

Clement, U. (2004): *Sexuelle Sucht*: 123-134.

In: Strauß, B. (Hg.): *Psychotherapie der Sexualstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend*. Stuttgart (Thieme).

## 12 Sexuelle Sucht

Ulrich Clement

*Es wird die Symptomatik der „sexuellen Sucht“ beschrieben. Ihre krankheitstheoretische Kennzeichnung als Sucht, als Zwangsstörung oder als Störung der Impulskontrolle wird diskutiert. Im Anschluss an ätiologische Fragen wird die These entwickelt, dass im Zentrum der sexuellen Sucht eine Fantasiestörung steht. Aus dieser These werden Konsequenzen für die psychotherapeutische Behandlung gezogen.*

### Einleitung

Die klinisch-diagnostische Beurteilung von chronisch gesteigertem sexuellen Verlangen ist aus verschiedenen Gründen schwierig. Sie ist abhängig von normativen Vorstellungen, vom Leidensdruck und von krankheitstheoretischen Überlegungen. Es gibt eine Zurückhaltung gegenüber der Kennzeichnung dieses Verhaltens als „sexuelle Sucht“, damit bleibt aber eine auf der klinisch-phänomenalen Ebene gut beschreibbare Symptomatik gewissermaßen ohne diagnostische Zuordnung. Sie ist gekennzeichnet durch eine ständige Beschäftigung mit Sexualität, in der Fantasie oder im Verhalten, die sich schwer kontrollieren 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. Die Symptomatik ist in sexuologischen Ambulanzen nicht selten, meist wird sie aber diagnostisch ignoriert oder als Neben aspekt einer anderen Diagnose subsumiert (Tab. 12.1).

### Symptomatik

Herr A., ein 40-jähriger Patient der psychosomatischen Ambulanz, beschreibt folgendes Problem: Er habe eine Sucht, die ihn jahrelang fast zum Selbstmord getrieben habe. Seit seinem 12. Lebensjahr habe er ständig onaniert, habe als Jugendlicher jüngere Kinder missbraucht, indem er sie zum Onanieren gedrängt habe oder sie gezwungen habe, sich Gegenstände anal oder vaginal einzuführen, habe wie zwanghaft Pornohefte und Pornofilme angesehen, sei dann als Jugend-

Tabelle 12.1 Symptomatik, Nosologie, Ätiologie und Therapie der sexuellen Sucht

<b>Symptomatik</b>	Ständige Beschäftigung mit Sexualität in Fantasie oder Verhalten ohne Befriedigung; subjektiv schwer kontrollierbar, dadurch Leidensdruck; Wechsel von Erregung und Depression
<b>Begründung der krankheitstheoretischen Zuordnungen</b>	Keine Paraphilie Sucht: entspricht dem subjektiven Erleben der Patienten, hohe Komorbidität mit Substanzabhängigkeit Zwangsstörung: Wiederholungscharakter; Symptomatik reduziert Angst Störung der Impulskontrolle: Spannungs- und Erregungsgefühl vor der Impulshandlung; kurzfristige Entlastung nach der Impulshandlung; Impulsstörung
<b>Ätiologische Faktoren</b>	Missbrauchsvorgeschichte, familiäre Intimitätsdysfunktion, Selbststörung, Strukturdefizit, Fantasiestörung
<b>Therapeutische Ansätze</b>	Strukturiertes Gruppenprogramm, z. T. in Kombination mit Antiandrogenen und Tranquilizern; Strukturierung und „Dramatisierung“ der Fantasie in der Psychotherapie

licher kokain- und amphetaminabhängig geworden und mehrfach zu stationärem Entzug gewesen. Seit seiner Pubertät gebe es nur Sex und Drogen als Hauptthemen seines Lebens. Er selbst bringt das in Zusammenhang damit, dass sein Vater einen „Don-Juan-Komplex“ gehabt habe, immer viele Frauen hätte haben müssen und nur über Sex gesprochen habe. Die Mutter, die sehr unter den Eskapaden des Vaters gelitten habe, habe ihn vergöttert, sei aber eine schwache Person gewesen. Offenbar hat er von der Mutter wenig Tragfähigkeit erlebt. So berichtet er von einer Jugenderinnerung, als er in seinem Unglück zur Mutter gesagt habe: „Mama, ich möchte sterben!“ Sie habe ihm geantwortet: „Ja, mein Sohn, ich auch.“

Sein aktuelles Problem sei, dass er mehrere Stunden, manchmal bis zu 10 oder 12, in Pornokinos zubringe, dort exzessiv onaniere und sich dann leer und erschlagen fühle. Seine Freundin sei ebenfalls kokainabhängig. Die Sexualität mit der Freundin finde statt, sei aber schwierig und unbefriedigend. Er habe zwar früher sehr viele Frauen gehabt, jetzt spielten andere Frauen aber kaum eine Rolle. Über seine finanzielle Lage und über seinen Lebensunterhalt lässt er den Therapeuten im Unklaren. In drei aufeinander folgenden Gesprächen wiederholt er die gleiche Inszenierung: Er beschreibt seine schillernde Lebenssituation und Biografie, geht auf Nachfragen aber nicht ein, sondern bittet nach einer halben Stunde, das Gespräch abzubrechen, weil es ihn zu sehr anstrengt.

