
Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
(Prof. Dr. med. J. Wiltfang)
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

**Kritische Betrachtung des akademischen
Diskurses zum Symptomkomplex
zwanghafter sexueller Verhaltensstörung**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät der
Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Max Ludwig

aus

Anklam

Göttingen 2020

Dekan: Prof. Dr. med. W. Brück
Referent: Prof. Dr. med. J. Wiltfang
Korreferent: Prof. Dr. Eric Leibing
Promotor-Vertreterin: Prof. Dr. Margarete Schön

Datum der mündlichen Prüfung: Mittwoch den 08.12.2021

Hiermit erkläre ich, die Dissertation mit dem Titel "Kritische Betrachtung des akademischen Diskurses zum Symptomkomplex zwanghafter sexueller Verhaltensstörung" eigenständig angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet zu haben.

Göttingen, den

(Unterschrift)

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
Anmerkungen vorab	1
1 Teil 1 - Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung als Diskurs - Diskursanalyse des akademischen Diskursstranges um den Symptomkomplex sexueller Süchtigkeit	3
1.1 Einleitung – Wozu Diskursforschung in der Psychiatrie?.....	3
1.2 Methodisches Vorgehen – die wissenssoziologische Diskursanalyse nach Keller.....	4
1.3 Abgrenzung des zu untersuchenden Diskursstranges – der akademische Diskurs um den Symptomkomplex sexueller Süchtigkeit.....	6
1.4 Der Kontext des Diskursstranges.....	8
1.4.1 Wechselwirkungen mit Unterhaltungs- und Informationsmedien.....	8
1.4.2 Wechselwirkungen mit religiösen Diskursen	11
1.5 Datenkorpus.....	14
1.6 Kodiersystem	17
1.7 Ergebnisse	18
1.8 Diskussion	27
1.8.1 Kategorie 1 - anekdotische Evidenz	27
1.8.2 Kategorie 2 - Konstruktion einer Grenze zwischen „normal“ und „exzessiv“	31
1.8.3 Kategorie 3 - Pathologisierung von sozial gering geschätzten Praktiken	34
1.8.4 Kategorie 4 - Pathologisierung von notwendigen Aspekten menschlicher Sexualität	35
1.8.5 Kategorie 5 - Präsentationen von Korrelationen.....	37
1.8.6 Kategorie 6 - Biologismen.....	38
1.8.7 Kategorie 7 - Darstellung von ZSVS als klar definiertes, unumstrittenes Konzept..	40
1.8.8 Implikationen der Ergebnisse	41
1.9 Zusammenfassung der Diskursanalyse.....	45
2 Teil 2 – Das integrative Modell der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung	46
2.1 Grundannahme: impulsives sexuelles Verhalten vs. zwanghafte sexuelle Gedanken.....	47
2.2 Ebenen des Modells: Entwicklung, Kognition, Emotion und Verhalten.....	50
2.3 Der impulsive und der zwanghafte Kreislauf zwanghaften sexuellen Verhaltens	53
2.4 Implikationen und Zusammenfassung für das integrative Modell.....	56
3 Teil 3 – Die Göttinger Studie zu Sexualität und Sucht.....	57
3.1 Einleitung	57

3.2	Hintergrund	57
3.3	Fragestellung, Zielkriterien und Hypothesen.....	60
3.4	Methode.....	64
3.4.1	Stichprobe	64
3.4.2	Material	64
3.4.3	Statistische Methoden.....	72
3.5	Ablauf.....	73
3.6	Ergebnisse	73
3.6.1	Ergebnisse des explorativen Teils.....	73
3.6.2	Ergebnisse des hypothesentestenden Teils	80
3.7	Diskussion	86
3.7.1	Diskussion des explorativen Teils.....	86
3.7.2	Diskussion des hypothesentestenden Teils	91
3.7.3	Limitationen und Ausblick:	95
3.8	Zusammenfassung aus der Göttinger Studie zu Sexualität und Sucht	98
4	Zusammenfassung.....	100
	Literaturverzeichnis	101

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Darstellung des integrativen Modells zwanghafter sexueller Verhaltensstörung	46
Abbildung 2: Der impulsive und der zwanghafte Kreislauf im integrativen Modell zwanghaften sexuellen Verhaltens	55

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vorkommen der Diskussionsstrategien in den untersuchten Publikationen	19
Tabelle 2: Kategorie 1 - Anekdotische Evidenz	20
Tabelle 3: Kategorie 2 - Konstruktion einer Grenze zwischen „normal“ und „exzessiv“	21
Tabelle 4: Kategorie 3 - Pathologisierung von sozial gering geschätzten Praktiken.....	22
Tabelle 5: Kategorie 4 - Pathologisierung von notwendigen Aspekten menschlicher Sexualität	23
Tabelle 6: Kategorie 5 - Präsentationen von Korrelationen	24
Tabelle 7: Kategorie 6 - Biologismen	25
Tabelle 8: Kategorie 7 - Darstellung von ZSVS als klar definiertes, unumstrittenes Konzept	26
Tabelle 9: Unterschiede zwischen Carnes Men's Sexual Addiction Screening Test und Women's Sexual Addiction Screening Test	29
Tabelle 10: Soziodemographische Daten.....	64
Tabelle 11: Sexuelle Identität und Orientierung.....	74
Tabelle 12: Zufriedenheit mit verschiedenen Hilfsangeboten.....	75
Tabelle 13: Zusammenstellung wichtiger Aspekte der Sexualanamnese	76
Tabelle 144: Anzahl der Geschlechtspartner*innen in den letzten drei Jahren	79
Tabelle 155: Statistische Eigenschaften der Test-Scores	81
Tabelle 166: Spearman-Korrelationen der wichtigsten Scores	84

Abkürzungsverzeichnis

AD-Test	Anderson-Darling Test
ASV	Ausschweifendes Sexualverhalten
ASVis	Ausschweifendes Sexualverhalten, intersubjektive Skala
ASVo	Ausschweifendes Sexualverhalten, objektive Skala
ASVs	Ausschweifendes Sexualverhalten, subjektive Skala
BIS	Barratt Impulsiveness Scale
BISa	Barratt Impulsiveness Scale, Subskala aufmerksamkeitsbezogen
BISm	Barratt Impulsiveness Scale, Subskala motorisch
BISnp	Barratt Impulsiveness Scale, Subskala nicht-planend
Cronbach	Cronbach's Alpha
CTS	Childhood Trauma Screener
DIJG	Deutsches Institut für Jugend und Gesellschaft
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ES	Effektstärke
EzS	Einstellung zu Sexualität
FLZ	Fragen zur Lebenszufriedenheit
FLZa	Fragen zur Lebenszufriedenheit, allgemeine Skala
FLZg	Fragen zur Lebenszufriedenheit, gesundheitsbezogene Skala
HBI	Hypersexual Behavior Inventory
HBIcons	Hypersexual Behavior Inventory, Subskala zu Konsequenzen
HBIcont	Hypersexual Behavior Inventory, Subskala zu Kontrolle
HBIcop	Hypersexual Behavior Inventory, Subskala zu Coping
ICD	International Classification of Diseases
Kindh	Score über für ZSVS typische Kindheitserlebnisse

MW	Mittelwert
MWU	Mann-Whitney-U-Test auf Mittelwertunterschiede
NARQ	Negative Affect Repair Questionnaire
NARQc	Negative Affect Repair Questionnaire, kognitive Skala
NARQd	Negative Affect Repair Questionnaire, ablenkende (distractive) Skala
NARQe	Negative Affect Repair Questionnaire, externalisierende Skala
NARQs	Negative Affect Repair Questionnaire, soziale Skala
OCI	Obsessive-Compulsive Inventory
OCSD	Obsessive-Compulsive Spectrum Disorder
SA	Standardabweichung
YBOCS	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale
YBOCS-SC	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Symptom Checklist
ZSVS	Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung

Anmerkungen vorab

Die Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung (ZSVS) wird in den Sexualwissenschaften seit nunmehr über 30 Jahren kontrovers diskutiert (Kraus et al. 2018; Walton und Bhullar 2018). Mit der neuen International Classification of Diseases (ICD-11) wird sie voraussichtlich erstmals offiziell kodiert werden können (Grant et al. 2014). Dies würde die Behandlung im Rahmen allgemeiner psychiatrischer und psychotherapeutischer Hilfsangebote ermöglichen. Bisher war das Hilfsangebot mit der größten Tragweite in Deutschland sowie auch in anderen Teilen der Welt das Netzwerk von Selbsthilfegruppen.

Diese Arbeit bietet eine kritische Betrachtung des akademischen Diskurses, der der Aufnahme der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung (ZSVS) in das ICD-11 vorausgegangen ist. Die Betrachtung geschieht im Hinblick auf eine Studie, die an 67 Teilnehmenden deutschsprachiger Selbsthilfegruppen durchgeführt wurde.

Die Gliederung der Arbeit in drei große Teile entspricht den Hauptproblemen, die sich bei der initialen Recherche in den Fachjournals herauskristallisierten:

1. die schier unlösbare Verschränkung der Symptome mit der Sexualmoral der Patient*innen und ihres Umfeldes (Coleman 1986; Irvine 1995; Levine 2010; Ley 2012; Reay et al. 2015)
2. die unklare nosologische Verortung, die gemeinsam mit der unklaren Abgrenzung des Begriffes die therapeutische Indikation verschleiert (Bancroft und Vucadinovic 2004; Grant et al. 2014; Walton et al. 2017)
3. die vielerseits beklagte unzulängliche Datenlage (Gola und Potenza 2018; Kraus et al. 2018; Walton und Bhullar 2018)

Im ersten Teil der Arbeit werden die Ergebnisse einer Untersuchung dargestellt, die den akademischen Diskursstrang um ZSVS anhand der Methode der soziologischen Diskursanalyse nach Reiner Keller (Keller 2011) betrachtet. Es werden mehrere diskursive Strategien nachgewiesen und es wird argumentiert, dass diese Strategien eine Abweichung vom Ideal objektiver und universell anwendbarer Wissenschaft darstellen. Zudem wird aufgezeigt, dass die Diagnose einer ZSVS im konkreten Fall nicht unabhängig vom normativen Hintergrund gestellt werden kann.

Der zweite Teil der Arbeit führt ein integratives Modell der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung ein. Im Lichte der Untersuchung aus Teil 1 versucht dieser Ansatz die Störung in einer Form zu konzeptualisieren, welche dem breiten Spektrum normativer Hintergründe in zeitgenössischen Gesellschaften gerecht wird.

Der dritte Teil nimmt die zentralen theoretischen Annahmen, welche das Phänomen zwanghafter sexueller Verhaltensstörungen nach dem zuvor untersuchten Diskursstrang

konstituieren und überprüft diese anhand der Daten aus der zuvor genannten Studie. Zudem sollen gesicherte aktuelle Erkenntnisse über die Patient*innenklientel deutschsprachiger Selbsthilfegruppen zu ZSVS und ihre Beschwerden gewonnen werden. Die Ergebnisse beinhalten unter anderem Informationen zu den soziodemographischen Merkmalen der Patient*innenklientel, zur Allgemein- und zur Sexualanamnese, zur Bewertung der bisherigen Versorgungssituation durch die Hilfesuchenden sowie zu deren Leidensdruck, Einstellungen zu Sexualität, traumatischen Kindheitserlebnissen, Impulsivität und Affektregulation. Anhand dieser Daten wird es außerdem möglich, das integrative Modell aus Teil 2 mit einem gewissen empirischen Gehalt zu untermauern.

In dieser Arbeit wird vorrangig der Begriff der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung verwendet, der von Kraus et al. (2016) als Überbegriff für diverse Termini eingeführt worden ist, die im akademischen Diskursstrang für Störungen in Verbindung mit ausschweifendem Sexualverhalten Verwendung gefunden haben (z. B. hypersexuelle Störung (Reid et al. 2011), sexuelle Süchtigkeit / Sexsucht (Carnes 2001; Roth 2007), paraphilie-verwandte Störung (Briken und Basdekis-Jozsa 2010) etc.). An einigen Stellen dieser Arbeit werden die Begriffe allerdings synonym verwendet, insbesondere wenn auf bestimmte Phasen des Diskurses Bezug genommen wird. Zudem werden Begriffe wie Pornographiesucht, Liebessucht, Telefonsexsucht etc. als Unterarten von ZSVS aufgefasst und nicht als separate Konstrukte behandelt. Streng unterschieden werden allerdings folgende Begriffe: impulsives sexuelles Verhalten und zwanghafte sexuelle Gedanken als zwei Subtypen von ZSVS sowie ausschweifendes bzw. exzessives Sexualverhalten als allgemeines, nicht-pathologisiertes Phänomen.

1 Teil 1 - Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung als Diskurs - Diskursanalyse des akademischen Diskursstranges um den Symptomkomplex sexueller Süchtigkeit

1.1 Einleitung – Wozu Diskursforschung in der Psychiatrie?

„[We see] a trend within mainstream sexology to ignore social contexts or minimize them within an individualized psychological framework in pursuit of reified notions of gender, sexual activity, sexual identity, and so forth. Time and time again, however, it seems that these pursuits fail, as in the current quagmire over the ‚right‘ amount of desire and arousal to call ‚normal‘ in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [...]. It seems the failures are usually due to a lack of attention to the social influences that create different experiences and meanings for sexual life. [...] Sexuality studies must strive to be more cross-disciplinary and interdisciplinary.“ (Cacchioni und Tiefer 2012, S. 310)

Wie Cacchioni und Tiefer (2012) in ihrer Einführung in die Sonderausgabe des Journal of Sex Research zum Thema Medikalisierung kritisiert haben, schafft es die Sexualmedizin bisher nicht, Erkenntnisse aus der geistes- und sozialwissenschaftlichen Sexualforschung in ihre Arbeit zu integrieren, und bleibt deswegen häufig hinter ihrem eigentlichen Potential zurück. Insbesondere im Hinblick auf die Aufnahme der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörungen in das ICD-11 erscheint es sinnvoll, diesen Forderungen nachzukommen, da das Konzept seit seiner Entstehung immer wieder Gegenstand intensiver Kritik aus den Geistes- und Sozialwissenschaften gewesen ist (Levine und Troiden 1988; Irvine 1995; Giles 2006; Reay et al. 2015). Deshalb wird in dieser Arbeit als Grundlage für die empirische Forschung der bisherige akademische Diskurs mit einer soziologischen Methodik untersucht. Damit ist konkret der Diskursstrang gemeint, der sich in den späten 1970er und 1980er Jahren um die ZSVS entwickelt hat. Die Untersuchung basiert auf der Technik der wissenssoziologischen Diskursanalyse nach Reiner Keller (2011).

In der Diskurstheorie liegt der Fokus der Analyse nicht auf den Absichten und Standpunkten einzelner Autor*innen. Stattdessen wird die Betonung verschoben hin zu den inneren Mechanismen und Funktionsweisen eines Diskursstranges. Diskursanalyse fragt danach, was über einen bestimmten Gegenstand gesagt wird und wie diese Aussageereignisse unser Verständnis des Gegenstandes formen.

Diskurse sind „anonyme Konfigurationen von Aussagemustern“ (Sarasin 2013, S. 109), die das Feld aller möglichen Aussagen in einem Themenbereich und in einem sozialen System strukturieren. Reiner Keller definiert Diskurse wie folgt: „Diskurse lassen sich als mehr oder weniger erfolgreiche Versuche verstehen, Bedeutungszuschreibungen und Sinn-Ordnungen

zumindes auf Zeit zu stabilisieren und dadurch eine kollektiv verbindliche Wissensordnung in einem sozialen Ensemble zu institutionalisieren.“ (Keller 2011, S. 8). Diskurse beeinflussen entscheidend, welche Aussagen getätigt werden können und welche Form von Wissen sie erzeugen. Es geht dabei nicht um die Frage, ob bestimmte Formen von Wissen mehr oder weniger wahrheitsgetreu sind. Viel mehr wird Wissen als Ausdruck gesellschaftlicher Machtkämpfe zwischen Interessengruppen verstanden. In diesen Auseinandersetzungen kommen diverse Diskursstrategien zum Tragen. Dabei handelt es sich um „Argumentative, rhetorische, praktische Strategien zur Durchsetzung eines Diskurses [...]“ (Keller 2011, S. 68).

Die Diskursanalyse ist damit ein geeignetes Mittel, um die soziohistorischen Hintergründe medizinischen Wissens sichtbar zu machen und kritisch zu hinterfragen. In den folgende Abschnitten wird der akademische Diskursstrang zunächst zeitgeschichtlich und in Abgrenzung zu anderen Diskurssträngen eingeordnet, beschrieben und dann entsprechend der von Keller (2011) vorgeschlagenen Methodik analysiert.

1.2 Methodisches Vorgehen – die wissenssoziologische Diskursanalyse nach Keller

Die Diskursanalyse nach Reiner Keller ist eine qualitative Forschungsmethode, die auf der Diskurstheorie von Michel Foucault aufbaut und diese mit Einflüssen aus der hermeneutischen Wissenssoziologie verbindet (Keller 2008). Keller baut dabei Foucaults Konzept der Diskursanalyse zu einer konkreten Methode aus, die sich – anders als Foucaults allgemeine Theorie der Dynamiken von Wissen und Macht - auf spezifische Forschungsfragen anwenden lässt. Im Rahmen dieser Arbeit wurde orientierend auf diese Methode zurückgegriffen.

Im Rahmen der Diskursanalyse soll folgender Frage nachgegangen werden: Inwiefern nehmen gesellschaftliche Verhältnisse und moralische Positionen auf den akademischen Diskursstrang zum Thema ZSVS Einfluss. Konkret wird in diesem Teil der Arbeit untersucht, in welcher Form der akademische Diskursstrang zum Thema ZSVS im deutschsprachigen Raum von konservativen moralischen Positionen geprägt ist. Damit sind Wertvorstellungen gemeint, die eine nicht-promiskuitive und beziehungsorientierte (relationale) Form von Sexualität befürworten im Gegensatz zu promiskuitiven, unpersönlichen, hedonistischen oder rekreationalen Spielarten. Im weiteren Sinne schließt der Begriff der konservativen moralischen Position aber auch normative Aussagen ein, die eine vage Vorstellung „normaler“ im Sinne von gängigen, üblichen sexueller Praktiken zu Grunde legen und diese implizit von abnormaler, ausschweifender oder devianter Sexualität abgrenzen.

Nach dem aktuellen Selbstverständnis der Naturwissenschaften, sind wissenschaftliche Aussagen objektiv und besitzen universelle Gültigkeit, was sich unter anderem in der Stellung dieser Konzepte in der bis heute äußerst einflussreichen Wissenschaftstheorie Karl Poppers

(z. B. in Popper 2002) und in der häufigen Bezugnahme auf diese Konzepte bei der Erstellung medizinischer Klassifikationssysteme (z. B. in Kraus et al. 2018) zeigt. Ein solcher Anspruch an wissenschaftliche Aussagen macht es erforderlich, dass sie vor jedem kulturellen Hintergrund und in jedem Teilbereich einer Gesellschaft zutreffen. Demzufolge würde die Wissenschaft ihren eigenen Ansprüchen in dem Maße nicht gerecht, in dem die moralischen Vorstellungen einzelner sozialer Gruppen wissenschaftliche Aussagen prägen. Um einen solchen Einfluss gegebenenfalls zu erkennen, konzentriert sich diese Diskursanalyse auf die Herausarbeitung so genannter Diskursstrategien, die in der Lage wären, die Wirksamkeit moralisierender diskursiver Präformationen im Verborgenen aufrecht zu erhalten.

Zu Beginn der Arbeit an der Diskursanalyse werden wissenschaftliche Arbeiten zum Thema Sexsucht gesichtet, um nach heuristischen Kriterien den zu analysierenden Datenkorpus zusammenzustellen. Dabei wird eingangs vor allem nach Veröffentlichungen gesucht, die sich mit der Frage befassen, ob Sexsucht als von moralischen Maßstäben unabhängiges Phänomen denkbar ist. Hierbei handelt es sich meistens um frühe Arbeiten aus dem betrachteten Diskursstrang. Später werden auch aktuellere Veröffentlichungen betrachtet, um nachzuvollziehen, inwiefern sich diese Fragestellung auf die heutige Forschung auswirkt. Dabei wird sich auf Arbeiten konzentriert, die innerhalb des Diskursstranges einen starken Widerhall erzeugt haben. Das endgültige Datenkorpus umfasst die Publikationen, von denen angenommen wird, dass sie einen besonders großen Einfluss auf die Phänomenstruktur und die Dispositive um ZSVS im deutschsprachigen Raum haben. Es handelt sich hierbei also um theorieorientiertes Sampling, was bedeutet, dass die Arbeiten nicht zufällig oder mit dem Anspruch der Repräsentativität sondern anhand der Kriterien der Forschungsfrage ausgewählt werden.

In einem zweiten Arbeitsschritt wird die spätere Feinanalyse vorbereitet, indem durch offenes Kodieren Diskursstrategien zur genaueren Untersuchung herausgearbeitet werden. Konkret bedeutet das, dass untersucht wird, wie die Publikationen argumentieren, wie ihre Überzeugungskraft entsteht und welche Strategien sich dabei bestimmen lassen, die in Bezug auf die Fragestellung relevant sind. Hierbei werden die unten aufgelisteten sieben Hauptkategorien erstellt.

Im dritten Arbeitsschritt werden einzelne Textstellen den Kategorien zugeordnet. Im Sinne der minimalen Kontrastierung wurden in der Feinanalyse Aussageereignisse zusammen gruppiert, in denen ähnliche diskursive Strategien nachweisbar sind. So wurde versucht, die jeweiligen Teilaspekte des Diskursstranges präzise zu rekonstruieren. Um das Gesamtspektrum des Diskurses im Sinne der maximalen Kontrastierung abzubilden, wurden Aussageereignisse gesucht, die die jeweilige Diskursstrategie kritisch beleuchten.

Keller geht davon aus, dass im Arbeitsprozess durch Anwendung der Methode auf weitere Dokumente und Aussageereignisse eine Sättigung eintritt, denn: „Nicht jedes Aussageereignis bildet den Diskurs insgesamt ab, aber die Variation ist doch begrenzt.“ (Keller 2008, S. 92). Die Diskursanalyse kann also dann als erschöpfend betrachtet werden,

wenn Wiederholungen auftreten und die Untersuchung weiteren Materials keine neuen Erkenntnisse liefert. Da im Rahmen dieser Arbeit bereits bei der Sichtung des Materials mit der Bildung der Kategorien von diskursiven Strategien begonnen wurde, also nicht nur das Material der Feinanalyse sondern eine größere Menge an Dokumenten daraufhin untersucht worden ist, welche Kategorien sich bilden lassen, und sich die gebildeten Kategorien recht systematisch im feinanalytisch untersuchten Material nachweisen lassen (sprich, sich wiederholen), wird davon ausgegangen, dass eine solche Sättigung stattgefunden hat.

Keller schlägt vor, die Kategorien im Rahmen des axialen und selektiven Kodierens zueinander ins Verhältnis zu setzen. Dies ist in diesem Fall nur bedingt umsetzbar, da die Kategorisierung nicht auf die inhaltliche Ebene sondern auf die Ebene spezifischer Handlungsstrategien ausgerichtet ist. In welchem Verhältnis diese Strategien stehen und welche Funktionen sie erfüllen, wird dennoch in der abschließenden Diskussion erläutert. An dieser Stelle werden auch die Implikationen der Erkenntnisse über die untersuchten Diskursstrategien für den Diskurs und die praktische Handhabung der Thematik ZSVS genauer erörtert.

1.3 Abgrenzung des zu untersuchenden Diskursstranges – der akademische Diskurs um den Symptomkomplex sexueller Süchtigkeit

Gegenstand der Diskursanalyse ist der akademische Diskursstrang um den Symptomkomplex der Sexsucht beziehungsweise ZSVS, der in den späten 1970er und frühen 1980er Jahren auftaucht und bis heute fortgeschrieben wird. Die Akteur*innen sind also Psychiater*innen und anderen Wissenschaftler*innen, die Aussagepraxis ist die wissenschaftliche Veröffentlichung.

Für die Zwecke dieser Arbeit wurde dieser Diskursstrang als Gegenstand der Betrachtung gewählt, weil davon ausgegangen wird, dass er im Gegensatz zu früheren psychiatrischen Diskursen einen stärkeren Einfluss auf die aktuelle Phänomenstruktur und die bestehenden Dispositive hat. So beziehen sich die Autor*innen häufig auf andere Arbeiten, die seit den späten 1970er Jahren veröffentlicht wurden, aber nur selten auf ältere Texte. Letzteres geschieht wenn überhaupt im Zuge von historischen Überlegungen. Der aktuelle Diskursstrang unterscheidet sich auch qualitativ von der früheren Handhabung der Thematik, da in den späten 70er und frühen 80er Jahren erstmals begonnen wurde, moderne wissenschaftliche Methoden mehr oder weniger erfolgreich auf das Phänomen Sexsucht anzuwenden.

Vereinzelt lassen sich allerdings bereits deutlich früher Versuche nachweisen, gesteigertes sexuelles Verlangen als pathologisches Phänomen zu konstituieren. Kafka (2010) beruft sich dabei auf Quellen, die bis ins 18. Jahrhundert zurückreichen. In den sexuell restriktiven Phasen des 20. Jahrhunderts werden diese Auffassungen Teil der dominierenden

psychiatrischen Lehrmeinung. Levine und Troiden (1988) sprechen von einer vorherrschenden Rolle der prokreativen Funktion von Sexualität in den 1950ern, welche auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen (u. a. Gesetzgebung, Pädagogik und Medizin) durchgesetzt wird. So fasst das DSM I Masturbation, Homosexualität und Promiskuität als sexuelle Pathologien auf.

Im Zuge der Liberalisierung der Sexualmoral in den 1960ern und 70ern werden solche Auffassungen stark zurückgedrängt (Levine und Troiden 1988; Irvine 1995; Reay et al. 2015). In den späten 70ern schlägt das Pendel allerdings wieder in die Gegenrichtung aus. Levine und Troiden (1988) führen hierfür die folgenden Gründe an: Erstens werden die medizinischen Risiken einer sexuell freizügigen Gesellschaft durch die stärkere Verbreitung sexuell übertragbarer Erkrankungen und Infektionen relevanter. Zweitens werden diese medizinischen Probleme durch die ausgeprägte Stigmatisierung der Betroffenen verschärft. Drittens besinnen sich die Menschen nach dem Befreiungsschlag gegen die Verpflichtungen tradierter Normen wieder verstärkt auf den Wert der Verbindlichkeit gegenüber anderen Menschen und viertens bemühen sich (zumindest in den USA) radikale religiöse Interessengruppen darum, gegen den rekreativen Kode sexueller Normen vorzugehen. Als Akteur*innen solcher Lobbyarbeit werden die Organisationen „Moral Majority“, „Citizens for Decency“ und „right-to-life“-Gruppen genannt, die sich gegen Pornographie, Abtreibung, Verhütung, Homosexualität und sexuelle Aufklärung an Schulen positionieren (Levine und Troiden 1988, S. 354).

Janice M. Irvine (1995) führt die Entstehung des Deutungsmusters der Sexsucht auf die Gründung der ersten Selbsthilfegruppen von Mitgliedern verschiedener Gruppen der Anonymen Alkoholiker in den späten 1970ern zurück. Reay et al. (2015) hingegen nennen als älteste Quelle für den Begriff sexueller Sucht den Erotik-Roman „Sex-Addicts“ von William Donner von 1964 (siehe Abschnitt 1.4.1.).

Die einflussreichste Veröffentlichung aus den frühen Tagen des akademischen Diskursstranges („The Sexual Addiction“ von Patrick Carnes) erscheint 1983. Die Relevanz des bestehenden sozialen Klimas wird deutlich, wenn man sich vor Augen führt, dass Carnes bereits in den späten 70ern die grundlegenden Konzepte des Buches entwickelt, sich aber dafür entscheidet, mit der Veröffentlichung seiner Entwürfe noch mehrere Jahre zu warten. Zwischen der Konzeptualisierung 1976 und der Veröffentlichung 1983 liegen die Wahlen von Politiker*innen wie Margaret Thatcher, Ronald Regan und Helmut Kohl sowie die Entdeckung von AIDS und der oben beschriebene Umschwung in der Sexualmoral. Carnes schreibt hierzu:

„Most of all, I was afraid of the public reaction, which is always unpredictable in sexual matters. In short, it was an idea whose time had not come.“ (Carnes 2001, S. XVII)

Auch Coleman (1986) verweist auf diesen Zusammenhang zwischen der Entstehung des Konzeptes und dem herrschenden Zeitgeist, weshalb er explizit vor dem Missbrauch zur Unterdrückung sexueller Minderheiten warnt.

1.4 Der Kontext des Diskursstranges

1.4.1 Wechselwirkungen mit Unterhaltungs- und Informationsmedien

Subjekte mit ausschweifendem Sexualverhalten beschäftigen die Menschen schon seit sehr langer Zeit, wie die untenstehend aufgelisteten Beispiele zeigen. Die Thematik hat dabei in unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen Beachtung gefunden, was hier beispielhaft anhand von Unterhaltungs- und Informationsmedien dargestellt werden soll. Die Begrifflichkeiten früher sexualmedizinischer Diskurse um ausschweifendes Sexualverhalten verweisen bereits auf den großen Reichtum literarischer Auseinandersetzungen mit der Thematik. So beziehen sich die Begriffe Nymphomanie und Satyriasis (Ley 2012) auf Figuren, bei denen der lebensfrohe Aspekt der Sexualität im Vordergrund steht. Der Namensgeber des Donjuanismus (Molina 1995) hingegen ist eine Figur, deren Sexualität eine zerstörerische Wirkung auf andere hat. Hierin spiegelt sich auch der historische Wandel der Konzepte über verschiedene Phasen von Liberalisierung und Restriktion (Levine und Trolden 1988) hinweg.

Destruktive Formen der Sexualität finden sich auch bei weiblichen Figuren wie zum Beispiel Becky Sharp (Thackeray 2013) oder Emma Bovary (Flaubert 2005). Letztere ist aber insbesondere ein Beispiel für einen Tropus, der sich bis in den aktuellen Diskurs um ZSVS fortsetzt (z. B. in Carnes 2001; Roth 2007): Madame Bovary zerstört mit ihren sexuellen Ausschweifungen nicht nur das Leben ihr nahe stehender Personen, sie ist gleichzeitig Opfer eines ausbeuterischen Geliebten. Die Frau als Opfer männlicher Sexualität ist bis heute ein verbreitetes Deutungsmuster (Irvine 1995). Unabhängig von ihrer Geschlechtlichkeit erzeugen die Protagonist*innen durch die Verweigerung sozialer Konformität Laufmaschen im sozialen Gefüge und entfalten so ihre zerstörerische Kraft.

Neben den beängstigenden, mahnenden Figuren gibt es auch Darstellungen, die die Faszination ausschweifender Sexualität in unbeschwerterer Weise nutzen. Hierzu zählt der bereits erwähnte Roman „Sex-Addicts“ von William Donner, wobei bereits in den 1950ern der Begriff „Love-Addict“ in vergleichbaren Büchern auftaucht, also lange bevor er Gegenstand wissenschaftlichen Interesses wurde (Reay et al. 2015). Die Ursprünge des Konzeptes liegen also außerhalb der medizinischen Fachwelt.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts findet ein Paradigmenwechsel in der Darstellung von Menschen mit ausschweifender Sexualität statt. Der Fokus verlagert sich von fremdgefährdendem, „sündhaftem“ Verhalten hin zur Betonung der Hilflosigkeit der Betroffenen im Sinne einer Eigengefährdung. Dies wird aus den untenstehend aufgeführten

Beispielen popkultureller Auseinandersetzung mit der Thematik ausschweifender Sexualität ersichtlich. Parallele Entwicklungen hat es in der Vergangenheit bei Themen wie Homosexualität, weiblicher Sexualität und Hysterie sowie Masturbation gegeben (DeBlock und Adriaens 2013). Dieses neue Deutungsmuster stellt die Grundlage für die Pathologisierung und Medikalisierung von ausschweifendem Sexualverhalten dar. Hierin ist eine Parallele zum allgemeinen Enthusiasmus für technische und wissenschaftliche Ansätze zu sehen, welcher unseren Zeitgeist prägt und es ermöglicht immer neue Lebensbereiche unter „medizinischen Einfluss, Überwachung und Dominanz“ (übersetzt aus Cacchioni und Tiefer 2012, S. 307) zu stellen.

Während der sogenannten konservativen Revolution der späten 1970er und 1980er Jahre erscheinen mehrere Publikationen, die die modernen wissenschaftlichen Modelle und Methoden auf die Thematik der ausschweifenden Sexualität übertragen (z. B: Orford 1978; Quadland 1985; Barth und Kinder 1987). Hierin kann ein Mechanismus zur Erzeugung von Überzeugungskraft gesehen werden, den Keller (2011) als Versachlichung beschreibt. Das Repertoire diskursiver Strategien, die der Diskreditierung von ausschweifendem Sexualverhalten Vorschub leisten, wird in einer Zeit ausgebaut, in der konservative moralische Positionen einen Aufschwung an gesellschaftlichem Rückhalt erleben, die konventionellen Mechanismen von Moralisation und Dramatisation aber an Glaubwürdigkeit verloren haben. Als Kontrast zur augenscheinlichen Sachlichkeit des wissenschaftlichen Diskurses, sei an dieser Stelle auf das folgende Zitat von Janice M. Irvine verwiesen:

„I will also argue that sex addiction is a deeply problematic metaphoric system, despite the relief some individuals claim it provides them. Its languages site deviance in the individual physical body, reinscribe stereotypic ideas of gendered sexuality, and expose deep cultural anxieties about sex. Sex addiction seeks an individual solution to a social problem.“ (Irvine 1995, S. 431)

Der beschriebene Wandel lässt sich anhand folgender Darstellungen nachvollziehen:

„Don Juan“ von Tirso de Molina, 1630: Don Juan tritt als fataler Einfluss im Leben seiner zahllosen Geliebten auf und wird am Ende dafür bestraft. (Molina 1995)

„Vanity Fair“ von William Makepeace Thackeray, 1847/1848: Von Interesse ist hier die Figur von Becky Sharp, die ihre sexuelle Attraktivität ohne Rücksicht auf die Gefühle ihrer Liebhaber dazu nutzt, an ihre Ziele zu gelangen. Dabei vernachlässigt sie insbesondere ihre Verpflichtungen gegenüber Freund*innen und Familie. (Thackeray 2013)

„Madame Bovary“ von Gustave Flaubert, 1848: Emma Bovary ist eine verheiratete Frau, die sich wiederholt auf Affären einlässt. Unter anderem verfällt sie einem Liebhaber, der sie respektlos behandelt. Nachdem sie ihre Familie durch ihren ausschweifenden Lebensstil in den Ruin getrieben hat, nimmt sie sich das Leben. (Flaubert 2005)

„Don Juan oder Die Liebe zur Geometrie“ von Max Frisch, 1962: Wie viele Werke von Max Frisch befasst sich auch diese Neuproduktion der Legende um Don Juan mit der Frage nach der Männlichkeit in einer emanzipierten Welt. Während er in der klassischen Version für seine Vergehen in die Hölle fährt, ist Don Juan in dieser Adaption, als er wegen seiner Vergehen nicht mehr in die Gesellschaft zurückkehren kann, darauf angewiesen von einer alten Bekannten versteckt und unterstützt zu werden. Ähnlich wie in Madame Bovary beginnt auch hier der Aspekt der Hilflosigkeit mehr in den Vordergrund zu treten. (Frisch 1963)

„Looking for Mr. Goodbar“ von Richard Brooks, 1977: Die Protagonistin Theresa hat eine Vorliebe für grobe sexuelle Begegnungen mit fremden Männern, bis einer ihrer Liebhaber sie im Affekt tötet. Der Film ist ein weiteres Beispiel, dass im Laufe des 20. Jahrhunderts der Aspekt der Hilflosigkeit gegenüber dem eigenen sexuellen Verlangen in den Fokus rückt. (Brooks 1977)

„Choke“ von Chuck Palahniuk, 2001: Choke ist das erste der hier gelisteten Werke, das geschrieben wurde, nachdem der Tropus der Sexsucht sich etabliert hatte. Mehrere der Figuren sind Teilnehmende einer Selbsthilfegruppe für Sexsucht. Insgesamt nimmt der Roman eine eher ironische Perspektive auf das Thema ein, während er Probleme von Moral und gesellschaftlichen Normen exploriert. (Palahniuk 2002)

„Shame“ von Steve McQueen, 2011: Obwohl der Film das Konzept ZSVS nicht explizit aufgreift, ist die Darstellung des Protagonisten Brandon eindeutig daran orientiert. Der Film begleitet Brandon durch seinen Alltag und endet in einer Krise, als er daran scheitert, sich aus seinen Verhaltensmustern zu lösen um seiner hilfsbedürftigen Schwester zur Seite zu stehen. (McQueen 2012)

„Don Jon's Addiction“ von Joseph Gordon-Levitt, 2013: Jon Martello hat Beziehungsprobleme, weil seine Partnerin und er unrealistische Erwartungen aneinander haben: er durch Pornographie, sie durch romantische Hollywoodfilme. Sein Leben ändert sich, als er Pornographie aus seinem Leben verbannt und sich auf eine Beziehung einlässt, die mehr auf Zwischenmenschlichkeit ausgerichtet ist. (Gordon-Levitt 2013)

„Addicted“ von Billie Woodruff, 2014: Zoe Reynard riskiert das „perfekte Leben“ mit ihrer Familie, indem sie sich auf zwei Affären einlässt. Als sie auf Anraten der Therapeutin, die sie wegen Sexsucht behandelt, versucht, ihre Liebschaften zu beenden, wird einer ihrer Liebhaber gewalttätig. (Woodruff 2014)

Im Übrigen sind hier aus Platzgründen nur beispielhaft einige der Spielfilme aufgelistet, die seit dem Jahr 2000 das Thema Sexsucht behandelt haben, was zeigt, wie groß die von der Thematik ausgehende Faszination ist. Reay, Attwood und Gooder (2015) sehen in dieser Faszination einen Grund dafür, dass das Konzept ZSVS eine solche Reichweite erreichen

konnte. Sie verweisen in ihrer Bestandsaufnahme der Resonanz des Konzeptes neben der Unterhaltungsindustrie auch auf die mediale Aufarbeitung diverser vermeintlicher Skandale um Personen des öffentlichen Interesses wie Bill Clinton und Tiger Woods. Beiden war in der Boulevardpresse nach Skandalen um Ehebruch sexuelle Süchtigkeit nachgesagt worden. Als weiterer Grund für die Popularität des Konzeptes kann die verstärkende Wechselwirkung mit religiösen Diskursen gesehen werden, die im folgenden Abschnitt genauer betrachtet werden soll.

