

Separatdruck

© 1994 Verlag Hans Huber, Bern

Psychosomatische Klinik, Universität Heidelberg

Was ist sexuelle Sucht?

U. Clement

Zusammenfassung

Als «sexuelle Sucht» werden Verhaltensmuster bezeichnet, denen das subjektive Erleben der Unkontrollierbarkeit der eigenen sexuellen Impulse zugrunde liegt. Die nosologische Einordnung dieses Verhaltens ist umstritten. Diskutiert wird die Kategorisierung als Sucht, als Zwangsstörung oder als Störung der Impulskontrolle. Ätiologische Hypothesen konzentrieren sich auf biographisch frühe Intimitätsstörungen in der Herkunftsfamilie, die schwere Scham- und Unwertigkeitsgefühle zur Folge haben. Zur Therapie liegen lediglich unsystematische und unüberprüfbare Berichte aus den USA vor. Im deutschsprachigen Raum ist das Problem in der Forschung und der klinischen Praxis bislang kaum beachtet worden.

Das Problem

In den letzten Jahren haben verschiedene Autoren ein als «sexuelle Sucht» gekennzeichnetes Verhaltensmuster beschrieben. Es ist charakterisiert durch eine ständige Beschäftigung mit Sexualität in der Phantasie oder im Verhalten, die sich schwer kontrol-

lieren und eingrenzen läßt. Charakteristisch für die sexuelle «Sucht» sind nach den klinisch weitgehend übereinstimmenden Beschreibungen nicht in erster Linie äußere Merkmale wie Frequenz, Promiskuität oder Normabweichungen, sondern das subjektive Erleben der Unkontrollierbarkeit der eigenen sexuellen Impulse.

Vor allem aufgrund seiner Dynamik wird das Verhalten als Sucht («sexual addiction») beschrieben [1, 2]. Sexuelles Verhalten kann der Abwehr bedrohlicher innerer Zustände und Gefühle dienen. Ähnlich wie der Konsum von Alkohol oder anderen Drogen kann sexuelles Verhalten zu einem Hochgefühl führen, das beängstigende Emotionen wie innere Leere, Depression, Unwertigkeits- und Kleinheitsgefühle relativ schnell verdeckt. Die Wirksamkeit dieser Abwehr ist aber kurz. In der Folge kommt es häufig zu heftigen Scham- und Schuldgefühlen und zu einer Verstärkung der bedrohlichen Emotionen, die dann erneut durch sexuelles Verhalten abgewehrt werden.

Trotz strittiger Begrifflichkeit besteht bei den aktuellen Symptombeschreibungen soweit Einigkeit, daß es sich nicht um Paraphilien (sogenannte Perversionen) handelt. Auch wenn «sexuelle Süchtigkeit» bei Paraphilien vorkommen kann, ist sie nicht daran gebunden. Coleman [3] unterscheidet *fünf Typen* des von ihm so genannten zwanghaften Sexualverhaltens, die durchweg nicht paraphi-

ler Natur sind: zwanghaftes Suchen nach zahlreichen Sexualpartnern, zwanghafte Fixierung auf einen unerreichbaren Partner, zwanghafte Autoerotik, zwanghafte zahlreiche Liebesbeziehungen und zwanghafte Sexualität innerhalb einer Partnerschaft. Umgekehrt werden aber von Paraphilen überdurchschnittlich viele Symptome «sexueller Süchtigkeit» berichtet, insbesondere zwanghaftes Masturbieren, ichdystone Promiskuität und exzessiver Pornographiekonsum [4]. Für die Symptomatik wird eine vergleichsweise große Verbreitung angenommen, obwohl sich keine gültigen Aussagen machen lassen. Die empirische Lücke wird aber mit hoch angesetzten Schätzungen gefüllt. So vermutet Coleman [3] eine Prävalenz in der Größenordnung von 5%. Carnes [5] schätzt sie bei 6%, bei einer Mann-Frau-Ratio von 4:1.