Frau B., eine 36-jährige Patientin, stellt sich in der psychosomatischen Ambulanz 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 einem Vibrator zufrieden geben. Sie habe deswegen einen Vorrat von vielleicht 200 Batterien für die Vibratoren angelegt. Aus dieser Sucht seien verschiedene Folgeprobleme erwachsen.

Häufig komme es vor, dass sie erheblich verspätet zur Arbeit komme, weil sie erst aus dem Haus gehen könne, wenn sie morgens einen Orgasmus erlebt habe. Auf Grund 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 dann nicht arbeiten, sei völlig unkonzentriert. Sie sei gegenwärtig krankgeschrieben, ihr stehe die Kündigung ihrer Tätigkeit als Verkäuferin in einem Juweliergeschäft bevor. Auch der Fortbestand der seit 1½ Jahren bestehenden Partnerschaft sei gefährdet, da sie ständig daran denke, sich bei anderen Männern das zu holen, was sie von ihrem Partner nicht bekomme. Der Partner seinerseits fühlt sich völlig überfordert von ihren Wünschen, hat selbst Trennungsgedanken.

Ihr biografischer Hintergrund zeigt eine ausgeprägte Verwöhnungsgenese. Die Patientin ist zusammen mit ihrer Schwester bei wohlhabenden und überfürsorglichen Eltern aufgewachsen. Früh hat sie einen ebenfalls wohlhabenden Mann geheiratet, der ihr sowohl materiellen Luxus bot als auch ausgiebige emotionale Aufmerksamkeit und sexuelle Zuwendung. Aus dieser Ehe stammen zwei Kinder, die bei der Scheidung auf Grund ihrer Abhängigkeit dem Ehemann zugesprochen wurden. Auch in der darauf folgenden Partnerschaft habe sie ein Übermaß an emotionaler und materieller Zuwendung bekommen. Die sexuelle Problematik war in diesen beiden Partnerschaften nicht virulent gewesen, sondern war nach dem Entzug aufgetreten.

Wenn die Patientin nicht von Einzelheiten ihrer Symptomatik spricht, kann sie ohne sehr aktive Nachfrage kaum etwas berichten. Hinter ihrer schillernden Symptomatik wirkt sie leer und perspektivlos. Die Patientin war bis zu einer Entziehung vor 1½ Jahren alkohol- und tablettenabhängig gewesen. In der Klinik lernte sie ihren jetzigen Partner kennen, auch er alkoholabhängig. In der vorausgehenden Partnerschaft habe sie jeden Tag mit dem Partner Verkehr gehabt, sei sich aber sofort entwertet vorgekommen, wenn es ausnahmsweise einmal nicht dazu kam.

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

- werden nicht als lustvoll und nicht unbedingt, wie im Fall B., als Ausdruck primär sexueller Wünsche erlebt,
- treten auf als Folge von dramatischen Angst- und Leeregefühlen, 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. verhalten sich beide Patienten nicht promisk),
- führen zu einem kurzfristig erleichternden, nicht aber als befriedigend empfundenen Orgasmus,
- haben selbstschädigende Konsequenzen (drohender Arbeitsplatzverlust).

Beide Beispiele illustrieren die Symptomatik, die verschiedene Autoren als „sexuelle Sucht“ beschrieben haben. Sie ist gekennzeichnet durch eine ständige Beschäftigung mit Sexualität, in der Fantasie oder im Verhalten, die sich schwer kontrollieren und

eingrenzen lässt. Charakteristisch sind nach den klinisch weitgehend übereinstimmenden Beschreibungen nicht in erster Linie äußere Merkmale wie Frequenz, Partnerzahl oder ungewöhnliche Praktiken, sondern das subjektive Erleben der Unkontrollierbarkeit der eigenen sexuellen Impulse.

Dieses Verhalten lässt sich nicht einfach als Abweichung sehen, die erst durch eine normative Definition einen Symptomwert bekommt. Nicht die Häufigkeit oder Dauer der sexuellen Gedanken oder der Masturbation definieren das Symptom, sondern der mit einem massiven Leidensdruck verbundene Verlust der Kontrolle darüber.

## Terminologisch-nosologische Fragen

Die krankheitstheoretische Zuordnung der beschriebenen Symptomatik ist unsicher und strittig. Ein markantes Beispiel dafür ist die Subsumption unter die sexuellen Funktionsstörungen (F52), wie sie die ICD-10 vornimmt (vgl. Kap. 3). Hier wird „gesteigertes sexuelles Verlangen“ unter F52.7 parallel mit Ejaculatio praecox, Orgasmusstörung und Vaginismus eingeordnet, obwohl man von einer Funktionsstörung hier sicher nicht sprechen kann. Eine gewisse Berechtigung mag höchstens darin liegen, dass in der Kategorie „sexuelle Funktionsstörungen“ auch der „Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen“ und die „sexuelle Aversion“, also gewissermaßen die Symptome am Gegenpol des sexuellen Verlangens geführt werden.

Vor allem auf Grund seiner Dynamik wird dieses Verhalten als Sucht („sexual addiction“) beschrieben (Carnes 1983; Schwartz u. Brasted 1985; Kafka u. Prentky 1992). 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 verdecken kann. 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 überdeckt werden.

