigung von zu wenig sexueller Hemmung, einer Neigung von zu viel sexueller Erregung oder einer Kombination aus beiden entstehen (Bancroft, 2009). Da *Sexsucht* aber

nicht nur mit einer gestörten Balance, sondern darüber hinaus mit negativen Stimmungslagen (z.B. Angst, Wertlosigkeit, Schuldgefühl) assoziiert wird, bei denen sexuelles Verlangen und Erregung normalerweise gehemmt sein sollten, kann dieses Erklärungsmodell noch ergänzt werden (Bancroft & Vukadinovic, 2004). So können Verlangen und Erregung sich im Rahmen eines Lernprozesses auf die jeweilige negative Emotion übertragen, was dann zum Fortführen der sexuellen Verhaltensmuster trotz negativer Konsequenzen führt (Bancroft, 2009).

Mit Sexsucht einhergehende Merkmale

Auch andere mit *Sexsucht* assoziierte Persönlichkeits- und Verhaltensmerkmale sowie Erfahrungsmuster tragen zum Verständnis des Symptombildes bei. Reid und Carpenter (2009) haben die Persönlichkeit von 152 männlichen Studienteilnehmern untersucht, die sich selbst als „hypersexuell“ identifiziert hatten. Darauf basierend unterscheiden die Autoren vier Subtypen innerhalb dieser Zielgruppe: den normal funktionierenden Subtypen (*normal functioning subtype*), den alexithymen Subtypen (*alexithymic subtype*), den depressiven Subtypen (*depressive subtype*) und den verzweifelten Subtypen (*distressed subtype*). Beim ersten Subtypen werden keine Hinweise auf Persönlichkeitspathologie oder relevanten Leidensdruck gefunden werden (38% der Stichprobe). Der alexithyme Subtyp dagegen leidet unter Sorgen, die mit seinem Selbstwert und sozialer Unsicherheit im Zusammenhang stehen. Beim depressiven Subtyp zeigen sich Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit und Schuldgefühle, während beim verzweifelten Subtypen das allgemeine Funktionsniveau signifikant vermindert ist und sich Persönlichkeitsakzentuierungen/-pathologie manifestieren.

Der Persönlichkeit, aber auch den individuellen Ressourcen zur Herstellung von Intimität und interpersonaler Bindung, sollte also bei der Betrachtung des Phänomens besondere Aufmerksamkeit zukommen, obwohl ein direkter kausaler Zusammenhang zwischen Defiziten in diesen Bereichen und *Sexsucht* bisher ungeklärt bleibt (Reid et al., 2008, Zapf et al., 2008).

Die Verwendung spezifischer Fragebögen, wie etwa des Inventars Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen mit dem dazugehörigen Ergänzungsmodul (IKP und IKP-Eg, Andresen, 2006), der Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26, Kupfer et al., 2001) und der deutschen Version des Experiences in Close Relationships – Revised (ECR-RD, Ehrenthal et al., 2009) kann bei der Exploration behilflich sein.

Betrachtet man den Bedeutungsgehalt suchtartiger sexueller Verhaltensmuster, können diese auch zum Schutz gegen starke Verlassenheits- oder Leereängste bzw. zur Abwehr von Traumatisierungserinnerungen dienen. Sex wird dann als Analgetikum gegen negative Gefühle genutzt. Weil dadurch für den Betroffenen kurzfristig seelischer Schmerz und Spannung reduziert werden, kann zunächst ein illusionäres Gefühl von „Kontrolle“ entstehen. Dennoch ist oft eine starke Aggressionsproblematik erkennbar, die mit Verleugnung und Rationalisierung einhergeht.

Das Internet als Beschaffungsmedium

Als mögliches Risiko für das Entwickeln von *Sexsucht* bei gefährdeten Personenkreisen ist das Internet häufig thematisiert worden, das als relativ neues Kommunikationsmedium inzwischen in beinahe jedermanns Alltag Einzug genommen hat. Das Internet ist eine wichtige Quelle erotischen Filmmaterials und bietet zahllose Möglichkeiten sexuell aktiv zu werden, so beispielsweise in Cybersex-Chaträumen oder auf Kontaktseiten. Die Anonymität der Nutzer ist dort überwiegend gewährleistet, wodurch die Hemmschwelle zur sexuellen Aktivität vergleichsweise niedrig liegt (Cooper et al., 1999). Interpersonale Bindungen spielen dabei oft eine untergeordnete Rolle, was zu einer Vermeidung von Kontakten in der realen Welt führen kann (Hill et al., 2007). Zusätzlich kann die leichte und kostengünstige Zugangsmöglichkeit süchtige Entwicklungen begünstigen (Cooper, 1998).