Fallbeispiel

Zur Illustration der terminologischen, nosologischen und ätiologischen Fragen, die später erörtert werden, sei ein kurzes Fallbeispiel dargestellt:

In der psychosomatischen Ambulanz stellt sich eine 36jährige Patientin vor. Sie erklärt direkt, sie habe eine Sucht nach Sex. Sie schaffe es nicht, morgens das Haus zur Arbeit zu verlassen, wenn sie sich nicht befriedigt habe. Wenn sie nicht wenigstens einmal täglich mit ihrem Partner Sex haben könne, sei sie unzufrieden, unausgeglichen, fühle sich nicht begehrt und unwert. Da ihr Partner ihren Wünschen nicht genüge, müsse sie sich häufig mit dem Vibrator zufriedengeben. Sie habe jetzt eine ausgeprägte Angst entwickelt, die Vibratoren könnten kaputtgehen oder die Batterien könnten ausgehen. Sie habe deswegen einen Vorrat von vielleicht 200 Batterien für die Vibratoren angelegt. Aus dieser Sucht seien verschiedene Probleme erwachsen. Häufig komme es vor, daß sie erheblich verspätet zur Arbeit komme, weil sie erst gehen könne, wenn sie morgens einen Orgasmus erlebt habe. Aufgrund ihrer Orgasmusschwierigkeiten brauche sie dazu aber sehr lange, meist weit über eine Stunde. Der Versuch, ohne morgendlichen Orgasmus zur Arbeit zu gehen, sei gescheitert; sie könne so nicht arbeiten, sei völlig unkonzentriert, sei gegenwärtig krankgeschrieben; ihr stehe wegen häufigen Fehlens die Kündigung bevor.

Ohne auf die Psychodynamik im einzelnen einzugehen, sei zunächst auf die *charakteristischen Symptome* hingewiesen: Die sexuellen Gedanken und Handlungen

- werden nicht als Ausdruck primär sexueller Wünsche erlebt
- treten auf als Folge einer dramatischen Angst, nicht begehrt zu werden, also als Folge einer Selbstwertkrise
- können diese Angst kurzfristig binden
- führen zu Beschämung und Unwertigkeitsgefühlen
- werden als nicht kontrollierbar erlebt
- betreffen nicht alle Aspekte der Sexualität (z. B. verhält sich die Patientin nicht promisk), sondern sind begrenzt auf eine exzessive Zuwendung des Partners und auf das Erreichen des Orgasmus
- haben selbstschädigende Konsequenzen (drohender Arbeitsplatzverlust)

Das Beispiel zeigt deutlich, daß die Dynamik sich nicht einfach als Verhaltensvariante sehen läßt, die erst durch normative Definitionen einen Symptomwert bekommt. Nicht die Häufigkeit oder die Dauer der sexuellen Gedanken oder der Masturbation definieren das Symptom, sondern der mit massivem Leidensdruck verbundene Verlust der Kontrolle darüber.

Terminologisch-nosologische Fragen

Ist dieses Verhaltensmuster angemessen als «Sucht» zu beschreiben? In dem terminologischen Streit um den adäquaten Begriff und dem nosologischen um die krankheitstheoretische Zuordnung lassen sich drei Positionen erkennen:

- Das Verhalten sei als *Sucht* zu bezeichnen [1, 2, 5]. Dafür wird zum einen geltend gemacht, daß die Betroffenen selbst ihr Verhalten als süchtig und Sexualität als Droge beschreiben, zum anderen eine häufige zusätzliche Substanzabhängigkeit.
- Das Verhalten sei eine *Zwangsstörung* [3, 7-9]. Diese Zuordnung argumentiert mit dem repetitiven Charakter des Verhaltens und zusätzlich mit der Dynamik, indem auf den zentralen Mechanismus der Angstreduktion verwiesen wird.
- Das Verhalten sei eine atypische *Störung der Impulskontrolle* [10]. Ähnlich wie bei den anderen Impulshandlungen seien das vorangehende Spannungsgedühl und die kurzfristige Entlastung während der Impulshandlung kennzeichnend.