Die Symptomatik ist als solche nicht neu. Sie ist in älteren Sexualpathologien unter den Diagnosen Nymphomanie, Don-Juanismus, Satyriasis, Erotomanie, sexuelle Hyperästhesie, Hypersexualität oder Hyperlibido zu finden. In dieser Literatur (z. B. bei Krafft-Ebing 1886; Forel 1904; Bloch 1906) wird das unkontrollierte Sexualverhalten an relativ selten vorkommenden Sonderfällen behandelt.

Später hat Giese in seiner „Psychopathologie der Sexualität“ (1962) dem „süchtigen Erleben“ eine krankheitstheoretisch zentrale Position zugeschrieben. Er versteht es als eines der Leitsymptome sexueller Perversionen. Giese schließt sich an Überlegungen von Gebssattels an, der sich drei Jahrzehnte zuvor ausführlich mit dem Suchtcharakter des perversen Erlebens befasst hat. Beide bewegen sich hier im begrifflichen Kräftefeld der anthropologischen Medizin, die – unterlegt mit dem basso continuo ihrer etwas sakral anmutenden Vorstellungen von der „normgemäßen Liebeswirklichkeit“ – sehr subtile phänomenologische Beschreibungen geliefert hat, an denen sich leicht erkennen lässt, dass wir es nicht mit einem neuen Phänomen zu tun haben.

Von Gebssattel verstand die sexuelle Sucht nicht als eigene Störung, sondern als die charakteristische Erlebensqualität der Perversion. „Die Sucht stellt eine Reaktion dar auf den Zustand der Unbefriedigtheit, der das paraphile Verhalten begleitet. Sie bezeichnet, die Sucht, nicht eine neue Perversion des Geschlechtslebens, sondern den

Ablaufmodus der Perversion.“ Giese übernimmt diesen Gedanken, wenn er formuliert: „Praktisch erscheint das süchtige Erleben als ein notwendiger Ablaufmodus der Perversion, gleich welcher Stilart. Es handelt sich um ein Hineintreiben, das in der perversen Handlung vorgezeichnet liegt, besser gesagt: um ein *Verkommen*, das dem perversen Akt innewohnt.“ (Giese u. Schorsch 1973, S. 199).

Schorsch (1973) hat in der Einleitung zu der Neuauflage der „Psychopathologie der Sexualität“ Gieses Konzept der sexuellen Süchtigkeit kritisiert. Er beschränkt sich allerdings mit seiner Kritik auf die begriffliche und krankheitstheoretische Ebene. Die deskriptive Ebene der Symptombeschreibung lässt er gelten, fasst sie aber in eine neue Begrifflichkeit. Mit Bezug auf die empirischen Daten seiner Habilitationsschrift (Schorsch 1971) belegt er die empirisch gut gesicherte Unterscheidung zwischen progredienten und nichtprogredienten Verlaufsformen sexueller Perversionen. Mit der Überführung des alten Süchtigkeitsbegriffs in den der Progredienz hat Schorsch aber nicht nur eine terminologische Aktualisierung vollzogen. Er hat damit auch anthropologische Perversionskonzepte Gebssattels und Gieses entschärft und den Blick dafür geöffnet, dass sich bei der Mehrzahl der Perversionen progrediente Entwicklungen, die ja für Giese pathognomonisch waren, gar nicht zeigen.

Ist dieses Verhaltensmuster angemessen als „Sucht“ beschrieben? 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 bewerten. Insbesondere Carnes (1991) rechtfertigt diese Zuordnung zum einen mit der Selbstbeschreibung der von ihm Befragten als Süchtige, die Sexualität als starke Droge bezeichnen, von der sie sich abhängig fühlen. Zum anderen berichtet er von einer häufigen doppelten oder mehrfachen Abhängigkeit; nur in 17% seiner Stichprobe sei die sexuelle Sucht die einzige gewesen. 42% hatten außerdem eine Suchtmittelabhängigkeit, 38% Essstörungen. Im Fallbeispiel spricht für die Kennzeichnung einer Sucht zunächst die offensichtliche Symptomverschiebung von der Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit auf die Abhängigkeit vom Sex. Auch die suchtanaloge Unfähigkeit, ohne die „Droge“ Sexualität im Alltagsleben zu funktionieren, ist deutlich. Der Einwand, dass Sucht nur als Substanzabhängigkeit definiert ist, relativiert diese Parallelen allerdings.
- Das Verhalten sei eine *Zwangsstörung* („sexual compulsivity“, „compulsive sexual behavior“) (Quadland 1985; Coleman 1986, 1987, 1992). Coleman (1986), der am explizitesten für diese Zuordnung votiert, bringt im Wesentlichen drei Argumente gegen die Sucht. Erstens könne Sucht sich nur auf eine Substanz beziehen, nicht auf ein Verhalten. Zweitens lege der Suchtbegriff fälschlicherweise nahe, dass sich „Sexsucht“ auf alle Formen von Sexualität und nicht nur auf bestimmte Objekte oder Verhaltenssequenzen beziehe. Schließlich impliziere der Suchtbegriff auf der therapeutischen Ebene das Ziel der Abstinenz, das hier inadäquat sei. Sein Argument für die Klassifikation des CBS („compulsive sexual behavior“) als Zwangsstörung setzt an der Dynamik an, indem er als zentralen Mechanismus die Angstreduktion des CSB zum definitorischen Kriterium macht. Auch diese Position ist umstritten (Levine u. Troiden 1988). Mit der Bemerkung, dass eine Sucht sich in Form zwanghaften Verhaltens ausdrücke, entschärft Giddens (1992) die terminologische Differenzierung. In den Fallbeispielen lassen sich die zwanghaften Aspekte einfacher den Handlungen als den Gedanken zuordnen. Zwangsgedanken werden üblicherweise als sinnlos empfunden, was sich angesichts des sexuellen Inhalts relativiert, der ja keinen weitergehenden „Sinn“ haben muss. Vor allem