Bei Weitem nicht jeder Konsument von sexuellem Material im Internet entwickelt jedoch suchtartige Verhaltensmuster. In einer Studie von Cooper und Mitarbeitern (2000), an der 9265 Nutzer von sexuellen Online-Angeboten teilnahmen, wurde mit Hilfe eines speziellen Fragebogens nur bei 17% eine derartige Problematik festgestellt. Darüber hinaus stehen den Risiken sexueller Aktivität im Internet auch Chancen gegenüber (beispielsweise bei Schüchternheit, Selbstunsicherheit oder körperlicher Behinderung). Diese Chancen sollten jedoch hiervon gesondert betrachtet werden (Hill et al., 2007).

Therapieansätze

Neben einem besseren Verständnis des Gegenstandsbereiches darf die Forschung eines nicht aus den Augen verlieren: die Hinleitung auf ein Modell, aus dem konkrete Behandlungsansätze ableitbar werden. Nur so kann Betroffenen die Hilfestellung geleistet werden, die sie brauchen. Um dies zu erreichen, gilt es die Gemeinsam-

keiten innerhalb der heterogenen Gruppe zu erfassen, aber gleichzeitig den nötigen Raum für individuelle Unterschiede zu lassen.

Richtlinien zur Behandlung von *Sexsucht* gibt es bisher jedoch noch nicht. Deutsche Sexualtherapeuten neigen dazu, diese Problematik mit individueller Psychotherapie zu behandeln, die eher auf einer psychodynamischen als auf einer kognitiv-behavioralen Modellvorstellung beruht (Briken et al., 2007), auch wenn eine Kombination beider Ansätze in Einzelfällen durchaus im Praxisalltag ihre Anwendung findet.

In einzelnen Fallbeschreibungen ist auch eine erfolgreiche Behandlung mit *Eye Movement, Desensitisation and Reprocessing* (EDMR) oder auch Pharmakotherapie (v.a. Naltrexon und selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer [SSRI]) dokumentiert (Cox & Howard, 2007, Raymond et al., 2002).

Die Ausführungen in den vorangehenden Abschnitten lassen jedoch erkennen, dass es neben dem eigenen Leidensdruck oftmals die Partnerbeziehungen sind, die unter der Problematik leiden. Daher spricht in den Fällen, wo der Betroffene in einer partnerschaftlichen Beziehung lebt, vieles für eine Einbeziehung der Partnerin/des Partners in die Therapie (Bird, 2006). Wie im unten dargestellten Fallbeispiel deutlich wird, ist diese Einbeziehung, wenngleich wünschenswert, in der Praxis nicht immer umsetzbar. Dies ändert jedoch oft nichts an dem häufigsten Behandlungsziel, mit dem die Betroffenen den Weg in die Beratung/Therapie suchen: ihre Beziehung zu erhalten. Bei diesen Patienten erscheinen dann dieselben Vorgehensweisen sinnvoll wie bei Betroffenen, die in keiner partnerschaftlichen Beziehung stehen. Vereinfacht gesagt geht es vor allem darum zu erkennen, welche eigentlichen Bedürfnisse hinter dem exzessiven sexuellen Verhalten stehen und wie diese auf anderem Wege befriedigt werden könnten.

Darüber hinaus existieren momentan vor allem in größeren Städten spezifische Selbsthilfegruppen, die auf einem mit den Anonymen Alkoholikern vergleichbaren 12-Schritte-Modell basieren (AS, Anonyme Sexaholiker, SLAA, Sex- und Liebessüchtige Anonym).

Letztendlich ist ein stufenförmiger mehrschrittiger Behandlungsplan mit individueller Zielsetzung eine vielversprechende Methode (Briken & Basdekis-Jozsa, 2010, Kafka, 2007), das außer Kontrolle geratene sexuelle Verhalten wieder in den Griff zu bekommen.