1.4.2 Wechselwirkungen mit religiösen Diskursen

Wie in diesem Abschnitt gezeigt wird, haben während der Entwicklung der Debatte um ZSVS verschiedene religiöse Gruppen versucht, den Diskurs in verschiedenen Weisen zu beeinflussen und sich die wissenschaftlichen Erkenntnisse für ihre Argumentation zunutze zu machen, um ihre politischen Interessen zu fördern. Während es zu Recht kritisch gesehen wird, sich in wissenschaftlichen Arbeiten zu politischen Fragen zu positionieren, dient dieser Abschnitt dazu, herauszuarbeiten, dass es wechselseitige Beeinflussungen zwischen politisch engagierten Interessengruppen und dem Wissenschaftlichen Diskursstrang gibt. Dies ist relevant, um die gesellschaftlichen Implikationen des Konzeptes ZSVS zu verstehen. Dieser Absatz soll ausdrücklich nicht dazu dienen, die aufgezeigten politischen Positionen zu bewerten oder einen eigenen Standpunkt zu vertreten.

Eines der prominentesten Beispiele dafür, dass konservative politische Interessengruppen sich auf den Diskurs um ZSVS berufen, ist die Anhörung vor dem US-amerikanischen Kongress zum Thema „The Science of Pornography Addiction“ von 2004, die von Clarkson und Kopaczewski (2013) diskutiert worden ist. Die Autor*innen stellen auch einen Bezug zu explizit religiösen Interessengruppen her. Einige Beispiele aus dem deutschsprachigen Raum schließen die „return Fachstelle Mediensucht“, die Webseite „soulsaver.de“ und das „Deutsche Institut für Jugend und Gesellschaft“ ein. Die Webseiten der Assoziationen deutscher Selbsthilfegruppen machen außerdem vielfach Anleihen an religiöse Diskurse.

Die „return Fachstelle Mediensucht“ in Hannover ist eine Einrichtung zur Beratung und Aufklärung über Süchte im Zusammenhang mit elektronischen Medien. 2016 waren unter den Fördernden noch die Diakonie, die evangelisch-lutherische Landeskirche Hannover und die Klosterkammer Hannover aufgelistet. Inzwischen finden sich an dieser Stelle keine Institutionen mit offensichtlich religiösem Hintergrund mehr. Hinter dem Förderer „Werte Starter“ verbergen sich allerdings die „Stiftung für christliche Wertebildung“ und die „Christliche Wertebildung GmbH“. Es kann deshalb argumentiert werden, dass es sich um eine Institution mit religiösem Hintergrund handelt. Die Fachstelle erklärt in ihrem Leitbild:

„Wenn die Chancen, die das Computerzeitalter für die heutige, aber auch für künftige Generationen mit sich bringt, sinnvoll genutzt werden sollen, bedarf es [...] einer klaren Werte- und Beziehungsorientierung. Diese Orientierung gewinnen wir Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachstelle von einem christlich geprägten

Menschenbild her. [...] Für einen konstruktiven fachlichen Diskurs bedarf es zusätzlich aber auch die Einbeziehung wissenschaftlicher Erkenntnisse, z. B. die Ergebnisse der Suchtforschung und der Wirkungsforschung bzgl. des Konsums von Internetpornografie [...]. An diesem fachlichen Diskurs werden wir uns als Fachstelle auch in Zukunft weiter beteiligen und unsere Überzeugungen und Erfahrungen einbringen.“ (return Fachstelle Mediensucht, 2013)

Dieses Zitat erklärt explizit, dass die Autor*innen von einem religiös geprägten Standpunkt aus argumentieren, sich dafür wissenschaftliche Erkenntnisse zu Nutze machen möchten und umgekehrt versuchen wollen, wissenschaftliche Diskurse im Sinne ihrer Überzeugungen zu beeinflussen. Eine der Positionen, die sich aus dieser Grundhaltung ableiten, ist eine kritische Haltung gegenüber Pornographie. Im Sinne einer Betonung der relationalen Funktion von Sex (z. B. gegenüber der rekreativen), wird dies an anderer Stelle der Internetpräsenz der Fachstelle mit einer vermeintlichen Beeinträchtigung der Beziehungsfähigkeit sowie dem Suchtpotenzial begründet und mit dem Verweis auf Studien untermauert. Es handelt sich bei der Fachstelle also um eine religiöse Institution, die aus einer christlichen Perspektive argumentiert und sich sowohl auf das Suchtkonzept als auch auf wissenschaftliche Diskurse beruft.

Auch „soulsaver.de“, ein Internetprojekt mit dem Ziel, den christlichen Glauben zu fördern, veröffentlichte einen Artikel zum Thema Cyber-Sex, der vor den Folgen von Pornografiekonsum unter Berufung auf das Suchtkonzept warnt:

„Eine andere Studie kam zu dem Ergebnis, dass Pornos das Wertesystem von Teenagern prägen können [...] Porno-Konsumenten sind tendentiell [sic.] eher bereit, auf die Ausschließlichkeit der „traditionellen“ (heterosexuellen) Ehe zu verzichten. [...] Von den Männern, die fast täglich pornografisches Material anschauen, sprachen sich 54% zugunsten von gleichgeschlechtlichen Ehen aus. Von Männer [sic.], die selten bis nie Sex-Filme anschauen, gab lediglich eine kleine Minderheit (13%) an, dass homosexuelle Eheschließungen aus ihrer Sicht in Ordnung gehen.“ (soulsaver.de, 2014)

„Du wurdest fortgeschwemmt – immer und immer wieder, trotz vielen Absichtserklärungen damit Schluss zu machen. Dann hast Du die Dynamik der Sünde in Deinem Leben und gleichzeitig Deine Ohnmacht im Umgang mit ihr gespürt. Bleibe nicht dabei stehen! Wenn Du in diesem Zustand verharrst, dann wirst Du innerlich bald zerfressen.“ (soulsaver.de, 2014)

In der ersten Sequenz wird die Kritik von Pornographie unter Berufung auf Studien unmittelbar mit der Thematik der gleichgeschlechtlichen Ehe verknüpft. Es handelt sich also auch hier um ein religiöses Projekt, das sich auf wissenschaftliche Diskurse und das Suchtkonzept bezieht, während es bestimmte Werte und Interessen vertritt.

Das „Deutsche Institut für Jugend und Gesellschaft“ (DIJG) ist nach eigenen Angaben das Studienzentrum der „Offensive Junger Christen – OJC e.V.“. Es stellt umfassendes Informationsmaterial zur Verfügung, das nicht nur über Sexsucht aufklärt sondern auch über die Gefahren und Heilungschancen von Homosexualität oder Transidentität. Einer der Texte des DIJG ist „Der unheimliche Partner - Wege aus der Pornographiesucht“ von Pfarrer und systemischem Berater Rolf Rietmann. In dem Text beschreibt der Autor sein therapeutisches Vorgehen bei Pornographiesucht, die als Sonderform von ZSVS diskutiert wird, und geht in der folgenden Sequenz konkret auf die Herausforderung ein, dass sowohl Homosexualität und Pornographiesucht vorliegen können:

„Der Homosexualität liegt eine ungelöste Identitätsproblematik (Identitätsstörung) zugrunde. In der Beratung arbeite ich hier von Anfang an bedürfnis- und beziehungsorientiert. Der Sucht dagegen begegne ich zunächst auf der Verhaltensebene (etwas, was ich tue, tue ich nicht mehr) und arbeite erst in der zweiten Phase, in der es um die Ursachen geht, bedürfnisorientiert.“ (Rietmann, 2007)

Es kann argumentiert werden, dass die Pathologisierung von Homosexualität in der heutigen Zeit nicht mehr dem Stand der Wissenschaft entspricht (DeBlock und Adriaens 2013), allerdings von bestimmten (speziell konservativen) politischen Interessengruppen weiterhin vertreten wird. Auch das DIJG ist also ein religiöses Projekt, bei dem sich die typische Verquickung von politischen Interessen und der Berufung auf wissenschaftliche (in diesem Fall psychotherapeutischen) Diskurse findet.

Die beiden großen Verbände der Selbsthilfegruppen für Sexsüchtige in Deutschland (Anonyme Sex- und Liebessüchtige e.V. und Anonyme Sexsüchtige Deutschland) beziehen sich ebenfalls auf Religiosität, was in den zwölf Schritten des Programms beider Verbände verankert ist:

„Wir kamen zu dem Glauben, dass eine Macht größer als wir selbst uns unsere geistige Gesundheit wiedergeben kann. [...] Wir fassten den Entschluss, unseren Willen und unser Leben der Sorge Gottes - wie wir ihn verstehen - anzuvertrauen.“ (Roth 2007, S. 136)

Dieser Einfluss zeigt sich zum Beispiel an folgendem Zitat, das sich auf der Internetpräsenz der anonymen Sexaholiker findet:

„Ermutigt weiterzumachen, wandten wir uns mehr und mehr ab von unserer isolierenden Besessenheit von Sex und von uns selbst und wandten uns Gott und anderen Menschen zu. [...] Anstatt unsere Gefühle mit zwanghafter Sexualität zuzudecken, begannen wir, die Wurzeln unserer geistigen Leere und unseres spirituellen Hungers freizulegen. Und die Heilung begann. [...] Mit jedem Schritt der Wiedergutmachung fiel mehr von der schrecklichen Schuld von unseren Schultern [...]. Wir begannen eine bejahende Nüchternheit einzuüben [...]. Wir hatten die

wirkliche Verbindung zu Gott aufgenommen. Wir waren zu Hause.“ (Anonyme Sexsüchtige Deutschland, 2018)

Dies ist ein eindrückliches Beispiel für die Verknüpfung religiöser Konzepte wie Besessenheit, Schuld, Gott, Spiritualität und Vergebung mit medizinischen Begriffen wie Zwang, Heilung und Nüchternheit (bzw. Sucht). Die Selbsthilfegruppen sind heterogene Gruppierungen. Wie die in Teil drei dieser Arbeit dargestellten Ergebnisse der Studie nahelegen, stellen diejenigen Mitglieder, die die Einstellungen des DIJG teilen würden, allenfalls eine Minderheit dar. Dennoch zeigt sich in der Auffassung des Phänomens innerhalb der Verbände eine deutliche Prägung durch religiöse Konzepte. Durch die Arbeit von Grubbs et al. (2019) ist die kritische Auseinandersetzung mit dem Einfluss von Religiosität auf die Identifikation mit dem Konzept ZSVS Gegenstand ausführlicher akademischer Diskussion geworden.

Es wird deutlich, dass religiöse, politische und wissenschaftliche Diskurse zu ausschweifendem Sexualverhalten keineswegs isoliert voneinander existieren, sondern in Wechselwirkung zueinander stehen. Außerdem gibt es verschiedene Beispiele spezifisch für konservative Interessengruppen, die sich in ihrer Argumentation auf das Konzept ZSVS berufen. In der folgenden Diskursanalyse wird untersucht, inwiefern umgekehrt die Einflüsse solcher konservativer Wertvorstellungen im wissenschaftlichen Diskursstrang um die Thematik nachweisbar ist.

1.5 Datenkorpus

Im ersten Schritt der Diskursanalyse wurde das Datenmaterial ausgewählt, wobei nach Veröffentlichungen gesucht wurde, die eine hohe Wahrscheinlichkeit aufweisen, den akademischen Diskursstrang um ZSVS in Deutschland zu beeinflussen. Hierzu wurde bei der initialen Sichtung des Materials darauf geachtet, auf welche Veröffentlichungen häufig Bezug genommen wurde, was insbesondere P1, P3, P4 und P6 einschließt. Auf die beiden deutschsprachigen Veröffentlichungen P2 und P5 wird selbstverständlich nur in anderen Veröffentlichungen aus dem deutschsprachigen Raum häufiger Bezug genommen. P2 ist zudem bei der Erstellung der Studie aus Teil 3 dieser Arbeit häufiger von Teilnehmenden der Selbsthilfegruppen erwähnt worden, was eine hohe Relevanz für den deutschsprachigen Diskurs unterstreicht. P7 findet vergleichsweise selten Erwähnung in anderen Veröffentlichungen, was allerdings zum Teil daran liegt, dass die Veröffentlichung relativ neu ist. Sie wurde in die Analyse aufgenommen, um ein aktuelleres Beispiel zu haben. Der Erstautor ist außerdem stark in die Debatte um die Aufnahme der Diagnose in das ICD-11 involviert und hat in diesem Rahmen einen recht großen Einfluss auf den Diskursstrang. Unser letztendlicher Datenkorpus besteht aus den folgenden Publikationen:

P1 „Out of the Shadows“ von Patrick Carnes, zuerst 1983 unter einem anderen Titel veröffentlicht (Carnes 2001): Die Bücher von Patrick Carnes (Ph.D. in education and

counseling, University of Minnesota) und Kornelius Roth (s. u.) stellen eine Art Bindeglied zwischen wissenschaftlichem und außerwissenschaftlichem Diskurs dar. Beide Autoren richten sich nicht vorrangig an ein Fachpublikum und verwenden einen ähnlichen Stil, auf den noch im Detail eingegangen werden soll. „Out of the Shadows“ ist die erste bedeutende Veröffentlichung zum Thema Sexsucht, in der Konzepte vorgelegt wurden, die den Diskurs bis heute bestimmen und die auch in aktuellen Veröffentlichungen noch regelmäßig zitiert wird. Carnes ist damit der eigentliche fondateur de discoursivité im betrachteten Diskursstrang (Reay et al. 2015). „Out of the Shadows“ wendet das Deutungsmuster Sucht auf das Phänomen gesteigerten sexuellen Verlangens an. Carnes beschreibt die Probleme, die sich auf verschiedenen Ebenen des sozialen Lebens für die Betroffenen ergeben, den Mechanismus eines „addictive cycle“, die verschiedenen Ebenen der Suchtspirale hin zu einem zunehmend „unnormalem“ Suchtverhalten, die Auswirkungen von Cybersex, die Auswirkungen auf die Familien der Betroffenen sowie Ko-Abhängigkeit, das System der Glaubenssätze der Betroffenen sowie einen Ausblick auf die Behandlungsmöglichkeiten, wobei er sich explizit auf das zwölf Schritte Programm der Selbsthilfegruppen bezieht.

P2 „Sexsucht - Krankheit und Trauma im Verborgenen“ von Kornelius Roth, erstmals 2004 unter einem anderen Titel veröffentlicht (Roth 2007): Diese Veröffentlichung von Kornelius Roth (Dr. med. Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) ist vom Konzept her ähnlich und bedient die gleiche Nachfrage auf dem deutschen Markt. Auch diese Veröffentlichung stützt sich auf Sucht als Deutungsmuster. Ähnlich wie Carnes gibt auch Roth einen breit aufgestellten Überblick über die Thematik, von der Entstehung und Beschaffenheit des Verhaltensmusters bis hin zu den Konsequenzen für das Leben der Betroffenen. Des Weiteren verweist auch Roth auf Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere auf die Selbsthilfegruppen.

P3 „High Rates of Sexual Behavior in the General Population: Correlates and Predictors“ von Niklas Långström und R. Karl Hanson (2006): Die Studie von Långström (Professor of child and adolescent psychiatry at Uppsala university, Physician, board-certified child- and adolescent psychiatrist) und Hanson ist eine Untersuchung diverser Korrelationen von häufigem Sexualverhalten. Die Daten sind 1996 an einer 2450 Personen umfassenden Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung in Schweden erhoben worden. Långström und Hanson bewerten die gemessenen Korrelationen häufigen partnerschaftlichen sexuellen Verhaltens insgesamt als positiv, die Korrelationen von „unpersönlichem“ Sexualverhalten als eher negativ.

P4 „Hypersexual Disorder: A Proposed Diagnosis for DSM-V“ von Martin P. Kafka (2010): Kafkas (M. D. Clinical Associate in Psychiatry, McLean Hospital, dem größten psychiatrischen Lehrkrankenhaus der Harvard Medical School) Vorschlag einheitlicher Diagnosekriterien für das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) wurde zwar abgelehnt, wird aber dennoch in den folgenden Jahren in der Forschung häufig als gemeinsame Grundlage genutzt (Kobs et al. 2011; Reid et al. 2011). Hierzu betrachtet er

historische Konzeptualisierungen gesteigerten sexuellen Verlangens als Pathologie sowie frühere Einträge im DSM. Seine weitere Argumentation beinhaltet Überlegungen, die versuchen ZSVS als qualitativ, nicht nur quantitativ, verschieden von vermeintlich gesunder Sexualität zu charakterisieren. Hierzu erfolgt eine ausführliche Beschreibung statistischer Verteilungen der Häufigkeit sexuellen Verhaltens in den Stichproben verschiedener Studien. Er fährt fort, die Ergebnisse verschiedener Studien über Komorbiditäten sexueller Sucht darzustellen, um am Ende seine Diagnosekriterien vorzuschlagen, wobei er verschiedene nosologische Ansätze für das Phänomen berücksichtigt, darunter Dysregulation sexuellen Begehens, sexuelle Impulsivität, sexuelle Sucht und sexuelle Zwanghaftigkeit.

P5 „Sexuelle Sucht? - Wenn sexuelles Verhalten außer Kontrolle gerät“ von Per Briken und R. Basdekis-Jozsa (2010): Die im Bundesgesundheitsblatt erschienene Veröffentlichung von Briken (Prof. Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Institutsleiter des Instituts für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) und Basdekis-Jozsa ist ein Übersichtsartikel für das deutschsprachige Fachpublikum. Die Autoren resümieren und reflektieren hier die Ergebnisse diverser anderer Veröffentlichungen, um fachlich Interessierte mit Diagnostik, Epidemiologie, Therapie und Anlaufstellen vertraut zu machen.

P6 „Reliability, Validity, and Psychometric Development of the Hypersexual Behavior Inventory in an Outpatient Sample of Men“ von Rory C. Reid, Sheila Garos und Bruce N. Carpenter (2011): Die Studie von Reid (Research Psychologist, Psychiatry and Biobehavioral Sciences, David Geffen School of Medicine, UCLA) ist die empirische Grundlage für das „Hypersexual Behavior Inventory“, das in den folgenden Jahren häufig von anderen Studien dazu genutzt wird, Mitglieder der Stichprobe zu identifizieren, die die mit ZSVS assoziierte Symptomatik aufweisen (Giordano und Cecil 2014; Griffin et al. 2016; Reid et al. 2016). In dieser Arbeit beschreiben die Autor*innen das Verfahren zur Erstellung des Tests, inklusive zweier Studien an Menschen, die aufgrund von ZSVS Hilfe suchten. Die erste Studie diente zur Item-Reduktion und zur exploratorischen Faktorenanalyse, die zweite zur konfirmatorischen Faktorenanalyse, die die Faktorstruktur aus Kontrolle, Konsequenzen und Coping untermauerte. Außerdem wurde die Validität durch Messung und Vergleich ähnlicher Konstrukte überprüft. Eine Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften ergab eine Übereinstimmung mit den von Kafka vorgeschlagenen Diagnosekriterien.

P7 „Should compulsive sexual behavior be considered an addiction?“ von Shane W. Kraus, Valerie Voon und Marc N. Potenza (2016): Ein weiterer Übersichtsartikel ist der von Kraus (Clinical Psychologist, VISN 1 New England MIRECC, VA Connecticut Healthcare System and Yale University Department of Psychiatry), Voon und Potenza, der sich insbesondere damit befasst, welche Evidenz bisher vorliegt, wenn es darum geht, ZSVS als Diagnose allgemein und als Suchterkrankung im Speziellen anzuerkennen. Zu Beginn wird eine Zusammenfassung über die Ablehnung der Diagnose für das DSM V gegeben. Es folgt eine Definition der Diagnosekriterien unter Bezugnahme auf Kafka und ein Vergleich mit den

Diagnosekriterien für Substanzabusus, einige Daten zu Symptomen und Komorbiditäten, neurobiologische Ergebnisse und eine kurze Erwähnung der bisherigen Kritik an dem Konzept. Abschließend wird eine Reihe offener Forschungsfragen aufgelistet, die es im Hinblick auf die Anerkennung der Diagnose zu klären gäbe.

1.6 Kodiersystem

In einem zweiten Schritt wurde das Material gesichtet, um diskursive Strategien identifizieren zu können. Hierbei wurde auf die Technik des offenen Kodierens zurückgegriffen. Die wichtigsten Strategien sind in die folgenden Kategorien eingeordnet worden:

K1 anekdotische Evidenz: Diese Kategorie umfasst Aussageereignisse, in denen mittels anekdotischer Evidenz argumentiert wird, was bedeutet, dass die Überzeugungskraft einer Argumentation auf die Beschreibung von Einzelfällen zurückgeht. Es handelt sich also um eine Strategie mit sehr geringem empirischen Gehalt. Im Falle von P1 und P2 handelt es sich bei diesen Einzelfällen um die zahlreichen Fallbeschreibungen derer sich die Autoren bedienen. Diese sind insbesondere bei Carnes nicht unbedingt detailgetreue Berichte realer Fälle, sondern zum Teil verfremdet oder aus mehreren Fällen zusammengesetzt (Reay et al. 2015, S. 53). An einigen Stellen sind die Anekdoten in Zitatform dargestellt.

K2 Konstruktion einer Grenze zwischen „normal“ und „exzessiv“: Die Aussagen aus Kategorie 2 benennen verschiedene Kriterien, mittels derer versucht wird eine objektive Grenze zwischen gesundem und zwanghaftem sexuellen Verhalten zu verorten. Hierbei finden sich verschiedene Ansätze, von einer einfachen Schwelle der Häufigkeit, der Kategorisierung bestimmter Verhaltensweisen über deren Effekte wie z. B. den Leidensdruck bis hin zu inneren Motivationen und Absichten (Ley 2012, S. 16).

K3 Pathologisierung von sozial gering geschätzten Praktiken: Kategorie 3 beinhaltet Aussagen, die das Konzept von ZSVS mit sexuellen Praktiken assoziieren, die nicht inhärent ungesund aber sozial geringgeschätzt sind. Häufig genannte Praktiken umfassen Masturbation, Pornografiekonsum, Kontakt zu Prostituierten, gesetzeswidrige Aktivitäten, Promiskuität, paraphile Interessen, Fremdgehen, unverbindlichen Sex, ungeschützten Sex, Telefonsex und Cybersex.

K4 Pathologisierung von notwendigen Aspekten menschlicher Sexualität: Kategorie 4 umfasst Textstellen, die die Ähnlichkeiten zwischen ganz gewöhnlichen Aspekten menschlicher Sexualität und Suchterkrankungen vermischen. Diese Ähnlichkeiten schließen unter anderem die Periodizität von Begehren / Suchtdruck und die Geheimhaltung beider Verhaltensweisen ein. Da es in den gegenwärtigen westlichen Gesellschaften nicht ungewöhnliches ist, Sex zum Spaß zu praktizieren, beinhaltet diese Kategorie auch den rekreativen Gebrauch von Sexualität als ein Mittel zur Affektregulation.

K5 Präsentationen von Korrelationen: In der Kategorie 5 wurden die Zitate zusammengefasst, die Korrelationen von bestimmten sexuellen Praktiken mit

unerwünschten Eigenschaften oder Konsequenzen abbilden. Zum Beispiel gibt es viele Erwähnungen von Praktiken wie Sex in einem jungen Alter, Diskrepanzen zwischen eigenen sexuellen Wünschen und denen der Partner*in oder Sex außerhalb einer festen Beziehung. Diese Praktiken werden mit Eigenschaften und Verhaltensweisen wie Substanzabusus, Kriminalität wie z. B. Vergewaltigungen oder Nötigung, sexuell übertragbaren Krankheiten, Paraphilien und genereller Unzufriedenheit mit dem eigenen Leben in Verbindung gebracht.

K6 Biologismen: Kategorie 6 umfasst Textstellen, die unter Vernachlässigung sozialer und kultureller Faktoren übersichtliche Erklärungen für komplizierte Problematiken bieten, indem sie sich auf biologische oder neurowissenschaftliche Diskurse berufen.

K7 Darstellung von ZSVS als klar definiertes, unumstrittenes Konzept: Kategorie 7 fasst diejenigen Aussagen zusammen, die die Kontroverse um das Thema ZSVS vernachlässigen. Dies schließt Aussageereignisse ein, in denen suggeriert wird, ZSVS sei ausreichend gut definiert, um Korrelationen zu berechnen oder sie als Einschlusskriterien für Studien zu nutzen.

1.7 Ergebnisse

In einem dritten Schritt wurde erneut das Material untersucht, wobei versucht wurde, Beispiele für die jeweiligen Kategorien in den einzelnen Publikationen zu finden. Um die Darstellung der Ergebnisse und der Diskussion übersichtlich zu gestalten, wurden die Abschnitte 1.7 und 1.8 dieser Arbeit wie folgt aufgebaut: Der Ergebnisteil 1.7 stellt in Tabellenform dar, welche Diskursstrategien in welchen Publikationen nachweisbar sind. Tabelle 1 bietet hierzu einen Überblick. In den Tabellen 2 bis 8 sind aus der jeweiligen Kategorie, soweit vorhanden, jeweils eine besonders treffende Sequenz aus jeder Publikation aufgeführt. Der Diskussionsteil 1.8 erörtert die Implikationen der Ergebnisse aus 1.7. Um die Argumentation in den Publikationen nachvollziehbar zu machen, werden in 1.8 bei Bedarf weitere Sequenzen aufgeführt, die als Beispiele für die einzelnen Kategorien gelten können. Außerdem finden sich in 1.8 im Sinne einer Maximalkontrastierung Aussageereignisse aus anderen wissenschaftlichen Veröffentlichungen, die die jeweiligen Diskursstrategien kritisch beleuchten.

Tabelle 1: Vorkommen der Diskussionsstrategien in den untersuchten Publikationen

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7
P1	+	+	+	+	-	+	+
P2	+	+	+	+	-	+	+
P3	/	+	+	-	+	+	-
P4	/	+	+	+	+	+	+
P5	/	+	+	+	+	+	+
P6	/	+	+	+	-	-	+
P7	/	+	+	+	+	+	+

Note:

K1: anekdotische Evidenz

K2: Konstruktion einer Grenze zwischen „normal“ und „exzessiv“

K3: Pathologisierung von sozial gering geschätzten Praktiken

K4: Pathologisierung von notwendigen Aspekten menschlicher Sexualität

K5: Präsentationen von Korrelationen

K6: Biologismen

K7: Darstellung von ZSVS als klar definiertes, unumstrittenes Konzept

P1: „Out of the Shadows“ von Patrick Carnes, zuerst 1983 unter einem anderen Titel veröffentlicht (Carnes, 2001)

P2: „Seksucht - Krankheit und Trauma im Verborgenen“ von Kornelius Roth, erstmals 2004 unter einem anderen Titel veröffentlicht (Roth, 2007)

P3: „High Rates of Sexual Behavior in the General Population: Correlates and Predictors“ von Niklas Långström und R. Karl Hanson von 2006

P4: „Hypersexual Disorder: A Proposed Diagnosis for DSM-V“ von Martin P. Kafka, 2009 veröffentlicht

P5: „Sexuelle Sucht? - Wenn sexuelles Verhalten außer Kontrolle gerät“ von Per Briken und R. Basdekis-Jozsa von 2010

P6: „Reliability, Validity, and Psychometric Development of the Hypersexual Behavior Inventory in an Outpatient Sample of Men“ von Rory C. Reid, Sheila Garos und Bruce N. Carpenter von 2011

P7: „Should compulsive sexual behavior be considered an addiction?“ von Shane W. Kraus, Valerie Voon und Marc N. Potenza von 2016

Tabelle 2: Kategorie 1 - Anekdotische Evidenz

<p>K1 P1: „George led [...] the life of a sexual addict in the advanced stages. [...] Compulsive masturbation, usually with pornography, voyeurism, and exhibitionism were weekly and sometimes daily events. He had many affairs [...] At one point, he had to obtain a loan for \$2,700 to cover withdrawals he had made to pay for prostitutes. In the year before his arrest, he had raped six women at knifepoint.“</p> <p>(Carnes 2001, S. 61f)</p>
<p>K1 P2: „Und es wurde immer schlimmer mit der Onanie. Beim Autofahren auf der Autobahn musste ich immer wieder anhalten und auf dem Parkplatz onanieren. Ich habe keine Macht mehr darüber gehabt. Es gab Tage und Wochenenden, an denen ich in meiner Wohnung Masturbationsorgien gefeiert habe: Ich habe mich selbst gefesselt und geschlagen, mir Blut abgenommen und mich mit Blut, Urin und Kot eingerieben. Und ich hatte auch Sex mit Tieren.“</p> <p>(Roth 2007, S. 37)</p>
<p>K1 P3 bis P7: Nicht vorhanden</p>

Tabelle 3: Kategorie 2 - Konstruktion einer Grenze zwischen „normal“ und „exzessiv“

<p>K2 P1: „Like Del, addicts [...] have lost control over their sexual expression, which is exactly why they are defined as addicts. The failure of their efforts to control their behavior is a sign of their addiction.“</p> <p style="text-align: right;">(Carnes 2001, S. 22)</p>
<p>K2 P2: „Andererseits wirft dies die Frage auf nach den Kriterien einer nicht Sucht begünstigenden und gesunden Sexualität. Denn dies - die suchtfrei gelebte Sexualität - ist ein wichtiges Behandlungsziel für Betroffene. Ungeachtet der Geschlechtspräferenz scheint ein zentrales Kriterium für eine positive, erfüllende Sexualität die Einbettung in eine Beziehung zu sein.“</p> <p style="text-align: right;">(Roth 2007, S. 99)</p>
<p>K2 P3: „Kafka (1997) proposed a definition of hypersexuality based on the total frequency of sexual outlets. Using data from Kinsey, Pomeroy, and Martin (1948) and others (Atwood & Gagnon, 1987), Kafka recommended that the minimum criteria for hypersexual disorder would be daily orgasms for six consecutive months, which would identify the top 5–10% of the male population.“</p> <p style="text-align: right;">(Långström und Hanson 2006, S. 38)</p>
<p>K2 P4: „[A.] Over a period of at least 6 months, recurrent and intense sexual fantasies, sexual urges, or sexual behaviors in association with 3 or more of the following 5 criteria: [A1] Time consumed by sexual fantasies, urges or behaviors repetitively interferes with other important (non-sexual) goals, activities and obligations.“</p> <p style="text-align: right;">(Kafka 2010, S. 379)</p>
<p>K2 P5: “Für die initiale Untersuchung stehen verschiedene Screeningtests zur Verfügung. Orientierend können die folgenden Fragen gestellt werden [...]: [1] Hatten Sie jemals wiederkehrende Schwierigkeiten, Ihr sexuelles Verhalten zu kontrollieren? [...] [4] Hatten Sie jemals das Gefühl, zu viel Zeit mit sexuellen Aktivitäten zu verbringen?”</p> <p style="text-align: right;">(Briken und Basdekis-Jozsa 2010, S. 314)</p>
<p>K2 P6: „Item 7: My attempts to change my sexual behavior fail. [...] Item 9: My sexual thoughts and fantasies distract me from accomplishing important tasks. [...] Item 11: Even though my sexual behavior is irresponsible or reckless I find it difficult to stop. [...]“</p> <p style="text-align: right;">(Reid et al. 2011, S. 36)</p>
<p>K2 P7: „In the current paper, compulsive sexual behavior (CSB), defined as difficulties in controlling inappropriate or excessive sexual fantasies, urges/cravings or behaviors that generate subjective distress or impairment in one’s daily functioning, will be considered [...]“</p> <p style="text-align: right;">(Kraus et al. 2016, S. 2097)</p>

Tabelle 4: Kategorie 3 - Pathologisierung von sozial gering geschätzten Praktiken

<p>K3 P1: „A workable structure [...] is to view addiction as operating at three levels. Level One contains behaviors that are regarded as normal, acceptable or tolerable. Examples include masturbation, pornography, and prostitution. Level Two, by contrast extends to those behaviors [...] for which legal sanctions are enforced.“</p> <p style="text-align: right;">(Carnes 2001, S. 37)</p>
<p>K3 P2: „Entsprechend kann eine Sucht sowohl bei bestimmten progredienten Verlaufsformen einer Perversion als auch bei häufigem Partnerwechsel, Onaniesucht, zwanghaften Prostituiertenkontakten u.v.a. vorhanden sein. [...] Diese Basiskomponenten bestehen aus intensiver Phantasietätigkeit, Onanie und Pornographie.“</p> <p style="text-align: right;">(Roth 2007, S. 26)</p>
<p>K3 P3: „Table I presents the indicators of impersonal sexual behavior used in the current study: masturbation, pornography use, number of sex partners in last year, number of sex partners per active year, ever sex with another person while married/cohabiting, currently more than one stable sex partner, attitudes supportive of casual sex, and group sex.“</p> <p style="text-align: right;">(Långström und Hanson 2006, S. 40)</p>
<p>K3 P4: „As typical examples, this class of behaviors included “one night stands,” repetitive hiring of prostitutes or escort services, serial sexual affairs, repetitive casual sexual encounters in massage parlors, gay cruising areas, and pick-up bars.“</p> <p style="text-align: right;">(Kafka 2010, S. 387)</p>
<p>K3 P5: „Neben den suchtähnlichen Verlaufsformen von paraphilen Störungsbildern [...] sind dies Verhaltensweisen wie zum Beispiel exzessive Masturbation, ausgedehnte Promiskuität, der exzessive Konsum von Pornografie (in den letzten Jahren vor allem über das Internet), Cybersex oder Telefonsex.“</p> <p style="text-align: right;">(Briken und Basdekis-Jozsa 2010, S. 313)</p>
<p>K3 P6: „Self-reported sexual behaviors for the sample included compulsive masturbation, pornography dependence, habitual solicitation of commercial sex workers, extra-marital affairs, protracted sexual promiscuity, and unprotected sex with multiple anonymous partners.“</p> <p style="text-align: right;">(Reid et al. 2011, S. 37)</p>
<p>K3 P7: „Among CSB men, the most reported clinically distressing behaviors are compulsive masturbation, pornography use, casual/anonymous sex with strangers, multiple sexual partners and paid sex [15,28,29]. Among women, high masturbation frequency, number of sexual partners and pornography use are associated with CSB [30].“</p> <p style="text-align: right;">(Kraus et al. 2018, S. 2100)</p>

Tabelle 5: Kategorie 4 - Pathologisierung von notwendigen Aspekten menschlicher Sexualität

<p>K4 P1: „Signs of compulsive sexuality are when the behavior can be described as follows: 1. it is a secret. Anything that cannot pass public scrutiny will create the shame of a double life.”</p> <p style="text-align: right;">(Carnes 2001, S. 189)</p>
<p>K4 P2: „Die innere Spannung, die durch die sexualisierte Phantasie oder sexuellen Reiz erfolgt, hat eine dranghafte Qualität: Es ist ein intensives Bedürfnis, das den Betroffenen in eine aufregende Welt versetzt. Es schafft eine Begierde nach mehr, die er körperlich wahrnimmt: Er steht ‚unter Strom‘.“</p> <p style="text-align: right;">(Roth 2007, S. 33)</p>
<p>K4 P3: Nicht vorhanden</p>
<p>K4 P4: „[A2] Repetitively engaging in sexual fantasies, urges or behaviors in response to dysphoric mood states (e.g., anxiety, depression, boredom, irritability). [A3] Repetitively engaging in sexual fantasies, urges or behaviors in response to stressful life events.“</p> <p style="text-align: right;">(Kafka 2010, S. 379)</p>
<p>K4 P5: „Für die initiale Untersuchung stehen verschiedene Screeningtests zur Verfügung. Orientierend können die folgenden Fragen gestellt werden [...] [3] Gab es Versuche, das Verhalten zu verheimlichen und/oder Schamgefühle?“</p> <p style="text-align: right;">(Briken und Basdekis-Jozsa 2010, S. 314)</p>
<p>K4 P6: „Item 1: I use sex to forget about the worries of daily life. [...] Item 3: Doing something sexual helps me feel less lonely. [...] Item 6: I turn to sexual activities when I experience unpleasant feelings (e.g. frustration, sadness, anger). [...] Item 8: When I feel restless, I turn to sex in order to soothe myself. [...] Item 16: Sex provides a way for me to deal with emotional pain I feel. [...] Item 18: I use sex as a way to try and help me deal with my problems. [...]“</p> <p style="text-align: right;">(Reid et al. 2011, S. 36)</p>
<p>K4 P7: „In DSM-5, ‘craving’ was added as a diagnostic criterion for substance use disorders [1]. Similarly, craving appears relevant to the assessment and treatment of CSB.“</p> <p style="text-align: right;">(Kraus et al. 2016, S. 2100)</p>

Tabelle 6: Kategorie 5 - Präsentationen von Korrelationen

K5 P1: Nicht vorhanden
K5 P2: Nicht vorhanden
<p>K5 P3: „For example, it has long been noted that individuals with an antisocial, criminal orientation are likely to begin sexual intercourse early and to have many sexual partners (Glueck & Glueck, 1950). Donovan, Jessor, and Costa (1988; Costa, Jessor, Donovan, & Fortenberry, 1995) found that early onset of sexual intercourse correlated with other indicators of “psychosocial unconventionality,” including substance abuse, law breaking, and poor school attendance.“</p> <p style="text-align: right;">(Långström und Hanson 2006, S. 50)</p>
<p>K5 P4: „In some instances, severe sexual desire incompatibility may be associated with sexual coercion and partner rape.“</p> <p style="text-align: right;">(Kafka 2010, S. 387)</p>
<p>K5 P5: „Sowohl für Männer als auch Frauen waren hohe Raten von impersonellem Sex (Sexualität ohne Beziehungswunsch) mit anderen Schwierigkeiten in Beziehungen, sexuell übertragbaren Erkrankungen, Substanzmissbrauch, genereller Lebensunzufriedenheit und paraphilen Interessen verbunden.“</p> <p style="text-align: right;">(Briken und Basdekis-Jozsa 2010, S. 314)</p>
K5 P6: Nicht vorhanden
<p>K5 P7: „CSB is associated with elevated rates of sexual risktaking in both heterosexual and non-heterosexual individuals, reflected in high rates of HIV and other sexually transmitted infections among treatment-seeking patients [7,15].“</p> <p style="text-align: right;">(Kraus et al. 2016, S. 2100)</p>

Tabelle 7: Kategorie 6 - Biologismen

<p>K6 P1: „The addict’s mood is altered as he enters the obsessive trance. The metabolic responses are like a rush through the body as androgens speed up the body’s functioning.“</p> <p style="text-align: right;">(Carnes 2001, S. 21)</p>
<p>K6 P2: „Diese drei Bindungssysteme aktivieren nach Fischer im Gehirn jeweils verschiedene Neurotransmitter. Die Sexualität geht beispielsweise mit hoher Opiatausschüttung einher, die Verliebtheit lässt den Dopaminspiegel ansteigen, und die Elternschaft führt zu hohen Werten des ‚Bindungshormons‘ Oxytocin.“</p> <p style="text-align: right;">(Roth 2007, S. 81)</p>
<p>K6 P3: „Such behaviors have high costs in stable societies, but could promote reproductive success when social norms are weak and life expectancy short. They went on to suggest that the propensity for risk taking (or low selfcontrol according to Gottfredson & Hirschi, 1990) could actually be an adaptive trait in dangerous environments (Steinberg & Belsky, 1996).“</p> <p style="text-align: right;">(Långström und Hanson 2006, S. 50)</p>
<p>K6 P4: „In studies of human males, Axis I comorbid conditions (see discussion later in this review) associated with both PAs and Hypersexual Disorder, including unipolar (Risch & Nemeroff, 1992) and bipolar (Lasky-Su, Faraone, Glatt, & Tsuang, 2005) mood disorders, anxiety disorders (Kahn, Westenberg, & Verhoevan, 1987), and impulsivity disorders (Kavoussi, Armstead, & Coccaro, 1997; Soubrie, 1986) as well as attention deficit hyperactivity disorders (Levy, 1991) are associated with perturbations of central monoaminergic neurotransmission as well, thereby providing a possible neurobiological bridge between Axis I psychiatric disorders, testosterone, monoaminergic neurotransmitters, and disinhibited sexual behaviors.“</p> <p style="text-align: right;">(Kafka 2010, S. 381)</p>
<p>K6 P5: „Neben einer diskutierten biologisch erhöhten Vulnerabilität (zum Beispiel Dysbalancen des dopaminergen und serotonergen Systems) wird immer wieder auf die Bedeutung traumatisierender Erfahrungen (zum Beispiel eigener sexueller Missbrauchserlebnisse) hingewiesen.“</p> <p style="text-align: right;">(Briken und Basdekis-Jozsa 2010, S. 315)</p>
<p>K6 P6: Nicht vorhanden</p>
<p>K6 P7: „Dopaminergic and serotonergic pathways may contribute to the development and maintenance of CSB, although this research is arguably in its infancy [49]. Positive findings for citalopram in a double-blind placebo controlled study of CSB among a sample of men suggests possible serotonergic dysfunction [50].“</p> <p style="text-align: right;">(Kraus et al. 2016, S. 2100)</p>

Tabelle 8: Kategorie 7 - Darstellung von ZSVS als klar definiertes, unumstrittenes Konzept

<p>K7 P1: „38 percent of sex addicts also struggle with an eating disorder.“</p> <p style="text-align: right;">(Carnes 2001, S. 29)</p>
<p>K7 P2: „In einer Untersuchung von 150 Ärzten, Therapeuten, Pfarrern und anderen Helfern, die sexuelle Beziehungen mit den ihnen anvertrauten Personen eingegangen waren, erstaunt es deshalb nicht, dass sich immerhin mehr als die Hälfte der Helfer als sexsüchtig herausstellten.“</p> <p style="text-align: right;">(Roth 2007, S. 189)</p>
<p>K7 P3: Nicht vorhanden</p>
<p>K7 P4: „Although other investigators utilize different terminology (Carnes & Wilson, 2002; Coleman et al., 2003), these following specific behaviors are generally consistent across the aforementioned models for Hypersexual Disorder. Compulsive masturbation had a 70% sample prevalence in a clinical sample of 206 consecutively evaluated males with paraphilias and paraphilia-related disorders (Kafka & Hennen, 1999). [...] Pornography dependence was reported by 50% of the sample (Kafka & Hennen, 1999) [...] Telephone sex dependence had a 25% sample prevalence (Kafka & Hennen, 1999)“</p> <p style="text-align: right;">(Kafka 2010, S. 386)</p>
<p>K7 P5: „Diese Annahme wird dadurch gestützt, dass aus verschiedenen Arbeitsgruppen Untersuchungen zur psychiatrischen Morbidität bei sexuell süchtigen Syndromen vorliegen, die hohe Prävalenzen gleichzeitig vorkommender Angststörungen (zirka 40%), Depressionen (zirka 40%), Substanzabhängigkeiten (30%), Essstörungen und pathologischen Spielens feststellen [...]“</p> <p style="text-align: right;">(Briken und Basdekis-Jozsa 2010, S. 315)</p>
<p>K7 P6: „Psychometric properties of the Hypersexual Behavior Inventory (HBI) are reported using treatment-seeking samples of hypersexual men.“</p> <p style="text-align: right;">(Reid et al. 2011, S. 30)</p>
<p>K7 P7: „Estimated rates of co-occurring CSB and gambling disorder range from 4 to 20% [25,26,47,48].“</p> <p style="text-align: right;">(Kraus et al. 2016, S. 2100)</p>

1.8 Diskussion

1.8.1 Kategorie 1 - anekdotische Evidenz

Als Selbsthilfe Literatur kommt den Veröffentlichungen P1 und P2 eine spezielle Position zu, da sie den wissenschaftlichen Diskurs mit der populären Wahrnehmung verknüpfen. K1 ist deshalb weitestgehend auf diese beiden Veröffentlichungen begrenzt. Aus der Betrachtung der Verwendung anekdotischer Evidenz in „Out of the Shadows“ und dem Kontext dieser Veröffentlichung im akademischen Diskursstrang und dem Diskurs um ausschweifende Sexualität allgemein kann geschlossen werden, dass Carnes durch den Einsatz dieser Diskursstrategie das Konzept von ZSVS nachhaltig geprägt und ein greifbares aber auch scheinbar glaubwürdiges und relevantes Bild des stereotypischen Sexsüchtigen geschaffen hat. Dies hat eine große Bedeutung, wenn nachvollzogen werden soll, wie das heutige Verständnis von ZSVS entstanden ist. Deshalb sollen an dieser Stelle einige zentrale Elemente des Narrativs Erwähnung finden.