haben die sexuellen Gedanken für die Patientin nicht per se einen unangenehmen Inhalt. Die Eigenschaften einer Zwangshandlung sind zum Teil gegeben: Das sexuelle Verhalten hat einen wenig flexiblen, stereotypen Charakter; es dient dazu, eine unangenehme Situation erträglich zu machen. Interessanterweise lässt sich die Zuordnung zu den Zwangsstörungen nach der DSM-IV-Definition besser halten als nach der ICD-10-Definition: Letztere betont die häufige Bindung der Zwangshandlungen an Reinlichkeit und Ordnung, wie auch die Befürchtung von Gefahren, was beides hier nicht gegeben ist.

- ▶ Die Symptomatik sei eine atypische Störung der *Impulskontrolle* („impulse control disorder“) (Barth u. Kinder 1987). Barth und Kinder argumentieren explizit gegen die Kategorisierung als zwanghaftes Verhalten, weil es sich – anders als beim Zwang – um eine Flucht vor einer aktuellen Angst handle, die nicht auf ein zukünftiges befürchtetes Ereignis bezogen ist, und weil es – ebenfalls anders als beim Zwang – eine intrinsisch lustvolle Aktivität sei. Die definitorischen Kriterien der atypischen Impulskontrollstörung des DSM-IV seien durchweg erfüllt, nämlich die Unfähigkeit, einem selbst- oder fremdschädigenden Impuls zu widerstehen, ein zunehmendes Spannungs- und Erregungsgefühl vor der Durchführung der Impulshandlung und das Empfinden von Befriedigung oder Entlastung während der Impulshandlung. Zu Recht räumen die Autoren ein, dass das erstgenannte Kriterium der Selbst- oder Fremdschädigung nicht unbedingt gegeben sein muss. Sie beziehen diese auf die Infektionsgefahr mit HIV und auf mögliche soziale und emotionale Schäden für die Partner. In einer nosologisch zurückhaltenden, aber terminologisch wie deskriptiv hilfreichen Unterscheidung differenziert Exner (1992) zwischen sexueller Zwanghaftigkeit („sexual compulsivity“) und sexueller Impulsivität („sexual impulsivity“). Danach geht das Konzept der sexuellen Zwanghaftigkeit von einem internen Auslöser sexuellen Verhaltens aus, das dann die Funktion der Angstreduktion hat. Das Konzept der sexuellen Impulsivität geht dagegen von sichtbaren externen Stimuli aus, die ein dann ebenfalls schwer kontrollierbares Verhalten auslösen.

Trotz dieser Differenzen herrscht Einigkeit darüber, dass die Symptome nicht den Paraphilien zugeordnet werden können<sup>1</sup>. Auch wenn „sexuelle Süchtigkeit“ bei Paraphilien vorkommen kann und selbst wenn sie, wie bei Giese (1962), sogar als Leitsymptom der Perversionen ausgewiesen ist, ist sie nicht auf diese beschränkt.

Insgesamt wird zumindest die krankheitstheoretische Zuordnung des symptomatischen Verhaltens zur Sucht und zum Zwang als problematisch gesehen. Sowohl die Definitionen nach dem DSM-IV wie die nach der ICD-10 treffen nicht oder nicht mit hinreichender Eindeutigkeit. Die Zuordnung als Impulskontrollstörung nach dem DSM-IV trifft zwar zu. Wenn man aber eine Impulshandlung als unmittelbar und schnell erfolgend definiert, lässt sich, wie Exner (1993) 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 302.9 (Nicht Näher Bezeichnete Sexuelle Störung)

<sup>1</sup> Umgekehrt werden aber von paraphilen Patienten überdurchschnittlich viele nichtparaphilie Symptome „sexueller Süchtigkeit“ berichtet, zwanghafte Masturbation, Ich-dystone Promiskuität und Pornografiekonsum (Kafka u. Prentky 1992).

des DSM-IV zu. Sie umfasst u. a. „Besorgnis über ein Verhaltensmuster wiederholter sexueller Eroberungen oder andere Formen nichtparaphiler sexueller Süchtigkeit, wobei die häufig wechselnden Sexualpartner nur als Objekte benutzt werden.“

Trotz der nosologischen Uneindeutigkeit lassen sich „sexuelle Sucht“ oder „sexuell süchtiges Verhalten“ als deskriptive Begriffe zur Symptombeschreibung verwenden. Auch die Magersucht und Spielsucht haben sich als Begriffe etabliert, ohne den an die Substanzabhängigkeit gebundenen Suchtbegriff bisher infrage zu stellen.