Sprechstunde bei exzessivem sexuellen Verhalten an der Medizinischen Hochschule Hannover

Um Betroffenen, die sich für sexsüchtig halten, trotz bisher fehlender evaluierter Therapieansätze und aller

beschriebenen Heterogenität der Patientengruppe bestmöglich Hilfestellung gewähren zu können, wurde im letzten Jahr am Arbeitsbereich Klinische Psychologie der Medizinischen Hochschule Hannover von den Autoren eine Spezialsprechstunde bei exzessivem sexuellen Verhalten eingerichtet.

Ziel dieser Sprechstunde ist zunächst eine umfassende Diagnostik zur Erfassung des sexuellen Verhaltens im Sinne einer *Sexsucht* nach den oben beschriebenen Kriterien. Darüber hinaus erfolgt eine umfassende Erhebung möglicher Komorbiditäten und anderer möglicher Störungsbereiche. So ist es möglich, ein individuelles aussagekräftiges Bild des Erlebens und Verhaltens des einzelnen Ratsuchenden zu erhalten, um besser zu verstehen, wie die *Sexsucht* entstanden ist und durch welche Faktoren sie weiter aufrecht erhalten wird. In weiteren Beratungsgesprächen wird dann mit dem Patienten das individuelle therapeutische Vorgehen besprochen und, soweit die Kapazitäten es zulassen, an der MHH durchgeführt.

Welche diagnostischen Schritte dieses Beratungsangebot umfasst und wie ein solcher Therapieverlauf aussehen kann, wird im nächsten Abschnitt dargelegt. Das ausführlich vorgestellte Fallbeispiel macht einmal mehr deutlich, dass erst durch das Verständnis, welche Sehnsüchte und Bedürfnisse durch die sexuellen Verhaltensweisen erfüllt und befriedigt werden sollen, ein individueller Zugang zum Problem *Sexsucht* geschaffen werden kann. Erst, wenn der Patient selbst versteht, wozu er seine *Sexsucht* benutzt, kann mit ihm nach Lösungen gesucht, bzw. können diese Muster durchbrochen werden.

Fallbeispiel Herr G.

Zur Person:

Herr G. ist zu Behandlungsbeginn 46 Jahre alt und in zweiter Ehe verheiratet. Aus dieser Ehe sind zwei Töchter hervorgegangen, vier und zwei Jahre alt. Die jüngere Tochter ist so schwer herzkrank, dass immer damit zu rechnen sei, dass sie bald sterben müsse.

Sozial fühle Herr G. sich gut integriert, berichtet davon, im Freundeskreis und im Sportverein beliebt zu sein und gibt an, schon immer die Rolle des „Klassenkaspers“ innegehabt zu haben.

Herr G. ist als zweitjüngstes Kind eines gläubig katholischen Landwirtehepaares geboren worden, nachdem deren Kinderplanung eigentlich bereits abgeschlossen war, so dass vier seiner Geschwister deutlich älter als er selbst sind.

Herr G. arbeitet als studierter Maschinenbauingenieur in leitender Position. Sein Arbeitsalltag sei mit vielen Auslandsreisen und dauerhaft erhöhtem Stress verbunden.

Konsultationsanlass:

Beim ersten Gesprächstermin in der *Sprechstunde bei exzessivem sexuellen Verhalten* an der Medizinischen Hochschule Hannover schildert Herr G., dass er sich seit vielen Jahren eindeutig für sexsüchtig halte, woran auch bereits seine erste Ehe gescheitert sei. Seinen Verdacht der Sexsucht begründet er damit, mehrfach in der Woche im Internet nach Sexvideos zu suchen und runterzuladen, zu denen er dann masturbiere und mindestens 1x pro Woche wechselnde Prostituierte aufzusuchen. Seine Pornosammlung umfasse inzwischen mehr Filme, als er je sehen könnte. Trotz wiederholter Versuche – und vor allem aufgrund der mit seinem sexuellen Verhalten verbundenen negativen Konsequenzen in seinen Paarbeziehungen – sei es ihm nicht möglich, diese Verhaltensweisen auch nur für einen kurzen Zeitraum aufzugeben.