1.8.1.1 Sexualverhalten als Bedrohung

Ein zentrales Element der Narrative in den Anekdoten bei Carnes und Roth ist die Bedrohung. Worin diese allerdings besteht unterscheidet sich je nach Geschlechtlichkeit der Protagonist*innen. Es soll deshalb auf die Geschlechterbilder in den beiden Büchern ausführlich eingegangen werden.

Exkurs: Geschlechterbilder in den Anekdoten bei Carnes und Roth

In vielen der Geschichten, insbesondere bei Carnes, beginnt das Narrativ mit einem männlichen Protagonisten, der seine Identität auf seiner beruflichen Tätigkeit und seinem Familienleben aufbaut. So wird einer der Protagonisten wie folgt vorgestellt:

„George was an appliance repairman. He was extremely skillful at figuring out how to make things work again. He took pride in that. He was also proud of his wife, son, and three daughters.“ (Carnes 2001, S. 61)

Im Verlauf des Narrativs entsteht häufig Spannung durch den drohenden Verlust dieser Attribute und damit von Ansehen und Status. So wird George aus dem obenstehenden Beispiel zu einer Haftstrafe verurteilt, weil er heimlich die Unterwäsche seiner Kund*innen durchwühlt und mehrere Frauen vergewaltigt hatte. Ein weiteres Beispiel ist die Geschichte von John:

„After all, he prided himself as being a hard-working CEO whose integrity was beyond question. [...] He had bought his company while it was in serious trouble, mainly to keep its owner quiet - a woman with whom he had been having an affair. [...] He had not shared any of this financial information with his wife. He knew that if she had access to their personal and business finances, she would certainly discover the secret life that John was living.“ (Carnes 2001, S. 79f)

Es gibt in P1 auch zwei Beispiele von weiblichen Protagonistinnen, die als Karrierefrauen beschrieben werden, wobei hier der drohende Statusverlust nicht im Fokus steht. In P2 kann die Geschichte von Holger als Beispiel angeführt werden, dessen Ehe an der Sexsucht zerbricht.

Bei weiblichen Protagonistinnen liegt der Fokus seltener auf der Karriere und das Familienleben wird weniger unter dem Aspekt von Status beleuchtet. Es finden sich seltener Andeutungen darüber, dass die Karriere der Protagonistin in Gefahr gerät oder ihre Familie zu zerbrechen droht. Die Dramatik entsteht eher unmittelbar durch die sexuellen Ausschweifungen an sich und die damit verbundenen körperlichen Gefahren. Implizit spielen hier tradierte Vorstellungen von weiblicher Schicklichkeit, Züchtigkeit und Reinheit eine Rolle, die mit ausschweifendem Sexualverhalten unvereinbar sind. Zudem werden die Protagonistinnen wegen ihrer Weiblichkeit als hilflos dargestellt.

„Brigittes Geschichte ist ein gutes Beispiel für einen süchtigen Werdegang [...] Mit 17 habe ich angefangen rumzuhuren. [...] Und jedes Mal nach dem Sexrausch sah ich plötzlich, wie es wirklich ist [...] Dann wurde mir kotzübel [...]“ (Roth 2007, S. 36)

„Joanna could only be orgasmic and passionate with men she did not know. The more dangerous and degrading the sexual activity was, the better it felt.“ (Carnes 2001, S. 49)

Frauen, die selbstbewusst, souverän und verantwortungsvoll ihre speziellen Vorlieben ausleben, scheinen in diesem Entwurf von Weiblichkeit kaum denkbar. Carnes macht sehr deutlich, dass er überzeugt ist, dass Frauen auf den Schutz restriktiver sozialer Normen angewiesen sind, wenn er schreibt: „The anonymity of the Net allows women to ignore the normal inhibitions that keep them safe.“ (Carnes 2001, S. 83)

Bei Roth resultieren seine Vorstellungen von Geschlechtlichkeit auch in Sympathien für bestimmte Konzepte von Familie. So betont er an mehreren Stellen die Notwendigkeit einer klaren Verteilung der Geschlechterrollen innerhalb der Familie für die gesunde psychische Entwicklung von Kindern:

„Wenn der Vater quasi für die Mutter einspringt und die Erfüllung aller emotionalen Bedürfnisse der Tochter übernimmt, kann die Beziehung zum Vater die zentrale Elternbeziehung für die Tochter werden. Zwischen Vater und Tochter können dann manchmal offene oder verdeckte inzestuöse Beziehungen entstehen [...]“ (Roth 2007, S. 52f)

Das von den beiden Autoren in den Anekdoten zugrunde gelegte Verständnis von Geschlechtlichkeit wird an einem weiteren Beispiel besonders deutlich: dem von Carnes erstellten „Sexual Addiction Screening Test“ (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Unterschiede zwischen Carnes Men's Sexual Addiction Screening Test und Women's Sexual Addiction Screening Test

Items	MSAST	WSAST
Item 2	Abonnieren, kaufen oder leihen Sie regelmäßig Zeitschriften oder Videos, die explizit sexuelle Darstellungen enthalten?	Kaufen Sie sich regelmäßig Bücher, die Liebesgeschichten enthalten oder Zeitschriften, die sexuell betonte Darstellungen enthalten?
Item 3	Hatten Ihre Eltern Schwierigkeiten mit ihrem eigenen sexuellen Verhalten oder mit Liebesangelegenheiten?	Haben Sie Liebesbeziehungen weitergeführt, obwohl sie emotional oder körperlich missbräuchlich wurden?
Item 13	Sind Ihre sexuellen Aktivitäten teilweise gesetzeswidrig?	Haben Sie je im Austausch für Geschenke oder Geld an sexuellen Aktivitäten teilgenommen?
Item 14	Haben Sie sich selbst versprochen einen Teil Ihrer sexuellen Aktivitäten zu beenden?	Haben Sie Zeiten, in denen Sie ihre Sexualität stark ausleben und in der Folge Phasen, in denen Sie gar keinen Sex haben?
Item 17	Haben Sie versucht, mit bestimmten Teilen ihres Sexualverhaltens aufzuhören?	Kann es passieren, dass sie mehrere Liebesbeziehungen gleichzeitig eingehen?
Item 19	War Sex für Sie ein Weg, Ihren Problemen zu entfliehen?	Waren ihre Sexualität oder Ihre Liebesbeziehungen ein Weg für Sie, Ihren Problemen zu entfliehen?
Item 21	Haben Sie jemals die Notwendigkeit verspürt, mit einem Teil ihres Sexualverhaltens aufzuhören?	Beteiligen Sie sich regelmäßig an sadomasochistischen Praktiken?
Item 24	Fühlen Sie sich von ihrem sexuellen Verlangen kontrolliert?	Fühlen Sie sich durch Ihre sexuellen Bedürfnisse oder romantische Phantasien kontrolliert?

Die Version für Frauen unterscheidet sich von der für Männer in einer Reihe von Items, die in Tabelle 9 wie in Roth (2007, S. 105ff) zitiert wiedergegeben werden. Diese Unterschiede geben Aufschluss über die latenten Rollenbilder, die die Arbeit der Autoren prägen. Es fällt auf, dass hier die Vorstellung besteht, die weibliche Sexsucht sei anders als die männliche geprägt von einem missbräuchlichen Abhängigkeitsverhältnis. Es wird der Eindruck generiert, die Sexualität der Frau sei getrieben durch die Sehnsucht nach Liebe. So finden sich in der Version für Frauen Begriffe wie „Liebesgeschichten“, „romantische Phantasien“ und „Liebesbeziehungen“. Der Test legt weiterhin Nahe, dass diese Sehnsucht von Partner*innen ausgenutzt wird, was die Begriffe „missbräuchlich“, „gegen Geld“ und „somasochistisch“ verdeutlichen. In der Schlussfolgerung wird die Frau also nicht als Herrin ihrer selbst dargestellt, sondern hat eine „Opfersexualität“, der die männliche „Tätersexualität“ gegenübergestellt ist, wobei letztere sich der Frage unterziehen muss, ob ihre „Aktivitäten teilweise gesetzeswidrig“ seien.

Levine und Troiden haben diese Darstellung von Geschlechterverhältnissen im Diskurs um ZSVS bereits 1988 kritisiert:

„Sexual addiction appears differently among men and women [...] Among men, the addiction is thought to cause uncontrollable promiscuity, autoeroticism, transvestism, homosexuality exhibitionism, voyeurism, fetishism, incest, child molestation, and rape. [...] Sexual addiction in women manifests itself in "frequent dangerous sexual encounters with strangers" (Schwartz and Brasted, 1985 pp. 103-104).“ (Levine und Troiden 1988, S. 349f)

Janice M. Irvine äußert sich zu demselben Sachverhalt wie folgt:

„The profiles of male and female sex addicts step right out of a social purity tradition, with strikingly gendered definitions.“ (Irvine 1995, S. 446)

Für sich genommen kann die Darstellung von Geschlechtlichkeit in P1 und P2 also bereits als Evidenz für die Wirksamkeit konservativer moralischer Positionen im Diskursstrang gesehen werden. Die Bedrohlichkeit von Sexualität spiegelt sich in der geschlechterspezifischen Darstellung als zentrales Element des Narrativs um ZSVS.

1.8.1.2 Prozess der Eskalation

Ein weiteres Element der Narrative in den Fallbeispielen bei Carnes und Roth ist der Prozess der Eskalation. Oft findet sich detailreiche Schilderungen sexueller Eskapaden, die häufig in schrecklichen Erfahrungen kulminieren. Wichtig ist hierbei, dass diese Umstände nicht wie in wissenschaftlicher Literatur üblich diskret und nüchtern zu Bedenken gegeben werden. Es kommt eher zu bestürzenden Ausführungen, die sich zum Teil über mehrere Seiten erstrecken.

Praktisch nie gibt es unspektakuläre Geschichten über Menschen, die wegen ihrer Sexsucht stupide Masturbation betreiben oder stundenlang einsam und ereignisarm vor ihrem Bildschirm sitzen.

1.8.1.3 Missbrauchserfahrungen der Protagonist*innen

In vielen Fällen wird der Hintergrund des Protagonist*innen genauer betrachtet, was in der Regel mit schockierende Enthüllungen über deren eigene Missbrauchserfahrungen in der Kindheit einhergeht. Auch hier geht es nicht darum, dass der vorgefallene Missbrauch Erwähnung findet, sondern, dass er zum Teil schriftstellerisch recht explizit oder detailreich ausgearbeitet wird.

„Punishment meant taking his clothes off and beating him, especially around the genital area. After these sessions, the old men would comfort the boy by masturbating him to sleep.“ (Carnes 2001, S. 98)

„Anita hat mit ihrer Mutter sexualisierte Erfahrungen gemacht: ‚Ich war noch ganz klein und bin morgens in ihr Bett geklettert. Da habe ich an ihrem Geschlecht herumgefummelt. [...] Als ich älter war, hatte ich mit meinen Freundinnen daheim Sex. Da hat sie öfter an der Tür gelauscht.‘“ (Roth 2007, S. 70)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Anekdoten einen großen Reichtum an schockierenden Details aufweisen, was im harschen Kontrast zum Ideal objektiver wissenschaftlicher Arbeit steht und die Geschichten emotional überlädt. Das in diesen Anekdoten gezeichnete Bild ist zudem sehr prävalent in den oben genannten Büchern und Spielfilmen.

1.8.2 Kategorie 2 - Konstruktion einer Grenze zwischen „normal“ und „exzessiv“

Um die Funktionsweise dieser Diskursstrategie deutlich zu machen, soll an dieser Stelle die Argumentation nachvollzogen werden, mit der Kafka die Grenzziehung in seinen Diagnosekriterien rechtfertigt. Einleitend findet sich folgende Textstelle:

„I will review the empirical basis for an atheoretical and criterion-based diagnostic categorization for a clinically evident group of sexual behaviors that include: (1) normophilic sexual fantasies, arousal, urges, and behaviors; (2) the duration, frequency, and intensity of these sexual fantasies, urges, and behaviors have become associated with clinically significant personal distress and volitional and social role impairment.“ (Kafka 2010, S. 377)

Kafka macht es sich hier also zur Aufgabe, eine diskrete Kategorie anhand theorieneutraler Kriterien abzugrenzen. Die Herausforderung bei diesem Unterfangen ist, einen Umschlag der Quantität in eine neue Qualität zu verorten. Die erwähnte Dauer, Häufigkeit und Intensität der Verhaltensweisen ist grundsätzlich auf einem Kontinuum verteilt (vgl. Ley 2012, S. 24). Zudem kann argumentiert werden, dass Leidensdruck ein sehr subjektives

Kriterium darstellt und von diversen persönlichen, sozialen und situativen Kontextfaktoren abhängig ist. Deshalb ist schwer festzulegen, ab wann die geforderte klinische Relevanz gegeben ist. Ebenso kontextabhängig ist die Beeinträchtigung bei der Erfüllung sozialer Rollenerwartungen, da für Menschen in unterschiedlichen Lebenssituationen und kulturellen Umgebungen unterschiedlich strikte bzw. permissive Rollen gelten (vgl. Roth 2007, S. 108). Die volitionale Beeinträchtigung wirft ebenfalls die Frage auf, bis zu welchem Grad eine Kontrolle der eigenen Sexualität für ein „gesundes“ Sexualverhalten gegeben sein muss.

In den anschließenden statistischen Betrachtungen weist Kafka nach, dass nur ein geringer Prozentsatz an Menschen eine bestimmte Häufigkeit sexueller Verhaltensweisen überschreitet. Das ist weiter nicht überraschend, da bei den meisten statistischen Verteilungen extrem hohe und extrem niedrige Ausprägungen relativ selten sind. Zudem zeigt er, dass sich Paraphilien am oberen Ende der Häufigkeitsverteilung konzentrieren, woraus er schlussfolgert:

„Although there is no distinct bimodal distribution or taxon that effectively defines "excessive" sexual behavior or hypersexuality into a discrete category, there is significant evidence from population-based surveys that persistent and increased frequency rates of enacted sexual behavior can be ascertained and may be prodromal to and/or associated with both Paraphilias and Hypersexual Disorder.“ (Kafka 2010, S. 380)

Mit anderen Worten: Es gibt Menschen, die so häufig sexuelles Verhalten zeigen, wie es nur wenige andere Menschen tun. Diese Menschen haben überdurchschnittlich häufig paraphile Neigungen. Also könnten diese Häufigkeiten typisch für Menschen mit Paraphilien und ZSVS sein. Diese Argumentation ist sehr schwach, denn die Ergebnisse der Betrachtung sind wie eben ausgeführt der Natur der Sache geschuldet. Die Konzentration von Paraphilien am oberen Ende des Spektrums lässt zudem keine Rückschlüsse auf eine hypothetische hypersexuelle Störung zu. Aus dem Mangel an statistischer Evidenz für diskrete Gruppen heraus, kehrt Kafka zurück zu einer Argumentation, die mehrere Kriterien einschließt:

„Although one dimension for determining a definition for a ‚hypersexual disorder‘ as a psychiatric diagnosis could be based on the statistical frequency of enacted sexual behavior, a frequency-based measure alone is merely a ‚line in the sand‘ in the continuous frequency distribution curve of sexual appetitive behavior. Excessive, repetitive or hypersexual behaviors without significant personal distress, possible volitional impairment or significant adverse consequences itself do not designate a clinical or pathological condition.“ (Kafka 2010, S. 380)

Wie obenstehend erläutert erlaubt keines der Kriterien für sich genommen eine klare Abgrenzung. Es findet sich in diesem Diskursstrang allerdings häufig die eklektische Berufung auf unterschiedliche Kriterien von den statistischen Betrachtungen bis hin zum Verweis auf Geisteshaltungen wie zum Beispiel die Abgrenzung von Lüsternheit gegenüber Nüchternheit oder das „süchtige Erleben“ wie bei Roth:

„Das Sexsuchtparadigma hingegen stellt das süchtige Erleben in den Mittelpunkt der Betrachtung - unabhängig davon, ob es sich um ‚normales‘ oder ‚abweichendes‘ Sexualverhalten handelt.“ (Roth 2007, S. 26)

Es kann argumentiert werden, dass solche Kriterien so subjektiv sind, dass sie wissenschaftlich nicht mehr falsifiziert werden können. Wie an dem Zitat aus Tabelle 3 deutlich wird, gelingt es Kafka auch in seinen endgültigen Diagnosekriterien nicht, eine klare Grenze zwischen „gesundem“ und „pathologischem“ Sexualverhalten zu verorten.

Im untersuchten Diskursstrang finden sich auch eine Reihe von Aussageereignissen, die diese diskursive Strategie kritisch reflektieren. Hierzu gehört das folgende Zitat von Eli Coleman, der 1986 eine Reihe von Überlegungen zum damals relativ neuen Konzept der Sexsucht anstellt:

„If we use global assessment concepts such as preoccupation, out of control, unmanageability, negative consequences, or outside one’s value system, we improve upon a definition using only numbers as a criteria but fall into potentially subjective, and value-laden assessments. In the hands of those who hold sex-negative or highly restrictive attitudes about sexuality, this subjectivity can, again, pathologize normalcy.“ (Coleman 1986, S. 8)

David J. Ley schreibt zur Herausforderung der Kriterienfindung:

„[There are] three main themes that emerge in [...] definitional strategies, namely focusing upon the specific behaviors and labeling them as pathological themselves; focusing upon the effects of these behaviors and the damage incurred to self and others from these behaviors; and third, focusing upon the internal, invisible motivations and intent of the behaviors and identifying these intents and motivations as inherently unhealthy.“ (Ley 2012, S. 16)

Walton et al. (2017) greifen in ihrer Beschreibung der Symptomatik von ZSVS auf alle drei der von Ley genannten Kategorien zurück. Aus dieser Betrachtung lässt sich schlussfolgern, dass jedes Kriterium, das zur Differenzierung herangezogen wird, ein Kontinuum zwischen den beiden Kategorien darstellt und deshalb auf eine subjektive oder intersubjektive Bewertung angewiesen ist. Egal welches Kriterium als Maßstab gewählt wird – sei es das Maß der Kontrolle über das eigene Sexualverhalten, die Häufigkeit sexueller Ausdrucksweisen, die Menge an Zeit, die mit Sex zugebracht wird, der Grad, zu dem Sex über andere Lebensbereiche Priorisiert wird, das Maß an Verbindlichkeit zwischen zwei Partner*innen oder die Intensität von Scham und Unwohlsein – keines der Kriterien erlaubt eine objektive Grenzziehung zwischen gesundem und pathologischem Verhalten. Die Frage, wessen Normvorstellung entscheidend sein soll und durch welche Diskurse diese geprägt ist, ist deshalb eine zentrale Frage in der Diagnostik von ZSVS.

1.8.3 Kategorie 3 - Pathologisierung von sozial gering geschätzten Praktiken

Im Diskurs um Sexsucht trifft man häufig auf eine allgemeine Besorgnis um konservative Werte wie die Kleinfamilie, die romantische Liebe oder Sittlichkeit, was sich zum Beispiel in folgendem Zitat von Roth zeigt:

“Onanie ist zu einem Lifestyle-Produkt geworden: Sich selbst zu befriedigen ist in [...] Parallel dazu verändert sich die traditionelle Familienkultur mit ihren geschlechtsspezifischen Zuweisungen. Die zunehmende Berufstätigkeit der Frauen und die stärkere Teilhabe der Väter an familiären Angelegenheiten führen zu einer Aufweichung und Umformung traditionell zugewiesener Geschlechterrollen. Dabei kommt es gleichzeitig zu neuen partnerschaftlichen und kompensatorischen familiären Bindungsformen, die insgesamt aber mit einer zunehmenden Vereinzelung einhergehen.” (Roth 2007, S. 21f)

Vielleicht als Folge dieser Besorgnis hat sich die diskursive Strategie etabliert, Praktiken, die als Widerspruch zu diesen Werten gesehen werden, zu pathologisieren. Verhaltensweisen, die in der aktuellen Gesellschaft keinen guten Ruf genießen, werden oft ohne weitere Angabe von Gründen als krankhaft dargestellt. Die Pathologisierung gesellschaftlich geringgeschätzter Praktiken findet sich auch in der Charakterisierung „gesunder“ Sexualität. David J. Ley schreibt über die im akademischen Diskursstrang anzutreffenden Kriterien über „gesunde“ Sexualität:

„They mostly boil down to subjective assessments that make broad generalizations, sometimes addressing intent and motivation, sometimes focusing on the relational aspects of sex and other times focusing on certain behaviors, or amounts of behaviors.“ (Ley 2012, S. 61)

Praktiken wie BDSM, Promiskuität oder Cybersex werden in diesem Diskursstrang kaum in Verbindung mit gesunder Sexualität erwähnt.

Aus der Betrachtung der Aussageereignisse aus Kategorie 3 kann hinsichtlich der Funktion dieser Diskursstrategie im akademischen Diskursstrang Folgendes geschlossen werden: Während einige der Kategorien vorrangig den Effekt haben, ZSVS als Gegenstand des wissenschaftlichen Diskurses zu etablieren, geht es in Kategorie 3 vornehmlich darum, den Begriff mit Inhalt zu füllen und moralische Normen in dem Konzept zu verankern. Dabei erscheinen diese Normen als Teil wissenschaftlich objektiver Aussagen.

Im akademischen Diskurs um ZSVS finden sich immer wieder Versuche, die im Diskurs impliziten moralischen Positionen zu reflektieren und so den Ansprüchen einer objektiven Wissenschaft gerecht zu werden. Häufig finden sich allerdings Aussageereignisse, die zu dieser Reflektion im Widerspruch stehen, nicht nur in anderen Veröffentlichungen aus dem Diskursstrang, sondern häufig sogar im selben Text. Was die Diskursstrategie der Pathologisierung geringgeschätzter Praktiken angeht, finden sich derartige Versuche

besonders häufig, wie zum Beispiel im folgenden Aussageereignis von Långström und Hanson:

„Impersonal sex‘ could be defined as sexual behavior that is primarily concerned with and focused upon the sex act itself. In contrast, ‚personal sex‘ is sexual behavior that is concerned with and focused upon a particular person. The psychological attitude determines whether sex is personal or impersonal. It is possible, for example, to treat a long-term stable sex partner as a sex object. Similarly, it is possible to have a deep, human connection with the partner involved in a one-night stand. There are, however, some sexual behaviors that are more likely motivated by the sex acts themselves rather than by attraction to a particular person. Examples of impersonal sex would include masturbation (no partner), paying for sex, and multiple changes in partners.” (Långström und Hanson 2006, S. 36)

Nach dem sie dies definiert haben, operationalisieren die Autoren unpersönlichen Sex aber wie folgt:

“Table I presents the indicators of impersonal sexual behavior used in the current study: masturbation, pornography use, number of sex partners in last year, number of sex partners per active year, ever sex with another person while married/cohabiting, currently more than one stable sex partner, attitudes supportive of casual sex, and group sex.” (Långström und Hanson 2006, S. 40)

Wenn man erst einmal dahingestellt lässt, dass “persönlicher Sex” ein notwendiger Aspekt gesunder Sexualität ist, bleibt die Reflektion der Autoren, dass sehr unterschiedliche Begegnungen eine persönliche Ebene haben können, letztlich ohne Konsequenzen, da eine Reihe von Praktiken pathologisiert wird, die vermeintlich besonders anfällig für unpersönlichen Sex sind. Levine und Troiden haben sehr deutliche Worte für eines von Carnes Konzepten gefunden, das ihrer Auffassung nach gesellschaftlich geringgeschätzte Praktiken pathologisiert:

“Carnes' notion of levels of addiction is a classic instance of moral judgement parading as scientific fact.” (Levine und Troiden 1988, S. 358)

Dieses Zitat ist eines von zahlreichen Aussageereignissen, in dem Kritiker*innen im akademischen Diskursstrang die Pathologisierung geringgeschätzter Praktiken bemängeln. Es handelt sich hierbei um einen der am häufigsten angebrachten Kritikpunkte des Diskursstranges und augenscheinlich um einen der gravierendsten konzeptuellen Mängel des Konstruktes ZSVS.

1.8.4 Kategorie 4 - Pathologisierung von notwendigen Aspekten menschlicher Sexualität

Es gibt bestimmte Charakteristika des Phänomens menschlicher Sexualität, die Gemeinsamkeiten mit Suchterkrankungen darstellen, obwohl argumentiert werden kann,

dass sie normale und teilweise sogar notwendige Bestandteile menschlicher Sexualität sind. Dies hat vermutlich maßgeblich dazu beigetragen, Sexualität unter bestimmten Umständen als Sucht oder verhaltenssucht-ähnliche Störung zu klassifizieren. So ist es für die meisten Menschen die Regel sexuelle Verhaltensweisen geheim zu halten, auch wenn dies auch auf bestimmte Formen von Substanzabusus zutrifft. Dass sexuelles Verlangen in regelmäßigen Abständen wiederkehrt, ist eine Parallele zum Suchtdruck. Es kann aber argumentiert werden, dass diese Regelmäßigkeit genauso wenig pathologisch ist, wie regelmäßig hungrig, durstig oder müde zu werden. Im weiteren Sinne schließt diese Diskursstrategie auch das Charakteristikum des Kontrollverlustes beim Sex ein. Oberflächlich ist dieser Kontrollverlust mit jenem bei einem Rausch vergleichbar. Andererseits wird es in diversen Kontexten als unbedenklich angesehen, dass Sex nicht nur reflektiert und kontrolliert abläuft sondern oft auch spontan, leidenschaftlich und impulsiv. Nicht umsonst wird häufig die Fähigkeit „sich fallen zu lassen“ in Bezug auf sexuellen Genuss thematisiert.

Dass Sexualität zur Bewältigung negativer Affekte genutzt wird, ist ein weiterer Aspekt, den sie mit Substanzabusus gemeinsam hat. Allerdings werden auch viele andere angenehme Aktivitäten genutzt, um sich „aufzuheitern“ - z. B. Computerspiele, das Anschauen von Serien, Sport, Naschen, Spaß haben mit Freund*innen und vieles mehr. Dass viele dieser Aktivitäten im Moment unter dem Aspekt der Sucht verhandelt werden, ist vielleicht Ausdruck einer zeitgenössischen Tendenz, angenehme Aktivitäten nur insofern als gesund anzusehen, als dass sie der Produktivität der betreffenden Person nicht im Wege stehen, was zum Beispiel für den Fall von Internet-Sucht von Mary Manjikian (2016) diskutiert wird.

Levine und Troiden äußern sich zur dieser Diskursstrategie wie folgt:

“The signs of sexual addiction - secrecy, abusiveness, painfulness, and emptiness (Carnes, 1983, p. 158) - are subjective, value laden assessments rendered from a moralistic perspective toward sexuality. Most couples, for example, keep their sex lives secret. They make love to overcome feelings of loneliness or depression.”
(Levine und Troiden 1988, S. 358)

Die Betrachtung dieser Diskursstrategie macht deutlich, dass das Konzept von ZSVS bzw. sexueller Süchtigkeit seine Überzeugungskraft zum Teil aus einer Analogie zwischen ausschweifender Sexualität und Suchterkrankung zieht. Diese beruht auf einer Reihe von oberflächlichen Ähnlichkeiten und schreibt bestimmte Eigenschaften von Süchten der Sexualität von Menschen mit ZSVS zu. Ein besonders anschauliches Beispiel ist das Phänomen der Entzugserscheinungen. Das Unwohlsein „abstinenter“ Betroffener von ZSVS wird von diversen Autor*innen als Entzugserscheinung interpretiert (z. B. Kafka 2010, S. 383; Kraus et al. 2016, S. 2098) aber von Kritiker*innen als etwas Grundverschiedenes zu den Entzugserscheinungen bei z. B. Opiatentzug aufgefasst (z. B. Ley 2012, S. 32).

1.8.5 Kategorie 5 - Präsentationen von Korrelationen

Obwohl nur in vier der Publikationen passende Textstellen zu finden sind, wurde die Kategorie 5 trotzdem in die Diskursanalyse aufgenommen, da diese Strategie in Bezug auf die Fragestellung besonders interessant ist. Korrelationen nehmen in der psychologisch-psychiatrischen Forschung eine wichtige Rolle ein und können sogar als ein zentrales Merkmal wissenschaftlicher Argumentation angesehen werden. Die sozialen und normativen Hintergründe der Aussagen treten dabei meist nur implizit und bei genauer Betrachtung in Erscheinung. Es soll an dieser Stelle nicht die Richtigkeit der Korrelationen angezweifelt werden. Eher geht es darum, darauf hinzuweisen, dass die Art wie sie selektiert, arrangiert und präsentiert werden, eine ganz bestimmte Sichtweise auf ZSVS vermittelt: Es entsteht der Eindruck, dass es sich hierbei um ein gut erforschtes, problematisches und gefährliches Phänomen handelt.

Wissenschaftliche Aussagen, die in Studien erforschte Korrelationen als Argumente anführen, erwecken den Anschein empirisch fundiert und deshalb objektiv richtig zu sein. Neben den allgemein bekannten Einschränkungen der Aussagekraft von Korrelationen (Unklarheit über kausale Zusammenhänge, Mediator- und Moderatorvariablen etc.) gibt es für den untersuchten Diskursstrang weitere Argumente, die dagegensprechen, diesem Anschein von Objektivität zu trauen. Die Fragen, welche Korrelationen in einer Studie gemessen und wie diese Zusammenhänge in Veröffentlichungen dargelegt werden, beinhalten Freiheitsgrade, durch die zum Beispiel moralische Positionen ihren Weg in die mit Korrelationen untermauerte Darstellung eines Sachverhaltes finden können. Diese diskursive Strategie findet sich zum Beispiel bei Långström und Hanson, wie das folgende Aussageereignis zeigt:

“For example, it has long been noted that individuals with an antisocial, criminal orientation are likely to begin sexual intercourse early and to have many sexual partners (Glueck & Glueck, 1950). Donovan, Jessor, and Costa (1988; Costa, Jessor, Donovan, & Fortenberry, 1995) found that early onset of sexual intercourse correlated with other indicators of ‚psychosocial unconventionality‘, including substance abuse, law breaking, and poor school attendance.” (Långström und Hanson 2006, S. 50)

Ähnliche Korrelationen zwischen häufigem bzw. unpersönlichem Sex und diversen unerwünschten Eigenschaften, Ereignissen und Verhaltensweisen finden sich in der Veröffentlichung reichlich.

Kritik an der Vorgehensweise von Långström und Hanson wurde zum Beispiel in einem Leserbrief von James Giles (Ph.D. in Philosophie von der University of Edinburgh) geäußert, der in der Zeitschrift „Archives of Sexual Behavior“ veröffentlicht wurde.

„With this, it should be clear that Långström and Hanson have not produced any evidence for the view that there is such a thing as ‚excessive‘ levels of sexual behavior

or a ‚distinct disorder‘ of hypersexuality. Rather, it seems that, like the claims of Augustine, their assertions here are merely attempts to stigmatize a type of sexual behavior of which they do not morally approve.“ (Giles 2006, S. 642)

Trotz ihres augenscheinlich hohen Grades an Evidenz und Objektivität sind auch Korrelationen Produkte eines Konstruktionsprozesses, der durch die Einflüsse konkreter Interessen und Diskurse geformt ist.

1.8.6 Kategorie 6 - Biologismen

Als Biologismen werden Ansätze bezeichnet, die versuchen, menschliches Verhalten und gesellschaftliche Phänomene ausschließlich oder zum größten Teil durch biologische Prädispositionen zu erklären. Szientismus ist ein allgemeinerer Begriff für Sichtweisen, bei denen davon ausgegangen wird, Sachverhalte durch (natur-)wissenschaftlich-erklärende Ansätze erschöpfend Begreifen zu können, wodurch verstehende bzw. hermeneutische Herangehensweisen in den Hintergrund treten. Beide können als sogenannte Reduktionismen gesehen werden, da sie versuchen ganze Forschungsfelder wie die Psychologie oder die Geisteswissenschaften in andere Disziplinen kollabieren zu lassen. Biologismen und Szientismen können zudem auf verschiedenen Ebenen als diskursive Strategien fungieren. Zum Beispiel erwecken sie durch ihre Anleihen an die Autorität der Naturwissenschaften den Anschein von empirischer Fundiertheit und Objektivität. Gleichzeitig sind sie dazu geeignet, die gesellschaftliche Dimension wie zum Beispiel implizite moralische Positionen zu verbergen. Diese Kritik wird in (Malafouris 2012) sehr anschaulich exemplifiziert und lässt sich an diversen Stellen auf den untersuchten Diskursstrang anwenden.

In den wissenschaftlichen Veröffentlichungen zum Thema ZSVS werden die zugrundeliegenden biologischen Sachverhalte oft stark vereinfacht dargestellt. Bei genauerer Betrachtung besitzen sie wenig oder gar keine Relevanz für das diskutierte Problem. Einschränkend ist zu sagen, dass solche Reduktionismen nur punktuell auftreten: Mehrere der untersuchten Publikationen greifen die soziohistorische Dimension der Problematik an anderer Stelle auf (Roth 2007; Briken und Basdekis-Jozsa 2010). Bei den Aussageereignissen dieser Kategorie geht es aber eben genau um jene Textstellen, in denen eine solche Reduktion punktuell erfolgt und dadurch der Effekt hoher Überzeugungskraft und scheinbarer naturwissenschaftlicher Objektivität erzielt wird.