## Epidemiologie

Für diese Symptomatik wird eine vergleichsweise große Verbreitung reklamiert, obwohl sich angesichts des völligen Fehlens epidemiologischer Daten keine validen Aussagen treffen lassen. Die empirische Lücke wird aber mit hoch angesetzten Schätzungen gefüllt. So vermutet Coleman (1992), sogar mit einer Warnung vor einer Überschätzung der Prävalenz, diese in der Größenordnung von 5%. Carnes (1991) legt den Daumen auf 6%, bei einer Mann/Frau-Ratio von 4:1. Immerhin berichtet er in seiner populär referierten Untersuchung (Carnes 1991), die auch in einer deutschen Ausgabe (1992) vorliegt, über fast 1000 „Sextüchtige“, die er in Zusammenarbeit mit vier Selbsthilfegruppen befragen konnte. Auch die Tatsache, dass im Internet mehrere hundert Adressen mit Populärliteratur, Selbsthilfegruppen und Diskussionsforen zur „sexual addiction“ zu finden sind, ist zumindest als Hinweis auf eine nennenswerte Verbreitung zu werten. Größenordnungen im Prozentbereich, wie die oben angegebenen, sind aber um Dimensionen überschätzt. Schätzungen, die über den Promillebereich hinausgehen, dürften durchweg zu hoch angesetzt sein.

## Ätiologische Fragen

Die ätiologischen Thesen (und mehr als Thesen sind es nicht), die in der Literatur diskutiert werden, sind ausgesprochen unbefriedigend, auch wenn man einräumen muss, dass sehr generalisierende und vage ätiologische Annahmen auch für andere psychische und Verhaltensauffälligkeiten durchaus üblich sind. Carnes (1992) dekliniert verschiedene Formen des Missbrauchs. In seiner Stichprobe will er emotionalen Missbrauch bei 97%, sexuellen Missbrauch bei 82% und körperlichen Missbrauch bei 72% gefunden haben. Das veranlasst ihn, die sexuelle Sucht unter dem Gesichtspunkt des posttraumatischen Stress zu sehen. Coleman (1987) schließt sich der Missbrauchstheorie an, die er unter der Überschrift der „familiären Intimitätsdysfunktion“ behandelt. 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, suchten 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 eingesetzt, bis sich ein Teufelskreis aus psychischem Schmerz und süchtiger Schmerzlinderung schließt.

Ohne auf die Missbrauchsthese einzugehen, beziehen sich auch Quadland (1985), Schwartz u. Brasted (1985) und Barth u. Kinder (1987) 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.

Dieser auf klinischen Eindrücken beruhende und nicht systematisch überprüfte ätiologische Konsens ist deskriptiv nachvollziehbar, wenn auch theoretisch wenig befriedigend. Immerhin sind hier Ähnlichkeiten mit der „Plomben“-Metapher erkennbar, die Morgenthaler (1974) in seiner Perversionstheorie entwickelt hat, und mit den defensiven (nicht kompensatorischen) Strukturen Kohuts (1979), also Erklärungsmodellen, die beide nicht primär konflikttheoretisch angelegt sind. In der Tat ist es fraglich, ob sich die sexuelle Sucht im Rahmen des Konfliktmodells der Neurosenlehre erklären lässt. Im klassischen Neurosenmodell sind die sexuellen Wünsche durch eine starke Abwehr daran gehindert, realisiert oder auch nur fantasiert zu werden. Das Neurosenmodell geht dabei von einer relativ „reifen“, also differenzierten psychischen Struktur aus, die stark und wirksam genug ist, diese Abwehr auch zu gewährleisten.

Im Fall der sexuellen „Sucht“ kann man von einer starken und gut integrierten Struktur nicht ausgehen. Kernberg hat vorgeschlagen, auch sexuelle Störungen danach zu unterscheiden, auf welchem psychischen Strukturniveau sie organisiert sind. Was bedeutet hier psychisches Strukturniveau? Der Arbeitskreis OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, 1996) hat sechs Dimensionen definiert, die die Integration der psychischen Struktur ausmachen, nämlich Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung, Kommunikation und Bindung. Auf die beiden Fallbeispiele angewendet zeigt sich schnell, dass insbesondere die Bereiche Abwehr, Impulssteuerung und Selbstwahrnehmung, aber auch Objektwahrnehmung, deutlich beeinträchtigt sind. Im Vergleich zum konfliktneurotischen Modell von Sexualstörungen, das die Sexualität als überkontrolliert beschreibt, ist hier gewissermaßen die umgekehrte Situation gegeben: Auf Grund der Ich-strukturellen Schwäche ist die Sexualität hier unterkontrolliert, kann also nicht psychisch gebahnt, kanalisiert, auf Objekte bezogen, situativ dilatiert werden. Das betrifft insbesondere die sexuelle Fantasie und die sexuelle Befriedigung.

## **Sexuelle Sucht als Fantasiestörung**

Die sexuelle Befriedigung steht in besonderer Weise im Zentrum der sexuellen Suchtdynamik. Die an einer sexuellen Sucht Leidenden sind durch einen körperlichen Orgasmus nur ganz kurzfristig befriedigt, vielleicht wäre es besser zu sagen: befriedet. Durch Wiederholung kommt es irgendwann zu einem Gefühl der Erschöpfung, aber nicht zu einem der Befriedigung. Deshalb kurz eine Bemerkung zur Voraussetzung des Erlebens sexueller Befriedigung. Sexuelle Befriedigung braucht eine Dramaturgie, d. h. sie lebt durch den Aufbau und Abbau von Spannung, durch die Induzierung von Fantasie, die auch ein Eigenleben führt, ehe sie sich realisiert. Sie folgt also einer dramatischen Figur, einem Skript. Diese Skripte können sehr differenziert ausgestaltete Sequenzen sein, sie können aber auch fragmentarischen Charakter haben, also sich auf ein wesentliches Element konzentrieren. Sie können kulturell präformierten Vorbildern ähneln, können aber auch ausgesprochen idiosynkratischer Natur sein.