Insgesamt ist zumindest die krankheitstheoretische Zuordnung des symptomatischen Verhaltens zur Sucht und zum Zwang problematisch. Sowohl die Definitionen nach

dem DSM-III-R als auch die nach ICD-10 treffen nicht oder nicht mit hinreichender Eindeutigkeit zu. Die Zuordnung zu Impulskontrollstörungen nach DSM-III-R trifft zwar zu. Wenn man aber eine Impulshandlung als unmittelbar und schnell erfolgend definiert, läßt sich, wie Exner [11] zu Recht ausführt, angesichts des langen Ruminierens der sexuellen Gedanken auch diese Zuordnung nicht befriedigend treffen. So ist die nosologische Frage noch nicht befriedigend beantwortet. Am ehesten trifft die Restkategorie 302.90 (nicht näher bezeichnete sexuelle Störung) des DSM-III-R zu. Sie umfaßt unter anderem «Besorgnis über ein Verhaltensmuster wiederholter sexueller Eroberungen oder andere Formen nichtparaphiler sexueller Süchtigkeit, wobei die häufig wechselnden Sexualpartner nur als Objekte benutzt werden».

Zur Ätiologie

Daß ätiologische Annahmen sehr generalisierend und vage genannt werden, ist für psychische und Verhaltens-Auffälligkeiten durchaus üblich. Carnes [6] beschreibt verschiedene Formen des Mißbrauchs. In seiner Stichprobe will er emotionalen Mißbrauch bei 97%, sexuellen Mißbrauch bei 82% und körperlichen Mißbrauch bei 72% der Patienten gefunden haben. Das veranlaßt ihn, die «Sexsucht» unter dem Gesichtspunkt des posttraumatischen Stresses zu sehen. Coleman [9] schließt sich der Mißbrauchsthese an, die er unter der Überschrift der familiären Intimitätsdysfunktionen abhandelt. Als Folge des Mißbrauchs entwickeln sich danach starke Scham, Gefühle der Unwertigkeit und ein basales Gefühl, die eigene Persönlichkeit sei defekt. Um diese psychischen «Schmerzen» zu erleichtern, suchen die Patienten nach einem schnell wirkenden Analgetikum, das – neben Drogen, Alkohol, Essen, Spielen – auch bestimmte sexuelle Verhaltensweisen sein können. Durch die Erfahrung, daß diese Substanzen und/oder Verhaltensweisen zumindest zeitweise Erleichterung verschaffen, werden sie immer wieder realisiert, bis sich ein Teufelskreis von psychischem Schmerz und süchtiger Schmerzlinderung schließt. Ohne auf die Mißbrauchsthese einzugehen, beziehen sich auch Quadland [7], Schwartz und Brasted [2] sowie Barth und Kinder [10] auf den ätiologischen Kern eines schwachen Selbstwertgefühls, ein Selbstbild des Scheiterns und eine basale Hilflosigkeit, auf Selbststörungen also, die mit der sexuellen Symptomatik abgewehrt werden.

Therapie

Trotz einiger Ähnlichkeiten – z. B. wird durchweg Gruppentherapie der Vorzug vor Einzeltherapie gegeben – unterscheiden sich die therapeutischen Ziele in deutlicher Abhängigkeit von der nosologischen Zuordnung. Das Programm von Carnes [5], der von Sucht spricht, ist eine direkte Übernahme des zwölfstufigen Programms der Anonymen Alkoholiker mit einem stark bekennenden und an positiven, z. B. religiösen Werten orientierten Konzept. Dieser Neigung zu normativen Therapiezielen folgen auch Schwarz und Bradstedt [2] mit einem sehr detaillierten verhaltenstherapeutischen Programm über sechs Stufen, das auch die Medikation mit Antiandrogenen und Tranquilizern beinhaltet. Ihr definiertes Therapieziel ist eine sexuell befriedigende monogame Beziehung. Demgegenüber orientieren sich Quadland [7] und Coleman [3], die beide von Zwangsstörungen sprechen, lediglich auf eine verbesserte Kontrolle des sexuellen Verhaltens, aber auf keine damit verbundene Lebensform. Gerade Coleman betont im Gegensatz zu den Suchttheoretikern den zentralen Stellenwert, den Sexualität auch nach der Therapie hat.