Folgendes Zitat zeigt sehr deutlich, wie anhand einer kurzen biologistischen Überlegung eine recht weitgreifende Aussage über das Beziehungs- und Sexualverhalten sämtlicher auf der Welt lebender Frauen und Männer gemacht wird, wobei mehr oder weniger glaubhaft angedeutet wird, dass kulturelle, soziale oder individuell-biographische Aspekte vernachlässigt werden können:

“Evolutionary theory proponents have argued that men and women differ in mating strategies and that such differences are evident cross-culturally (Buss & Schmitt,

1993). [...] Consistent with these data, it has been hypothesized that women's sexual motivation, sexual arousal, and sexual behavior are shaped by evolutionary factors, such as women's greater biological, emotional, and temporal investment in reproduction and child rearing (Buss & Schmitt, 1993; Trivers, 1972). [...] In comparison to males, female sexuality is better adapted to foster affiliative relationships and longer term partner commitment (Anderson, Cyranowski, & Aarstad, 2000). From these data, it would certainly follow that males are more vulnerable to hypersexual behaviors [...].” (Kafka 2010, S. 381)

Außer Acht gelassen wird hier zum Beispiel die Überlegung, dass die männliche Sozialisation in den meisten Gesellschaften Promiskuität weniger stigmatisiert, weshalb es z. B. in vielen Sprachen kein männliches Äquivalent zum Begriff „Schlampe“ gibt. Auch wenn solche sozialen Faktoren nicht generell negiert werden, wird durch die im Zitat angeführten, wissenschaftlich anmutenden und extrem verallgemeinerten Argumente der Fokus sehr auf biologisch-naturwissenschaftliche Aspekte des Problems gelenkt, sodass der Eindruck entsteht, die Thematik lasse sich aus dieser Perspektive erschöpfend und verlässlich erläutern. Tatsächlich beziehen sich die von Kafka angegebenen Veröffentlichungen allerdings kaum auf anthropologische oder historische Quellen. Stattdessen überwiegen in den Literaturverzeichnissen evolutionstheoretische, biologische und (sozial-) psychologische Arbeiten. Die prähistorischen Zustände, zu deren Bewältigung die beschriebenen Geschlechterunterschiede ursprünglich beigetragen haben sollen, sind also aus der Theorie abgeleitet. De facto findet nur sehr wenig Auseinandersetzung damit statt, wie frühe Menschen ihre Kinder erzogen, ihre Geschlechterrollen ausgestaltet und ihre sozialen Gruppen organisiert haben.

Außerdem findet sich bei Kafka folgendes Beispiel für diese diskursive Strategie:

“In studies of human males, Axis I comorbid conditions [...] associated with both PAs and Hypersexual Disorder, including unipolar (Risch & Nemeroff, 1992) and bipolar (Lasky-Su, Faraone, Glatt, & Tsuang, 2005) mood disorders, anxiety disorders (Kahn, Westenberg, & Verhoevan, 1987), and impulsivity disorders (Kavoussi, Armstead, & Coccaro, 1997; Soubrie, 1986) as well as attention deficit hyperactivity disorders (Levy, 1991) are associated with perturbations of central monoaminergic neurotransmission as well, thereby providing a possible neurobiological bridge between Axis I psychiatric disorders, testosterone, monoaminergic neurotransmitters, and disinhibited sexual behaviors.” (Kafka 2010, S. 383)

So wage wie Kafka seine Hypothese formuliert – nämlich, dass der Zusammenhang darin besteht, dass alle genannten Phänomene etwas mit monoaminergem Neurotransmission zu tun haben – könnte sie auch einen Zusammenhang zwischen ZSVS und Morbus parkinson erklären. Fast alle höheren psychischen Phänomene stehen in irgendeiner Form mit der sehr großen Gruppe der sehr häufigen monoaminergen Neurotransmitter im Zusammenhang. Dies ist nur ein Beispiel für die verzerrte Darstellung der Funktionsweise von Hormonen

und Neurotransmittern. Die unmittelbare Reaktion einer Person auf sexuelle Stimuli kann weder auf Androgene attribuiert werden, wie z. B. in Carnes (2001, S. 21) nahegelegt wird, noch auf einzelne Gruppen von Neurotransmittern wie Opiate, was Roth (2007, S. 81) andeutet. (Gemeint sind wahrscheinlich Opioide.) Bei sexueller Erregung handelt es sich um einen komplexen Prozess, der mehrere Transmittersysteme, anatomische Strukturen sowie auch den kulturellen und biografischen Hintergrund der Person, ihre persönlichen Überzeugungen, individuelle Präferenzen und situative Faktoren miteinschließt (Rowland 2006). Aussagen, die ZSVS vage mit einigen der wichtigsten Transmittersysteme und neuroanatomischen Strukturen in der Neurophysiologie in Verbindung bringen, sind zwar weit verbreitet, besitzen aber wenig Aussagekraft. So äußert sich z. B. David Ley zum diagnostischen Wert biologischer Parameter bei ZSVS:

„There is not at this time a single mental disorder that can be diagnosed on the basis of ‚bio markers‘ on brain scans and testing. This is true for disorders such as schizophrenia and bipolar disorder, which have been studied in incredible detail for decades, and is thus certainly true for such ill-defined concepts as sexual addiction.“
(Ley 2012, S. 100)

Über die neurologischen Befunde, die zur Rechtfertigung der Konzeptualisierung von Impulskontrollstörungen als Verhaltenssuchte herangezogen werden, schieben Grant et al.:

„While a good deal of literature supports the idea that individuals with pathological gambling have altered reward circuitry (6), they also have other brain abnormalities. For example, prefrontal cortical dysfunction appears similar between gamblers and individuals with mania (16,17).“ (Grant et al. 2014, S. 125f)

In der Gesamtschau der Aussageereignisse dieser Kategorie, ergibt sich, dass diverse Autor*innen des untersuchten Diskursstranges versuchen, sich die privilegierte Stellung naturwissenschaftlicher Diskurse in zeitgenössischen Gesellschaften zu Nutze zu machen, ohne dabei den Ansprüchen gerecht zu werden, die an naturwissenschaftliche Forschung gestellt werden. Stattdessen werden diese Anleihen genutzt, um über konzeptuelle Mängel auf psychologischer und soziologischer Ebene hinweg zu täuschen und der eigenen Argumentation mehr Nachdruck zu verleihen.

1.8.7 Kategorie 7 - Darstellung von ZSVS als klar definiertes, unumstrittenes Konzept

Ob sich gesteigertes sexuelles Verlangen als Sexsucht bzw. als Störung im Allgemeinen charakterisieren lässt, ist in der Fachwelt nach wie vor umstritten, wie sich besonders deutlich an der folgenden Textstelle aus dem DSM V erkennen lässt:

“Other excessive behavioral patterns, such as Internet gaming, have also been described, but the research on these and other behavioral syndromes is less clear. Thus, groups of repetitive behaviors, which some term behavioral addictions, with

such subcategories as ‚sex addiction‘, ‚exercise addiction‘, or ‚shopping addiction‘, are not included because at this time there is insufficient peer-reviewed evidence to establish the diagnostic criteria and course descriptions needed to identify these behaviors as mental disorders.“ (American Psychiatric Association 2013, S. 481)

Sexsucht wurde zu diesem Zeitpunkt noch nicht einmal unter „Conditions for further Study“ gelistet. Von den untersuchten Publikationen ist nur P7 wesentlich später erschienen und spiegelt eine verbesserte Datenlage wider. Spätere Veröffentlichungen von Kraus (z. B. Kraus et al., 2018) zeigen zudem einen diplomatischeren Umgang mit den konzeptuellen Mängeln von ZSVS. Trotzdem existiert in der Fachwelt weiterhin eine Kontroverse über das Thema (Ley 2018).

In dem untersuchten Diskursstrang dominieren aber die Befürworter*innen des Deutungsmusters „Sexsucht“ bzw. „Störung“ allein durch die schiere Anzahl ihrer Veröffentlichungen. Eine diskursive Strategie, die sich inzwischen etabliert hat, ist es, von dem Phänomen Sexsucht als Störung zu sprechen, so als beschreibe dies eine unumstrittene Tatsache. Darüber hinaus wird häufig mit dem Konzept Sexsucht umgegangen, als sei es inhaltlich klar bestimmt und können zum Beispiel für epidemiologische Erhebungen eindeutig abgegrenzt und gemessen werden. Ähnliches findet sich bei der Erhebung von Korrelationen und der Nutzung von Hypersexualität als Einschlusskriterium für Studien. Diese Aussagen lassen das Phänomen als eine Diagnose erscheinen, die gut etabliert ist, präzise definiert, wissenschaftlich anerkannt und quantifizierbar.

1.8.8 Implikationen der Ergebnisse

Es ist in diesem Teil der Arbeit gelungen durch die wissenssoziologische Diskursanalyse des akademischen Diskursstranges um den Symptomkomplex der ZSVS den Einfluss moralischer Positionen auf den wissenschaftlichen Diskurs nachzuweisen. Einen solchen Einfluss darf man sich allerdings nicht als eine bewusste aber unkritische Übernahme konkreter Wertvorstellungen vorstellen. Viel mehr strukturiert der Diskurs das thematische Feld und vermittelt unsere Wahrnehmungen und Empfindungen in Bezug auf das Thema. Es geht also weniger um eine bewusste Entscheidung, sondern eher um eine Vorstrukturierung des Denkens, die sich in Vorstellungen und vermeintlichen Intuitionen ausdrückt. Man beachte desbezüglich das folgende Zitat von Carnes:

„I joked, that I really did not know how the book was written. What I meant was that this book came from some quiet place of certitude within me – and, in that sense, it was not about me or any abilities that I might possess. It was more about a truth that would not rest until expressed.“ (Carnes 2001, S. IX)

Die nachgewiesenen diskursiven Strategien haben in ihrer Gesamtheit im Hinblick auf die Fragestellung zwei verschiedene Effekte: erstens wirken sie auf die Anerkennung von ZSVS als wissenschaftlich fundiertes Konzept hin und zweitens verankern sie normative Vorstellungen von Sexualität in diesem Konzept. Dabei lassen sich nicht alle Strategien klar

einem der beiden Effekte zuordnen. Die Kategorien 1, 2, 4, 5 und 6 erfüllen beide Funktionen. Kategorie 3 ist das beste Beispiel für eine Strategie, bei der der normative Aspekt im Vordergrund steht.

Während insbesondere in Kategorie 1 noch die Tendenz spürbar ist, durch dramatisierende und moralisierende Aussagen zu überzeugen, kann auf Grundlage der durchgeführten Analyse vertreten werden, dass im untersuchten Diskursstrang ein weiterer Mechanismus hinzutritt: der der Versachlichung. In einem objektiv erscheinenden wissenschaftlichen Diskurs werden die moralischen und normativen Grundlagen der Kategorienbildung aus dem Diskurs verdrängt und so unsichtbar gemacht. Die Techniken zur Durchsetzung des Normalen können so scheinbar auf einer über jegliche Subjektivität (aber auch über jegliche ethische Reflexion) erhabenen Ebene diskutiert werden (siehe hierzu z. B. Irvine 1995, S. 433; Clarkson und Kopaczewski 2013, S. 128).

Die Effekte der untersuchten Strategien wirken sich wie folgt auf die Phänomenstruktur von ZSVS aus: Ausschweifende Sexualität wird mit dem Deutungsmuster der Störung, genauer der Impulskontrollstörung und gelegentlich spezifisch mit dem der Sucht verknüpft. Zur Konstruktion des Leidensdruckes bzw. der Eigen- und/oder Fremdgefährdung wird dabei meist zumindest implizit das traditionsreiche Narrativ herangezogen, dass die Diskrepanz zwischen Sexualverhalten und sozialer Norm zu Verwerfungen in sozialen Systemen führt.

In unterschiedlichen Aussageereignissen werden sehr unterschiedliche Gründe angeführt, was in der Gesamtschau einem biopsychosozialen Modell entspricht: Neben Überlegungen zu neurophysiologischen und evolutionsbiologischen Faktoren finden sich viele Konzepte zu biographischen Einflussgrößen. Was den sozialen Aspekt angeht finden sich immer wieder Ansätze, die die moderne Gesellschaft mit ihrer vermeintlich eruierten Sexualmoral und den technischen Möglichkeiten (v. a. Pornographie) als Einflussfaktor verstehen (z. B. Roth 2007). Kritische Stimmen innerhalb des Diskursstranges sehen im Gegensatz dazu allerdings gerade konservative Wertvorstellungen als Ursache dafür, dass das Konstrukt sich überhaupt etablieren konnte (z. B. Reay et al. 2015). Im Hinblick darauf lassen sich zwei verschiedene Narrative ableiten: Das der medizinischen Heilung und der Hilfe für psychisch erkrankte Menschen einerseits und andererseits das der spirituellen Heilung und der Hilfe für die Opfer eines gesellschaftlichen Werteverfalles.

Deutungsmuster sind häufig an einen bestimmten Handlungsbedarf geknüpft (Keller 2011), da aus der Auffassung eines Sachverhaltes folgt, welches Verhalten der Sachverhalt erforderlich macht. Im Falle des Deutungsmusters der Störung handelt es sich dabei um die Verantwortung für Forscher*innen und Behandler*innen, den Betroffenen Hilfe angedeihen zu lassen (Schramme 2012), was im Leidensdruck bzw. der Eigen- und/oder Fremdgefährdung begründet liegt. Umgekehrt werden die Betroffenen in der Verantwortung gesehen, im Rahmen ihrer Möglichkeiten ihre Störung zu überwinden, um sich und ihr Umfeld zu schützen und ihre Unabhängigkeit von Hilfsangeboten zurückzugewinnen (Schramme 2012). Kritiker*innen betonen allerdings immer wieder die Verantwortung der

Wissenschaftler*innen, ihrem Anspruch auf Wertneutralität gerecht zu werden oder zumindest zu reflektieren, inwiefern sie dazu in der Lage sind (Coleman 1986). Hierbei wird auf die Gefahr verwiesen, im Namen der Wissenschaft den Wertvorstellungen bestimmter sozialer Gruppen Vorschub zu leisten. Die Autor*innen des Diskursstranges sehen sich selbst in der Rolle professioneller Forscher*innen, werden aber von Kritiker*innen auch als unreflektiert im Hinblick auf die soziologische Dimension ihrer Arbeit gesehen. Der explizite Wertbezug der Autor*innen ist in der Schlussfolgerung der von Wissenschaft, Erkenntnis und therapeutischer Verantwortung während implizit ein weiterer Wertbezug im Diskursstrang wirksam ist: der Bezug auf konservative Werte wie Züchtigkeit oder die Beziehungsorientierung sexuellen Verhaltens. Zudem schwingt immer auch der Bezug auf zeitgenössische Werte wie Autonomie, Individualität und Selbstverwirklichung (Eichinger 2013) sowie Funktionalität, Effizienz, Produktivität und Leistungsfähigkeit mit. Allerdings kann vertreten werden, dass selbst Maßstäbe wie Effizienz und Produktivität, die epochal sehr breite Anerkennung finden, keine außerwissenschaftlichen Voraussetzungen sind und bereits im Widerspruch zum Anspruch der Wertneutralität stehen.

Exkurs: Eine postmoderne Perspektive auf die zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung

Als abschließende Überlegungen zur Diskursanalyse sei eine Betrachtung der Thematik ausgeführt, die einen Perspektivwechsel weg vom etablierten Paradigma des analysierten Diskursstranges ermöglichen soll. Dies geschieht in Anlehnung an die Philosophie Michel Foucaults (Sarasin 2013) sowie an einige von ihm beeinflussten Denker*innen, nämlich Judith Butler als Vertreterin des Queerfeminismus (Villa 2012) und Gayatri Chakravorty Spivak und Homi K. Bhabha als Vertreter*innen des Postkolonialismus (Varela und Dhawan 2005). Das zugrunde gelegte Verständnis antipsychiatrischer Diskurse bleibt dabei nicht auf die Beiträge Foucaults beschränkt, sondern zieht auch Ansätze anderer Strömungen in Betracht (Bopp 1980).

In Reflektion des soziohistorischen und normativen Kontextes, erscheint ausschweifende Sexualität durch den Diskurs um ZSVS aus dem Kreis gesellschaftlich akzeptierter Seinszustände ausgeschlossen. Die neuzeitliche bürgerliche Sexualmoral konstituiert sich dabei, indem sie sich von der zerstörerischen, animalischen, ausschweifenden Sexualität abgrenzt (angelehnt an Varela und Dhawan 2005). Die Störung ist das Gegenstück zum erwünschten Ideal des angepassten, leistungsfähigen, vernünftigen Menschen (angelehnt an Sarasin 2013) – ein Kontrast, vor dessen Hintergrund der „ideale“ Mensch umso deutlicher hervortritt. Die Faszination des Themas spiegelt sich in der starken pop-kulturellen Resonanz wider und stilisiert die Betroffenen als Lustobjekt, gefürchteter Konkurrent oder Projektionsfläche heimlicher Fantasien (vgl. Reay et al. 2015). Hierin zeigt sich die Ambivalenz (angelehnt an Varela und Dhawan 2005), die dem Betrachter eigene unterdrückte Sehnsüchte einerseits und die Angst vor der eigenen Unzulänglichkeit (Machtlosigkeit, Impotenz, Mangel an Attraktivität) sowie vor entsprechenden Sozialstrafen andererseits vor Augen führt. Die Problematik ausschweifender Sexualität wird durch die

Verortung des Problems auf der Ebene des Individuums zudem jeglicher politischer und gesellschaftlicher Dimension beraubt. Zwar finden sich vereinzelt Anleihen an Konzepte wie Verwahrlosung und Werteverfall z. B. durch den Verlust der Bedeutung der Kleinfamilie (Roth, 2007) und Internetpornographie (Carnes, 2001), jedoch wird das Problem nicht in eine umfassende Systemkritik eingebunden, wie es beispielsweise durch die Problematisierung der Kommodifizierung von Sexualität oder der aggressiven Aspekte der Sexualität von Personen mit männlicher Sozialisierung in einer patriarchalen Gesellschaft der Fall wäre.

Die Betroffenen selbst spalten die gesellschaftlich nicht gelittenen Anteile erneut von sich ab, indem sie sie als Krankheit von ihrem Selbstkonzept trennen. Durch die Pathologisierung der mit den vorherrschenden Normen nicht vereinbaren Verhaltensweisen gelingt es den Betroffenen, dass die betreffenden Aspekte der eigenen Person vom eigenen Selbst-Konzept getrennt und der Entität der Krankheit zugeschrieben werden, wodurch die Kohärenz und Integrität der eigenen Person gewahrt bleibt. Erfolgt einmal die (Selbst-)Zuschreibung des Labels (angelehnt an Bopp 1980) ZSVS, identifizieren sich die Betroffenen mit dieser Rolle und interpretieren ihr Erleben und Verhalten entsprechend. Aus der Überzeugung heraus, die Grenzen des Normalen weit hinter sich gelassen zu haben, wird sich zum Beispiel sehr wahrscheinlich ein Leidensdruck entwickeln (vgl. Kargara et al. 2016), der dann der Störung zugeschrieben wird. Auch gelegentliche Wünsche, zu alten erregenden Verhaltensweisen zurückzukehren werden dann als Suchtdruck interpretiert, das Ausagieren wird als überwältigende Bedrohung und nach Vollzug als schwere Niederlage erlebt. Das Erleben und Verhalten passt sich also gewissermaßen dem Diskurs an.

Durch die diskursive Festschreibung der Unterschiede (angelehnt an Varela und Dhawan 2005), die das sexsüchtige Subjekt von vermeintlich „normalen“ Menschen trennen, wird die Prozesshaftigkeit des Diskurses unterbunden - Diversität wird zu Differenz. Als logische Überlegung hierzu lässt sich anführen, dass je geringer und unkonkreter die Differenzen werden, die medizinische Intervention rechtfertigen, desto seltener werden Divergenz in der Bevölkerung anzutreffen sein, was eine fundamentale Bedrohung für Neurodiversität in unserer Gesellschaft darstellt.

Aus dieser Betrachtung ergeben sich die folgenden Chancen: Durch eine offenere Haltung zu Neurodiversität könnte man ein vollständigeres Verständnis der möglichen menschlichen Seinszustände und in diesem Fall insbesondere des Spektrums menschlicher Sexualitäten ermöglichen, indem ausschweifende Sexualität auch als ein verdrängter Teil der Gesamtheit möglicher Existenzformen anerkannt wird. So können als Krankheit abgespaltene Anteile des Selbstkonzeptes wieder integriert werden und ein wertschätzender, ressourcenorientierter Umgang mit der eigenen neurodivergenten Identität entstehen. Analog hierzu können durch die Reflektion des normativen Hintergrundes Einblicke in die Interdependenz mit dem sozialen Umfeld (angelehnt an Villa 2012) gefördert werden.

1.9 Zusammenfassung der Diskursanalyse

Der gemeinsame Einfluss dieser diskursiven Strategien bekräftigt die Etablierung von ZSVS als Gegenstand wissenschaftlicher Auseinandersetzung und flechtet direkt oder indirekt moralische Werte bezüglich sexueller Verhaltensweisen in das Konzept ein. Dies bringt allerdings die Gefahr mit sich, dass das Vertrauen der Gesellschaft in medizinisches Wissen dazu instrumentalisiert wird, Partialinteressen Vorschub zu leisten. So versuchen z. B. die in Abschnitt 1.4.2 besprochenen Akteur*innen ihren Aussagen mehr Einfluss zu verleihen, indem sie Anleihen an die Autorität der Wissenschaft machen, die in der heutigen Zeit eine äußerst privilegierte Rolle bei der Konstruktion von Wissen einnimmt. Insbesondere ist eine solche Entwicklung wahrscheinlich, wenn Wissenschaftler*innen den normativen Kontext ihrer Arbeit nicht reflektieren zugunsten eines oberflächlichen Anscheins von Objektivität und universeller Anwendbarkeit. Die restriktiven normativen Tendenzen in diesem Diskursstrang sind verantwortlich für viele der konzeptuellen Mängel. Dies ist durch die Diskursanalyse gezeigt worden und es ist deutlich geworden, dass die Strategien systematisch in verschiedenen Regionen, Dekaden und bei verschiedenen Autor*innen anzutreffen sind. Im nächsten Teil der Arbeit, werden die theoretischen Konzepte so überarbeitet, dass sie in einer großen Vielfalt normativer Kontexte anwendbar sind.

2 Teil 2 – Das integrative Modell der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung

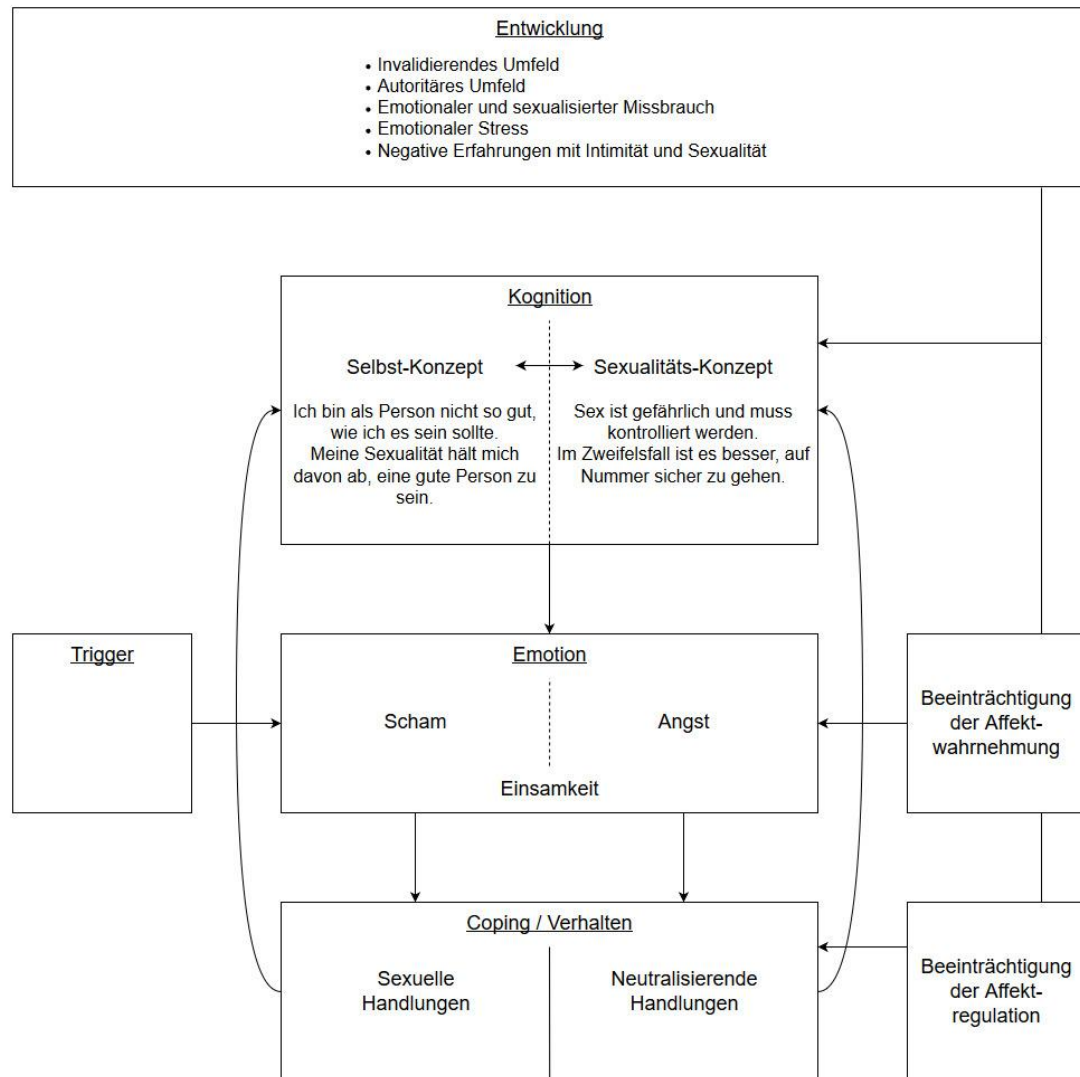


Abbildung 1: Schematische Darstellung des integrativen Modells zwanghafter sexueller Verhaltensstörung

Eine schematische Übersicht des Modells, das in diesem Teil der Arbeit vorgestellt werden soll, ist in Abbildung 1 dargestellt.

In Anbetracht der in Teil 1 herausgearbeiteten Abhängigkeit des Konzeptes ZSVS von dem angewandten normativen Hintergrund erscheint es wahrscheinlich, dass das Konzept mit einer Unschärfe behaftet ist. Hierin könnte einer der Gründe dafür bestehen, dass es bisher große Schwierigkeiten gegeben hat, das Konzept nosologisch zu verorten und sich auf Diagnosekriterien zu einigen. Ein integratives Modell, das die Erkenntnisse aus Teil 1 aufgreift, könnte zu einer Lösung dieses Problems beitragen, indem es einen offenen, aktiven und reflektierten Umgang mit der Verschränkung zwischen der Diagnose und dem normativen Hintergrund wählt. So könnte das Konzept auf ein breites Spektrum normativer Bezüge anwendbar sein.

2.1 Grundannahme: impulsives sexuelles Verhalten vs. zwanghafte sexuelle Gedanken

Die Entwicklung des Modells geht von der Annahme aus, dass das entscheidende Moment der Überzeugung, von ZSVS betroffen zu sein, in einer empfundenen Diskrepanz zwischen sozialer Norm und sexuellem Verhalten besteht. Egal ob eine Person, die sich als von ZSVS betroffen sieht, nur gelegentlich masturbiert oder in sexuellen Handlungen mit wechselnden Partner*innen schwere Konsequenzen für ihre Gesundheit riskiert, der Überzeugung, an der Störung zu leiden, liegt eine fehlende Kongruenz der eigenen Vorstellungen von Normalität bzw. Moral und dem eigenen Verhalten zugrunde. Die Betroffenen verhalten sich nicht so, wie sie es für richtig halten. Grundsätzlich gibt es also zwei verschiedene Pfade um zu dieser Überzeugung zu gelangen: Im Fall von Pfad eins ist das Verhalten tatsächlich zu ausschweifend, wie zum Beispiel bei einer Person, die bei sexuellen Handlungen mit häufig wechselnden Partner*innen sich und andere erheblichen gesundheitlichen Risiken aussetzt. Pfad zwei beschreibt hingegen den Fall, dass die soziale Norm bei einem eigentlich unbedenklichen Sexualverhalten entweder aufgrund eines externen Einflusses oder einer internalisierten Einstellung zu restriktiv ist. Dies könnte beispielsweise bei einer Person der Fall sein, die gelegentlich entgegen ihrer eigenen Normvorstellung masturbiert und dabei das Gefühl hat, ihre Sexualität sei außer Kontrolle geraten. Ein ähnliches Modell ist von Grubbs et al. (2019) für Personen mit Problemen mit Pornographie, vorgeschlagen worden. Probleme mit Pornographie werden als eine der häufigsten Formen von ZSVS diskutiert (Kraus et al. 2018; Grubbs et al. 2019). Grubbs et al. (2019) sehen moralische Inkongruenz als Kern des Problems.

Der erste Pfad wird im integrativen Modell als Impulskontrollstörung verstanden, wie sie für das ICD-11 vorgeschlagen (Kraus et al. 2018) und im obenstehend analysierten Diskursstrang diskutiert wurde. Diese Variante kann deshalb als Störung der Impulskontrolle verstanden werden, weil der Kern der Symptomatik darin besteht, dass Impulse entsprechend der eigenen (sexuellen) Bedürfnisse zu handeln, nicht unterdrückt werden

können. Diese Möglichkeit wird im weiteren Verlauf der Arbeit als „impulsives sexuelles Verhalten“ bezeichnet werden. Während andere Personen mit Impulskontrollstörungen in Momenten emotionaler Belastung vielleicht exzessiv essen oder Computerspiele spielen, wird im Falle von Pfad eins zu exzessiven sexuellen Handlungen tendiert. Es ist allerdings zu bedenken, dass auch bei dieser impulsiven Variante das Sexualverhalten als ausschweifend im Hinblick auf eine gegebene Norm gesehen wird (Levine und Troiden 1988). Solche normativen Bezüge sind in zeitgenössischen Gesellschaften ausgesprochen heterogen. Abgesehen von offensichtlichen Differenzen zwischen verschiedenen Kulturen im Sinne von Regionen gibt es Variationen zwischen religiösen Gruppen, verschiedenen Generationen und Geschlechtern (Davidson et al. 2019, Techasrivichien et al. 2016). Weitere naheliegende Einflussgrößen wären u. a. Beziehungsstatus, sexuelle Orientierung und politische Überzeugung. In welchem Maße die persönliche Einstellung als unabhängiger Faktor gesehen werden kann oder vielmehr als internalisierte aber eigentlich äußere Größe gesehen werden muss, kann diskutiert werden.

Der zweite Pfad auf dem Menschen zu der Überzeugung gelangen, an ZSVS zu leiden, betrachtet Menschen, die Besorgnis über ihr sexuelles Verhalten entwickeln, obwohl es sich im Allgemeinen im Rahmen der gegebenen sexuellen Normen bewegt. Ein Teenager, der einmal wöchentlich masturbiert, aber glaubt, sich dadurch zu versündigen, oder ein verheirateter Mann, der gelegentlich in Versuchung gerät, Pornografie zu konsumieren, und der Ansicht ist, dadurch seine Frau zu betrügen, würden gegebenenfalls in diese Kategorie fallen. In beiden Fällen würden die meisten Menschen in vergleichbaren Situationen ihr Verhalten wahrscheinlich nicht als abnormal beschreiben. Der zweite Pfad könnte weiter verbreitet sein als generell angenommen. Das Problem ist seit den Anfängen des akademischen Diskurses bekannt und wird bis in die Gegenwart hinein adressiert (Coleman 1986; Kraus et al. 2018). Grubbs et al. (2019) konzipieren es als Probleme mit Pornographie wegen moralischer Inkongruenz. Diese Problematik weist bestimmte Ähnlichkeiten mit Zwangsgedanken sexuellen Inhaltes bei Menschen mit Zwangsstörungen (Bancroft und Vucadinovic 2004; Salkovskis 2007; Walton et al. 2017) auf. Während sich eine Person mit Zwangsstörung eventuell exzessiv mit dem Gedanken beschäftigt, sie könne mit ihren Händen Keime auf andere Menschen übertragen und diesen dadurch schaden, würde im Falle von Pfad zwei die betreffende Person unter der Sorge leiden, sich und andere durch sexuelle Handlungen in Gefahr zu bringen. In beiden Fällen würden die meisten Menschen diese Bedenken nicht in diesem Maße für angemessen halten. Deshalb wird der zweite Pfad im weiteren Verlauf der Arbeit als „zwanghafte sexuelle Gedanken“ bezeichnet. Diese Variante ist insofern zwanghaft, als dass der Kern der Symptomatik hier in einem ausgeprägten Bedürfnis nach Kontrolle und einer ängstlichen Haltung besteht, das Verhalten ist eher übersteuert.

Die beiden Pfade auseinanderzuhalten ist allerdings problematisch, da dies die Frage aufwirft, was normal ist und welche sexuellen Normen angewandt werden sollten. Je nach angewandter Norm könnte dieselbe Person an unterschiedlichen Punkten des impulsiv-

zwanghaften Spektrums verortet werden. Beispielsweise würde die Sexualität einer jungen Frau, die an ein bis zwei Wochenenden im Monat sexuelle Kontakte mit Personen hat, die sie in Diskotheken kennen lernt, von Menschen mit wertkonservativen Normvorstellungen als exzessiv eingeschätzt werden, von Menschen mit einer liberaleren Einstellung allerdings als gänzlich unbedenklich. Grubbs et al. (2019) gehen davon aus, dass in einigen Fällen objektive Dysregulation vorliegt. An dieser Stelle wird von einer solchen Annahme abgesehen und auf die Reflektion im individuellen Fall unter Einbeziehung der oder des Betroffenen verwiesen, wie untenstehend genauer erläutert wird.

Der Gedanke, verschiedene Störungen mit volitionaler Beeinträchtigung als Teil eines Spektrums zu konzeptualisieren, findet sich unter anderem bei Hollander und Rosen (2003) in Verbindung mit dem Begriff der Obsessive-Compulsive Spectrum Disorder (OCS). Das Konzept geht davon aus, dass die Verhaltensweisen zum impulsiven Pol des Spektrums hin von einer hohen Risikobereitschaft geprägt sind, wohingegen zum zwanghaften Pol hin Risikovermeidung maßgeblich ist (Allen et al. 2003). Im Diskurs um ZSVS wird allerdings teilweise unpräziser Weise der Begriff Zwanghaftigkeit als Synonym für Impulsivität verwendet (z. B. Kafka 2010, S. 384). Es lassen sich sowohl für Impulsivität als auch für Zwanghaftigkeit Zusammenhänge mit Hypersexualität nachweisen (Bóthe et al. 2019), wobei letzteres eher auf eine Minderheit der Betroffenen zurückzuführen zu sein scheint (Bancroft und Vucadinovic 2004; Giugliano 2008; Reid et al. 2015; Walton et al. 2017). Die Zusammenhänge mit Impulsivität lassen sich in einigen Studien deutlich messen (Miner et al. 2009; Reid et al. 2011; Reid et al. 2015; Bóthe et al. 2019), in anderen hingegen stellen sie sich als nicht signifikant dar (Gola und Potenza 2018).

Obwohl ZSVS häufiger im Zusammenhang mit OCS genannt (Allen et al. 2003; Raymond et al. 2003; Mick und Hollander 2006) und an anderer Stelle unter dem Aspekt der Zwanghaftigkeit diskutiert wird (Quadland 1985), wird in der Regel davon ausgegangen, dass die Störung eher im impulsiven Teil des Spektrums zu verorten ist (Hollander und Rosen 2003), und dass bei zwanghaften Spielarten sexuelle Aktivitäten als Zwangshandlungen praktiziert werden, was allerdings überwiegend kritisch gesehen wird, da es sich hierbei nicht um risikovermeidendes Verhalten handelt (Bancroft und Vucadinovic 2004). Zwangsgedanken mit sexuellen Inhalten werden im Allgemeinen von ZSVS unterschieden, da sie nicht mit tatsächlichem sexuellen Verhalten in Zusammenhang stehen (Kobs et al. 2011), obwohl Reid et al. (2009) im Kontext von ZSVS auch intrusive Gedanken beschreiben. Zudem sind Personen, die sich als ZSVS-Betroffene identifizieren, ohne Verhaltensweisen aufzuweisen, die im Allgemeinen als ausschweifend beschrieben werden würden, bisher nicht als zwanghaft aufgefasst worden, sondern schlicht als Problem bei der Diagnostik der eigentlichen (impulsiven) Störung (Kraus et al. 2018).

Im Gegensatz dazu begreift das integrative Modell die Überzeugung, von ZSVS betroffen zu sein, ohne ein ausschweifendes Sexualverhalten zu praktizieren, als zwanghaftes Symptom und bezieht im individuellen Fall den normativen Hintergrund aktiv in die Verortung der

Störung auf dem impulsiv-zwanghaften Spektrum ein. Ob ein Verhalten aber als ausschweifend gelten sollte und so eine impulsive Spielart vorliegt, oder ob das Verhalten eigentlich unbedenklich ist und die Bedenken eher zwanghaften Charakter besitzen, muss im individuellen Fall reflektiert werden. Das Modell versucht dadurch die Entscheidung der Verortung zwischen den Polen „impulsives sexuelles Verhalten“ und „zwanghafte sexuelle Gedanken“ wieder zurück in die Hände der Patient*innen zu geben, indem ihnen Unterstützung darin angeboten wird, den normativen Hintergrund ihres Empfindens zu reflektieren. Dies ist ein wichtiger Schritt, um eine informierte Entscheidung bezüglich ihrer Vorstellungen von Zukunft, Entwicklung und Heilung zu ermöglichen und sie die Ziele ihrer Behandlung aktiv gestalten zu lassen.

2.2 Ebenen des Modells: Entwicklung, Kognition, Emotion und Verhalten

Das integrative Modell erklärt die Entwicklung und Funktionsweise von ZSVS auf den Ebenen Entwicklung, Kognition, Emotion und Coping / Verhalten, welche sowohl die Verknüpfung als auch die Verschiedenheit von impulsivem sexuellen Verhalten und zwanghaften sexuellen Gedanken begründen.

Entwicklung: Als mögliche biographische Faktoren der Kindheit nennen Adams und Robinson (2001) ein invalidierendes Umfeld wie von Marsha Linehan (2006) beschrieben, emotionale Belastungen sowie negative Erfahrungen mit Intimität allgemein, was insbesondere emotionalen und sexualisierten Missbrauch einschließt. Letzterer findet auch in zahlreichen anderen Veröffentlichungen zu ZSVS Erwähnung (Carnes 2001; Kuzma und Black 2008; Niño De Guzman et al. 2016). Eine weitere Einflussgröße, die es zu beachten gilt ist ein autoritäres Umfeld, wie untenstehend genauer begründet wird.

Ein invalidierendes Umfeld führt zu einer Prädisposition für Störungen der Affektregulation (Linehan 2006). Adams und Robinson (2001) beschreiben zudem Probleme der Affektdifferenzierung, einem Konzept mit starker Ähnlichkeit zur Alexithymie, die von Reid (2008) mit zwanghafter sexueller Verhaltensstörung in Verbindung gebracht wurde und ebenso wie Affektregulation mit der von Linhan beforschten emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ assoziiert ist (New et al. 2012). Auch Störungen der Affektregulation finden in diversen Quellen Erwähnung (Reid et al. 2008; Briken und Basdekis-Jozsa 2010). Dysfunktionale Intimität und sexualisierte Gewalt verhindern die Entwicklung von selbstbestimmten sexuellen Grenzen (Vaillancourt-Morel et al. 2019, Adams und Robinson 2001). Außerdem beeinflussen sie die individuelle Entwicklung auf kognitiver Ebene insbesondere im Hinblick auf die eigene Person (Keshet und Gilboa-Schechtman, 2017) und eigene Einstellungen zu Sexualität (Vaillancourt-Morel et al. 2019). Solche Kognitionen sind essenziell für die Entwicklung sexueller Normvorstellungen. Adorno (1976) hat in seinen Studien zum autoritären Charakter ein umfassendes Konzept zu Sexualität und Persönlichkeitsentwicklung vorgelegt und darin den Zusammenhang

zwischen der restriktiven Erziehung eines autoritären Umfeldes, Selbstkonzept und Einstellungen zu Sexualität begründet. So beschreibt er, dass durch eine autoritäre Erziehung eine rigide Über-Ich-Struktur in das Individuum vermittelt wird, das eigene triebhafte Bedürfnisse dann aus der Angst vor Bestrafung durch die Autorität heraus als bedrohlich wahrnimmt.