Es lassen sich drei Elemente dieses Skripts<sup>2</sup> unterscheiden: der Skriptentwurf, die Skriptinszenierung und die Skriptkonsequenz.

- Der *Skriptentwurf* ist das Ergebnis der Wunschproduktion. Er ist die vorfantasierte Verhaltenssequenz, die Szene oder Szenenfolge, in der sich der Wünschende selbst und seine Interaktionspartner so verhalten, dass sie den Wünschenden optimal erregt und befriedigt. Der Wünschende ist zugleich Autor, Regisseur und Protagonist seines Skripts. Im Gegensatz zu eher statischen Konzepten von sexueller Fantasie, die spezifisch präferierte Teilobjekte oder Eigenschaften eines sexuellen Objekts meinen, ist der Skriptentwurf dynamisch konzipiert, umfasst also Vorstellungen von aufeinander bezogenen Handlungen des fantasierenden Subjekts und des begehrten Objekts. Im Skriptentwurf ist dieser Bezug von Subjekt- und Objekthandlung berechenbar und steuerbar und damit, im Sinne des Wünschenden, optimal.
- In der *Skriptinszenierung* bezieht der Wünschende seinen Skriptentwurf auf den interaktionellen Kontext, in dem er sich befindet oder in den er sich begibt. Hier kommt die Wahrnehmung der realen sexuellen Interaktionspartner ins Spiel. Der wünschende Protagonist prüft deren Bereitschaft, wieweit sie sich auf seinen Skriptentwurf beziehen wollen. Dazu muss der Protagonist seinen Entwurf und seine Intentionen erkennbar machen und sich vergewissern, ob sein Interesse erwidert, ob sein Angebot beantwortet wird. Im Gegensatz zur Entwicklung des Skriptentwurfs erfordert die Skriptinszenierung kommunikative Aufmerksamkeit und Objektwahrnehmung. Im dramaturgischen Ablauf ist die Skriptinszenierung mit Spannungszunahme verbunden. Damit Spannung entstehen kann, muss ein Minimum an Nichtvorhersagbarkeit gegeben sein. Zugleich darf aber die Nichtvorhersagbarkeit nicht zu sehr ausgeprägt sein, weil sonst die Spannung in Angst umschlagen kann. So gewinnt eine sexuelle Inszenierung ihre erotische Spannung durch die Dynamik von Nichtvorhersagbarkeit („Fremdheit“) eines potenziellen sexuellen Interaktionspartners einerseits und das Interaktionsangebot von Verhaltensweisen, die versuchen, das Gegenüber in den eigenen Skriptentwurf einzufädeln, andererseits.
- Diese Dynamik kann sich auf eine symmetrische oder auch komplementäre Gegenseitigkeit einspielen – oder auch nicht. Entsprechend ist die *Skriptkonsequenz* eine Mischung von Bestätigung und Widerlegung des Skriptentwurfes, die emotional begleitet ist von Gefühlen des Triumphes, des Stolzes, der Dankbarkeit oder auch der Blamage und Bloßstellung oder einfach der Enttäuschung. Jede Skript-

<sup>2</sup> Die skripttheoretischen Überlegungen sind an anderer Stelle näher ausgeführt (Clement 1994). Hier nur kurz eine Bemerkung zu den theoretischen Koordinaten des Skriptkonzepts, wie es hier verstanden wird. Mit seiner dramaturgischen Konzeption, die übrigens der Idee des Skriptbegriffs am nächsten kommt, grenzt sie sich von anderen Skriptkonzepten ab. Zum einen geht sie weit über die rein behaviorale Konzeption hinaus, wie sie von Abelson (1981) eingeführt wurde. Hier wird ein Skript im Wesentlichen als beobachtbare Verhaltenssequenz mit hoher Vorhersagbarkeit verstanden, ganz unabhängig von den begleitenden emotionalen und kognitiven Prozessen. Zum anderen wird aber den inneren Prozessen, wie sie vor allem von transaktionsanalytischen Autoren (Sabghir 1982) in Anlehnung an Berne (1962) als unterliegende Ebene von Interaktionsmustern verstanden werden, kein ausschließlicher oder primärer Stellenwert zugesprochen, der das beobachtbare Verhalten nur noch als sekundäre Symptomebene begreift. Verhalten und innere Prozesse werden als theoretisch gleichwertige Ebenen verstanden, die sich wechselseitig bedingen, aufrechterhalten und stören können. Keine Ebene ist die „eigentliche“ und demzufolge hat auch nicht die jeweils andere Ebene eine nachgeordnete Bedeutung.