Die Problematik besteht zu diesem Zeitpunkt bereits seit etwa 25 Jahren, in den ersten Jahren mit steigender Konsumrate, diese sei inzwischen seit etwa acht Jahren stabil.

Als Konsultationsanlass gibt Herr G. zu diesem Zeitpunkt an, seine Ehe retten zu wollen. Dies sei nur möglich, wenn er seine Sexsucht loswerde.

Anamnese:

Die anamnestischen Gespräche ergeben, dass die schwere Erkrankung der jüngeren Tochter und die daraus resultierende Belastung der einzige Grund sei, warum seine Ehefrau sich nach der zufälligen Aufdeckung seiner Sexsucht (kurz nach der Geburt der zweiten Tochter) bisher nicht von ihm getrennt habe. Das Paar lebe seitdem zwar nach außen hin noch als Ehepaar, es gebe aber seit diesem Zeitpunkt keinerlei Austausch von Zärtlichkeiten oder Intimität mehr zwischen beiden. Auch zur Teilnahme an Herrn G.s Therapie sei die Ehefrau unter keinen Umständen bereit.

In seiner Herkunftsfamilie war Sexualität stets ein Tabuthema, über das nicht gesprochen wurde. Heute wisse Herr G. jedoch, dass seine drei Brüder ebenfalls zu Prostituierten gingen. Seine sexuelle Entwicklung habe er als unproblematisch erlebt, den ersten Geschlechtsverkehr im Alter von 19 Jahren gehabt, der für ihn jedoch eher „Prostituiertencharakter“ gehabt habe und eher anstrengend als schön gewesen sei.

Diagnostik:

- ◆ Die diagnostischen Gespräche machen den Leistungsdruck von Herrn G. und ein ausgeprägtes Schuldgefühl seiner Frau gegenüber deutlich. Die

wiederholt gescheiterten Versuche, die Besuche bei Prostituierten oder das Herunterladen von pornographischem Material aus dem Internet zu unterlassen, zusammen mit der steigenden Konsumrate über mehrere Jahre hinweg legen die Diagnose *gesteigertes sexuelles Verlangen* (ICD-10: F. 52.7) nahe.

- ◆ Im SAST (s.o.) erreicht Herr G. 17 von 25 Punkten, wodurch die Diagnose „Sexsucht“ nach diesem Screening-Verfahren zu vergeben ist.
- ◆ Die Kriterien nach Kafka (s.o.) sind ebenfalls erfüllt.
- ◆ Weitere diagnostische Erhebungen (SKID I) lassen eine *leichte depressive Episode* (ICD-10: F32.0) erkennen.
- ◆ In der Persönlichkeitsdiagnostik zeigen sich bei Herrn G. auffällige Werte im Narzissmusinventar, vor allem auf der Skala *Gier nach Lob und Anerkennung*.
- ◆ Auffällig ist außerdem der im TAS-26 (Toronto-Alexithymie-Skala-26) erfasste deutlich unterdurchschnittlich ausgeprägte Zugang zu den eigenen Gefühlen, sowohl auf der Skala *Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen*, als auch auf der Skala *Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen*.
- ◆ Bei Herrn G. zeigt sich außerdem eine dysfunktionale Stressverarbeitung, jedoch keinerlei Auffälligkeit hinsichtlich Zwanghaftigkeit oder Impulsivität.
- ◆ Eine auffällige Persönlichkeitsakzentuierung findet sich im IKP/IKP-Eg lediglich für die Skala opponierend-streitbar.

Behandlungsverlauf:

Mit Herrn G. wurden zu verschiedenen Zeitpunkten der Therapie *Behandlungsziele* festgelegt, die sich im Laufe der etwa anderthalb-jährigen Therapie mehrfach veränderten. Zu Behandlungsbeginn wurden diese folgendermaßen benannt:

- ◆ nicht mehr zu Prostituierten gehen,
- ◆ keine Pornos mehr herunterladen und ansehen!