Kognitionen: Die Kindheit spielt also eine wichtige Rolle bei der Entwicklung der Kognitionen, die sich auf das Selbst und die Sexualität beziehen. Menschen, die sich von zwanghafter sexueller Verhaltensstörung betroffen fühlen, weisen typischerweise restriktive sexuelle und moralische Einstellungen auf (Coleman 1986; Carnes 2001) bzw. die moralische Einstellung zu Sexualität beeinflusst die Wahrscheinlichkeit, sich von der Störung betroffen zu fühlen (Grubbs et al. 2015). Die Überzeugung, dass Sex gefährlich, unmoralisch, sündhaft oder bedrohlich ist (Walton et al. 2017), kann im Sinne der von Salkovskis (2007) beschriebenen kognitiven Verzerrungen bei Zwangsstörungen mit der Überzeugung einhergehen, dass es wichtig ist, Sexualität zu kontrollieren um verheerende Konsequenzen zu vermeiden. Diese Konstellation kann darüber hinaus einen kognitiven Bias entstehen lassen, der sowohl negative Effekte des eigenen Verhaltens als auch die eigene Verantwortung diese zu verhindern übersteigert erscheinen lässt (angelehnt an Salkovskis 2007). Laut dem integrativen Modell ist das Selbstkonzept, das sich unter den obenstehend beschriebenen Umständen entwickelt, tendenziell ein negatives, das mit Problemen der narzisstischen Homöostase und des Selbstbewusstseins (Walton et al. 2017) ebenso wie mit der Überzeugung, dass die eigene Sexualität etwas Schamvolles, Unmoralisches sei, einher geht (angelehnt an Adams und Robinson 2001). Die Überzeugungen, die das Selbst und die Sexualität betreffen, verstärken sich wechselseitig. Das integrative Modell geht davon aus, dass jedes Mal, wenn eine Person daran scheitert, ihren moralischen Überzeugungen gerecht zu werden, ihr Selbstbewusstsein darunter leidet und ihr Bedürfnis sich selbst und andere vor ihrer Sexualität zu schützen steigt (Adams und Robinson 2001; Walton et al. 2017). Der Zusammenhang zwischen den Einstellungen zu Sexualität und der Überzeugung, an ZSVS zu leiden, ist in den letzten Jahren Gegenstand ausführlicher Forschung gewesen, wobei wiederholt bestätigt worden ist, dass bestimmte normative Hintergründe (insbesondere Religiosität) und die Ablehnung bestimmter sexueller Praktiken mit der Überzeugung von ZSVS betroffen zu sein und dem damit verbundenen Leidensdruck korrelieren (Grubbs et al. 2015; Bradley et al. 2016; Griffin et al. 2016; Kargara et al. 2016).

Emotionen: Das integrative Modell fasst die zuvor erwähnten Kognitionen als wichtige Faktoren in der Entwicklung negativer Emotionen auf. Sex-negative Überzeugungen und ein übersteigertes Gefühl von Bedrohung und Verantwortung führen zu Ängsten (angelehnt an Salkovskis 2007) und das problematische Selbstkonzept verursacht Scham (Adams und Robinson 2001; Kraus et al. 2016). Die Wechselwirkungen zwischen der wahrgenommenen Bedrohung, Verantwortung und Angst ist von Salkovskis (2007) im Zusammenhang mit Zwangsstörungen beschrieben worden. Die Verstärkung von Schamgefühlen durch fehlende Kongruenz zwischen eigenem Verhalten und moralischen Ansprüchen ist im

Zusammenhang mit Religiosität von Reid et al. (Reid et al. 2016, S. 298) untersucht worden. Die oben beschriebenen Kognitionen werden im Rahmen des integrativen Modells als Teil eines systematischen Schemas verstanden, sodass davon ausgegangen wird, dass Scham und Angst oft Hand in Hand miteinander gehen. Einsamkeit ist eine weitere Emotion, die im Zusammenhang mit ZSVS vielseitig Erwähnung findet, wobei sie je nach Quelle sowohl als Trigger als auch als das Resultat problematischer Verhaltensweisen auftritt (Adams und Robinson 2001, Giugliano 2008, Mick und Hollander 2006). Ein Persönlichkeitsmerkmal, das aus den zuvor beschriebenen Kindheitserfahrungen resultieren kann, ist die mangelhafte Affektdifferenzierung (bzw. Alexithymie vgl. Hund und Espelage 2005), was es den Betroffenen schwer macht, ihre Gefühle zu verstehen und einen Umgang mit ihnen zu finden (Adams und Robinson 2001). In einigen Fällen könnte dies zu einer Fehlinterpretation emotionaler Anspannung als sexuelle Erregung führen, was es wahrscheinlicher machen würde, dass die Person Sex nutzt, um ihre Affekte zu regulieren (ebd.).

Coping / Verhalten: Die beiden obenstehend beschriebenen Pfade entsprechen zwei Strategien, um mit diesen negativen Gefühlen umzugehen. Die erste besteht im Coping durch tatsächliche sexuelle Handlungen. In diesem Fall ist Scham die dominierende negative Emotion. Während das sexuelle Verhalten eine kurzfristige und unmittelbare Erleichterung ermöglicht, verstärkt das Verhalten auf lange Sicht das negative Selbstkonzept (Adams und Robinson 2001; Carnes 2001; Walton et al. 2017). Diese Form von Coping ist pathognomisch für Impulskontrollstörungen und stimmt mit der vorgeschlagenen Diagnose für das ICD-11 (Kraus et al. 2018) und den Entwürfen des obenstehend analysierten Diskursstranges überein.

Die andere Strategie ist das Coping durch neutralisierende Handlungen, wie wir es bei Patient*innen mit Zwangsstörung sehen (Salkovskis et al. 1997). Die Überzeugung in konstanter Bedrohung und unter einer erdrückenden Verantwortung zu leben (Zwangsgedanken) verursacht Ängste, welche die Person dann durch das Ausführen bestimmter Handlungen mit praktischer oder symbolischer Bedeutung zu reduzieren versucht (Zwangshandlungen) (angelehnt an Salkovskis 2007; Walton et al. 2017). Diese Handlungen sind dysfunktional in dem Sinne, dass sie die ständige Auseinandersetzung mit den Zwangsgedanken verstärken und so einen Teufelskreis initiieren (angelehnt an Salkovskis 2007). Zwangsgedanken bei ZSVS im Sinne von „zwanghaften sexuellen Gedanken“ befassen sich mit vermeintlich inakzeptablen sexuellen Fantasien. Während bei herkömmlichen Zwangsstörungen z. B. der Gedanke, die Wohnung könnte durch eine angelassene Herdplatte in Brand geraten, allgegenwärtig ist, wäre es in diesem Falle beispielsweise, man könnte wegen der Fantasie, jemanden sexuell zu dominieren, zum Vergewaltiger werden. Es wird im Rahmen des integrativen Modells davon ausgegangen, dass neutralisierende Handlungen verborgen bleiben oder ganz fehlen können. Grundsätzlich wären unter anderem viele der Aktivitäten, die in den Selbsthilfegruppen nahegelegt werden um Rückfälle zu verhindern, denkbar. Beispiele beinhalten sich an andere Mitglieder zu

wenden, Literatur über ZSVS zu lesen, sich die eigenen (Heilungs-)Ziele zu vergegenwärtigen und so weiter.

Beide Copingstrategien werden mit höherer Wahrscheinlichkeit rigide eingesetzt, wenn unvorteilhafte Umstände in der Kindheit vorliegen, die die Entwicklung eines reichen Repertoires an Affektregulationsstrategien verhindert haben, was eine flexible und adaptive Regulation der Affekte erschwert (Eberle 2009, Kever et al. 2015). Laut Eberle ist eine funktionale Regulation negativer Affekte grundsätzlich durch die Anwendung vielfältiger Strategien gekennzeichnet, die sie in die Kategorien kognitiv, beruhigen/ablenkend, externalisierend und sozial einteilt (Eberle, 2009). Die Kategorie externalisierend beinhaltet dabei eine Reihe von Strategien, die häufig im Zusammenhang mit Impulskontrollstörungen genannt werden (z. B. Selbstverletzung und Substanzabusus) (Tragesser et al. 2010). Externalisierende Strategien als Teil einer funktionalen Affektregulation zu verstehen mag kontraintuitiv erscheinen und sicherlich haben externalisierende Verhaltensweisen eine hohe Tendenz in dysfunktionaler Weise eingesetzt zu werden.

Trigger: In zahlreichen Fallbeispielen finden sich negative Live-Events zu Beginn des problematischen Verhaltens (z. B. Levine 2010) aber auch stressreiche Situationen im alltäglichen Leben können negative Emotionen und damit das problematische Verhalten auslösen (Roth 2007).

2.3 Der impulsive und der zwanghafte Kreislauf zwanghaften sexuellen Verhaltens

Die beiden obenstehend beschriebenen Pfade entsprechen dem impulsiven Zyklus „impulsiven sexuellen Verhaltens“ und dem zwanghaften Zyklus „zwanghafter sexueller Gedanken“. Sie werden im integrativen Modell nicht als zwei grundsätzlich voneinander verschiedene Systeme aufgefasst. Vielmehr sind sie durch die gemeinsamen kognitiven Schemata und eine große Häufigkeit negativer Emotionen ebenso wie biografische und psychologische Veranlagungen verschränkt. Neuere Konzepte zur Beziehung zwischen Impulsivität und Zwanghaftigkeit betrachten die beiden Eigenschaften nicht als unvereinbar, sondern als orthogonale Faktoren (Reid et al. 2015; Walton et al. 2017), die in OCSD in unterschiedlicher Intensität zusammenwirken. Wie Patient*innen mit negativen Emotionen umgehen, ist im integrativen Modell entscheidend im Hinblick darauf, wo sie auf dem impulsiv-zwanghaften Spektrum zu verorten sind. Nichtsdestotrotz bedeutet eine Interpretation der Position auf diesem Spektrum immer unvermeidlich den Bezug auf implizite sexuelle Normen. Die in den vorausgegangenen Abschnitten dargelegten Komponenten des Modells lassen sich wie folgt zu den beiden Kreisläufen zusammenfassen:

Am impulsiven Pol steht ein sexuelles Verhalten, das als unkontrollierbar erlebt wird. Dieses Verhalten fungiert als ein Umgang mit negativen Emotionen. Hierbei ergibt sich folgender impulsiver Kreislauf über die Ebenen des Modells hinweg: Die obenstehend beschriebenen

Kognitionen, insbesondere das Selbstkonzept mit seinem fragilen Selbstwertgefühl, führen zu negativen Emotionen wie Scham und Einsamkeit, die gegebenenfalls durch externe Einflüsse zusätzlich getriggert werden. Als Versuch der Bewältigung dieser Emotionen (Coping) werden sexuelle Handlungen ausgeführt, die allerdings das negative Selbstkonzept verstärken. Somit schließt sich der Kreislauf. Es ist sinnvoll zusätzlich zu diesen unidirektionalen Effekten auch wechselseitige Beziehungen zwischen den Ebenen anzunehmen. So löst nicht nur Scham die sexuelle Handlung aus sondern auch die Handlung das Schamgefühl und auch das Selbst-Konzept wird durch die Scham verstärkt.

Zum zwanghaften Pol des Spektrums hin tritt das eigentliche Verhalten in den Hintergrund. Die dominierenden Symptome sind die vermeintlich inakzeptablen sexuellen Gedanken, welche die Überzeugung mit sich bringen, sündhaft, schmutzig, pervertiert und so weiter zu sein. Obwohl sie am zwanghaften Ende des Spektrums zu verorten wäre, wird die eigene Sexualität als etwas Abnormales und Ausschweifendes wahrgenommen. Der zwanghafte Kreislauf basiert auf denselben Kognitionen, wobei hier das Sexualitäts-Konzept im Vordergrund steht, das sexuelle Handlungen als bedrohlich erscheinen lässt. Die daraus resultierende Emotion ist Angst, die wiederum extern getriggert werden und zu neutralisierenden Handlungen führen kann. Diese neutralisierenden Handlungen verstärken die Überzeugung, dass Sexualität an sich etwas Bedrohliches ist und das es wichtig ist, sie zu kontrollieren (angelehnt an Salkovskis 2007). Auch hier können wechselseitige Beziehungen angenommen werden.

Die Linie zwischen impulsivem und zwanghaftem Zyklus ist eine verschwommene. Zum einen, weil die beiden Muster koexistieren können und zum anderen, weil dieselben Verhaltensweisen sowohl als impulsiv als auch als zwanghaft interpretiert werden können, je nachdem, welcher moralische Code zugrunde gelegt wird.

In Abbildung 2 wurde die schematische Darstellung aus Abbildung 1 um Markierungen der für die beiden Kreisläufe wichtigen Komponenten ergänzt.

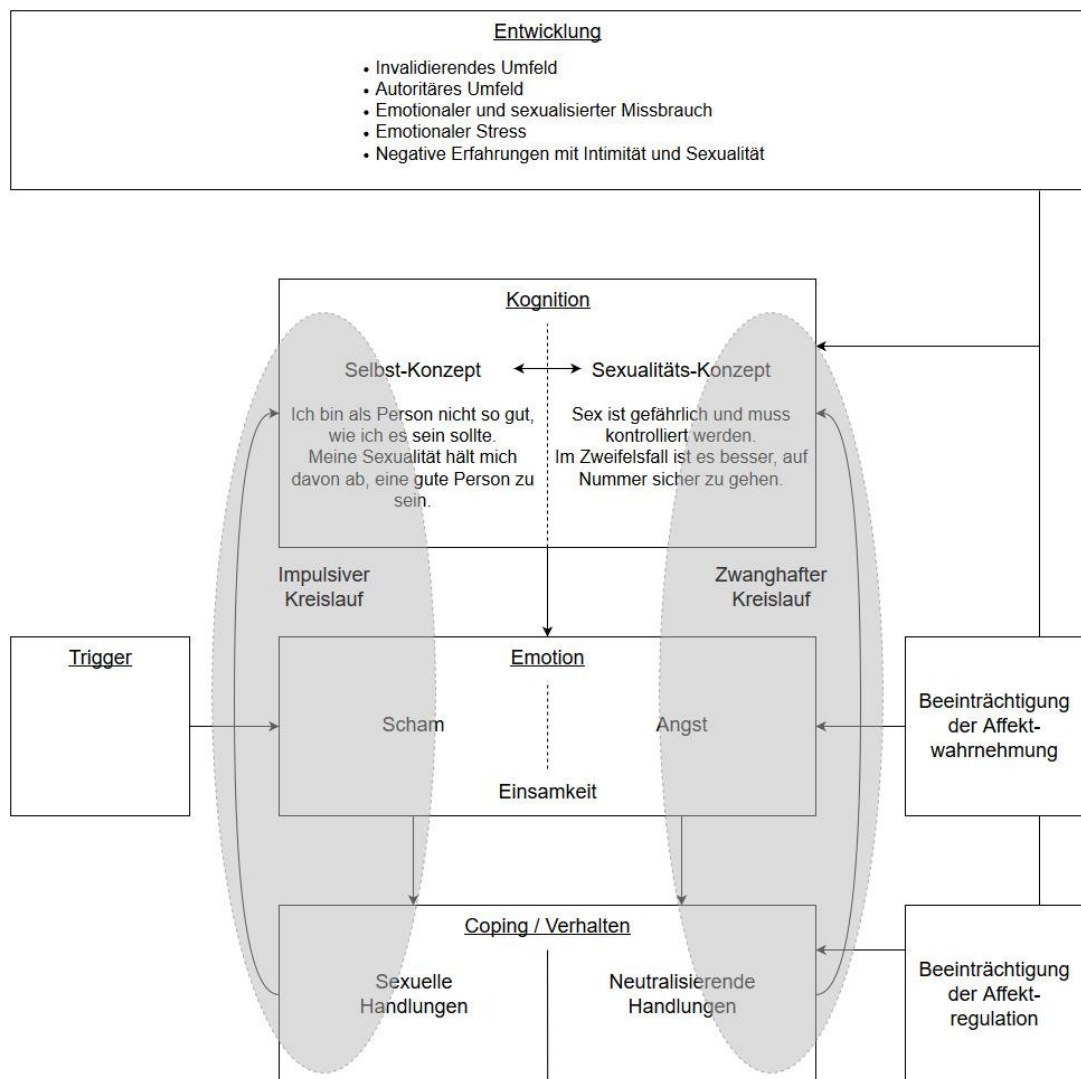


Abbildung 2: Der impulsive und der zwanghafte Kreislauf im integrativen Modell zwingenden sexuellen Verhaltens

2.4 Implikationen und Zusammenfassung für das integrative Modell

Im ICD-11 wird voraussichtlich nahegelegt werden, dass impulsives sexuelles Verhalten und zwanghafte sexuelle Gedanken objektiv verschieden sind und dass letztere kategorisch aus der Diagnose ZSVS ausgeschlossen werden sollten (Kraus et al. 2018). Es kann jedoch argumentiert werden, dass die beiden tatsächlich nicht voneinander zu unterscheiden sind, ohne einen definitiven moralischen Standpunkt einzunehmen, was aus ethischen Gründen den Patient*innen überlassen werden sollte. Hierin besteht eine Ungenauigkeit, die Psychiatrie und klinische Psychologie als intellektuelles Unterfangen in der Grauzone zwischen Naturwissenschaft und Geisteswissenschaft anerkennen müssen. Eine solche Ungenauigkeit unter den Tisch fallen zu lassen, wird dem Anspruch wissenschaftlicher Arbeit auf universelle Anwendbarkeit und Objektivität nicht gerecht, was harsche Konsequenzen für unsere Freiheit mit sich bringen kann. Das Versagen, einem übermäßig restriktiven sexuellen Normensystem gerecht zu werden, zu einem medizinischen Problem zu machen, bedeutet unweigerlich eine Verengung des Spektrums akzeptabler Verhaltensweisen und vermindert so die sexuelle Freiheit in einer gegebenen Gesellschaft.

In Teil 1 der Arbeit wurde gezeigt, dass das Konzept von ZSVS von moralischen und normativen Positionen geprägt ist. In Teil 2 ist ein integratives Modell vorgestellt worden, welches der Relevanz dieser Position gerecht wird, indem es das Konzept nicht als unabhängig von der angewandten moralischen Position versteht, sondern sie bewusst adressiert und so Kompatibilität mit einem großen Spektrum moralischer Positionen erreicht. Dies gelingt durch die Unterscheidung zweier verschiedener Formen von ZSVS - impulsives sexuelles Verhalten und zwanghafte sexuelle Gedanken - die auf einem Kontinuum existieren. Hierin besteht das komplexe Verhältnis des Konzeptes zu den herkömmlichen nosologischen Kategorien der Impulskontroll- bzw. Zwangsstörungen. Teil 3 stellt eine Studie vor, die an Mitgliedern deutschsprachiger Selbsthilfegruppen zu ZSVS erhoben wurde. Anhand der Ergebnisse wird die Klientel deutschsprachiger Selbsthilfegruppen beschrieben und untersucht, ob das integrative Modell Vorteile gegenüber dem herkömmlichen Ansatz aus Teil 1 bzw. dem ICD-11 bietet, wenn es darum geht, zu verstehen, warum Personen sich mit zwanghafter sexueller Verhaltensstörung identifizieren.

3 Teil 3 – Die Göttinger Studie zu Sexualität und Sucht

3.1 Einleitung

Dieser Teil der Arbeit stellt die Göttinger Studie zu Sexualität und Sucht vor. Hierbei handelt es sich um eine Studie über die Patient*innenklientel deutschsprachiger Selbsthilfegruppen für ZSVS, die sowohl explorative als auch hypothesentestende Anteile umfasst.

Im Rahmen der Göttinger Studie zu Sexualität und Sucht werden gesicherte aktuelle Erkenntnisse über die Patient*innenklientel deutschsprachiger Selbsthilfegruppen zu ZSVS und ihre Beschwerden gewonnen. Dies soll dabei helfen, eine bessere Basis zur therapeutischen Entscheidungsfindung im Umgang mit Patient*innen, die sich von ZSVS betroffen fühlen, zu schaffen.

Hierzu wurden 67 Teilnehmende deutschsprachiger Selbsthilfegruppen befragt und so Informationen über die soziodemographischen Merkmale der Patient*innenklientel, die Bewertung der bisherigen Versorgungssituation durch die Hilfesuchenden, den Leidensdruck sowie die Sexualanamnese erhoben (explorativer Teil). Zudem wird eine Reihe von Konstrukten aus dem integrativen Modell aus Teil 2 dieser Arbeit gemessen, um zu überprüfen, ob sich das Modell im Hinblick auf die Ergebnisse der Studie bewährt (hypothesentestender Teil).

3.2 Hintergrund

Das Phänomen ZSVS bietet seit Jahren Anlass für Kontroverse in der Fachwelt der Sexualforschung. Trotz aller Streitpunkte hat sich jedoch das Deutungsmuster ZSVS sowohl im fachlichen Diskurs als auch in der breiten Öffentlichkeit längst etabliert (Reay et al. 2015) und es haben sich in diversen Ländern Selbsthilfegruppen für Betroffene gebildet (Carnes 2001; Roth 2007; Efrati und Gola 2018). In Deutschland werden viele dieser Gruppen durch die beiden Verbände Deutschsprachige S.L.A.A e.V. (Sex And Love Addicts Anonymous) und Anonyme Sexaholiker Deutschland organisiert, wobei letztere u. a. auch in Österreich vertreten sind. Die Selbsthilfegruppen stehen in der Tradition der Anonymen Alkoholiker und verwenden in angepasster Form dasselbe Zwölf-Schritte-Programm. Wissenschaftliche Untersuchungen an den Personen, die an Selbsthilfegruppen zu ZSVS teilnehmen, gibt es bisher nur wenige (z. B. Efrati und Gola 2018).

In den zahlreichen Veröffentlichungen der letzten Jahre hat sich ein relativ detailliertes Bild von den Betroffenen herauskristallisiert, das an dieser Stelle genauer erörtert werden soll, da die Charakteristika dieser Darstellung eine Orientierung für den explorativen Teil der Studie bieten:

Sexuelle Identität und Orientierung: Der am häufigsten erwähnte Umstand ist, dass die Menschen, die an ZSVS leiden, überwiegend männlich seien (Briken und Basdekis-Jozsa 2010; Efrati und Gola 2018; Kraus et al. 2018; Chumakov et al. 2019).

Höchster Ausbildungsabschluss, Religion und Beziehungsstatus: Zudem besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass die Betroffenen überdurchschnittlich gebildet seien (Reid et al. 2016, Chumakov et al. 2019). Besonders in den letzten Jahren ist der religiöse Hintergrund vieler Betroffener in den Fokus der Forschung gerückt (Kargara et al. 2016; Wilt et al. 2016; Grubbs et al. 2018) und im Hinblick auf Effekte wie z. B. Selbststigmatisierung diskutiert worden (Grubbs et al. 2019). ZSVS wird häufig unter dem Aspekt der Belastung für bestehende Beziehungen diskutiert. (Walton et al. 2017; Vaillancourt-Morel und Bergeron 2019)

Zufriedenheit mit Hilfsangeboten: Bisher ist wenig darüber bekannt, wie die bestehenden Hilfsangebote von Betroffenen wahrgenommen werden.

Lebenszufriedenheit: Ein weiteres Charakteristikum der Störung ist die Unzufriedenheit mit der eigenen Sexualität und dem Leben allgemein (Walton et al. 2017).

Beginn und Häufigkeit sexueller Aktivitäten: Das Bild der Symptomatik ist geprägt von häufigen sexuellen Wünschen und Handlungen (Kafka 2010; Efrati et al. 2019). Gelegentlich wird erwähnt, dass Personen mit CSVS bereits in jungem Alter sexuelle Kontakte hätten (Långström und Hanson 2006).

Vernachlässigung anderer Lebensbereiche, Risiken, Kosten und Gesetzesverstößen im Zusammenhang mit Sexualität: Ein weiteres Charakteristikum der Symptomatik ist, dass zugunsten des Sexualverhaltens andere Lebensbereiche vernachlässigt werden (Efrati et al. 2019). Außerdem würden im Zusammenhang mit Sexualität höheren Risiken eingegangen (Walton et al. 2017). Betroffene würden mehr Zeit und Geld in ihr Sexualverhalten investieren (ebd.). Auch illegale Aktivitäten im Zusammenhang mit der Störung finden häufig Erwähnung (Walton et al. 2017; Efrati et al. 2019).

Promiskuität und Beziehungsorientierung: Häufig wird darauf verwiesen, dass die Störung die Aufrechterhaltung monogamer Beziehungen erschwere (z. B. Carnes 2001; Vaillancourt-Morel und Bergeron 2019) und dass die Betroffenen häufig unverbindliche, wenig beziehungsorientierte sexuelle Kontakte hätten (Roth 2007). Somit könnten sie nur wenig Nähe zulassen.

Leidensdruck: Ein weiterer häufig erwähnter Umstand ist die Einschränkung der Lebensqualität und der hohe Leidensdruck, der mit ZSVS einhergehe (z. B. Carnes 2001; Kraus und Sweeney 2019).

Einstellung zu Sexualität: Es wird außerdem diskutiert, ob restriktive Einstellungen zu Sexualität einen Einfluss auf die Entstehung der Symptomatik haben (Roth 2007; Reid et al. 2016; Duffy et al. 2019).

Über diese in der Fachliteratur häufig erwähnten Charakteristika hinaus, ist bereits in der Beschreibung des integrativen Modells im vorausgegangenen Teil dieser Arbeit eine ausführliche Auseinandersetzung mit der Darstellung von Betroffenen in den Fachpublikationen erfolgt. Im Zuge dessen sind Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Personen mit impulsivem sexuellem Verhalten und zwanghaften sexuellen Gedanken herausgearbeitet worden, die sich gegebenenfalls in den Ergebnissen des explorativen Teils der Studie widerspiegeln werden. So würden sich Personen mit zwanghaften sexuellen Gedanken von ZSVS-Betroffenen im klassischen Sinne dadurch unterscheiden, dass sie sexuelle Handlungen nicht außergewöhnlich häufig ausführen, nicht übermäßig oft an der Aufrechterhaltung romantischer Beziehungen scheitern, andere Lebensbereiche nicht vernachlässigen oder wegen ihrer Sexualität hohe Risiken und Kosten in Kauf nehmen oder gegen Gesetze verstoßen. Mögliche Ähnlichkeiten zwischen Personen mit zwanghaften sexuellen Gedanken und impulsivem sexuellem Verhalten wären Unzufriedenheit mit der Sexualität und dem Leben, ein damit verbundener Leidensdruck und restriktive Einstellungen zu Sexualität. Das in Teil 2 vorgestellte integrative Modell legt nahe, dass einige Personen in der Stichprobe vertreten sein könnten, die Charakteristika zwanghafter sexueller Gedanken aufweisen.

Im hypothesentestenden Teil der Studie erfolgt eine umfassende Prüfung der Annahmen des integrativen Modells. Relevant ist hier eine Reihe von Größen, die für die Entstehung und Funktionsweise von ZSVS - sowohl im Sinne impulsiven sexuellen Verhaltens als auch zwanghafter sexueller Gedanken - maßgeblich sind. Hierzu zählt neben der bereits erwähnten geringen Lebenszufriedenheit ein ZSVS-typisches Umfeld in der Kindheit, was insbesondere invalidierende, traumatisierende, sex-negative und autoritäre Umstände einschließt. Des Weiteren sind bestimmte Überzeugungen und Einstellungen relevant, vor allem restriktive Einstellungen zu Sexualität. Letztlich ist laut dem integrativen Modell sowohl bei Personen mit zwanghaften sexuellen Gedanken als auch bei impulsivem sexuellem Verhalten von einer geringen Nutzung sozialer Affektregulationsstrategien auszugehen. Die Überzeugung, von ZSVS betroffen zu sein, kann laut dem integrativen Modell sowohl Ausdruck von impulsivem sexuellem Verhalten als auch zwanghafter sexueller Gedanken sein und spiegelt sich in der Selbsteinschätzung der ZSVS-Symptomatik wieder. Die konkreten Verhaltensweisen, die mit ZSVS im klassischen Sinne assoziiert sind, finden sich aber laut integrativem Modell vor allem bei Personen mit impulsiver Sexualität. Diese sind außerdem impulsiver, weniger zwanghaft und greifen vergleichsweise häufig auf externalisierende Affektregulationsstrategien zurück

3.3 Fragestellung, Zielkriterien und Hypothesen

In der Betrachtung des Forschungsgegenstandes verbindet diese Studie zwei Vorgehensweisen miteinander, um zwei zusammenhängenden Fragestellungen nachzugehen. Einerseits soll mittels einer Querschnittstudie die Datenlage über die Patient*innenklientel, die sich in Deutschland Hilfe wegen ZSVS sucht, verbessert werden (explorativer bzw. deskriptiver Teil). Andererseits soll das zuvor beschriebene integrative Modell der Sexsucht empirisch überprüft werden (hypothesentestender Teil).

Der explorative Teil verfolgt das Ziel, die Klientel der Selbsthilfegruppen zu beschreiben, um ein greifbares und empirisch fundiertes Bild der Betroffenen zu zeichnen. Hierbei orientiert sich die Erhebung an Beschreibungen der bisherigen Fachliteratur und untersucht, inwiefern sich diese auf die Betroffenen im deutschsprachigen Raum, insbesondere die Klientel der Selbsthilfegruppen übertragen lässt. Konkret handelt es sich bei den untersuchten Aussagen der bisherigen Fachliteratur um die o. g. sexuelle Identität und Orientierung, Bildungsgrad, Religion, Beziehungsstatus, Lebenszufriedenheit, Beginn und Häufigkeit sexueller Aktivitäten, Vernachlässigung anderer Lebensbereiche, Risiken, Kosten und Gesetzesverstößen im Zusammenhang mit Sexualität, Promiskuität und Beziehungsorientierung sowie Leidensdruck und Einstellung zu Sexualität. Zudem soll untersucht werden, wie zufrieden die Betroffenen mit den bisherigen Hilfsangeboten sind. Aufgrund der prekären Datenlage bzgl. Betroffener in Deutschland allgemein und Selbsthilfegruppen im Speziellen, sowie der bevorstehenden Aufnahme des Konzeptes in die ICD-11, könnte dies einen wertvollen Beitrag zur bisherigen Literatur darstellen. Diese Beschreibung soll außerdem auf ihre Kongruenz mit dem Konzept impulsiven sexuellen Verhaltens und Anhaltspunkte auf Fälle mit zwanghaften sexuellen Gedanken hin untersucht werden, was den Übergang zum hypothesentestenden Teil der Auswertung darstellt. Personen mit zwanghaften sexuellen Gedanken würden demnach seltener sexuelle Handlungen ausführen, häufiger monogame romantische Beziehungen aufrecht erhalten und weniger Kosten, Risiken und Gesetzesverstöße sowie weniger Vernachlässigung anderer Lebensbereiche für ihre Sexualität in Kauf nehmen als Personen mit impulsivem sexuellen Verhalten. Als Hauptzielkriterien des explorativen Teils wurden bei der Planung der Studie folgende Zielkriterien definiert:

Zielkriterium 1: Befragung einer möglichst repräsentativen Stichprobe. Das Kriterium kann als erfüllt angesehen werden, wenn mindestens 50 Teilnehmer*innen aus mindestens fünf verschiedenen Städten in verschiedenen Regionen Deutschlands befragt werden konnten

Zielkriterium 2: Gewinnung von Informationen über soziodemografische Beschaffenheit der Patient*innenklientel, die Einschätzung der bisherigen Versorgungssituation durch die Hilfesuchenden und ihre Wünsche für die zukünftige Versorgung, den Leidensdruck der durch die Beschwerden empfunden wird, die sexuellen Aktivitäten der Betroffenen sowie über mögliche Tendenzen zu den in der bisherigen Literatur am häufigsten zur Erklärung des Phänomens herangezogenen Krankheitsgruppen Impulskontrollstörungen und Zwangsstörungen

Diese Zieldefinitionen sind bewusst breit angelegt, um die Patient*innenklientel, über die bisher relativ wenig bekannt ist, zu explorieren.

Der hypothesentestende Anteil soll prüfen, ob das integrative Modell aus Teil 2 sinnvolle Erklärungen für die Probleme der Menschen anbietet, die im deutschsprachigen Raum Hilfe suchen, weil sie glauben von ZSVS betroffen zu sein. Hierzu wird eine Reihe von Konstrukten gemessen, die aus dem integrativen Modell abgeleitet wurden, um zu untersuchen, wie sie miteinander im Zusammenhang stehen. Diese Konstrukte umfassen Lebenszufriedenheit, Kindheitstrauma, Zwanghaftigkeit, Impulsivität, Affektregulation, Einstellung zu Sexualität und Symptome von ZSVS ebenso wie bestimmte Kindheitserfahrungen, die zur Entstehung von ZSVS beitragen könnten, was insbesondere eine sex-negative, strenge Erziehung einschließt. Hierfür folgende Zielkriterien festgelegt:

Zielkriterium 3: Gewinnung empirischer Daten über aus dem Modell deduzierbare Eigenschaften der Patient*innenklientel

Zielkriterium 4: Verknüpfung dieser Daten im Rahmen eines dem integrativen Modell entsprechenden statistischen Modells, das bei Überprüfung durch eine konfirmatorische Faktorenanalyse einen befriedigenden "Model-Fit" erzielt

Im Verlauf der Studie wurde deutlich, dass eine Auswertung mittels einer Faktorenanalyse aufgrund des geringen Stichprobenumfangs und der großen Anzahl zu beachtender Faktoren, nicht sinnvoll durchzuführen sein würde. Stattdessen wurde entschieden, die Zusammenhänge der verschiedenen Größen anhand von Korrelationen zu untersuchen. Das Modell der Faktorenanalyse wurde also in Hypothesen über wahrscheinliche Korrelationen überführt. Aus der Betrachtung der Fachliteratur, des integrativen Modells sowie der Fragestellung und Zielkriterien wurden für den hypothesentestenden Anteil die folgenden Hypothesen formuliert:

Hypothese 1a: Die Stichprobe erbringt generell niedrige Werte für Lebenszufriedenheit und soziale Affektregulation aber hohe Werte für die Messung der ZSVS-Symptomatik. Dies leitet sich aus der Annahme des integrativen Modells ab, dass Menschen, die sich mit ZSVS identifizieren, entweder impulsives sexuelles Verhalten oder zwanghafte sexuelle Gedanken haben, in jedem Fall aber bestimmte gemeinsame Charakteristika aufweisen wie zum Beispiel die subjektive Überzeugung

an der Störung zu leiden, Unzufriedenheit im Zusammenhang mit ihrer Störung und dysfunktionale Affektregulation.

Hypothese 1b: Einige Teilnehmende erreichen hohe Werte für Impulsivität, Kindheitstraumata, externalisierende Affektregulationsstrategien und Zwanghaftigkeit, sodass der Durchschnitt der Gesamtstichprobe relativ hoch liegt. In Anbetracht der konzeptuellen Nähe von externalisierendem Verhalten und externalisierenden Störungen (wie zum Beispiel substanzgebundene und einige Verhaltenssuchte), erscheint es wahrscheinlich, dass externalisierende Affektregulationsstrategien bei Personen mit impulsivem sexuellen Verhalten verstärkt auftreten, während andere Strategien, insbesondere die sozialen, in den Hintergrund treten. Ein hoher Durchschnitt für Impulsivität, Kindheitstraumata und externalisierende Affektregulationsstrategien würde darauf hinweisen, dass die Stichprobe Personen mit impulsivem sexuellen Verhalten enthält. Hohe Werte für Kindheitstraumata und Zwanghaftigkeit könnten als Indiz für die Anwesenheit von Teilnehmenden mit zwanghaften sexuellen Gedanken gesehen werden.

Hypothese 2a: Die Selbsteinschätzung der Betroffenen hinsichtlich der Symptome von ZSVS korreliert positiv mit Impulsivität und Zwanghaftigkeit, insofern sowohl Personen mit impulsivem sexuellen Verhalten und zwanghaften sexuellen Gedanken in der Stichprobe vertreten sind. Dies wird angenommen, weil sowohl Personen mit impulsivem sexuellen Verhalten als auch Personen mit zwanghaften sexuellen Gedanken laut integrativem Modell der Überzeugung sind, an ZSVS zu leiden.

Hypothese 2b: Die Selbsteinschätzung der Betroffenen hinsichtlich ihrer ZSVS-Symptome korreliert negativ mit Lebenszufriedenheit und sozialen Affektregulationsstrategien aber positiv mit ZSVS-typischen Kindheitserfahrungen und Kindheitstraumata, externalisierenden Affektregulationsstrategien und restriktiven Einstellungen zu Sexualität. Wie bereits erwähnt nimmt das integrative Modell an, dass Leidensdruck, Kindheitstraumata und dysfunktionale Affektregulation gemeinsame Merkmale der beiden Formen von ZSVS sind. Dasselbe gilt für restriktive Einstellungen zu Sexualität. Externalisierende Affektregulationsstrategien sollten nur bei Personen mit impulsivem Sexualverhalten verstärkt auftreten, würden aber die Korrelationen der Gesamtstichprobe trotzdem beeinflussen.

Hypothese 2c: Die verhaltensgebundene Erhebung der ZSVS-Symptome korreliert positiv mit Impulsivität und negativ mit Zwanghaftigkeit. Nach dem integrativen Modell regulieren nur Personen mit impulsivem sexuellen Verhalten ihre Affekte vorrangig durch Sex.

Hypothese 2d: Die verhaltensgebundene Erhebung der Symptome von ZSVS korreliert negativ mit Lebenszufriedenheit und sozialen Affektregulationsstrategien sowie positiv mit ZSVS-typischen Kindheitserfahrungen, sex-negativen

Einstellungen und externalisierenden Affektregulationsstrategien. Diese Konstrukte repräsentieren die Eigenschaften, die das integrative Modell für Personen mit impulsivem Sexualverhalten annimmt.

Hypothese 3a: Impulsivität ist mit Lebenszufriedenheit, Zwanghaftigkeit und sozialen Affektregulationsstrategien negativ korreliert, mit ZSVS-typischen Kindheitserlebnissen und Kindheitstrauma sowie externalisierenden Affektregulationsstrategien allerdings positiv.

Hypothese 3b: Zwanghaftigkeit korreliert negativ mit Lebenszufriedenheit und sozialen Affektregulationsstrategien aber positiv mit ZSVS-typischen Kindheitserfahrungen sowie sex-negativen Einstellungen. Es gibt keine signifikante positive Korrelation mit externalisierenden Affektregulationsstrategien.