konsequenz, also jede Erfahrung, kann an den Skriptentwurf rückgekoppelt werden und diesen verändern. Dramaturgisch gesehen kann die Skriptkonsequenz eine Bestätigung des Skriptentwurfs sein und dadurch zur Entspannung führen, dass eine narrative „Gestalt“ geschlossen wird. Dies ist Voraussetzung dafür, dass sexuelle Befriedigung erlebt werden kann. Sexuelle Befriedigung ist aus dieser skripttheoretischen Perspektive also gebunden an die Schließung einer zunächst offenen narrativen Gestalt. In dem Maße, wie in relevanten sexuellen Interaktionen Befriedigung erlebt wird, also Skriptentwürfe bestätigt werden, entwickelt sich eine stabile sexuelle Identität, die durch das gestützt ist, was Pohlen u. Wittmann (1981) als „Befriedigungsgewissheit“ bezeichnet haben. Sie wird durch die wiederholte Erfahrung erworben, dass die mit Spannung assoziierte offene Gestalt eines sexuellen Interaktionsablaufs so geschlossen werden kann, dass der Skriptentwurf im Wesentlichen bestätigt wird. Entsprechend kann sich bei unsicherer Befriedigungsgewissheit, die sich auf die Konsistenz des Skriptentwurfs und die Flexibilität der Skriptinszenierung auswirken kann, nur eine fragile sexuelle Identität ausbilden.

Die Ausgestaltung sexueller Interaktionen, die mit Erregung und Befriedigung erlebt werden, setzt eine einigermaßen kohärente sexuelle Identität voraus. Aus dieser Identität heraus können in der Fantasie Skripte entworfen und in Begegnungen mit realen oder potenziellen Partnern inszeniert und ausgestaltet werden. Sexuelle Fantasien erhalten ihr belebendes – und identitätsstiftendes – Potenzial dadurch, dass sie narrativen Abläufen folgen, also einen spannenden Anfang und ein entspannendes Ende haben. Das ermöglicht es dem Fantasierenden, sexuelle Fantasien auch wieder abzuschließen und sich anderen Inhalten zuzuwenden. Sexuelle Fantasien sind erst dann belebend, wenn es auch nichtsexuelle Fantasien gibt.

Natürlich hat nicht jede sexuelle Fantasie und jede sexuelle Interaktion den Charakter einer vollständigen narrativen Figur. Sexuelle Fantasien können sehr flüchtig sein, und sexuelle Interaktionen können sich auf die Sekunde eines Blickkontaktes oder einer kurzen Berührung beschränken. Sie können, auch in dieser Kürze, als erfrischend und belebend oder auch als belästigend und übergriffig erlebt werden, weil sie sich assoziativ an die bereitliegenden Narrative koppeln und deren emotionale Färbung übernehmen. Sie sind dann gewissermaßen – um in der dramaturgischen Begrifflichkeit zu bleiben – kurze Zitate aus bekannten Filmen.

Vor diesem Hintergrund lässt sich die sexuelle Sucht als Störung der sexuellen Fantasie verstehen: Sexuell Süchtigen stehen nur unvollständige sexuelle Narrative zu Verfügung. Dies zeigt sich auf allen drei Skriptkomponenten. Im Skriptentwurf sind die Objektrepräsentanzen oft sehr schwach, haben also ein kaum ausgeprägtes „Eigenleben“ und sind wenig konturiert. Die Fantasien haben einen eher medialen als objektalen Charakter, sind also mehr durch Stimmungszustände und Befindlichkeiten gekennzeichnet als durch prozesshafte Geschichten. Dem entspricht, dass in der Skriptinszenierung die Objektwahrnehmung insofern reduziert ist, als die sexuellen Interaktionspartner nur wenig als Personen mit eigenen Motivationen und Gefühlen wahrgenommen werden, was ja Voraussetzung dafür ist, dass ein gegenseitig bezogenes Interaktionsspiel des Herausforderns und Eingehens in Gang kommen kann.

Für die Dynamik des sexuellen Suchtverhaltens zentral ist die Verflüchtigung der Skriptkonsequenz. Die sexuelle Fantasie findet kein Ende. Die Qual der sexuell Süchtigen liegt darin, dass sie aus der sexuellen Thematik nur schwer aussteigen können,

also nicht vom sexuellen in den nichtsexuellen Fantasiebereich übertreten können. Das liegt einmal daran, dass nichtsexuelle Fantasien nur wenig ausgestaltet sind und damit jeder Inhalt schnell sexualisiert wird. Zum anderen – und das ist unter dramaturgischer Perspektive die Tragik sexuell Süchtiger – kann die narrative Gestalt nicht geschlossen werden. Die sexuelle Erregung bleibt heimatlos, ständig auf dem Weg zu einem Ziel, das so diffus ausgestaltet ist, dass sich kein Gefühl des Stimmens oder Passens einstellen kann, wenn es erreicht ist. Damit fehlt der sexuellen Befriedigung ein konstitutives Element.

Orgasmus und Befriedigung kommen bei sexuell Süchtigen nur schwer zur Deckung. Sie divergieren in sehr unterschiedlicher Weise. Der Patient A. hat keine Orgasmusschwierigkeiten im engeren Sinne. Er erlebt bei der Ejakulation ein Orgasmusgefühl, kann den Orgasmus aber nicht an eine Fantasie koppeln, die seine sexuelle Spannung narrativ schließt. Er sexualisiert seine Umgebung, aber nicht im Sinne einer erotischen Aufladung konkreter Personen durch ausgestaltete reizvolle oder romantische Fantasien. Er erlebt also seine sexuellen Gedanken zunächst mit einer kurzfristigen Intensität als „high“, dann aber schnell als lästig, als bedrängend und gleichzeitig eher stereotyp und arm, also alles andere als spielerisch, vital und lebendig.