Die dahinter liegenden *Ziele*, die Herr G. erreichen wollte, waren:

- ◆ seine Ehe zu retten!
- ◆ seine Ehefrau nicht mehr zu enttäuschen
- ◆ sich beherrschen zu können und
- ◆ (wieder) die Kontrolle über das eigene Verhalten zu haben („ich will mir wieder vertrauen können“)

In den ersten Wochen lag dementsprechend der Schwerpunkt der Therapie darin, Herrn G. v.a. mittels verhaltenstherapeutischer Ansätze den Zusammenhang zwischen auslösenden Situationen (vor allem Stress, Überlastung und Hilflosigkeit bei der Arbeit, aber auch im Familienleben) und dem daraus resultierenden sexuellen Aktivitäten (Gang zu Prostituierten nach der Arbeit oder Pornos während der Arbeit/abends zuhause am Laptop zu sehen) zu verdeutlichen.

Herr G. erkannte, dass er einen vermehrten Drang verspürt, zu Prostituierten zu gehen, wenn er unter Stress steht. Die daraus resultierenden Veränderungen waren:

- ◆ Erlernen von Entspannungstechniken (PMR)
- ◆ Mehr Zeit für sich nehmen
- ◆ Einen Hund anschaffen

Durch diese Veränderungen im Umgang mit Stress sank das Bedürfnis, zu Prostituierten zu gehen deutlich ab, konnte jedoch nicht vollständig aufgegeben werden.

Das Herunterladen und Ansehen pornographischen Materials konnte durch die Auseinandersetzung mit diesen Zusammenhängen bereits nach etwa drei Monaten deutlich reduziert werden und spielte nach einem Jahr so gut wie keine Rolle mehr.

Enttäuscht darüber, die Besuche bei Prostituierten nicht auch so einfach aufgeben zu können, wurde im nächsten Therapieabschnitt das Augenmerk darauf gelegt, mit Herrn G. zu erarbeiten, welche aufrechterhaltenden Faktoren dazu beitragen, dass er diese Besuche nicht aufgeben kann.

Dadurch änderten sich seine *Behandlungsziele* zum ersten Mal:

- ◆ Herr G. wollte nun vor allem verstehen, wozu er die Prostituierten braucht.

Dahinter lagen verschiedene, bisher nicht erfüllte Bedürfnisse:

- ◆ eine ausgeprägte Sehnsucht nach Intimität!
- ◆ der Wunsch, geliebt zu werden „ich fühle mich zu Hause wie ein Besucher“
- ◆ ein großes Bedürfnis nach Anerkennung (v.a. im Job) und
- ◆ die Angst, andere zu enttäuschen

Herr G. erkannte für sich, dass er durch den Sex mit Prostituierten seine Sehnsucht nach Intimität zu befriedigen sucht, die er in seiner Ehe oder auch

in vorherigen Beziehungen nicht erfüllen, bzw. verdeutlichen konnte. Den Grund darin sieht Herr G. in seinem Wunsch, stets überlegen und souverän zu erscheinen, sich „keine Schwächen zu leisten“. Jedoch steht dies in krassem Widerspruch zu dem eigentlichen Wunsch, so akzeptiert zu werden, wie er ist, ohne dafür etwas „leisten“ zu müssen. Herr G. erkannte, dass er seine eigenen Bedürfnisse zumeist verschweige, um sein sich von ihm auferlegtes Rollenmodell erfüllen zu können. So fühlte er sich beispielsweise zu diesem Zeitpunkt zuhause wie ein Besucher und wie der Ernährer, jedoch nicht als Teil der Familie.

Diese zunächst kognitiv ausgerichtete Näherung ermöglichte es Herrn G. nach einigen Wochen, sich auch emotional schrittweise auf die Therapie einzulassen.

Mit dem Erkennen, wie nahezu unmöglich es ihm zumeist ist, anzugeben, was er fühlt, wurde Herrn G. bewusst, dass hier ein wichtiger Baustein zum Verständnis des eigenen problematischen Verhaltens liegt.