Fazit

Der relativ konstanten Symptombeschreibung – einer mit starkem Leidensdruck verbundenen Schwierigkeit, das eigene sexuelle Verhalten zu kontrollieren – steht eine nosologische Uneindeutigkeit, ein Streit um die krankheitstheoretische Einordnung gegenüber. Es geht um die Frage, ob das Verhalten als Sucht, als Zwangsstörung oder als Störung der Impulskontrolle zu bewerten sei. Der Streit ist im amerikanischen Schrifttum unentschieden, in der deutschsprachigen Literatur findet er gar nicht statt. Hier ist die sexuelle Sucht weder auf der phänomenologisch-kasuistischen noch auf der ätiologischen und schon gar nicht auf der therapeutischen Ebene rezipiert. Das ist bemerkenswert, zumal die Symptomatik nicht nur in sexologischen Spezialambulanzen bekannt ist. Bei der bislang herrschenden therapeutischen Ratlosigkeit – womit konzeptlose Antiandrogen-Behandlung hier eingeschlossen ist – bleibt den Betroffenen gegenwärtig nur die Unterstützung durch *Selbsthilfegruppen* (vor allem die Sexual Addicts Anonymous), über deren Erfahrungen aber auch wenig bekannt ist. So traurig es ist: Für Menschen mit

Schwierigkeiten der sexuellen Impulskontrolle und mit sexuellen Zwangsgedanken gibt es gegenwärtig im deutschsprachigen Raum kaum professionelle Hilfe.

Literatur

1. Carnes P.: Out of the shadows - Confronting sexual addiction. Compcare Publications, Minneapolis, 1983.
2. Schwartz M. F., Brasted W. S.: Sexual addiction. Med. Asp. Hum. Sex. 19, 103-107, 1985.
3. Coleman E.: Is your patient suffering from compulsive sexual behavior? Psych. Ann. 22, 320-325, 1992.
4. Kafka M. P., Prentky R.: A comparative study of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. J. Clin. Psych. 53, 345-350, 1992.
5. Carnes P.: Contrary to love - Helping the sexual addict. Compcare Publications, Minneapolis, 1989.
6. Carnes P.: Don't call it love: Recovering from sexual addiction. Bantam Books, New York, 1991 (Dt. Ausg: Wenn Sex zur Sucht wird. Kösel, München, 1992).
7. Quadland M. C.: Compulsive sexual behavior - Definition of a problem and an approach to treatment. J. Sex & Marital Ther. 11, 121-132, 1985.
8. Coleman E.: Sexual compulsions versus addiction. The debate continues. Siecus Report 14, 7-11, 1986.
9. Coleman E.: Sexual compulsivity: Definitions, etiology, and treatment considerations. J. Chem. Depend. Treat. 1, 189-204, 1987.
10. Barth R. J., Kinder B. N.: The Mislabeling of Sexual Impulsivity. Sex & Marital Ther. 13, 15-23, 1987.
11. Exner T. M.: Sexual impulsivity, sexual compulsivity, and sexual control. Twentieth Annual Meeting of The International Academy for Sex Research, Asilomar Ca./USA, June 29-July 3, 1993.

Summary: What is sexual addiction?

The term 'sexual addiction' applies to behavioral patterns which are characterized by a lack of control of a person's sexual impulses. The diagnostic classification of these behaviors is controversial. They are categorized as addiction, as compulsion or as impulse control disorder. Etiological hypotheses focus on intimacy dysfunctions in early childhood, which entail feelings of shame and inferiority. With respect to treatment, only some unsystematic reports from the USA are available. In German speaking countries, till today the problem is widely ignored in research and clinical practice.

Résumé: Qu'est-ce que l'addiction sexuelle?

Par «addiction sexuelle» on entend des types de comportement caractérisés par un manque de contrôle de ses impulsions sexuelles. La classification nosologique de ce type de comportement est controversée. Différentes catégories de troubles sont évoquées, telles que l'addiction, les phénomènes compulsifs ainsi qu'une perturbation du mécanisme de contrôle des impulsions. Les hypothèses étiologiques se concentrent sur des troubles précoces de la sphère intime dans le cadre de la famille ayant conduit à des sentiments de honte et d'infériorité. Seuls quelques rapports peu systématiques et non contrôlés provenant des USA existent actuellement quant aux possibilités thérapeutiques. Jusqu'à ce jour, dans les pays germanophones, tant en recherche qu'en clinique, ce problème n'a guère suscité d'intérêt.

Korrespondenzadresse: PD Dr. phil U. Clement, Psychosomatische Klinik, Universität Heidelberg, Thibautstraße 2, D-69115 Heidelberg