Es gibt eine Reihe weiterer Fragen, die im Rahmen der Studie beantwortet werden sollen. Sie sind nicht Gegenstand dieser Arbeit, lassen sich jedoch unter den folgenden Nebenzielkriterien zusammenfassen:

Zielkriterium 5: Gewinnung von Erkenntnissen über die Möglichkeit, anhand des Hypersexual Behavior Inventory Rückschlüsse auf die sexuellen Aktivitäten der Proband*innen zu ziehen - Als Nullhypothese gilt hier, dass diejenigen Teilnehmenden, die hohe Werte auf dem HBI erzielen, auch in anderen Items Anhaltspunkte für ein ausschweifendes, unkontrolliertes oder bedrohliches Sexualeben liefern. Hierzu sollen vor allem Items betrachtet werden, die objektivierbare Kriterien abfragen (z. B. Gesetzesverstöße im Zusammenhang mit Sexualität, zeitliche Dauer sexueller Aktivitäten etc.).

Zielkriterium 6: Empirische Überprüfung der in der Literatur häufig anzutreffenden Hypothese, es bestünde unter Patient*innen, die Hilfe wegen ZSVS suchen, eine Tendenz zu als deviant betrachteten sexuellen Verhaltensweisen wie zum Beispiel Paraphilien. Als Nullhypothese kann gilt hier, dass diejenigen Teilnehmer, die viele Anhaltspunkte für ein ausschweifendes, unkontrolliertes oder bedrohliches Sexualeben liefern, häufiger paraphile Tendenzen angeben.

Zielkriterium 7: Überprüfung, ob empirische Anhaltspunkte für die Hypothese bestehen, dass es innerhalb der Patient*innenklientel Tendenzen zu jenem Konstrukt gibt, das von Adorno (1976) unter dem Begriff autoritärer Charakter beschrieben worden ist - Als Nullhypothese kann gilt hier, dass die Teilnehmenden keine vergleichsweise hohen Werte auf den der F-Skala entnommenen Items erzielen.

3.4 Methode

3.4.1 Stichprobe

Die Stichprobe bestand aus 67 Teilnehmenden im Alter von 22 bis 71 Jahren. Für weitere demographische Details siehe Tabelle 10.

Tabelle 10: Soziodemographische Daten

Geschlecht	Anzahl	Alter (MW)	Alter (SA)
weiblich	6	49,5	7,77
männlich	58	48,95	13,03
nicht-binär	1	48	/
unklar	2	63	5,66
gesamt	67	49,4	12,55

Zur Durchführung der Erhebung wurde Kontakt zu zwei der großen Verbände für Selbsthilfegruppen aufgebaut. Der Verband Anonyme Sexsüchtige (AS) erklärte sich bereit, die Fragebögen inklusive frankierter Rückumschläge während einer Tagung von Teilnehmenden aus dem deutschsprachigen Raum zu verteilen und so Betroffene auf postalischem Wege an der Befragung teilnehmen zu lassen. Die Fragebögen wurden an eine verbandsinterne Kontaktperson verschickt, dort gesammelt und vollständig anonymisiert. Der Verband Anonyme Sex- und Liebessüchtige Deutschland (SLAA) entschied sich gegen eine Zusammenarbeit. Einzelne Mitglieder luden sich die Fragebögen jedoch selbstständig von einer von uns eingerichteten Internetseite herunter und schickten sie postalisch an die Universitätsmedizin Göttingen. Alle Teilnehmenden wurden in dem beigelegten Informationsschreiben über die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt und gaben anonym ihre Zustimmung, indem sie an der vorgesehenen Stelle des Informationsschreibens „ja“ ankreuzten. Es musste niemand aus der Auswertung ausgeschlossen werden, allerdings wurden nicht alle Fragebögen vollständig ausgefüllt, sodass die Stichprobe (n) zwischen den Items variiert.

3.4.2 Material

Zu den Materialien der Studie gehörten eine Informationsschrift, die Einverständniserklärung sowie der Fragenkatalog. Die für diese Veröffentlichung relevanten der insgesamt 286 Items des Fragebogens wurden den folgenden Quellen entnommen:

Fragen zur Lebenszufriedenheit: Bei den 'Fragen zur Lebenszufriedenheit' (FLZ-M) (Henrich und Herschbach 2000) handelt es sich um einen Kurzfragebogen zur Erhebung der allgemeinen und gesundheitsbezogenen Lebenszufriedenheit, wobei die individuelle Gewichtung verschiedener Lebensbereiche berücksichtigt wird. Die Erhebung erfolgt anhand von fünfstufigen likertskalierten Items, die für jede der beiden Subskalen jeweils acht Teilbereiche abdecken. Dabei werden die Relevanz und die Zufriedenheit jedes Teilbereiches getrennt erfragt (d. h. insgesamt 32 Items) und dann zu einem Score verrechnet. Als Normwerte werden Mittelwerte von 60,5 (SA = 37,3) für die allgemeine Lebenszufriedenheit und 74,44 (SA = 41,5) für die gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit angegeben. Allgemein kann der Test Werte von -96 bis 160 annehmen, wobei negative Werte auf Unzufriedenheit hinweisen (Henrich und Herschbach 2000).

Fragebogen zum sexuellen Erleben und Verhalten: Beim Fragebogen zum sexuellen Erleben und Verhalten (FSEV) (Ahlers et al. 2004) handelt es sich um ein „standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung sämtlicher sexualwissenschaftlich relevanter Informationen zu allen wesentlichen Bereichen des menschlichen sexuellen Erlebens und Verhaltens“ (Ahlers et al. 2004, S. 92). Der Fragebogen ist zwar voll-standardisiert, jedoch ist eine geschulte Assistenz bei der Datenerhebung vorgesehen, um Missverständnisse zu vermeiden, Fragen zu beantworten und Test-Reaktanz vorzubeugen. Für die Zwecke dieser Studie war es deshalb nötig, die an den FSEV angelehnten Items so gut wie möglich den Anforderungen der postalischen Erhebung anzupassen sowie sie in eine geschlechterneutrale Form zu überführen. Es wurden die Items 1, 4, 7, 9, 10, 17a, 17b, 19a, 19b, 19c, 19d, 20, 21, 24c, 24d, 24e, 25 bis 30, 32c, 40a, 41 und 42 entnommen. Die Items 1, 4, 7, 9 und 10 erfassen soziodemographische Daten anhand von Multiple Choice Items. 17a, 17b, 19a, 19b, 19c, 19d, 20, 21, 24c, 24d und 24e beziehen sich auf die Zufriedenheit mit der Sexualität innerhalb einer Paarbeziehung und sind fünfstufig Likert-skaliert (1 = gar nicht, 5 = sehr). 25 bis 30 dienen der Erhebung der Häufigkeit sexueller Aktivitäten, wobei es sich um numerische Items handelt. 32c fragt nach Leiden wegen der Häufigkeit, mit der die Befragten Lust auf Sex haben und verwendet ebenfalls eine fünfstufige Likert-Skala (1 = gar nicht, 5 = sehr). 40a, 41 und 42 beziehen sich auf die Zufriedenheit mit sexuellen Aktivitäten, die auch jeweils auf einer fünfstufigen Likert-Skala eingeschätzt werden soll (1 = gar nicht, 5 = sehr).

Fragebogen zum Thema AIDS und Sexualität: Des Weiteren wurden die Items 51 bis 53 aus dem Fragebogen zum Thema AIDS und Sexualität entnommen (Reimann und Bardeleben 1992). Sie erfragen sexuelle Praktiken sowie die Anzahl der Sexualpartnerinnen und Sexualpartner in den letzten drei Jahren anhand von Multiple Choice Items.

Hypersexual Behavior Inventory: Das Hypersexual Behavior Inventory (HBI) von Reid et al. (2011) wurde eingesetzt, um zu erheben, inwiefern sich die Teilnehmenden als von ZSVS betroffen einschätzen. Zum Zeitpunkt der Befragung lag mir noch keine validierte Übersetzung des HBI vor, sodass im Rahmen der Studie mit einer eigenen Übersetzung gearbeitet wurde. Der Test umfasst 19 Items mit fünfstufigen Likert-Skalen (Nie / Selten /

Manchmal / Oft / Sehr oft). Der Gesamtscore kann also zwischen 10 und 95 Punkten variieren (MW = 34,2, SA: 14,5). Es gibt drei Subskalen: Konsequenzen (HBIcons, 4 Items, Score zwischen 4 und 20, MW = 12,1, SA = 3,9), Kontrolle (HBIcont, 8 Items, Score zwischen 8 und 40, MW = 30,9, SA = 5,9) und Coping (HBICop, 7 Items, Score zwischen 7 und 35, MW = 23,2, SA = 6,4). Die Herausgeber*innen haben vorgeschlagen, vorläufig Scores von 53 oder höher als Kriterium für hypersexuelles Verhalten zu werten (Reid et al. 2011).

Das HBI legt seinen Schwerpunkt eher auf das subjektive Erleben als auf quantifizierbare Verhaltensweisen (“My sexual behavior controls my life.”, “Doing something sexual helps me feel less lonely.”, “I feel like my sexual behavior is taking me in a direction I don’t want to go.” (Reid et al. 2011, S. 36)). Die Implikationen einer solchen Kriteriensetzung und die Notwendigkeit, einen zweiten Fragebogen zu entwickeln, der sich an greifbaren behavioralen Symptomen orientiert, werden in der Diskussion genauer ausgeführt.

Childhood Trauma Screener: Der Childhood Trauma Screener (CTS) (Glaesmer und Brähler 2013) wurde eingesetzt, um herauszufinden, ob sich empirische Evidenz finden lässt, die die theoretischen Annahmen über Risikofaktoren in der Kindheit untermauert. Bei dem Test handelt es sich um einen Kurzfragebogen mit nur fünf Items (fünf-stufige Likert-Skala, Nie / Selten / Manchmal / Oft, Sehr oft). Er ist aber nachgewiesenermaßen hochgradig valide als Screening-Werkzeug für Missbrauch und Vernachlässigung (Glaesmer und Brähler 2013). Der Score, der zwischen 5 und 25 ausfallen kann (MW = 7,41, SA = 2,66), wurde genutzt, um die Korrelationen mit anderen Konstrukten zu untersuchen.

Eine der zentralen Herausforderungen bei der Konzeptualisierung des Fragenkataloges war die Verortung der Teilnehmenden auf dem impulsiv-zwanghaften Spektrum. Hierzu wurde eine Kurzversion der Barratt Impulsiveness Scale (BIS-15) (Meule et al. 2011) und die Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Goodman et al. 1989) sowie einige Items der YBOCS Symptom-Checklist (YBOCS-SC) (Hand und Büttner-Westphal 1991) und des Obsessive-Compulsive Inventory (OCI-R) (Gönner et al. 2007) eingesetzt.

Barratt Impulsiveness Scale: Die BIS-15 (Meule et al. 2011) ist eine Kurzversion eines der am häufigsten verwendeten Instrumente zur Messung von Impulsivität. Die Validität der deutschen Version ist hinlänglich bestätigt worden (ebd.). Die Skala hat 15 vierstufige Likert-Items, die zwischen 1 (kaum / nie) und 4 (fast immer / immer) ausfallen können. Der Gesamtscore kann zwischen 15 und 60 liegen (MW = 30,04, SA = 6,13). Der Fragebogen umfasst drei Subskalen: aufmerksamkeitsbezogene Impulsivität (BISa, MW = 9,28; SA = 2,59), motorische Impulsivität (BISm, MW = 10,28, SA = 2,47) und nicht-planende Impulsivität (BISnp, MW = 10,49, SA = 3,16). Alle drei umfassen jeweils fünf Items und ihre Scores variieren zwischen 5 und 20.

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Die Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) (Goodman et al. 1989) ist ein Werkzeug zur Messung der Schwere von Zwangsstörungen. Die Skala besteht aus zehn Likert-Items, die zwischen 0 (keine

Symptome) und 4 (extreme Symptome) ausfallen können. Der Gesamtscore kann Werte zwischen 0 und 40 annehmen. Die Items 1b und 6b wurden nicht in die Studie einbezogen, da sie nicht in den Gesamtscore eingehen. Es gibt zwei Subskalen für Zwangsgedanken (Obsession) und Zwangshandlungen (Compulsion), die jeweils fünf Items umfassen und Werte zwischen 0 und 20 annehmen können (ebd.). Die Subskalen umfassen auch jeweils eine offene Frage, in der konkrete Symptome benannt werden sollen. Diese wurden den likertskalierten Items vorangestellt und mit einem Text versehen, in dem erklärt wird, wie Zwanghaftigkeit im Rahmen von ZSVS bzw. im Sinne des integrativen Modells zu verstehen ist. Der Text zu Zwangsgedanken lautet:

„Sexuelle Zwangsgedanken sind unerwünschte und belastende Ideen, Gedanken, Bilder oder Impulse sexueller Natur, die gegen Ihren Willen in Ihr Bewusstsein eintreten. Diese können abstoßend erscheinen, sinnlos oder nicht zu Ihrer Persönlichkeit passen. (z. B. Gedanken wie „Gleich muss ich schon wieder dieses oder jenes schreckliches [sic.] sexuelles Verhalten ausführen.“, „Wenn ich nicht standhalte, werden diese oder jene katastrophalen Folgen eintreten.“, „Dass ich diese Gedanken habe, zeigt, wie wertlos und abartig ich bin.“)“

Der Text zu Zwangshandlungen lautet:

„Zwangshandlungen sind Handlungen oder Verhaltensweisen, zu denen Sie sich hingerissen fühlen, um Zwangsgedanken entgegen zu steuern. Vielleicht sehen Sie sie vielleicht [sic.] als sinnlos oder ausufernd an. Manchmal versuchen Sie vielleicht, sie zu unterdrücken aber dies stellt sich als schwierig heraus. Sie spüren eine Anspannung, die nicht nachlässt, bis sie das Verhalten ausgeführt haben. (z. B. langes Duschen nach sexuellen Handlungen oder Gedanken, Maßnahmen um sexuelles Verlangen [sic.] zu unterdrücken etc.)“

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Symptom Checklist: Die Y-BOCS wird häufig in Kombination mit der Y-BOCS Symptom Checklist (Y-BOCS-SC) eingesetzt, die 75 verschiedene Symptome von Zwangsstörungen abfragt (Hand und Büttner-Westphal 1991). Dabei wird unterschieden, ob die Symptome in der Vergangenheit aufgetreten sind, ob sie aktuell vorliegen und ob sie das vorherrschende Symptom darstellen. In dieser Studie wurden die vier Items über Zwangsgedanken mit sexuellem Inhalt verwendet (ebd.).

Obsessive Compulsive Inventory: Das Obsessive Compulsive Inventory (OCI) ist ein Fragebogen zur Messung der Hauptsymptome von Zwangsstörungen mit 18 fünfstufigen Likert-Items, die zwischen 0 (gar nicht) und 4 (extrem) ausfallen können. Es umfasst 6 Subskalen mit je drei Items, von denen nur die Subskala über Zwangsgedanken für die Zwecke dieser Studie übernommen wurde. Diese besteht aus den Items 6, 12 und 18 (Abramowitz und Deacon 2006; Gönner et al. 2007).

Leider wurde nach der Befragung festgestellt, dass es Grund zu der Annahme gab, dass die Teilnehmenden die Fragestellung der Items über Zwanghaftigkeit nicht richtig verstanden

hatten, weshalb YBOCS, YBOCS-SC und OCI-R von der Auswertung ausgenommen wurden. Das Problem wird im Diskussionsteil genauer erörtert.

Negative Affect Repair Questionnaire: Um empirische Evidenz hinsichtlich der theoretischen Annahmen über die Rolle von Affektregulation bei ZSVS zu sammeln, wurde der Negative Affect Repair Questionnaire (NARQ) von Eberle (2009) eingesetzt. Dieser Fragebogen erhebt insgesamt 24 Strategien zur Affektregulation, von denen jede durch ein fünfstufiges Likert-Item repräsentiert wird (0 nie / 1 selten / 2 gelegentlich / 3 oft / 4 immer). Diese Strategien werden in vier verschiedene Gruppen eingeteilt: kognitiv (NARQc, 8 Items, Score zwischen 0 und 32, MW = 18,1, SA = 4,2), ablenkend (distractive, NARQd, 6 Items, Score 0 bis 24, MW 12,2, SA 3,3), externalisierend (NARQe, 5 Items, Score 0 bis 20, MW = 2, SA = 1,3). Eberles deutsche Version unterscheidet sich von der englischen in einem Item, das auf Englisch "... I think about death or dying." (Eberle 2009, S. 69) lautet und auf Deutsch "... verletze ich andere verbal." (Eberle 2009, S. 64). Eberle vermutet, dass eine funktionale Affektregulation erfordert, dass die betreffende Person auf ein großes Repertoire an Regulationsstrategien zurückgreifen kann. Eine rigide Abhängigkeit von Strategien aus einem der vier Felder wäre weniger funktional. Es kann allerdings argumentiert werden, dass einige Strategien per se weniger funktional sind als andere. Dies gilt insbesondere für die Strategien aus der externalisierenden Skala, von denen angenommen wird, dass sie typisch für Menschen mit hoher Impulsivität und damit für impulsives sexuelles Verhalten sind, vor allem in Kombination mit einem Mangel an anderen Strategien wie zum Beispiel denen aus der sozialen Skala.

Items aus sonstigen Quellen: Weitere Items wurden aus zwei Dissertationen entnommen, so die Items 50, 66 und 72 aus Signerski-Krieger (2013) zur Erfassung des Genusses bei sexuellen Aktivitäten (fünfstufig Likert-Skaliert 4 = Trifft voll zu; 0 = Trifft gar nicht zu) und das numerische Item 4 aus Buntebart (2015) zur Dauer der aktuellen Partnerschaft.

Des Weiteren wurden zu folgenden Zwecken eigene Items konzipiert:

Sexuelle Identität und Orientierung: Mittels fünfstufiger Likert-skaliertes Items (0= Trifft voll zu; 4 = Trifft überhaupt nicht zu), die eigens für diese Studie erstellt worden waren, konnten sich die Teilnehmenden hinsichtlich ihrer sexuellen Identität und Orientierung verorten (z. B. „Ich möchte von dieser Studie als Mann verstanden werde.“; „Ich fühle mich zu Personen hingezogen, die ich als männlich wahrnehme.“, 4 Items).

Zufriedenheit mit Hilfsangeboten: Unter den neu konzipierten Items fand sich auch eine Reihe von Fragen zur Erhebung der bisherigen Erfahrungen mit Hilfsangeboten, wobei jeweils anhand von drei Kriterien die Zufriedenheit mit jedem Angebot erfasst wurde: (1) Kompetenz (Ich hatte den Eindruck, dass... Ahnung von meinem Problem hatte.), (2) Umgang (Ich hatte den Eindruck, dass ... gut mit mir umgegangen ist.), (3) Nutzen (Ich hatte den Eindruck, dass ... mir geholfen hat). Diese Kriterien wurden jeweils anhand von fünfstufigen Likert-Skalen (Trifft voll zu / Trifft zu / Trifft bedingt zu / Trifft kaum zu /

Trifft überhaupt nicht zu) erhoben, deren Werte zu einem Summenwert zwischen 0 und 12 addiert wurden.

Ausschweifendes Sexualverhalten: Neben dem oben erläuterten HBI wurde eine zweite Methode zur Erhebung der mit ZSVS assoziierten Symptome verwendet: der Fragebogen Ausschweifendes Sexualverhalten (ASV). Dieser setzt den Schwerpunkt auf quantifizierbare Verhaltensweisen und fasst diese in einer als objektiv bezeichneten Skala (ASVo) zusammen. Zudem gibt es eine subjektive (ASVs) und eine intersubjektive Skala (ASVi). Insgesamt umfasst der Fragebogen 26 Items.

Zur Generierung und Selektion der Items wurde eine an den Act Frequency Approach (Buss und Craik 1983) angelehnte Methode verwendet. Einige Items wurden anhand von Aussagen über ZSVS aus der Fachliteratur erstellt bzw. ausgewählt, darunter die Items 25 bis 31, 41 und 42 aus dem FSEV (Ahlers et al. 2004). Weitere Items wurden von einer Gruppe Studierender vorgeschlagen, die gebeten wurde, Aussagen aufzuschreiben, die eine Person mit ZSVS über sich selbst treffen würde. Die Anleitung hierfür lautete wie folgt:

„Wir versuchen gerade Fragen für eine Umfrage zu erarbeiten, die zeigen ob jemand süchtig nach Sex ist. Bitte schreibe 5 Aussagen auf, die jemand über sich sagen könnte, der/die ihr sexuelles Verhalten nicht kontrollieren kann und deshalb andere Lebensbereiche vernachlässigt bzw. sich und/oder andere gefährdet.“

Anschließend wurde eine andere Gruppe Studierender gebeten, die zusammengestellten Items im Hinblick darauf zu bewerten, wie typisch sie sie für Personen mit ZSVS einschätzten. Hierzu gab es folgende Arbeitsanweisung:

„Wir versuchen gerade Fragen für eine Umfrage zu erarbeiten, die zeigen ob jemand süchtig nach Sex ist. Bitte lies dir die unten stehenden Aussagen durch und BEWERTE, ob jemand, der/die diese Frage entsprechend beantwortet, deiner Einschätzung nach wahrscheinlich sein sexuelles Verhalten nicht kontrollieren kann und deshalb andere Lebensbereiche vernachlässigt bzw. sich und/oder andere gefährdet. Bevorzugt suchen wir objektive Maßstäbe, die über das subjektive Empfinden der Betroffenen und ihres Umfeldes hinaus gehen. 1 bedeutet, dass die Frage keine Aussagekraft über die Süchtigkeit hat. 5 bedeutet, dass die Frage eine sehr hohe Aussagekraft über Sexsüchtigkeit hat. ES GEHT NICHT DARUM, DIE FRAGEN ZU BEANTWORTEN“

Die endgültige Selektion erfolgte teilweise auf Grundlage dieser Bewertung, teilweise im Hinblick auf die vollständige Abbildung des Konstruktes durch den Fragebogen.

Die ausgewählten Items wurden dann in drei Kategorien eingeordnet. Die objektive Skala (ASVo) konzentriert sich auf behaviorale Aspekte und besteht aus 16 Items, die quantifizierbare Verhaltensweisen wie z. B. das Ausgeben von Geld für sexuelle Vergnügungen, das Versäumen von Terminen oder häufige sexuelle Aktivitäten wie Masturbation erheben. Dreizehn dieser Items sind nummerisch, eines ist im Multiple Choice

Format und zwei waren fünfstufige Likert-Items (0 Trifft überhaupt nicht zu / 4 Trifft voll zu).

Für diese Subskala wurde das Modell einer formativen Messung angenommen, was bedeutet, dass davon ausgegangen wird, dass die erfragten Verhaltensweisen das Konstrukt ausschweifenden Sexualverhaltens konstituieren und nicht von einer latenten Variable (z. B. mangelnde Impulskontrolle) verursacht werden. Dies bedeutet nicht, dass es keine solchen Variablen gibt, sondern, dass diese falls vorhanden nicht Gegenstand der Messung sind. Um zu gewichten, wie relevant das jeweilige Verhalten für das Konstrukt ist, wurde jeder möglichen Antwort jeder einzelnen Frage ein Wert zwischen 0 und 4 zugeteilt, wobei 4 den stärksten möglichen Hinweis auf ausschweifendes Sexualverhalten bedeutet, 2 mäßig ausschweifend und 0 gar nicht ausschweifend. Diese Bewertung wurde unabhängig voneinander von Dr. Signerski-Krieger, Jonas Reinckens, Max Ludwig sowie zwei außenstehenden Personen (davon eine weibliche Person) vorgenommen und dann abgeglichen. Die fünf Optionen der Multiple-Choice-Frage gingen einzeln in die Wertung ein, wobei die meisten von ihnen 4 Punkte ausmachen können, eine 2 Punkte und eine 3 Punkte. Auch eines der Likert-Items kann maximal 3 Punkte erreichen, sodass der Score insgesamt zwischen 0 und 76 ausfallen kann.

Die Skala für subjektive Anzeichen ausschweifenden Sexualverhaltens (ASVs) besteht aus sieben fünfstufigen Likert-Items (4 Trifft voll zu / 0 Trifft gar nicht zu), ähnlich zu denen des HBI, die das subjektive Erleben erheben, indem sie den Wahrgenommenen Kontrollverlust und die Angst vor Konsequenzen des Verhaltens erfragen. Der Score kann zwischen 0 und 28 ausfallen. Die intersubjektive Skala (ASVi) besteht aus drei fünf-stufigen Likert-Items im selben Format wie bei ASVs. Diese erfragen, ob Partner*innen oder Freund*innen das sexuelle Verhalten kritisiert haben. Der Score kann zwischen 0 und 12 ausfallen, weist aber so schlechte psychometrische Eigenschaften auf, dass er von der endgültigen Auswertung ausgenommen wurde.

Fragebogen zu ZSVS-typischen Kindheitserlebnissen: Ein weiterer Fragebogen wurde zu dem Zweck erstellt, festzustellen, ob die Teilnehmenden nach der Fachliteratur und den Annahmen im integrativen Modell für ZSVS typische Erfahrungen in ihrer Kindheit gemacht hatten, was konkret bedeutet, dass sie in einem rigiden, sex-negativen Umfeld aufgewachsen waren. Der Fragebogen wird im weiteren Verlauf der Arbeit mit Kindh. abgekürzt. Es wurde dieselbe Methode zur Erstellung und Auswahl der Items benutzt wie für ASV. Der Score umfasst sieben fünfstufige Likert-Items (4 Trifft voll zu / 0 trifft überhaupt nicht zu) und kann zwischen 0 und 28 ausfallen, wobei höhere Scores auf ein rigideres Umfeld hinweisen.

Einstellungen zu Sexualität: Der letzte Fragebogen, der für die Zwecke dieser Studie erstellt wurde, befasst sich mit Einstellungen zu Sexualität (EzS) und besteht aus zwanzig neun-stufigen Likert-Items (0 Trifft überhaupt nicht zu / 8 Trifft voll zu). Die Skala hat denselben Prozess zur Erstellung und Selektion der Items durchlaufen. Einige der vorgeschlagenen

Items wurden vorbestehenden Quellen entnommen, nämlich eine angepasste Version des Items 39 der „F-Skala“ (Form 40/45 der F-Skala) von Adorno (1976) aus den Studien zum autoritären Charakter und die Items 8, 10, 11, 16 und 20 aus der Skala Right-Wing Authoritarianism von Altemeyer (2007). Letztere wurden der Skala erst nach der Befragung der Studierenden hinzugefügt, da sie vorher noch nicht vorgelegen hatten. Dies stellt eine Abweichung von der Methodik des Act Frequency Approach dar, wurde aber nach einer Abwägung der Vor- und Nachteile für sinnvoll befunden, da die betreffenden Items einen unverzichtbaren Beitrag zur Skala leisten. Zusätzlich wurden eigene Items konzipiert. Die insgesamt 19 Items wurden mit neunstufigen Likert-Skalen versehen, wobei 1 für „Trifft überhaupt nicht zu“ und 9 für „Trifft voll zu“ steht.

Aus der Aufstellung der Fragebögen geht hervor, wie die für den hypothesentestenden Teil der Studie relevanten Konstrukte operationalisiert wurden. Abschließend soll nun zur besseren Übersicht aufgeführt werden, wie die in der Fragestellung des explorativen Teils erwähnten Größen erfasst wurden:

Sexuelle Identität und Orientierung: Die Verortung hinsichtlich sexueller Identität und Orientierung erfolgte wie obenstehend beschrieben anhand von Items, die für diese Studie erstellt worden waren.

Höchster Ausbildungsabschluss, Religion und Beziehungsstatus: Der höchste Ausbildungsabschluss, die Religion und die Beziehungsstatus der Teilnehmenden wurde mittels Multiple Choice Items erhoben, die dem FSEV entnommen worden waren.

Zufriedenheit mit Hilfsangeboten: Auch zur Messung der Zufriedenheit mit den verfügbaren Hilfsangeboten wurden wie obenstehend beschrieben eigens Items erstellt.

Lebenszufriedenheit: Die Lebenszufriedenheit der Teilnehmenden wurde durch den FLZ-M erfasst.

Beginn und Häufigkeit sexueller Aktivitäten: Beginn und Häufigkeit sexueller Aktivitäten wurden anhand von numerischen Items erhoben. Konkret wurde hierbei nach dem Alter beim Ersten Geschlechtsverkehr (selbst konzipiert) sowie nach der Häufigkeit von jeweils tatsächlich ausgeführten und lediglich gewünschten sexuellen Handlungen gefragt (aus dem FSEV entnommen).

Vernachlässigung anderer Lebensbereiche, Risiken, Kosten und Gesetzesverstößen im Zusammenhang mit Sexualität: Mittels selbst konzipierter numerischer Items erfasst wurden die jeweils geplante und umgesetzte Menge an Zeit und Geld, die in das Sexualverhalten investiert wurde (4 Items), sowie die Häufigkeit negativer Konsequenzen wegen des Sexualverhaltens (z. B. Verspätung bei einem Termin, 7 Items). Ein selbst

konzipiertes, fünfstufig Likert-skaliertes Item fragte nach Risiken im Zusammenhang mit Sexualverhalten („Um Sex zu haben, riskiere ich auch, mich mit schweren Krankheiten (HIV, Syphilis etc.) anzustecken, obwohl ich das eigentlich nicht will und es besser wüsste.“, 4 = Trifft voll zu; 0 = Trifft gar nicht zu) und Gesetzesverstöße im Zusammenhang mit Sexualität wurden durch ein ebenfalls selbst konzipiertes Multiple Choice Item erfragt.

Promiskuität und Beziehungsorientierung: Die Anzahl der Sexualpartner*innen wurde anhand der Items aus dem Fragebogen zum Thema AIDS und Sexualität erfasst. Das Vorkommen von One-Night-Stands, Affären und Seitensprüngen wurde über selbst konzipierte ja-/nein-Fragen erhoben (3 Items). Zudem erfragte ein ebenfalls selbst konzipiertes, fünfstufig Likert-skaliertes Item (4 = Trifft voll zu; 0 = Trifft gar nicht zu), ob die Teilnehmenden sich beim Sex ihren Partner*innen nahe fühlen würden.

Leidensdruck: Zur Bestimmung des Leidensdruckes diente ein Item aus dem ZSVS, das erfragte, wie häufig die Teilnehmenden unter der Häufigkeit leiden würden, mit der sie Lust auf Sex hätten. Zudem kamen selbst konzipierte Items zum Einsatz. Zwei Items waren fünfstufig Likert skaliert und erfassten subjektiv empfundene Probleme im Zusammenhang mit ausschweifender Sexualität (z. B. „Ich habe Angst, mein sexuelles Handeln nicht mehr kontrollieren zu können.“, 4 = Trifft voll zu; 0 = Trifft gar nicht zu)). Fünf neunstufig Likert-skalierte Items sollten das leidvolle Erleben der Teilnehmenden bezüglich ihrer Problematik erfragen (z. B. „Meine Sexualität hat mich einsam gemacht.“; 0 = Trifft überhaupt nicht zu; 8 = Trifft voll zu).

Einstellung zu Sexualität: Zur Messung der Einstellungen zu Sexualität wurde, wie obenstehend bereits erörtert, eigens ein spezieller Fragebogen erstellt.

3.4.3 Statistische Methoden

Zur Auswertung der explorativen Studie für die Zwecke dieser Veröffentlichung wurde die freie Programmiersprache R eingesetzt. Es wurde vorrangig auf grundlegende Methoden der deskriptiven Statistik zurückgegriffen. Zudem wurde der Mann-Whitney U Test (MWU) zum Nachweis signifikanter Unterschiede zwischen Subgruppen der Stichprobe verwendet, wobei im Ergebnisteil jeweils die p-Werte und die Effektstärken kurz ES (r als Maß für die Effektstärke bei nicht-parametrischen Tests) angegeben werden. Die Test-Scores wurden jeweils auf Normalverteilung geprüft, wozu der Anderson-Darling-Test (AD) eingesetzt wurde. Zur Berechnung der Korrelationen wurde die Methode nach Spearman verwendet.

3.5 Ablauf

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universitätsmedizin Göttingen durch ihr Votum vom 17.01.2017 genehmigt. Die genaue Organisation der Befragung ist obenstehend unter der Überschrift „Stichprobe“ beschrieben.

Die Untersuchung wird in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki (World Medical Association 2013) in der aktuellen Fassung und §15 der Berufsordnung der Landesärztekammer Niedersachsen durchgeführt (Landesärztekammer Niedersachsen 2018). Das Studienprotokoll wurde vor Studienbeginn der Ethik-Kommission der Universitätsmedizin Göttingen zur Bewertung vorgelegt (Antragsnummer 2/8/15). Nach Abschluss der Studie wird der Ethik-Kommission ein Bericht, ggf. auch eine Publikation vorgelegt.

Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Der Zeitaufwand betrug etwa 45 Minuten. Sie konnte jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile für die weitere medizinische Versorgung abgebrochen werden. Eine nachträgliche Vernichtung der Daten nach dem Einreichen ist aufgrund der Anonymität nicht möglich.

Alle vertraulichen Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Eine Weitergabe von Teilnehmendendaten erfolgt ggf. nur in anonymisierter Form. Dritte erhalten keinen Einblick in die Originalunterlagen. Die Befragung lief anonym ab. Die ärztliche Schweigepflicht wird absolut eingehalten, d. h. die erhobenen Daten werden nur in anonymisierter Form weitergegeben und 15 Jahre gespeichert.

Bei der Beantwortung der Fragen waren in der Regel keine Risiken zu erwarten. Es ist jedoch denkbar, dass die für die Beantwortung erforderliche Auseinandersetzung mit den betreffenden Problemen zu einer Verschlechterung des Gefühlszustandes oder des sonstigen psychischen Befindens einiger Teilnehmender geführt hat.

Die Teilnehmenden wurden vor Studienbeginn schriftlich über Wesen und Tragweite der geplanten Untersuchung, insbesondere über den möglichen Nutzen für ihre Gesundheit und eventuelle Risiken, aufgeklärt. Ihre Zustimmung wurde beim Ausfüllen des Fragebogens wie obenstehend beschrieben dokumentiert.

3.6 Ergebnisse

3.6.1 Ergebnisse des explorativen Teils

Sexuelle Identität und Orientierung: In Tabelle 11 ist dargestellt, wie sich die Teilnehmenden bezüglich ihrer Geschlechtsidentität und –orientierung verorteten. Von den 13 eher männlichen Personen, die auch Interesse an Männern bekundet hatten, hatten nur drei tatsächlich in den letzten drei Jahren Sex mit einem Mann gehabt. Die als homosexuell

eingordnete Person hatte nur einen heterosexuellen Kontakt gehabt und eine als weiblich und heterosexuell eingeschätzte Person hat nur einen homosexuellen Kontakt angegeben. Zwei heterosexuelle Männer hatten auch homosexuelle Kontakte gehabt.

Tabelle 11: Sexuelle Identität und Orientierung

Identität	gesamt	homo-sexuell	hetero- sexuell	bisexuell
eher weiblich	6	0	3	2
eher männlich	58	1	41	13
nicht binär	1	0	0	0
gesamt	65	1	44	15
unzureichende Angaben	2			

Anmerkung: Die Einordnung erfolgte anhand von vier fünfstufigen Likert-Items, in denen gefragt wurde, inwieweit die Teilnehmenden als Frauen bzw. Männer verstanden werden wollten und inwiefern sie sexuelles Interesse an Männern bzw. Frauen hätten.

Ausbildungsabschluss, Religion und Beziehungsstatus: Bezügliche ihrer höchsten Ausbildungsabschlüsse gab eine Person an, keine abgeschlossene Ausbildung zu haben, 15 Facharbeiterabschluss (Lehre / Ausbildung), 7 Fachabschluss, 12 Fachhochschulabschluss, 32 Hochschulabschluss (Universität). 13 Teilnehmende gehörten keiner Religionsgemeinschaft an, eine war orthodox katholisch, 22 römisch-katholisch, 23 evangelisch, 4 freikirchlich, 3 gaben andere Zugehörigkeiten an und eine Person machte keine Angabe. Zum Beziehungsstatus wurden folgende Aussagen getroffen, wobei Mehrfachangaben möglich waren: 30 verheiratet, 12 unverheiratet mit fester Partnerschaft, 4 geschieden / getrennt mit neuer Partnerschaft, 8 geschieden / getrennt ohne neue Partnerschaft, 1 exklusive Beziehung, 2 polyamore Beziehung, 17 Single. Bisherige Erfahrung mit Hilfsangeboten: Tabelle 12 zeigt die Zufriedenheit der Teilnehmenden mit verschiedenen Hilfsangeboten gemessen am Zufriedenheitsscore, der zwischen 0 und 12 ausfallen konnte.

Die offene Frage „Was würden Sie sich in Zukunft für die Versorgung von Menschen, die an Sexsucht leiden, wünschen?“ wurde ausgewertet, indem einzelne Aussagen in Kategorien zusammengefasst wurden, wobei die oft stichwortartigen Antworten sich nicht immer eindeutig zuordnen ließen. Die häufigsten Kategorien waren die Anerkennung von ZSVS als Diagnose (18 Teilnehmende), kompetentere Therapeut*innen (13), der Verweis Betroffener an die Selbsthilfegruppen (13), Entstigmatisierung und Ernstnahme (12), größeres öffentliches Bewusstsein (10). Bei 6 Teilnehmenden wurde eine zusätzliche Kategorie

kodiert, die darauf verweist, dass konkret die Anerkennung des eigenen Narratives gewünscht war.

Tabelle 12: Zufriedenheit mit verschiedenen Hilfsangeboten

	n	MW	SA
Psychotherapeut*in	51	7,24	3,29
Psychiatrische Einrichtung	16	6,19	3,12
Psychologische(r) Berater*in	22	7,64	3,22
Heilpraktiker*in	9	6,67	4,12
Seelsorger*in	24	7,5	2,95
Selbsthilfegruppe	65	11,48	1,19
Anmerkung: Die Werte beziehen sich auf den Zufriedenheitsscore, der Werte zwischen 0 (unzufrieden) und 12 (zufrieden) annehmen konnte.			

Lebenszufriedenheit: Die Auswertung des FLZ-M ist sowohl für den explorativen als auch für den hypothesentestenden Teil der Ergebnisse relevant. Sie ergab für die allgemeine Lebenszufriedenheit bei 64 auswertbaren Fragebögen einen Mittelwert von 43,52 und eine Standardabweichung von 33,3. Dies entspricht einer Abweichung vom in der Literatur (Henrich und Herschbach 2000) als Norm angegebenen Mittelwert von -0,46 Standardabweichungen. Die gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit ergab bei 66 Beobachtungen einen Mittelwert von 54,74 und eine Standardabweichung von 36,17, d. h. eine Normabweichung von -0,47 Standardabweichungen.

Besonders unzufrieden waren die Teilnehmenden im Bereich Partnerschaft und Sexualität. Insgesamt waren Personen mit hohen Scores für das HBI signifikant unzufriedener mit ihrer allgemeinen Lebenssituation (MWU: p-Wert = 0,0045, ES = 0,3728), was insbesondere mit ihrer geringen Bewertung in den Bereichen Freunde / Bekannte, Familie / Kinder sowie Partnerschaft / Sexualität zusammen hing. Die höchste Zufriedenheit ergab sich im Bereich Gesundheit. Im gesundheitsbezogenen Teil des Tests waren sie am wenigsten zufrieden in den Bereichen Entspannungsfähigkeit / Ausgeglichenheit, Angstfreiheit sowie Energie / Lebensfreude.