Wieder änderte sich dadurch der Fokus in der Behandlung, Herr G. wollte nun vor allem einen Zugang zu seinen Gefühlen und Bedürfnissen bekommen, um sich letztendlich selbst akzeptieren zu können. Durch die Bearbeitung dieses Themas ergaben sich im Verlauf der Therapie nach und nach weitere *Veränderungen im Erleben und Verhalten* von Herrn G.:

- ◆ weitgehende Befreiung von Schuldgefühlen
- ◆ verbringt mehr Zeit mit den Kindern
- ◆ spürt mehr Nähe zu den Kindern
- ◆ sucht sich einen anderen, weniger stressigen Job
- ◆ vorsichtige Annäherung an die Ehefrau, zugleich offensiveres Verhalten ihr gegenüber
- ◆ **der Drang zu Prostituierten zu gehen nimmt ab!**
- ◆ **daraus resultieren deutlich seltenere Besuche bei Prostituierten**

Nach etwa anderthalb Jahren ist Herr G. mit sich und seinem Leben deutlich zufriedener, kann offener mit seiner Ehefrau über persönliche Dinge sprechen und die Annäherung zwischen beiden erfolgt schrittweise. Seine Vaterrolle nimmt er mit deutlich mehr Freude und Initiative wahr, auch das Verhältnis zu seinen Kindern ist deutlich wärmer und emotionaler. Herr G. sagt nun, dass er spüren könne, zuhause erwartet und gebraucht zu werden.

Durch regelmäßige Entspannung kann er in seinem neuen Job mit den Anforderungen gelassen umgehen. Pornographische Filme spielen im Leben von Herrn G. keine Rolle mehr, jedoch geht er weiterhin

etwa alle ein bis zwei Monate zu einer Prostituierten. Herr G. empfindet nach seinen Angaben jedoch keinen Drang mehr, dorthin zu gehen, was er glaubhaft verdeutlichen kann. In seiner Ehe gibt es nach wie vor (noch) keinerlei Sexualität, diese lehnt die Ehefrau bisher ab. Den Besuch bei Prostituierten sieht Herr G. daher als eine Art „Ersatz.“, da er durchaus sexuelles Verlangen verspüre.

Auch ohne das Einbeziehen der Ehefrau waren bei Herrn G. deutliche Verbesserungen im problematischen Verhalten erreichbar. Der Schlüssel lag hier eindeutig in einem unterdrückten Bedürfnis nach Intimität und fehlendem Zugang zu den eigenen Emotionen. Nachdem diese Bedürfnisse erkannt und schrittweise erfüllt wurden, nahm der Drang nach Sexualität als Ersatz spürbar und dauerhaft ab.

Dieses Fallbeispiel zeigt, wie wichtig es im Umgang mit sexsüchtigen Patienten ist, genau zu erfassen, was sie bewegt, statt sich nur auf die sexuelle Problematik zu konzentrieren.

Fazit

Die Auseinandersetzung mit dem umstrittenen Konstrukt *Sexsucht* macht nicht nur die Heterogenität der Gruppe von Betroffenen deutlich, sondern ebenso die Vielzahl der Aspekte, die bei der Frage, ob es sich hierbei um ein eigenes Störungsbild handelt, berücksichtigt werden müssen. Auch die Erfahrungen in der klinischen Praxis unterstreichen die Vielfältigkeit relevanter Einflussfaktoren. Das vorgestellte Fallbeispiel wurde bewusst gewählt, da der Erfahrungsalltag immer wieder zeigt, dass genau diese beiden Bereiche, fehlende Intimität und fehlender Zugang zu den eigenen Gefühlen, bei dem größten Teil der Patienten, die sich für sexsüchtig halten, eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung der Störung, sowie ihrer Aufrechterhaltung spielen und daher besonderer Aufmerksamkeit in der Behandlung bedürfen.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA), 2000. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth ed. – textrevisi-on (DSM-IV-TR). APA-Press, Washington, DC.
- Andresen, B., 2006. Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP). Dimensionale Diagnostik nach DSM-IV und ICD-10. Manual. Hogrefe, Göttingen.
- Bancroft, J., 1999. Central inhibition of sexual response in the