Frau B. im obigen Fallbeispiel hingegen hat Orgasmusschwierigkeiten, die eine entsprechende klinische Diagnose rechtfertigen würden. Sie kann ihre Fantasien und Wünsche durchaus auf Personen beziehen, die freilich in ihrem Bericht sehr blass und konturlos bleiben, was darauf hindeutet, dass sie sie auch wenig als strukturierte Gegenüber mit eigenen Motivationen und eigenen Gefühlen wahrnimmt, auf die sie sich einstellt. Sie erlebt die Objektreaktionen als frustrierend und stets hinter ihrem unendlichen Zuwendungsbedarf zurückbleibend. Insofern kann sie ihre narrative Gestalt nicht schließen, weil sie die ersehnte Zuwendung nie als genügend erlebt. Wenn sich nach langem Abmühen schließlich ein Orgasmus einstellt, erlebt sie ihn dann auch mehr als das erleichternde Ende einer langen masturbatorischen Quälerei und nur wenig genussvoll.

## Therapie

Die in der Literatur beschriebenen therapeutischen Ansätze berücksichtigen die Dynamik der Fantasie nicht, sondern konzentrieren sich durchweg auf das manifeste Verhalten. Carnes (1991), Quadland (1985), Schwartz u. Brasted (1985) und Coleman (1987 und 1992) beschreiben mehr oder weniger ausgefeilte Behandlungsprogramme. Trotz unterschiedlicher Ansätze sind sie sich in zwei Punkten einig. Erstens wird durchweg nicht sexuelle Abstinenz, sondern Kontrolle über das sexuelle Verhalten als Ziel gesehen. Zweitens wird Gruppentherapie der Vorzug vor Einzeltherapie gegeben.

Carnes' Programm (1992) ist eine direkte Übernahme des 12-stufigen Programms der Anonymen Alkoholiker mit einem stark bekennenden und an positiven, z. T. religiösen Werten orientierten Konzept. Quadland (1985), dessen Therapiebericht sich ausschließlich auf homosexuelle Männer bezieht, beschreibt eine konzeptuell nicht näher spezifizierte Gruppentherapie über 20 Wochen. Schwartz u. Brasted (1985) legen ein sehr detailliertes verhaltenstherapeutisches Programm über 6 Stufen vor, das auch die Medikation mit Antiandrogenen und Tranquilizern beinhaltet. Ihr defi-

niertes Therapieziel ist eine sexuell befriedigende monogame Beziehung. Häufig werden Partner mit einbezogen. Coleman (1992) bezieht ebenfalls Partner oder andere Familienmitglieder ein. Noch deutlicher als die anderen Autoren betont er den zentralen Stellenwert der Sexualität auch nach der Therapie hat. Auch er verwendet Medikationen, bevorzugt aber serotonerge Antidepressiva (Fluoxetin) gegenüber Antiandrogenen.

Meines Erachtens sollte die Therapie den Aspekt der Fantasiestörung zum Fokus machen. Davon ausgehend, dass bei einer sexuellen Suchtsymptomatik Ich-strukturelle Störungen eine wichtige Rolle spielen, muss hier der therapeutische Prozess nicht so sehr auf das freie Ermöglichen von Fantasie ausgerichtet sein, sondern auf Strukturierungshilfen für die Fantasie. So ist es sinnvoll, mediale Befindlichkeitsbeschreibungen zu unterbrechen und sie narrativ zu strukturieren, etwa indem Auslösesituationen oder der Kontext von Intensitätsveränderungen genauer exploriert werden, indem verstärkt auf beteiligte (Fantasie-)Personen eingegangen wird. Ziel einer solchen therapeutischen Gesprächsgestaltung ist es, die entdramatisierte Fantasie zu re-dramatisieren, von Befindlichkeitsbeschreibungen des Getriebenseins oder Leerseins zu prozesshaften Geschichten zu kommen. Gesprächstechnisch sind dabei die in der systemischen Therapie entwickelten hypothetischen Fragetechniken sehr hilfreich („Angenommen, alle Pornokinos wären geschlossen, was würden Sie dann tun?“ „Angenommen, Sie hätten keine sexuelle Sucht, womit würden Sie sich dann beschäftigen?“).

Giddens (1992), der sich aus einer soziologischen Perspektive mit der sexuellen Sucht als postpermissivem Phänomen beschäftigt hat, sieht als maßgebliche kulturelle Voraussetzung für das Entstehen der sexuellen Sucht den Verlust der Verführung, die nicht mehr inszenierbar ist, wenn die sexuellen Möglichkeiten ubiquitär sind. An der Figur des Casanova stellt er dar, wie dieser in der Verführung von Frauen wenigstens noch gegen Vorstellungen der Tugend verstoßen konnte, wie die Verführungen noch durch einen Akt der Widerständigkeit gekennzeichnet waren. Aber „the womanizer of today is not someone who cultivates sexual pleasure, but a thrill-seeker in a world of open sexual opportunities“ (Giddens 1992, S. 84). Sexuelle Sucht ist demnach auch ein Verlust des verführbaren Gegenübers. Aus dem Objekt der Begierde wird ein manipulierbarer und flüchtiger Stimulus der Selbstregulation. In diesem Sinne folgt die Therapie der sexuellen Sucht der leitenden Idee, den Weg von der sexuellen Selbstregulation zum sexuellen Begehren zu finden.