Tabelle 13: Zusammenstellung wichtiger Aspekte der Sexualanamnese

Häufigkeit sexueller Aktivitäten									
Häufigkeit im Monat	n	MW	SA	Me- dian	Max	MW1	MW2	MWU	ES
... Selbstbefriedigung	62	14,10	29,19	3,5	80	0,5	19,21	0	0,47
... Geschlechtsverkehr	64	4,62	9,58	2	70	2,27	5,75	0,48	0,01
... Sex ohne Geschlechtsverkehr	56	4,02	7,19	1	40	0,46	6,47	0	0,42
... intimer Körperkontakt	61	14,52	19,41	8	90	14,46	11,71	0,13	0,16
... Lust auf Selbstbefriedigung	60	27,48	44,33	15	300	28,54	28,62	0	0,38
... Lust auf Geschlechtsverkehr	62	39,92	127,66	15	1000	12,15	53,51	0,01	0,34
... Lust auf Sex ohne Geschlechtsverkehr	57	12,16	17,54	5	100	2,83	15,34	0,03	0,27
... Lust auf intimen Körperkontakt	61	19,87	17,79	20	100	11,15	21,17	0,06	0,22
Vernachlässigung anderer Lebensbereiche wegen der Sexualität									
In den letzten 6 Monaten...	n	MW	SA	Me- dian	Max	MW1	MW2	MWU	ES
... Streit mit Partner*in	51	9,57	28,65	1	180	1,1	14,59	0,01	0,33
... Verspätung bei einem Termin	49	4,59	15,48	0	100	0,6	7,07	0,2	0,12
... Versäumen oder Absagen einer Verabredung	50	1,93	4,79	0	30	0,55	2,75	0,31	0,07

Vernachlässigung anderer Lebensbereiche wegen der Sexualität									
Bisher im Leben...	n	MW	SA	Me- dian	Max	MW1	MW2	MWU	ES
... Nicht-Bestehen einer Prüfung	50	0,82	2,98	0	20	0,5	0,31	0,56	0,02
... Verlust eines Jobs	51	0,88	1,94	0	10	0,5	1,03	0,27	0,09
... Beenden einer Beziehung	56	2,86	5,28	1	29	2,09	3,31	0,08	0,2
... Beenden einer Freundschaft	56	4,61	11,15	1	80	8,36	3,38	0,2	0,12
Aufwand für sexuelle Aktivitäten									
Zeitlicher Aufwand am Tag	n	MW	SA	Me- dian	Max	MW1	MW2	MWU	ES
... Stunden geplant	56	1,3	2,02	1	12	0,78	1,59	0,09	0,19
... Stunden verbraucht	58	2,46	2,84	1,5	15	0,78	2,97	0,02	0,3
Finanzieller Aufwand im Monat	n	MW	SA	Me- dian	Max	MW1	MW2	MWU	ES
... Betrag geplant (€)	50	30,53	98,87	0	600	0,2	41,45	0,18	0,13
... Betrag ausgegeben (€)	54	106,24	236,89	5	1200	0,2	127,84	0	0,39
Anmerkung:									
MW 1: Mittelwert der Teilnehmenden mit einem HBI-Score unter 53 (insgesamt 14 Teilnehmende)									
MW2: Mittelwert der Teilnehmenden mit einem HBI-Score über 53 (insgesamt 35 Teilnehmende)									

Beginn und Häufigkeit sexueller Aktivitäten: Für die Frage nach dem Alter beim ersten Geschlechtsverkehr ergab sich ein Durchschnitt von 19,76 (SA = 4,94, Max = 39, Min = 11, n = 66). Die Ergebnisse bezüglich der Häufigkeit sexueller Aktivitäten sind in Tabelle 13 dargestellt.

Bei allen Aktivitäten lag die gewünschte Häufigkeit über der praktizierten, insbesondere in puncto Geschlechtsverkehr. Die Personen mit einem HBI-Score oberhalb des Cut-Off von 53 wurden nur in puncto Selbstbefriedigung und Sex ohne Geschlechtsverkehr signifikant häufiger aktiv. Bei den gewünschten Aktivitäten lagen die Angaben der Personen mit einem hohen HBI-Score bezüglich Selbstbefriedigung und Geschlechtsverkehr signifikant höher.

Vernachlässigung anderer Lebensbereiche sowie Risiken, Kosten und Gesetzesverstöße im Zusammenhang mit Sexualität: Die Auswertung von Fragen zur Vernachlässigung anderer Lebensbereiche ist ebenfalls in Tabelle 13 dargestellt. Diese Items erbrachten allerdings keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen über bzw. unter dem Cut-Off des HBI-Scores, mit der Ausnahme, dass diejenigen über dem Cut-Off häufiger Streit wegen ihrer Sexualität mit ihren Partner*innen gehabt hatten.

46% der Teilnehmenden gaben tendenziell eine bejahende Antwort, als sie gefragt wurden, ob sie, um Sex zu haben, eine Ansteckung mit HIV oder Syphilis riskieren, wobei auch hier die Teilnehmenden mit HBI-Scores über dem Cut-Off signifikant höher abschnitten (Likert-Skala von 0 bis 4, MWU: p-Wert = 0,004, ES = 0,4788).

Tabelle 13 zeigt auch, wie viel Zeit und Geld die Teilnehmenden für ihre Sexualität einplanten und wie viel sie tatsächlich investierten. Allgemein verwendeten die Teilnehmenden tatsächlich mehr Zeit und Geld für ihre Sexualität, als sie eigentlich geplant hatten. Dies gilt insbesondere für die Personen mit HBI-Scores oberhalb des Cut-Off (Median 0€ geplant, 15 € ausgegeben).

Die Fragen nach im Zusammenhang mit Sexualität begangenen Gesetzesverstößen erbrachte, dass 12 Personen sexuelle Übergriffe begangen hatten, 21 hatten illegale Pornographie konsumiert, 6 illegale Prostitution, 3 Sodomie und 13 Erregung öffentlichen Ärgernisses. Insgesamt gaben 37 der Teilnehmenden mindestens einen Gesetzesverstoß an, unter den Personen mit einem HBI-Score unter dem Cut-Off waren es 33,33%, unter denen mit einem Score über dem Cut-Off 53,84%.

Promiskuität und Beziehungsorientierung sexueller Kontakte: Tabelle 14 zeigt, wie viele Partner*innen die Teilnehmenden in den letzten drei Jahren gehabt hatten, wobei die Spalten HBI gering und HBI hoch wieder die Teilstichproben mit HBI-Scores über bzw. unterhalb des Cut-Offs bezeichnen. Die entsprechenden Items waren von 64 bzw. 66 der Teilnehmenden bearbeitet worden. Insgesamt 4 Personen hatten sowohl mit Männern als auch mit Frauen Sex gehabt, alle übrigen hatten nur heterosexuelle Kontakte.

Tabelle 144: Anzahl der Geschlechtspartner*innen in den letzten drei Jahren

Anzahl Partner*innen	Gesamt	HBI gering	HBI hoch
keine	18%	7%	17%
1	50%	86%	42%
2	3%	0%	6%
3 bis 30	24 %	7%	31%
Über 30	5%	0%	6%

Anmerkung: HBI gering umfasst Teilnehmende mit einem Score von unter 53, HBI hoch diejenigen mit einem Score über 53 auf dem Hypersexual Behavior Inventory.

12% der Teilnehmenden gaben an, gelegentlich One-Night-Stands zu haben ($n = 66$), bei den Teilnehmenden mit einem HBI-Score oberhalb des Cut-Off war der Anteil mit 14% allerdings doppelt so hoch wie bei den übrigen. 15% gaben an, gelegentlich eine unverbindliche Liaison zu haben ($n = 65$), der Anteil war hier bei den Personen mit HBI-Score oberhalb des Cut-Off ($n = 36$) mit 23% etwas mehr als drei Mal so hoch. 60% der Teilnehmenden gaben an, untreu gewesen zu sein ($n = 65$). Teilnehmende mit HBI-Scores oberhalb des Cut-Off gaben auch signifikant weniger Beziehungsorientierung sexueller Kontakte und weniger Erleben von Nähe an (Auf einer Likert-Skala von 0 bis 4: „Mir ist es egal, mit wem ich schlafe. Mir geht es allein darum, einen Orgasmus zu haben.“ MWU: p -Wert 0,0008, $ES = 0,4511$, „Ich fühle mich beim Sex meinem Partner / meiner Partnerin nicht mehr nahe.“ p -Wert = 0,0175, $ES = 0,301$).

Leidensdruck: Insgesamt gaben 60% der Teilnehmenden an, ziemlich oder sehr oft unter der Häufigkeit zu leiden, mit der sie Lust auf Sex haben ($n = 65$). Teilnehmende mit einem HBI-Score oberhalb des Cut-Off machten signifikant höhere Angaben (Likert-Skala von 0 bis 4 MWU: p -Wert = 0,0001, $ES = 0,521$). Außerdem gab die große Mehrheit der Teilnehmenden an, Angst davor zu haben, ihr sexuelles Handeln nicht mehr kontrollieren zu können (76%) und sich von ihrem Verlangen fremdbestimmt zu fühlen (84%). Auch hier gaben die Personen mit HBI-Score über dem Cut-Off signifikant höhere Werte an (Likert-Skala von 0 bis 4 MWU: p -Wert = 0,0046 bzw. 0,0000 und $ES = 0,3718$ bzw. 0,5573).

Eine Reihe weiterer Items sollte das leidvolle Erleben der Teilnehmenden bezüglich ihrer Problematik erfragen [$n = 63$ bis 67, Likert-Skala von 0 (Trifft überhaupt nicht zu) bis 8 (Trifft voll zu)]. Der Großteil der Teilnehmenden machte bei den betreffenden Fragen Angaben von 5 oder höher: Gefühle von Wertlosigkeit beim Verfallen in als problematisch

angesehene Verhaltensweisen (81%), die Begründung von Einsamkeit durch das eigene Sexualverhalten (86%), Schuldgefühle gegenüber Partner*innen wegen der eigenen Sexualität (74%), das Gefühl, wegen der Wahrnehmung Anderer als Objekte im Leben etwas verpasst zu haben (89%), und die Angst vor dem Kontrollverlust (68%). Keines dieser Items erbrachte bei den Personen mit HBI-Score oberhalb des Cut-Off signifikant höhere Angaben.

Einstellungen zu Sexualität: 19 Items befassten sich mit der Einstellung zu Sexualität. Bei zehn Items ergab sich tendenziell eine restriktive Einstellung zu Sexualität unter den Teilnehmenden, wobei sich diese 10 Items vorrangig mit Fragen der Lebensführung und persönlichen Vorstellungen von Sexualität befassen (z. B. „Eine stabile Beziehung ist die Grundlage für jede Art gesunder Sexualität.“ oder „Viele Menschen merken nicht, dass sie sich durch ihr Verlangen nach Sex in ernsthafte Gefahr begeben.“). Deutlich liberalere Einstellungen fanden sich bei den sieben Items zu allgemeinen gesellschaftlichen Fragen („Homosexuelle sind nicht besser als Verbrecher und sollten streng bestraft werden.“, „Gottes Gesetze bezüglich Abtreibung, Pornografie und Ehe müssen streng befolgt werden, bevor es zu spät ist. Wer gegen sie verstößt, muss streng bestraft werden.“). Bei zwei Items ergab sich keine klare Tendenz.

3.6.2 Ergebnisse des hypothesentestenden Teils

Tabelle 15 fasst die Eigenschaften der einzelnen Scores zusammen.

FLZ: Wie unter 3.6.1. erwähnt, liegt der Mittelwert der Stichprobe (MW = 43,52) unter dem in der Literatur (Henrich und Herschbach 2000) angegebenen Wert (MW = 60,5) der Kontrollstichprobe.

HBI: Der Mittelwert der Stichprobe lag sehr dicht an den in der Literatur angegebenen Werten von Personen, die sich als ZSVS-Betroffene identifizieren. Verglichen mit den Werten der Kontrollgruppe war der Score in der hiesigen Stichprobe deutlich erhöht. Die Trennschärfe war extrem hoch (0,72 – 0,91). Cronbachs Alpha wäre nicht gesunken, wenn irgendein beliebiges Item entfernt worden wäre.

ASV: ASVo baut auf einem formativen Modell auf und kann nicht an den Maßstäben der klassischen Testtheorie gemessen werden. ASVs zeigte eine sehr geringe Streuung für die ersten drei Items, die zudem nach rechts hin schief verteilt waren und eine extrem hohe Itemschwierigkeit aufwiesen. Zwei Items hatten eine Kurtosis von über eins. Die Normalverteilung musste für jedes der Items abgelehnt werden. Die Trennschärfe war akzeptabel (0,45 – 0,85).

Tabelle 155: Statistische Eigenschaften der Test-Scores

	n	MW	SA	Median	Max.	Min.	AD-Test	Cronbach	Z-Wert
FLZa	64	43,52	33,33	41	131	-42	0,75	0,69	-0,46
FLZg	66	54,74	36,17	53,5	141	-43	0,55	0,81	-0,47
HBIcons	66	13,73	4,99	15	20	4	0	0,94	0,42
HBIcont	65	29,11	9,73	32	40	8	0	0,96	-0,3
HBIcop	65	24,58	8,74	26	35	7	0	0,95	0,22
HBI	64	67,72	22,55	73	95	19	0	0,98	2,31
ASVo	67	15,93	10,08	14	45	0	0,03	0,76	/
ASVs	63	17,86	6,78	19	27	0	0	0,86	/
Kindh	62	14,11	5,65	15	27	2	0,47	0,7	/
CTS	61	10,38	3,77	10	21	5	0,05	0,73	1,12
BISa	66	11,08	2,75	11	18	6	0,06	0,72	0,69
BISm	67	11,1	2,8	11	18	6	0,07	0,76	0,33
BISnp	64	12,73	3,05	13	20	7	0,23	0,76	0,71
BIS	63	35	6,37	36	49	24	0,36	0,8	0,81
NARQc	65	14,92	4,68	15	27	0	0,46	0,79	-0,76
NARQd	67	11,1	2,86	11	17	4	0,2	0,41	-0,33
NARQe	66	3,76	2,67	3,5	12	0	0,01	0,48	2,12
NARQs	66	10,23	3,81	10,5	19	3	0,02	0,83	-0,2
EzS	58	78,95	20	76,5	125	32	0,81	0,73	/

Anmerkung: Der Z-Wert bezeichnet den Mittelwert der hiesigen Stichprobe abzüglich des Mittelwertes einer gesunden Vergleichsstichprobe aus den oben angeführten Quellen geteilt durch die Standardabweichung in der Vergleichsstichprobe. Den Z-Werten der HBI-Subskalen liegen Werte von Personen zu Grunde, die sich mit ZSVS identifizieren.

AD-Test: Anderson-Darling Test

ASV: Ausschweifendes Sexualverhalten

ASVo: Ausschweifendes Sexualverhalten, objektive Skala

ASVs: Ausschweifendes Sexualverhalten, subjektive Skala

BIS: Barratt Impulsiveness Scale

BISa: Barratt Impulsiveness Scale, Subskala aufmerksamkeitsbezogen

BISm: Barratt Impulsiveness Scale, Subskala motorisch

BISnp: Barratt Impulsiveness Scale, Subskala nicht-planend

Cronbach: Cronbach's Alpha

CTS: Childhood Trauma Screener

EzS: Einstellung zu Sexualität

FLZ: Fragen zur Lebenszufriedenheit

FLZa: Fragen zur Lebenszufriedenheit, allgemeine Skala

FLZg: Fragen zur Lebenszufriedenheit, gesundheitsbezogene Skala

HBI: Hypersexual Behavior Inventory

HBIcons: Hypersexual Behavior Inventory, Subskala zu Konsequenzen

HBIcont: Hypersexual Behavior Inventory, Subskala zu Kontrolle

HBIcop: Hypersexual Behavior Inventory, Subskala zu Coping

Kindh: Score über für ZSVS typische Kindheitserlebnisse

MW: Mittelwert

NARQ: Negative Affect Repair Questionnaire

NARQc: Negative Affect Repair Questionnaire, kognitive Skala

NARQd: Negative Affect Repair Questionnaire, ablenkende (distractive) Skala

NARQe: Negative Affect Repair Questionnaire, externalisierende Skala

NARQs: Negative Affect Repair Questionnaire, soziale Skala

SA: Standardabweichung

Kindh.: Der Fragebogen zu ZSVS-typischen Kindheitserlebnissen hatte eine leicht erhöhte Streuung, ein Item zeigte eine Schiefe von über 1, die Kurtosis war in jedem der Items entweder zu hoch oder zu niedrig und die Normalverteilung wurde für jedes der Items zurückgewiesen. Die Itemschwierigkeit variierte zwischen 0,25 und 0,62, die Trennschärfe war stets größer als 0,3 mit Werten zwischen 0,32 und 0,73.

CTS: Der Mittelwert der hiesigen Stichprobe ist vergleichsweise hoch, wie sich am angegebenen z-Wert (= 1,12) erkennen lässt.

EzS: Die Spannweite zwischen 0 und 8 wurde für jedes Item außer einem ausgenutzt. 11 der 19 Items hatten eine Schiefe von über 1 und ebenso viele eine Kurtosis von über 1. Die Annahme der Normalverteilung musste für alle 19 Items sowie die Gesamtskala zurückgewiesen werden. Alle außer fünf der Items hatten eine zu hohe oder zu niedrige Itemschwierigkeit und sieben eine Trennschärfe von unter 0,3.

Korrelationen: Der Stichprobenumfang der Korrelationen variierte zwischen 43 und 50 wegen fehlender Werte. Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman wurde auf Grundlage der paarweise vollständigen Beobachtungen berechnet. Tabelle 16 zeigt die Korrelationen zwischen den wichtigsten Scores. Der NARQ hatte einige signifikante Korrelationen mit den Subskalen anderer Tests, die in der Tabelle nicht aufgeführt werden. So korrelierte die kognitive Skala negativ mit HBIcons ($r = -0,2949$) und HBIconp ($r = 0,3050$), NARQe korrelierte positiv mit HBIconp ($r = 0,2963$) und NARQd korrelierte negativ mit BISnp ($r = -0,3516$).

Anmerkung: Signifikanzniveau: *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

ASVo: Ausschweifendes Sexualverhalten, objektive Skala

ASVs: Ausschweifendes Sexualverhalten, subjektive Skala

BIS: Barratt Impulsiveness Scale

CTS: Childhood Trauma Screener

EzS: Einstellung zu Sexualität

FLZa: Fragen zur Lebenszufriedenheit, allgemeine Skala

HBI: Hypersexual Behavior Inventory

Kindh: Score über für ZSVS typische Kindheitserlebnisse

MW: Mittelwert

NARQc: Negative Affect Repair Questionnaire, kognitive Skala

NARQd: Negative Affect Repair Questionnaire, ablenkende (distractive) Skala

NARQe: Negative Affect Repair Questionnaire, externalisierende Skala

NARQs: Negative Affect Repair Questionnaire, soziale Skala

3.7 Diskussion

Wie aus der Darstellung der Ergebnisse hervorgeht, lässt sich anhand der Befragung die Stichprobe im Hinblick auf diverse bezüglich ZSVS relevante Merkmale charakterisieren. Insbesondere ermöglichen die Ergebnisse einen Abgleich mit der Darstellung der Betroffenen in der bisherigen Fachliteratur und erlauben eine Einschätzung darüber, inwieweit sich das Konstrukt der Impulskontrollstörung sinnvoll auf die Klientel deutschsprachiger Selbsthilfegruppen anwenden lässt.

3.7.1 Diskussion des explorativen Teils

3.7.1.1 Diskussion einzelner Themenbereiche

Sexuelle Identität und Orientierung: Die in der Literatur vertretene Einschätzung, Männer seien bei Weitem häufiger von ZSVS betroffen (Kraus et al. 2018), deckt sich mit der Geschlechterverteilung in der Studie. Einige Autor*innen argumentieren, dass die „natürliche“ Beschaffenheit männlicher Sexualität eine höhere Vulnerabilität für ZSVS mit sich bringe, da Männer zum Beispiel eine „höhere intrinsische sexuelle Motivation und Leichtigkeit von Erregung“ (übersetzt aus Kafka 2010, S. 381) besitzen. Die Debatte um ZSVS gewährt jedoch auch Einblicke in die tiefgreifenden Probleme männlicher Sozialisation sowohl in Bezug auf Sexualität als auch allgemein, und spiegelt zudem die kollektiven Ängste vor den ausschweifenden und unkontrollierbaren Aspekten männlicher Sexualität wieder.

Bildungsabschluss: Der Anteil der Personen mit Hochschulabschluss in der Stichprobe entspricht 47,76%, wobei es in der Allgemeinbevölkerung laut statistischem Bundesamt nur 16% sind (Statistisches Bundesamt 2017a). Dies deckt sich mit der vorbestehenden Literatur, der zufolge eine Tendenz zu höheren Bildungsabschlüssen besteht (Kraus et al. 2016; Reid et al. 2016). Mögliche Erklärungen sind, dass bildungsnahe Schichten über bessere Kenntnis um Hilfsangeboten in Fragen psychischer Gesundheit verfügen oder dass sie ihr Sexualverhalten stärker reflektieren und sich so eher mit ZSVS identifizieren. Eine weitere Erklärung ist, dass Akademiker*innen eventuell eher geneigt sind an wissenschaftlichen Studien teilzunehmen.

Religion: Der Anteil römisch-katholischer und evangelischer Personen ist in der Stichprobe höher als in der Allgemeinbevölkerung (evangelisch: 34,33% gegenüber 27,1%, katholisch: 31,34% gegenüber 28,92%) (Statistisches Bundesamt 2017b). Der Anteil konfessionsloser Menschen war unter den Teilnehmenden der Selbsthilfegruppen mit 19,4% vergleichsweise gering (33,06% in der Gesamtbevölkerung) (Bundeszentrale für politische Bildung 2012). Ein Zusammenhang zwischen Religiosität und der Überzeugung, von ZSVS betroffen zu sein, wurde unter anderem von Kargara et al. (2016), Wilt et al. (2016) und Grubbs et al. (2015) beschrieben, wobei in letzterer Veröffentlichung eine Mediation des Zusammenhangs durch moralische Missbilligung sexueller Verhaltensweisen festgestellt wird.

Beziehungsstatus: Laut einer Umfrage von Parship und ElitePartner mit 11,988 Befragten waren 2017 32% der deutschen Bevölkerung Single (23,88% in den Selbsthilfegruppen), 22% unverheiratet aber in Beziehungen (31,34% in den Selbsthilfegruppen) und 46% verheiratet (43,28% in den Selbsthilfegruppen) (Parship.de 2018). Verglichen mit der Gesamtbevölkerung entspricht dies also einem relativ hohen Anteil unverheiratet in Beziehungen lebender Menschen und einem relativ geringen Anteil Alleinstehender in der hiesigen Studie. Interessant ist, dass für Personen in Abhängigkeit von ihrem sozialen Kontext unterschiedliche sexuelle Normen gelten (u. a. diskutiert in Roth 2007). Der Beziehungsstatus spielt hierbei eine entscheidende Rolle, sodass liierte und verheiratete Personen viel eher Gefahr laufen, in Konflikt mit den an sie gestellten Anforderungen zu geraten und so zu der Überzeugung zu gelangen, ihre Sexualität sei ausschweifend oder sogar krankhaft. Die Ergebnisse der Gesamtstichprobe sprechen also gegen die Annahme, ZSVS-Betroffene würden seltener monogame Beziehungen aufrechterhalten (Walton et al. 2017).

Erfahrungen mit Hilfsangeboten: Von allen Hilfsangeboten erzielten die Selbsthilfegruppen mit Abstand die höchste Zufriedenheit, wobei die Stichprobe dadurch, dass nur Personen, die sich in den Gruppen engagieren, befragt worden sind, in Bezug auf diese Fragestellung nur eingeschränkt repräsentativ ist. Bedenklich ist die geringe Zufriedenheit mit professionellen Hilfsangeboten. So schnitten psychiatrische Einrichtungen klar am schlechtesten ab und sowohl psychologische Berater*innen als auch Seelsorger*innen wurden besser bewertet als Psychotherapeut*innen. Als spezifischer Einflussfaktor kommt in Frage, dass die Diagnose ZSVS in der Fachwelt bisher nicht einhellig anerkannt war und auch weiterhin umstritten ist, sodass sich die Teilnehmenden in dieser Hinsicht eventuell missverstanden fühlten während bei Therapeut*innen in Ermangelung klarer Richtlinien eventuell eine gewisse Unkenntnis oder Unsicherheit bestand.

Die Auswertung der offenen Frage über die Wünsche der Teilnehmenden für die zukünftige Versorgung Betroffener zeigt deutlich, dass gewünscht wird, dass die Diagnose ZSVS offiziell anerkannt wird, dass professionelle Hilfsangebote ihre Kompetenzen im Bereich ZSVS verbessern, dass Betroffene zügig auf Selbsthilfegruppen verwiesen werden, dass Betroffene in Zukunft nicht länger stigmatisiert und ihre Probleme ernst genommen werden und dass das öffentliche Bewusstsein um ZSVS gesteigert wird. Zudem spiegeln einige der Antworten den Wunsch nach der Anerkennung des eigenen Narratives wider. Diese Teilnehmenden wünschten sich unter anderem von ihren Therapeut*innen, dass ihre Probleme konkret im Sinne impulsiven sexuellen Verhaltens verstanden werden sollten und nicht etwa als normal oder Symptom einer anderen Störung. Gegebenenfalls kann in diesen Ergebnissen ein Anhaltspunkt dafür gesehen werden, dass einige Teilnehmende der Meinung waren, Betroffene seien in den Selbsthilfegruppen am besten aufgehoben, während andere vor allem eine Verbesserung der professionellen Hilfsangebote wünschten.

Lebenszufriedenheit: Der Mittelwert der hiesigen Stichprobe ist vergleichbar mit den Werten von Patienten mit chronischen Schmerzen oder Krebs (Henrich und Herschbach 2000), was

als eindruckliche Evidenz dafür gesehen werden kann, wie stark sich die Betroffenen beeinträchtigt fühlen.

Die Ursachen der Unzufriedenheit der Befragten mit HBI-Score oberhalb des Cut-Off scheinen nach den Ergebnissen der FLZ-M in erster Linie im privaten und sozialen Bereich zu liegen, da für das schlechte Abschneiden der Subgruppe vor allem ihre geringe Bewertung in den Bereichen Freunde / Bekannte, Familie / Kinder sowie Partnerschaft / Sexualität ausschlaggebend ist. Dies könnte als Hinweis auf Einsamkeit und Probleme im zwischenmenschlichen Bereich interpretiert werden. Hierin könnte ein Grund dafür liegen, dass die Teilnehmenden die Selbsthilfegruppen so positiv einschätzen und sich in ihnen engagieren: Selbsthilfegruppen bieten nicht nur ein Gefühl von Gemeinschaft und Geborgenheit, sondern auch ein Übungsfeld für die Erprobung zwischenmenschlicher Fähigkeiten.

Zu der geringen Zufriedenheit der Teilnehmenden im Bereich Angstfreiheit ist zu sagen, dass die Angst vor der erlebten ZSVS sehr wahrscheinlich für viele Betroffene mit einem starken Gefühl von Bedrohung einhergeht. So ist bereits mehrmals auf den Zusammenhang zwischen der Überzeugung, von ZSVS betroffen zu sein und dem Leidensdruck verwiesen worden (z. B. Bradley et al. 2016). In der Fachliteratur finden sich zahlreiche Fallbeschreibungen, in denen Betroffene ihre Familie, ihre Arbeit, ihre Anerkennung oder ihre Würde verlieren (z. B. Carnes 2001; Roth 2007), was dazu beitragen könnte, dass Personen, die sich mit ZSVS identifizieren, sich in so hohem Ausmaß als bedroht erleben.

Beginn und Häufigkeit sexueller Aktivitäten: Das Durchschnittsalter für den ersten Geschlechtsverkehr von 19,76 liegt einige Jahre über dem Bevölkerungsdurchschnitt von 17,2 Jahren (Berliner Kurier 2018). Dieser Umstand widerspricht der Vorstellung, dass Personen mit ausschweifenden Sexualverhalten bereits in einem frühen Alter sexuell aktiv werden, wie es einige Quellen in der Fachliteratur nahelegen (Långström und Hanson 2006). Eine Erklärung hierfür könnte die Anwesenheit von Personen mit zwanghaften sexuellen Gedanken in der Stichprobe darstellen, die sich zwar mit dem Konzept identifizieren, aber kein ZSVS-typisches Sexualverhalten aufweisen und vielleicht in einigen Fällen sogar vor sexuellen Kontakten zurückschrecken.

Die meisten Teilnehmenden gaben an, dass sie gern mehr sexuellen Aktivitäten nachgehen würden, als sie es tatsächlich tun. Diese Diskrepanz war in der Teilstichprobe mit einem HBI-Score über dem Cut-Off deutlich höher. Die Mehrzahl dieser Teilnehmenden übte die besagten sexuellen Handlungen allerdings allein weniger als jeden zweiten Tag und mit Partner*in nicht einmal mehrmals im Monat aus und wünschten sich auch von keiner dieser Handlungen, sie täglich zu praktizieren. Im Vergleich hierzu fanden Reid et al. (2016), dass 58% ihrer Stichprobe zwei bis vier Mal wöchentlich masturbieren, 34% noch häufiger. Bei eingeschränkter Vergleichbarkeit aufgrund unterschiedlicher Techniken zur Erhebung scheinen die Ergebnisse also ähnlich zu sein.

Promiskuität und Beziehungsorientierung sexueller Kontakte: Die Teilnehmenden gaben insgesamt an, im Zusammenhang mit Sexualität wenig Nähe zulassen zu können, was insbesondere für diejenigen galt, die einen HBI-Score über dem Cut-off gehabt und sich so als verstärkt von ZSVS betroffen eingeschätzt hatten. Diese Teilnehmenden hatten zudem seltener monogame Beziehungen und mehr unverbindliche sexuelle Kontakte, was sich mit der bisherigen Literatur deckt (Walton et al. 2017). Trotz allem hatte über die Hälfte der Teilnehmenden mit einem HBI-Score über dem Cut-Off keine oder nur eine Sexualpartner*in in den letzten drei Jahren gehabt. One-Night-Stands und unverbindliche sexuelle Beziehungen praktizierten jeweils weniger als ein Drittel.

Vernachlässigung anderer Lebensbereiche, Risiken, Kosten und Gesetzesverstößen im Zusammenhang mit Sexualität: Die Personen, die einen HBI-Score oberhalb des Cut-Off gehabt hatten, gaben keine signifikant höhere Vernachlässigung anderer Lebensbereiche zugunsten ihrer Sexualität an, abgesehen von Streitigkeiten in der Partnerschaft. Dies steht im Widerspruch zu der in der Literatur vertretenen Auffassung der Problematik (z. B. Reid et al. 2011), die besagt, dass ZSVS oft mit verheerenden Folgen für die soziale, berufliche, gesundheitliche und spirituelle Zukunft der Betroffenen einhergeht (Carnes 2001; Roth 2007). Allerdings beschrieben die Teilnehmenden mit HBI-Scores über dem Cut-Off höhere Risiken und Kosten, was wiederum mit den in der Literatur vertretenen Einschätzungen übereinstimmt (Walton et al. 2017). Die Hälfte von ihnen verbrachte dennoch jeweils allenfalls zwei Stunden pro Tag mit sexuellen Verhaltensweisen und gab monatlich allenfalls 15€ für sexuelles Vergnügen aus.

Das gehäufte Auftreten von Gesetzesverstößen im Zusammenhang mit Sexualität in der Teilstichprobe mit einem HBI über dem Cut-Off ist der wohl eindrucklichste Unterschied zu den übrigen Befragten und überrascht vor dem Hintergrund der ansonsten eher milderen Ergebnisse. Allerdings steht dieses Ergebnis im Einklang zu bisherigen Untersuchungen, die Zusammenhänge zwischen ausschweifendem Sexualverhalten und sexuellen Übergriffen nachgewiesen haben (Gonsalves et al. 2015; Menassa et al. 2015). Die hohe Delinquenz in dieser Teilstichprobe ist in der hiesigen Studie mit das stärkste Argument für die Konzeptualisierung von ZSVS als Impulskontrollstörung.

Leidensdruck: Die Teilnehmenden gaben an, stark an ihrer Sexualität zu leiden und mit den Konsequenzen sowohl große Ängste als auch viel Bedauern zu verbinden.

Einstellungen zu Sexualität: Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass die Teilnehmenden zu Sexualität als gesellschaftlichem Phänomen eine tolerante und liberale Einstellung vertreten. Gleichzeitig gibt es allerdings eine starke Tendenz zu konservativ geprägten Lebensentwürfen, was eventuell damit zusammenhängt, dass sowohl im wissenschaftlichen, als auch im Laiendiskurs um ZSVS eben solche Lebensentwürfe als „gesund“ konstruiert werden (Ley 2012).

3.7.1.2 Übereinstimmung mit bisheriger Fachliteratur und Kongruenz mit dem Bild der Impulskontrollstörung

Zur Beschreibung der Patient*innenklientel der Selbsthilfegruppen lässt sich sagen, dass die Teilnehmenden im Vergleich zur Gesamtbevölkerung etwas älter (MW = 49,4 gegenüber 44,4 in der Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt 2017c)), gebildeter und häufiger männlich, christlich und in Beziehungen sind. Sie gehören damit einem Teil der Bevölkerung an, für den besonders strenge sexuelle Normen gelten (Zum Zusammenhang zwischen sexuellen Normen und sozialen Rollen siehe: Ehe / Beziehung (Roth 2007) Religiosität (Grubbs et al. 2015)). Die Ergebnisse bzgl. Bildungsgrad, Geschlechtlichkeit und Religiosität untermauern das in der Fachliteratur anzutreffende Bild.

Bezüglich der Kriterien Zufriedenheit mit Sexualität und dem Leben allgemein, Häufigkeit der Wünsche nach sexueller Aktivitäten, Häufigkeit von Selbstbefriedigung, Promiskuität und Beziehungsorientierung sexueller Kontakte, Risiken, Kosten und Gesetzesverstößen im Zusammenhang mit Sexualität sowie Leidensdruck sind die Unterschiede zwischen den Teilstichproben mit HBI-Scores über bzw. unter dem Cut-Off weitgehend mit den bisherigen Darstellungen in der Fachliteratur sowie mit dem Konzept impulsiven sexuellen Verhaltens vereinbar.

Die Mehrheit der Teilnehmenden (auch mit HBI-Scores über dem Cut-Off) wiesen in Bezug auf diese Kriterien allerdings keine ausschweifende Sexualität auf, wie sie in der bisherigen Literatur dargestellt wird. Insbesondere die Vernachlässigung anderer Lebensbereiche und die Häufigkeit sexueller Aktivitäten, außer Selbstbefriedigung und Sex ohne Geschlechtsverkehr, erbrachte in der Teilstichprobe mit HBI-Score über dem Cut-Off keine gesteigerten Werte. Dennoch bestanden in dieser Subgruppe ein höherer Leidensdruck und erhebliche Ängste bezüglich des eigenen Sexualverhaltens.

Ob das Konstrukt der Impulskontrollstörung in Bezug auf ZSVS sinnvoll ist, kann im Licht der Ergebnisse der vorliegenden Studie kontrovers diskutiert werden: In den Ergebnissen zeichnet sich eine Diskrepanz zwischen gewünschter und gelebter Ausgestaltung des sexuellen und sozialen Lebens ab, die eventuell auf eine mangelnde Kongruenz zwischen sexuellen Wünschen und Einstellungen zurückzuführen ist. Das Modell der Impulskontrollstörung versucht die Überzeugung, von ZSVS betroffen zu sein, und den damit einhergehenden Leidensdruck durch einen Konflikt zwischen gestörter Sexualität und der gewünschten Existenz zu erklären. Die Ergebnisse der Studie lassen aber daran zweifeln, dass die Teilnehmenden in der Mehrheit der Fälle tatsächlich eine ausschweifende Sexualität leben, zumal die Grenzziehung, wie in Teil 2 der Arbeit diskutiert wurde, eine naturwissenschaftlich nicht lösbare Aufgabe darstellt. Das Konzept zwanghafter sexueller Gedanken könnte ergänzend den Einfluss restriktiver Lebensentwürfe in den Fokus stellen, die im Konflikt zu sexuellen Bedürfnissen stehen und so die Identifikation mit dem Konzept ZSVS begünstigen.

3.7.2 Diskussion des hypothesentestenden Teils

3.7.2.1 Diskussion einzelner Test-Scores

FLZ: Wie zuvor bereits erwähnt, waren die Scores der Fragen zur Lebenszufriedenheit relativ gering, was als Evidenz dafür angesehen werden kann, dass die Personen, die sich mit dem Konstrukt ZSVS identifizieren einem erheblichen Leidensdruck ausgesetzt sind. Die Anspannung und Ängstlichkeit, die sich auf der gesundheitsbezogenen Skala widerspiegeln, kann als direkte Konsequenz der ZSVS gesehen werden aber insbesondere im Fall zwanghafter sexueller Gedanken kann es als Anhaltspunkt dafür gelten, wie beängstigend die Befürchtung an ZSVS zu leiden sein kann. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die erschreckenden Szenarien, die in der Selbsthilfe-Literatur beschrieben werden.

HBI: Die hohe Trennschärfe des HBI kann als Zeichen für Redundanz gelten. Tatsächlich sind einige der Items inhaltlich sehr ähnlich. Es ist nicht schwer, sich vorzustellen, dass jemand, der einmal zur Überzeugung gelangt ist, an ZSVS zu leiden, fast alle Aussagen des Tests bejahen würde. Nach den Maßstäben der Testkonstruktion wird eine solche Beschaffenheit eines psychometrischen Tests kritisch gesehen, da sie die Reliabilität eines Tests künstlich in die Höhe treibt. Außerdem erhebt das HBI keine objektifizierbaren Verhaltensweisen und ist deshalb extrem anfällig dafür vom subjektiven Erleben der Betroffenen beeinflusst zu werden (Walton et al. 2017, S. 2234). Zudem korreliert es zwar sowohl mit der objektiven als auch mit der subjektiven Messung ausschweifenden Sexualverhaltens in der hiesigen Studie, mit der subjektiven Skala aber deutlich stärker. Diese Skala misst die subjektive Überzeugung, von ZSVS betroffen zu sein, die im Rahmen des integrativen Modells als gemeinsames Merkmal von Personen mit impulsivem sexuellen Verhalten und zwanghaften sexuellen Gedanken aufgefasst wird. Aus diesen Gründen kann angenommen werden, dass das HBI ungeeignet ist, um zwischen impulsivem sexuellen Verhalten und zwanghaften sexuellen Gedanken zu unterscheiden.