- male: A theoretical perspective. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 23, 763–784.
- Bancroft, J., 2009. *Human sexuality and its problems*, third ed. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Bancroft, J., Vukadinovic, Z., 2004. Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity or what? Toward a theoretical model. *J Sex Research* 41, 225–234.
- Barth, R.J., Kinder, B.N., 1987. The mislabelling of sexual impulsivity. *J Sex Marital Ther* 13, 15–23.
- Bird, M.H., 2006. Sexual addiction and marriage and family therapy: Facilitating individual and relationship healing through couple therapy. *J Sex Marital Ther* 32, 297–311.
- Briken, P., Hill, A., Berner, W., 2009. Syndrome sexueller Sucht, in: Batthyány, D., Pritz, A. (Eds.), *Rausch ohne Drogen: Substanzungebundene Süchte*. Springer, Wien, pp. 219–238.
- Briken, P., Habermann, N., Berner, W., Hill, A., 2007. Diagnosis and treatment of sexual addiction: A survey among German sex therapists. *Sexual Addiction & Compulsivity* 14, 131ff.
- Briken, P., Basdekis-Jozsa, R., 2010. Sexuelle Sucht? Wenn sexuelles Verhalten außer Kontrolle gerät. *Bundesgesundheitsbl* 53, 313–318.
- Coleman, E., 1990. The obsessive-compulsive model for describing compulsive sexual behavior. *American Journal of Preventive Psychiatry & Neurology* 2, 9–14.
- Cooper, A., 1998. Sexuality and the internet: Surfing into the new millennium. *CyberPsychology & Behavior* 1, 181–187.
- Cooper, A., Delmonico, D.L., Burg, R., 2000. Cybersex users, abusers, and compulsives: New findings and implications. *Sexual Addiction & Compulsivity* 7, 5–29.
- Cooper, A., Scherer, C., Boies, S.C., Gordon, B.L., 1999. Sexuality on the internet: From sexual exploration to pathological expression. *Pathological Psychology* 30, 154–164.
- Cox, R.P., Howard, M.D., 2007. Utilization of EMDR in the treatment of sexual addiction: A case study. *Sexual Addiction & Compulsivity* 14, 1–20.
- Ehrenthal, J.C., Dinger, U., Lamla, A., Funken, B., Schauenburg, H., 2009. Evaluation der deutschsprachigen Version des Bindungsfragebogens “Experiences in Close Relationships – Revised” (ECR-RD). *Psychother Psych Med* 59, 215–223.
- Giese, H., 1962. *Zur Psychopathologie der Sexualität*. Enke, Stuttgart.
- Goodman, A., 2008. Neurobiology of addiction. An integrative review. *Biochemical Pharmacology* 75, 266–322.
- Grüsser, S.M., Thalemann, C.N., 2006. *Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung*. Hogrefe, Göttingen.
- Hartmann, U., 2005. Neurobiologische Aspekte sexueller Funktionsstörungen, in: Nissen, G., Csef, H. Berner, W., Badura, F. (Eds.), *Sexualstörungen. Ursachen, Diagnose, Therapie*. Steinkopff, Darmstadt, pp. 26–40.
- Hill, A., Briken, P., Berner, W., 2007. Pornographie und sexuelle Gewalt im Internet. *Bundesgesundheitsbl* 50, 90–102.
- Kafka, M.P., 2007. Paraphilia-related disorders: The evaluation and treatment of nonparaphilic hypersexuality, in: Leiblum, S. (Ed.), *Principles and practice of sex therapy*, fourth ed. Guilford Press, New York, pp. 442–476.
- Kafka, M. P., 2010. Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav*. DOI: 10.1007/s10508-009-9574-7.
- Kafka, M.P., Hennen, J., 1999. The paraphilia-related disorders: An empirical investigation of nonparaphilic hypersexuality disorders. *Sexual Addiction & Compulsivity* 8, 227–239.

- Kafka, M.P., Hennen, J., 2002. A DSM-IV Axis I comorbidity study of males (N=120) with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sexual Abuse: Journal of Research and treatment* 14, 349–366.
- Kupfer, J., Brosig, B., Brähler, E., 2001. Toronto-Alexithymie-Skala-26. Deutsche Version (TAS-26). Manual. Hogrefe, Göttingen.
- Långström, N., Hanson, R.K., 2006. High rates of sexual behaviour in the general population: Correlates and predictors. *Arch Sex Behav* 35, 37–52.
- Levine, S.B., 2010. What is sexual addiction? *J Sex Marital Ther* 36, 276–81.
- Mick, T.M., Hollander, E., 2006. Impulsive-compulsive sexual behavior. *CNS Spectrums* 11, 944–955.
- Moser, C., 1993. A response to Aviel Goodman's "Sexual addiction: Designation and treatment". *J Sex Marital Ther* 19, 220–224.
- Muench, F., Morgenstern, J., Hollander, E., Irwin, E., O'Leary, A., Parsons, J.T., Wainberg, M.L., Lai, B., 2007. The Consequences of compulsive sexual behavior: The preliminary reliability and validity of the compulsive Sexual Behavior Consequences Scale. *Sexual Addiction & Compulsivity* 14, 207–220.
- Quadland, M.C., 1985. Compulsive sexual behavior: Definition of a problem and an approach to treatment. *J Sex Marital Ther* 11, 121–132.
- Raymond, N.C., Grant, J.E., Kim, S.W., Coleman, E., 2002. Treatment of compulsive sexual behavior with naltrexone and serotonin reuptake inhibitors: two case studies. *International Clinical Psychopharmacology* 17, 201–205.
- Reid, R.C., Carpenter, B.N., Spackman, M., Willes, D.L., 2008. Alexithymia, emotional instability, and vulnerability to stress proneness in patients seeking help for hypersexual behaviour. *J Sex Marital Ther* 34, 133–149.
- Reid, R.C., Carpenter, B.N., 2009. Exploring relationships of psychopathology in hypersexual patients using the MMPI-2. *J Sex Marital Ther* 35, 294–310.
- Roth, K., 2007. *Sexsucht – Krankheit und Trauma im Verborgenen*. Ch. Links Verlag, Berlin.
- Schwartz, M.F., 1992. Sexual compulsivity as post-traumatic stress disorder: Treatment perspectives. *Psychiatr Ann* 22, 333–338.
- Schwartz, S.A., Abramowitz, J.S., 2003. Are nonparaphilic sexual addictions a variant of obsessive-compulsive disorder? A pilot study. *Cognitive & Behavioral Practice* 10, 372–377.
- Todd, T., 2007. Premature Ejaculation of "Sexual Addiction" Diagnoses, in: *The Handbook of Brief Sex Therapy*. W.W. Norton & Company, New York.
- World Health Organization (WHO), 1993. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Huber, Bern.
- Zapf, J.L., Greiner, J., Carrol, J., 2008. Attachment styles and male sex addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity* 15, 158–175.

AutorInnen

Cand. Dr. Dipl.-Psych. Julia Kobs, M.Sc. Psych. Miriam Spenhoff, Prof. Dr. Uwe Hartmann, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Arbeitsbereich Klinische Psychologie, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, email: Kobs.Julia@mh-hannover.de



Kornelius Roth, Sexsucht, Krankheit und Trauma im Verborgenen

Christoph Links Verlag 2010, 3. Aufl., 216 Seiten, broschur, ISBN-978-3-86153-586-7, Preis 14,90 €)

Nach seriösen Schätzungen leben allein in Deutschland eine halbe Million Sexsüchtige. Sie werden von Kick zu Kick getrieben, rastlos, wahllos und letztlich unbefriedigt. Von Außenstehenden wird Sexsucht hingegen oft als "zu viel des Guten" verkannt und nicht als Suchterkrankung ernst genommen. Dabei sind die Folgen für Betroffene und Angehörige gravierend, finanziell und gesundheitlich, besonders aber in den sozialen Beziehungen, am Arbeitsplatz und in der Partnerschaft. Angehörige stehen den Problemen meist ratlos gegenüber: Was ist schon süchtig und was noch normal? Kann dieses Verhalten beeinflusst werden, wo bekommt man Hilfe? Kornelius Roth arbeitet seit Jahren als Psychotherapeut mit Sexsüchtigen. Anhand von Fallgeschichten schildert er Formen, Probleme, Auswirkungen der Sexsucht und geht auf die Besonderheiten der Online-Abhängigkeit ein. Vor allem zeigt er Wege auf, wie Betroffene der Sucht entkommen können.

Pressestimmen

"Besonders stark ist die Studie dort, wo Roth die Vernetzung der Sex- mit einer anderen Sucht schildert: jener nach Online-Tätigkeiten: Menschen, die nach Cyber-Sex abhängig sind." – Die Welt

"Das wichtigste Buch zur Sexsucht in Deutschland hat der Psychotherapeut Kornelius Roth geschrieben." – 3sat