Die Scores der Subskalen fielen ähnlich wie die Ergebnisse für die behandlingssuchende Stichprobe in der Publikation von Reid et al. (2011) aus. Hierin kann Evidenz dafür gesehen werden, dass die Personen, die sich an Selbsthilfegruppen im deutschsprachigen Raum beteiligen vergleichbar sind mit der Klientel, die in den USA um Behandlung für ZSVS ersucht und häufig für Studien zum Thema herangezogen wird. Die Ähnlichkeit besteht vermutlich in einem ähnlichen Konzept ihres Zustandes. Der Gesamtscore ist deutlich höher als der der gesunden Kontrollgruppe in der oben genannten Publikation.

NARQ: Die hohen Werte für externalisierende Affektregulationsstrategien können als Evidenz gesehen werden, die die Idee untermauert, dass impulsives sexuelles Verhalten zumindest in einigen der untersuchten Fälle vorliegt und dass es als Coping-Mechanismus fungieren kann. Die Skala für soziale Strategien ergab keine übermäßig niedrigen Werte. Eberle (2009) fasst externalisierende und soziale Strategien zu den unreiferen interpersonalen Strategien zusammen und grenzt sie von den reiferen intrapersonalen ab. In partiellem

Widerspruch hierzu ist eine funktionale Affektregulation aber durch eine Vielzahl flexibel einsetzbarer Strategien gekennzeichnet (Kever et al. 2015). Aufgrund der in der Literatur häufig erwähnten zwischenmenschlichen Probleme bei ZSVS (z. B. Einsamkeit (Adams und Robinson 2001)) hätte von einem Defizit im sozialen Bereich ausgegangen werden können. Eventuell wird dieses aber durch die soziale Ressource der Selbsthilfegruppe an sich ausgeglichen.

CTS: Die hohen Scores für Kindheitstraumata sind vergleichbar mit Stichproben psychiatrischer Tageskliniken oder von Patient*innen mit klinischer Depression (Grabe et al. 2012). Dieses Ergebnis kann als Evidenz dafür gesehen werden, dass eine Dynamik wie im integrativen Modell in Teil 2 beschrieben tatsächlich vorliegt. Traumatische Erfahrungen wie vom CTS gemessen werden häufig mit der Entstehung von sowohl Impulskontrollstörungen als auch Zwangsstörungen in Verbindung gebracht (Lochner et al. 2002; Linehan 2006) und können deshalb als gemeinsamer Risikofaktor von impulsivem sexuellen Verhalten und zwanghaften sexuellen Gedanken gelten.

BIS: Die Mittelwerte der Stichprobe waren höher als die in der Literatur beschriebenen Kontrollgruppe (Meule et al. 2011), was nahe legt, dass zumindest einige der Teilnehmenden eine gesteigerte Impulsivität aufweisen könnten, wie es bei ZSVS im Sinne impulsiven sexuellen Verhaltens zu vermuten ist. Dennoch kann erheblicher Zweifel am Konzept impulsiven sexuellen Verhaltens daraus abgeleitet werden, wie der BIS mit den übrigen Konstrukten korreliert, was weiter unten im Text besprochen wird.

Im Hinblick auf diese Ergebnisse wurde die Hypothese 1a bestätigt, da FLZ und NARQs im Durchschnitt niedrige Werte erbrachten, HBI aber relativ hohe. Ebenso wurde die Hypothese 1b bestätigt, soweit dies nach Ausschluss der Messungen für Zwanghaftigkeit möglich war, da BIS, CTS, NARQe und YBOCS relativ hohe Werte erbrachten.

ASVs: In der Itemanalyse unterscheiden sich die ersten drei Items von den übrigen. Die Auffälligkeiten (Geringe Streuung, hohe Item-Schwierigkeit) können leicht erklärt werden, da diese Items die Kern-Charakteristika der Überzeugung an ZSVS zu leiden, betreffen: Unfähigkeit das eigene Verhalten zu verändern, das Gefühl keine Kontrolle zu haben und die Angst vor möglichen Konsequenzen. Diese hängen deutlich stärker von der inneren Überzeugung ab, als einige der anderen Items der Skala (z. B. „Tagträume über Sex lenken mich von wichtigen Aufgaben ab.“). Trotz dieser ungünstigen Werte in der Itemanalyse wurden die ersten drei Items beibehalten, da sie das Konstrukt gut repräsentieren. Die suboptimalen Werte für die Kurtosis weisen darauf hin, dass die Skala überarbeitet werden sollte, bevor man sie für Strukturgleichungsmodelle einsetzt. Trotzdem war die Reliabilität insgesamt sehr zufriedenstellend für eine so kurze Skala (Cronbachs alpha = 0,86).

Kindh.: Die Itemanalyse erbrachte ausreichend gute Werte für die Zwecke dieser Studie (Cronbachs alpha, Itemschwierigkeit und Trennschärfe fielen alle befriedigend aus). Die Skala kann nicht in Strukturgleichungsmodellen eingesetzt werden, insbesondere wegen der ungenügenden Werte für die Kurtosis.

EzS: Die Item-Analyse der Fragen zu Einstellungen zu Sexualität war tatsächlich problematisch. Die Ergebnisse legen nahe, dass die Einstellung der Sexualität kein einheitliches Konstrukt darstellt, sodass Einstellungen zu Sexualität in der Gesellschaft einerseits und im eigenen Privatleben andererseits weitgehend unabhängig voneinander ausgeprägt sind. Überraschender Weise stimmen die Einstellungen in beiden Bereichen nicht überein, da viele Teilnehmende sehr liberale Einstellung hinsichtlich Sexualität auf gesellschaftlicher Ebene zeigten, aber sehr restriktive Einstellungen äußerten, wenn es um ihr eigenes Privatleben ging. Des Weiteren war die Skala darauf ausgelegt, die in der Literatur beschriebenen restriktiven Einstellungen zu identifizieren und ist wahrscheinlich ungeeignet, um ein nuanciertes Abbild eines breiten Spektrums differenzierter Einstellungen wider zu geben. Hierin bestehen vermutlich die Gründe dafür, dass die Itemanalyse keine besseren Werte erbrachte, obwohl Cronbachs alpha relativ hoch ausfiel.

3.7.2.2 Korrelationen

Bevor die Korrelationen zwischen den zuvor erörterten Skalen im Detail betrachtet werden, ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass die meisten der Scores nicht signifikant miteinander korrelierten, obwohl die Literatur Zusammenhänge zwischen den Konstrukten nahelegt. Hierfür kommen unterschiedliche Erklärungsansätze in Frage. Erstens ist es möglich, dass obwohl z. B. eine strenge Erziehung oder restriktive Einstellungen häufig in z. B. Gesprächen mit Betroffenen zur Geltung kommen, die Tests eventuell nicht sensitiv genug sind, sie nachzuweisen. Zweitens, obwohl in der Literatur immer wieder dasselbe stereotypische Bild von den Betroffenen gezeichnet wird, ist bereits argumentiert worden, dass es sehr unterschiedliche Gründe geben kann, aus denen sich Personen mit ZSVS identifizieren und dass sie deshalb darüber hinaus nicht unbedingt gemeinsame Charakteristika aufweisen (Levine 2010). Dies würde bedeuten, dass die Zusammenhänge nicht anhand der Korrelationen nachgewiesen werden können sondern mit einer Clusteranalyse, die jedoch eine deutlich größere Stichprobe erfordert. Drittens wäre es möglich, dass viele der Personen, die an Selbsthilfegruppen teilnehmen, überhaupt nicht an einer gemeinsamen Störung leiden. Stattdessen könnte es sein, dass sie aus den unterschiedlichsten Gründen glauben, die Hilfe dieser Gruppen zu brauchen. Solche Gründe könnten zum Beispiel sein, dass sie ihre Sexualität nicht annehmen können, dass ihnen andere Erklärungen für emotionale Anspannung fehlen (oder sie diese nicht akzeptieren möchten) oder dass sie einfach eine Gemeinschaft von Menschen suchen, denen sie sich mitteilen können.

Das HBI war sowohl mit ASVo als auch insbesondere mit ASVs korreliert und diese Korrelationen waren höher als die der beiden ASV-Skalen untereinander. Daraus kann geschlossen werden, dass das mit ZSVS-assoziiertes Verhalten als auch die subjektive Wahrnehmung der Symptomatik zwei unterschiedliche Dinge sind, die zwar zusammenhängen aber dennoch nicht ineinander fallen. Das HBI scheint dabei mit letzterem in einem engeren Zusammenhang zu stehen, auch wenn beide Konstrukte den Score direkt

oder indirekt beeinflussen. Die Ergebnisse untermauern die Vermutung, dass es sich beim HBI um ein sehr subjektives Messinstrument handelt (Walton et al. 2017).

Weder das HBI noch ASVo und ASVs korrelierten signifikant mit der BIS. Deshalb mussten auch in Anbetracht des Ausschlusses der YBOCS die Hypothesen 2a und 2c zurückgewiesen werden. Diese Studie gehört also zu der Minderheit an Untersuchungen, die keinen Zusammenhang zwischen Hypersexualität und Impulsivität messen konnten (Gola und Potenza 2018), wobei die Komplexität dieses Zusammenhanges ausführlich von Reid et al. (2015) diskutiert worden ist.

Des Weiteren korrelierten sowohl HBI als auch NARQs negativ mit FLZa und das HBI auch mit NARQs. Dennoch bewahrheiteten sich keine der übrigen Vorhersagen aus Hypothese 2b einschließlich der positiven Korrelation mit Kindh., EzS, CTS und NARQe, sodass auch diese Hypothese zurückgewiesen wurde.

In ähnlicher Form korrelierte ASVo zwar negativ mit NARQs und positiv mit NARQe, erbrachte aber keine signifikanten Korrelationen mit Kindh, CTS, FLZa und EzS, sodass die Hypothese 2d ebenfalls zurückgewiesen wurde. Das Fehlen signifikanter Korrelationen ist insofern besonders interessant, da es Zweifel daran aufwirft, dass die Verhaltensweisen, die mit ZSVS assoziiert werden, sich tatsächlich als Impulskontrollstörung konzeptualisieren lassen. Wenn das Bild, das in der Fachliteratur von den Betroffenen gezeichnet wird, sich tatsächlich auf die Personen anwenden ließe, die sich mit dem Konzept identifizieren, wäre es äußerst überraschend, dass diejenigen Teilnehmenden, die diese Verhaltensweisen zeigen, keine der Charakteristika in höherem Maße aufwiesen, die ihnen in der Literatur nachgesagt werden wie z. B. Unzufriedenheit mit ihrem Leben, strenge Erziehung, Kindheitstrauma oder restriktive Einstellungen zu Sexualität. ASVo korrelierte positiv mit externalisierenden Affektregulationsstrategien und negativ mit sozialen Strategien, was die Idee untermauert, dass Sexualität als externalisierender Mechanismus der Affektregulation verstanden werden kann und dass Menschen, die auf bestimmte externalisierende Strategien zurückgreifen auch zu anderen, ähnlichen Strategien tendieren, was eventuell in einem Mangel an funktionaleren Alternativen begründet liegt. ASVo mit dem Fokus auf objektiven Verhaltensweisen scheint besser geeignet zu sein, dies nachzuweisen, als der Gesamtscore des HBI, obwohl letzteres eine spezifische Subskala für Coping hat, die ebenfalls signifikant mit externalisierenden Affektregulationsstrategien korreliert. Das Fehlen sozialer Affektregulationsstrategien bei Personen mit hohen Scores für ASVo könnte erklären, warum die Teilnehmenden eine so positive Einstellung zu den Selbsthilfegruppen haben.

Es scheint allerdings so zu sein, dass das HBI und ASVs mit ihrem Fokus auf dem subjektiven Erleben besser dazu geeignet sind, vorherzusagen, wie das Leiden im Zusammenhang mit ZSVS sich auf die Lebenszufriedenheit auswirkt. ASVs als Indikator für die subjektive Wahrnehmung der Betroffenheit von ZSVS hatte die stärkste Korrelation mit FLZa überhaupt, also höher als die des HBI. Die Fragen zur Lebenszufriedenheit waren mit keiner der übrigen Skalen korreliert, einschließlich ASVo. Dies kann als Hinweis darauf

gesehen werden, dass zumindest in einigen Fällen die Überzeugung, an ZSVS zu leiden (und die Angst vor den in der Literatur beschriebenen Konsequenzen) einen stärkeren Leidensdruck ausmachen, als die eigentlichen Verhaltensweisen und tatsächlichen Konsequenzen, die in ASVo erfragt wurden (vgl. Bradley et al. 2016). Hieraus ließe sich schließen, dass zumindest in einigen Fällen das Konzept zwanghafter sexueller Gedanken nützlicher sein könnte als der klassische Ansatz impulsiven sexuellen Verhaltens.

Die BIS war positiv mit den ZSVS-typischen Kindheitserlebnissen korreliert sowie mit dem CTS und NARQe. Die Korrelationen mit FLZa und NARQs waren jedoch nicht signifikant, sodass die Hypothese 3a abgelehnt werden musste. Die Korrelation mit den beiden Skalen zur Kindheit unterstreichen die Rolle der Kindheit bei der Entwicklung von Impulskontrollstörungen (Adams und Robinson 2001). Der Zusammenhang mit externalisierenden Affektregulationsstrategien ist ebenfalls sehr intuitiv. Viele der externalisierenden Strategien wie selbstverletzendes Verhalten oder Alkoholabusus werden häufig als impulsiv bezeichnet und sind mit Impulskontrollstörungen wie zum Beispiel der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung assoziiert (Linehan 2006).

Es bestand ein signifikanter positiver Zusammenhang der Skala zu Einstellungen zu Sexualität mit dem CTS und Kindh. Die beiden waren untereinander nicht signifikant korreliert. Hierin kann Evidenz dafür gesehen werden, dass ein offenes und sicheres Aufwachsen relevant ist für die Entwicklung von Toleranz gegenüber sexuellen Minderheiten und einer akzeptierenden, selbstbewussten Einstellung zur eigenen Sexualität.

Da die Daten zu Zwanghaftigkeit nicht ausgewertet werden konnten, kann die Hypothese 3b nicht bewertet werden.

3.7.3 Limitationen und Ausblick:

Es gibt zwei zentrale Limitationen in der Interpretation der Ergebnisse der Studie: das Problem der verschiedenen Grade an Abstinenz unter den Teilnehmenden und das Problem, dass die Tests auf Zwanghaftigkeit von den Teilnehmenden missverstanden worden waren.

Innerhalb der Gemeinschaft deutschsprachiger Selbsthilfegruppen herrscht die Überzeugung vor, dass ausschweifendes Sexualverhalten im sehr wörtlichen Sinne eine (Verhaltens-)Sucht konstituiert, von der man abstinent werden kann, was bedeutet, nur noch „gesunde“ sexuelle Verhaltensweisen zu leben. Wie in Teil 1 erwähnt wurde, ist eine solche „gesunde“ Sexualität im Diskurs nicht einheitlich definiert (vgl. Ley 2012, S. 61; Efrati und Gola 2019). Einige Personen haben auf den Fragebögen vermerkt, dass sie einzelne Teile des Fragebogens so ausgefüllt hatten, wie sie es vor ihrer Abstinenz getan hätten. Diese Fälle (insgesamt 16) mussten dementsprechend bei Vergleichen verschiedener Items außer Acht gelassen werden. Das heißt, dass sie z. B. in der Beschreibung der einzelnen Scores berücksichtigt werden konnten aber nicht in der Berechnung der Korrelationen.

Das integrative Modell aus Teil 2 unterscheidet impulsives sexuelles Verhalten, das als Impulskontrollstörung aufgefasst wird und zwanghafte sexuelle Gedanken, die vergleichbar sind mit Zwangsstörungen oder zwanghafter Persönlichkeitsstörung. Die Idee ist, dass beide dazu führen können, dass sich eine Person mit ZSVS identifiziert. Tests für Zwangsstörungen wie die YBOCS messen Zwangshandlungen und -gedanken. Zwangsgedanken sind für gewöhnlich aversiv, beängstigend oder verstörend und Zwangshandlungen sind protektiver Natur z. B. Waschen, Putzen und Kontrollieren (Salkovskis et al. 1997). Es ist wichtig zu betonen, dass im Falle zwanghafter sexueller Gedanken im Sinne des integrativen Modells die Zwangsgedanken mit sexuellen Dingen befasst sind aber als beängstigend erlebt werden. Die Zwangshandlungen, falls vorhanden, sollten diesen Gedanken entgegenwirken. Einige Möglichkeiten wären sich zu waschen, zu beten, sich seinen Beschluss sein Verhalten zu ändern in ritualisierter Form vor Augen zu führen und so weiter. Zwangshandlungen in diesem Sinne schließen keine sexuellen Handlungen an sich ein. Dies wurde den Teilnehmenden in zwei kurzen Texten erklärt, die den Fragen zu Zwanghaftigkeit vorangestellt waren (siehe Methodenteil). Zu Beginn der YBOCS gibt es zwei offene Items, in denen dazu angehalten wird, eigene Zwangshandlungen und -gedanken aufzulisten. An dieser Stelle listeten die meisten Teilnehmenden sexuelle Praktiken auf, was zeigte, dass sie nicht verstanden hatten, was mit den Fragen gemeint war. Dies ist eine erhebliche Limitation der Studie, da ein zentrales Ziel gewesen war, zu überprüfen, ob unter den Teilnehmenden der deutschsprachigen Selbsthilfegruppen sowohl impulsives sexuelles Verhalten als auch zwanghafte sexuelle Gedanken vorkämen. Letztere hätten mittels des YBOCS getestet werden sollen. In der Folge musste sich in der Analyse darauf beschränkt werden, zu prüfen, ob die Ergebnisse das Konzept impulsiven sexuellen Verhaltens untermauern und ob dieses Konzept dazu ausreicht, die Ergebnisse zu erklären. YBOCS, YBOCS-SC und OCI wurden nicht in die Auswertung aufgenommen. Es kann davon ausgegangen werden, dass das Konzept zwanghafter sexueller Gedanken, das im Widerspruch zum herkömmlichen Narrativ über ZSVS steht, nicht spontan von den Teilnehmenden übernommen und reflektiert auf ihre eigene Erfahrung angewandt werden konnte. Im Hinblick darauf kann in Zweifel gestellt werden, ob es eine günstige Entscheidung gewesen ist, die YBOCS als Messung einzusetzen. Grundsätzlich liegt Evidenz dafür vor, dass der Fragebogen für den Einsatz außerhalb des Interview-Settings (z. B. computergestützt) geeignet ist (Rosenfeld et al. 1992). Allerdings sind zwanghafte sexuelle Gedanken im integrativen Modell auch nicht unbedingt als Zwangsstörung im Sinne des ICD-10 gedacht sondern eher allgemein als zwanghaftes Geschehen. Insbesondere ist dabei zu bedenken, dass ZSVS-Betroffene ihre Bedenken als ich-synton erleben, was bei Zwangsstörungen im engeren Sinne selten der Fall ist, aber z. B. bei zwanghaften Persönlichkeitsstörungen, die z. T. als Subtyp der Zwangsstörungen konzeptualisiert werden (Coles et al. 2008). In einigen Studien liegt ein relativ hoher Anteil von Fällen mit Zwangsstörungen als Komorbidität vor (Mataix-Cols et al. 2000) und Böthe et al. (2019) konnten zudem das Vorliegen einer zwanghaften Persönlichkeitsstörungen bei einigen

ZSVS-Betroffenen nachweisen. Ein Messinstrument für Zwanghaftigkeit als Persönlichkeitsmerkmal wäre eine bessere Entsprechung für die Messung von Impulsivität in dieser Studie gewesen und hätte eine Tendenz zu zwanghaften sexuellen Gedanken wahrscheinlich besser abgebildet.

Ebenfalls aus der Auswertung ausgeschlossen wurde die intersubjektive Skala zu ausschweifendem Sexualverhalten (ASVi), die mit ihren drei Items zu kurz war, um ausreichend gute psychometrische Werte zu erbringen. Die einzelnen Skalen zu ausschweifendem Sexualverhalten waren aus bereits zuvor selektierten Items erstellt worden, von denen nur drei in die intersubjektive Kategorie fielen. Der Einfluss des Umfeldes auf die Überzeugung an ZSVS zu leiden wäre ein interessanter Gegenstand zukünftiger Forschung.

Weitere Limitationen sind, dass das HBI und einige Items aus EzS unvalidierte Übersetzungen sind, dass viele der Items entwickelt worden sind, um sie im Kontext umfassenderer Fragebögen zu verwenden und dass die Items, die dem FSEV von Ahlers et al. (2004) entnommen worden waren für ein Interview-Setting konzipiert worden waren. Die zukünftige Entwicklung weiterer wissenschaftlich fundierter Fragebögen und Übersetzungen, insbesondere im Bereich der Sexualwissenschaften, erscheint vor diesem Hintergrund wünschenswert. Die fehlenden Korrelationen zwischen den meisten der Scores können einerseits die theoretischen Annahmen aus der Fachliteratur in Frage stellen, andererseits aber auch Zweifel daran aufwerfen, ob die verwendeten Tests tatsächlich geeignet waren.

In der Studie wurden vollständig standardisierte Fragebögen mit wenig offenen Fragen eingesetzt, was die Limitation mit sich bringt, dass die Ergebnisse aus dem Kontext individueller Narrative und Deutungsmuster herausgelöst und somit schwer zu interpretieren sind. Durch die Standardisierung konnte allerdings eine möglichst große und damit repräsentativere Stichprobe aus Teilnehmenden der Selbsthilfegruppen befragt werden.

Die Thematik ZSVS bringt für jedes Forschungsvorhaben eine Reihe von Herausforderungen mit sich, da viele Aspekte der Problematik schambesetzt sind. Wichtig ist auch, dass Teilnehmende der Selbsthilfegruppen sich in der Regel mit dem dort anzutreffenden Deutungsmuster der Impulskontrollstörung identifizieren und dementsprechend ihre Wahrnehmung ausrichten. Die Beeinflussung der eigenen Wahrnehmung und Interpretation durch die Tendenz, vorbestehende Überzeugungen zu bestätigen und zu schützen, wird mit dem Konzept des Confirmation-Bias beschrieben. Eine solche Verzerrung könnte dazu geführt haben, dass Teilnehmende die Fragen tendenziell eher im Sinne des Konzeptes einer Impulskontrollstörung beantwortet haben.

Eine Verzerrung der Ergebnisse ist an einigen Stellen aufgrund spezifischer Probleme denkbar. In der Auswertung wurde deutlich, dass die Teilnehmenden offensichtlich Schwierigkeiten hatten, sich bezüglich ihrer Geschlechtlichkeit anhand von Likert-Skalen zu verorten. Sich nicht klar als Mann/Frau bzw. homo-/heterosexuell identifizieren zu können,

schien für Verwirrung zu sorgen. Weiterhin ist zu beachten, dass Akademiker*innen eventuell eher geneigt waren, an der Studie teilzunehmen, und deshalb überwiegend hohe Ausbildungsabschlüsse verzeichnet wurden. Zur Zufriedenheit mit den Hilfsangeboten ist zu sagen, dass Menschen, die unzufrieden mit den Selbsthilfegruppen sind, vielleicht nicht langfristig teilnehmen und daher nicht von der Studie erfasst worden sind.

Weitere Forschung sollte also zum einen versuchen, die Verfügbarkeit validierter Items und Fragebögen im Bereich der Sexualwissenschaften zu verbessern. Darüber hinaus ist weitere, gegebenenfalls auch qualitative, Forschung nötig, um die vielfältigen Gründe zu beleuchten, aus denen Menschen zu der Überzeugung gelangen können, von ZSVS betroffen zu sein.

3.8 Zusammenfassung aus der Göttinger Studie zu Sexualität und Sucht

Das als Zielkriterium 1 formulierte Vorhaben, im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten eine möglichst repräsentative Stichprobe von mindestens 50 Teilnehmenden aus unterschiedlichen Teilen Deutschlands zu befragen, kann unter dem Vorbehalt, dass im endgültigen Vorgehen die Herkunft der Teilnehmenden nicht nachvollzogen werden konnte, als erfüllt angesehen werden. Mit der bereits erläuterten Einschränkung des Ausschlusses der Daten zu Zwanghaftigkeit aus der Auswertung ist auch das zweite Zielkriterium erreicht worden, das besagt, dass Daten zu soziodemographischem Hintergrund, Versorgungssituation, Wünschen für die zukünftige Versorgung, Leidensdruck, sexuellen Aktivitäten sowie Impulsivität und Zuwanhaftigkeit der Betroffenen erhoben werden sollten. Das Zielkriterium drei, dass die wesentlichen Konstrukte des in Teil zwei vorgestellten Modells operationalisiert und gemessen werden sollten, unterliegt derselben Einschränkung, wurde aber insgesamt erreicht. Das vierte Zielkriterium, anhand dieser Daten das integrative Modell durch eine konfirmatorische Faktorenanalyse zu überprüfen, musste wie oben erwähnt in seiner ursprünglichen Form fallen gelassen werden, da der erhobene Datensatz den Anforderungen an eine Faktorenanalyse nicht entspricht. Stattdessen wurden die entsprechenden Zusammenhänge mittels Korrelationen untersucht, was durchaus gelungen ist.

Im Rahmen der Studie ist es uns gelungen, aktuelle empirische Erkenntnisse über die Beschaffenheit der Klientel der deutschsprachigen Selbsthilfegruppen zum Thema ZSVS zu gewinnen und so die häufig bemängelte Datenlage zu verbessern.

Ein erheblicher Leidensdruck war in der Stichprobe eindeutig nachweisbar. Aus den Ergebnissen gehen mehrere Anhaltspunkte für die Verbesserung der Hilfsangebote hervor. Insbesondere wird die Herausforderung deutlich, dass Menschen, die überzeugt sind, von ZSVS betroffen zu sein, sich wünschen, mit ihrem Verständnis der Problematik akzeptiert zu werden, auch wenn dieses weiterhin Gegenstand wissenschaftlicher Kontroverse bleibt.

Die Bedeutung dieser Ergebnisse wird vor allem vor dem Hintergrund des Mangels an empirischen Daten deutlich, der den Diskurs um ZSVS in Deutschland allgemein und um Selbsthilfegruppen für Betroffene im Speziellen prägt. Die explorative Auswertung der in der Studie erhobenen Daten hat somit eine differenziertere Betrachtung des Forschungsgegenstandes möglich gemacht und stellt trotz der unumgänglichen Limitationen der Forschung an einem so schwierigen Thema einen wichtigen Beitrag zur bisherigen Literatur dar.

Die Implikationen der Ergebnisse für die Anwendbarkeit des Konzeptes der Impulskontrollstörung sind komplex. Die Teilnehmenden scheinen tatsächlich unzufrieden mit ihrem Sexual- und Sozialleben zu sein. Es kann jedoch bezweifelt werden, ob die Sexualität der Teilnehmenden sich tatsächlich gemeinhin als ausschweifend beschreiben lässt, insbesondere, da Teil 1 und 2 der Arbeit gezeigt haben, dass eine solche Einschätzung die Grenzen naturwissenschaftlicher Forschung überschreitet. Einige der gemessenen Konstrukte, die in der Literatur mit ZSVS in Zusammenhang gebracht werden, erbrachten zwar tatsächlich überdurchschnittlich hohe Werte (HBI, BIS, CTS, NARQe), allerdings warfen die untersuchten Korrelationen Zweifel daran auf, ob die Scores in einer Form im Zusammenhang stehen, wie es mit den in der Literatur vorgeschlagenen Modellen vereinbar wäre. Aus der Gesamtschau der Ergebnisse kann also geschlossen werden, dass sich zwar ein gewisser Grad an Evidenz dafür findet, dass etwas wie impulsives sexuelles Verhalten zumindest bei einem Teil der Stichprobe vorliegt, dass das Konzept aber unzureichend ist um die Gesamtheit der Ergebnisse zu erklären. Es ist bereits vorgeschlagen worden, dass möglicherweise mehrere Subtypen von ZSVS existieren (Levine 2010). Im Lichte der Ergebnisse dieser Studie kann noch weiter gegangen und die Vermutung geäußert werden, dass Menschen vielleicht ganz unterschiedliche Gründe haben, sich mit dem Konzept zu identifizieren und dass es durchaus zweifelhaft ist, ob überhaupt eine kohärente Störung vorliegt. Die zuvor beschriebene Dynamik zwanghafter sexueller Gedanken könnte in vielen dieser Fälle eine Rolle spielen.

4 Zusammenfassung

In Teil 1 der Arbeit ist gezeigt worden, wie verschiedene Strategien darauf hinwirken, ZSVS als Gegenstand wissenschaftlicher Diskurse zu etablieren und dass, absichtlich oder unabsichtlich, die gegenwärtigen Konzepte von spezifischen moralischen Positionen geformt worden sind. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass die Forschung auf Grundlage des Konzeptes ZSVS ihren Anspruch auf wissenschaftliche Objektivität und universelle Anwendbarkeit verfehlt. Durch die Untersuchung dieser Dynamiken ist ein Beitrag zu einem besseren Verständnis der Verschränkung zwischen den mit ZSVS assoziierten Symptomen und der Sexualmoral der Patient*innen und ihres Umfeldes geleistet worden.

In Teil 2 ist ein theoretisches Modell eingeführt worden, das die Reflektion des normativen Unterbaus des Konzeptes ZSVS ermöglicht und das Konzept über ein großes Spektrum moralischer Positionen hinweg anwendbar macht, indem die Störung als Kontinuum zwischen den Polen impulsiven sexuellen Verhaltens und zwanghafter sexueller Gedanken aufgefasst wird. Dadurch kann das schwierige Verhältnis der ZSVS zu den herkömmlichen nosologischen Kategorien verstanden und soweit möglich eine Verortung der Störung vorgenommen werden.

Teil 3 hat gemischte Ergebnisse erbracht. Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass die Klientel deutschsprachiger Selbsthilfegruppen in Bezug auf viele relevante Merkmale untersucht und beschrieben werden konnte. Somit ist ein Beitrag dazu geleistet worden, die Datenlage um ZSVS zu verbessern. Ob unter den Teilnehmenden eine Störung vorliegt, die den bisherigen Beschreibungen von ZSVS entspricht, kann im Hinblick auf die Ergebnisse allerdings kontrovers diskutiert werden. Es gibt in den Ergebnissen Anhaltspunkte dafür, dass eine Impulskontrollstörung zumindest bei einigen Teilnehmenden eine Rolle spielen könnte. Allerdings reicht das Konzept nicht aus, um die Ergebnisse erschöpfend zu erklären, sodass eine Dynamik wie die, die in Teil 2 der Arbeit als zwanghafte sexuelle Gedanken beschrieben wurde, eine nützliche Ergänzung darstellen könnte.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass obwohl das ICD-11 die Diagnose ZSVS sehr wahrscheinlich akzeptieren wird, ein kritischer Blick auf das Konzept in seinem soziohistorischen Kontext und die Berücksichtigung des normativen Hintergrundes in jedem individuellen Fall wichtig bleibt, um die Komplexität der Gründe zu verstehen, aus denen sich Menschen mit dem Konzept identifizieren, und um den fragilen Raum sexueller Freiheit zu schützen, den wir als Gesellschaft geschaffen haben.

Literaturverzeichnis

- Abramowitz JS, Deacon BJ (2006): Psychometric properties and construct validity of the Obsessive-Compulsive Inventory - Revised: Replication and extension with a clinical sample. *Anxiety Disord* 20, 1016–1035
- Adams KM, Robinson DW (2001): Shame Reduction, Affect Regulation, and Sexual Boundary Development: Essential Building Blocks of Sexual Addiction Treatment. *Sex Addict Compulsivity* 8, 23–44
- Adorno TW: Studien zum autoritären Charakter. 2. Auflage; Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1976
- Ahlers CJ, Schaefer GA, Beier KM (2004): Erhebungsinstrumente in der klinischen Sexualforschung und der sexualmedizinischen Praxis - Ein Überblick über die Fragebogenentwicklung in Sexualwissenschaft und Sexualmedizin. *Sexuologie* 11, 74–97
- Allen A, King A, Hollander E (2003): Obsessive-compulsive spectrum disorders. *Dialogues Clin Neurosci* 5, 259–271
- Altemeyer B: The Authoritarians. o. Verl., o. O. 2007
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5. American Psychiatric Publishing, Washington 2013
- Anonyme Sexsüchtige Deutschland (2018): Die Lösung. <https://anonyme-sexsuechtige.de/die-loesung-2.html>; Zugriff am 10.06.2019
- Bancroft J, Vucadinovic Z (2004): Sexual Addiction, Sexual Compulsivity, Sexual Impulsivity, or What? Toward a Theoretical Model. *J Sex Res* 41, 225–234
- Barth RJ, Kinder BN (1987): The Mislabeled of Sexual Impulsivity. *J Sex Marital Ther* 13, 15–23
- Berliner Kurier (2018): Sex-Statistik So alt sind die Deutschen bei ihrem ersten Mal. <https://www.berliner-kurier.de/ratgeber/gesundheit/sex-statistik-so-alt-sind-die-deutschen-bei-ihrem-ersten-mal-26930614>; Zugriff am 28.10.2017
- Bopp J: Antipsychiatrie: Theorien, Therapien, Politik. 2. Auflage; Syndikat, Frankfurt a. M. 1980
- Bóthe B, Tóth-Király I, Potenza MN, Griffiths MD, Orosz G, Demetrovics Z (2019): Revisiting the Role of Impulsivity and Compulsivity in Problematic Sexual Behaviors. *J Sex Res* 56, 166–179
- Bradley DF, Grubbs JB, Uzdavines A, Exline JJ, Pargament KE (2016): Pornography among Religious Believers and Nonbelievers. *Sex Addict Compulsivity* 23, 225–243
- Briken P, Basdekis-Jozsa R (2010): Sexuelle Sucht? Wenn sexuelles Verhalten außer Kontrolle gerät. *Bundesgesundheitsblatt | Gesundheitsforschung | Gesundheitsschutz* 53, 313–318
- Brooks R: Looking for Mr. Goodbar. Paramount Pictures, Los Angeles 1977

-
- Bundeszentrale für politische Bildung (2012): Religionszugehörigkeit. <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/145148/religionszugehoerigkeit>; Zugriff am 28.10.2017
- Buntebart E: Welche Paare sind glücklicher? Online-Fragebogenstudie zur Untersuchung von Paarzufriedenheit und Paarerfolg bei langjährigen Partnerschaften: ein Vergleich von Online und Offline Paaren. Med. Diss. Duisburg / Essen 2015
- Buss DM, Craik KH (1983): The Act Frequency Approach to Personality. *Psychol Rev* 90, 105–126
- Cacchioni T, Tiefer L (2012): Why Medicalization? Introduction to the Special Issue on the Medicalization of Sex. *J Sex Res* 49, 307–310
- Carnes P: *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction*. 3. Auflage; Hazelden Publishing, Center City 2001
- Chumakov EM, Petrova NN, Kraus SV (2019): Compulsive Sexual Behavior in HIV-Infected Men in a Community Based Sample, Russia. *Sex Addict Compulsivity* 26, 164-175
- Clarkson J, Kopaczewski S (2013): Pornography Addiction and the Medicalization of Free Speech. *J Commun Inq* 37, 128–148
- Coleman E (1986): Sexual Compulsion vs. Sexual Addiction: The Debate Continues. *Siccus Rep* 14, 7–11
- Coles ME, Pinto A, Mancebo MC, Rasmussen SA, Eisen JL (2008): OCD with comorbid OCPD: A subtype of OCD? *J Psychiatr Res* 42, 289–296
- Davidson JK, Moore NB, Earle JR, Davis R (2008): Sexual attitudes and behavior at four universities: do region, race, and/or religion matter? *Adolescence* 43, 189-220
- DeBlock A, Adriaens PR (2013): Pathologizing Sexual Deviance: A History. *J Sex Res* 50, 276–298
- Duffy A, Dawson DL, Moghaddam NG, Nair R (2019): Do thinking styles play a role in whether people pathologise their pornography use? *Sex Relation Ther* 34, 87-108
- Eberle N: Negative Affect Repair Questionnaire (NARQ): Development and validation of an instrument assessing negative affect regulation strategies. Med. Diss. Aachen 2009
- Efrati Y, Gola M (2018): Compulsive sexual behavior: A twelve-step therapeutic approach. *J Behav Addict* 7, 445–453
- Efrati Y, Shukron O, Epstein R (2019): Compulsive sexual behavior and sexual offending: Differences in cognitive schemas, sensation seeking, and impulsivity. *J Behav Addict* 8, 432–441
- Eichinger T: *Jenseits der Therapie: Philosophie und Ethik wunscherfüllender Medizin*. transcript, Bielefeld 2013

-
- Flaubert G: *Madame Bovary: Sitten der Provinz*. 22. Auflage; Diogenes Verlag, Zürich 2005
- Frisch M: *Don Juan oder Die Liebe zur Geometrie: Eine Komödie in fünf Akten*. 6. Auflage; Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main 1963
- Giles J (2006): No Such Thing as Excessive Levels of Sexual Behavior. *Arch Sex Behav* 35, 641–642
- Giordano AL, Cecil AL (2014): Religious Coping, Spirituality, and Hypersexual Behavior Among College Students. *Sex Addict Compulsivity* 21, 225–239
- Giugliano JR (2008): Sexual impulsivity, compulsivity or dependence: An investigative inquiry. *Sex Addict Compulsivity* 15, 139–157
- Glaesmer H, Brähler E (2013): Kommentar zu Graber HJ et al.: Ein Screeninginstrument für Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit: der Childhood Trauma Screener (CTS). *Psychiatr Prax* 2012; 39 (3): 109-115. *Psychiatr Prax* 40, 21–22
- Gola M, Potenza MN (2018): Promoting educational, classification, treatment, and policy initiatives. *J Behav Addict* 7, 208–210
- Gönner S, Leonhart R, Ecker W (2007): Das Zwangsinventar OCI-R - die deutsche Version des Obsessive-Compulsive Inventory-Revised - Ein kurzes Selbstbeurteilungsinstrument zur mehrdimensionalen Messung von Zwangssymptomen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 57, 395–404
- Gonsalves VM, Hodges H, Scalora MJ (2015): Exploring the Use of Online Sexually Explicit Material: What Is the Relationship to Sexual Coercion? *Sex Addict Compulsivity* 22, 207–221
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS (1989): The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 46, 1006–1011
- Gordon-Levitt J: *Don Jon*. Voltage Pictures, Los Angeles 2013
- Grabe HJ, Schulz A, Schmidt CO, Appel K, Driessen M, Wingenfeld K, Bamow S, Spitzer C, John U, Berger K, et al. (2012): Ein Screeninginstrument für Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit: der Childhood Trauma Screener (CTS). *Psychiatr Prax* 39, 109–115
- Grant JE, Atmaca M, Fineberg NA, Fontenelle LF, Matsunaga H, Janardhan Reddy Y, Simpson HB, Thomsen PH, van den Heuvel OA, Veale D, et al. (2014): Impulse control disorders and “behavioural addictions” in the ICD-11. *World Psychiatry* 13, 125–127
- Griffin BJ, Worthington Jr. EL, Leach JD, Hook JN, Grubbs J, Exline JJ, Davis DE (2016): Sexual congruence moderates the associations of hypersexual behavior with spiritual struggle and sexual self-concept. *Sex Addict Compulsivity* 23, 279–295

- Grubbs JB, Exline JJ, Pargament KE, Hook JN, Carlisle RD (2015): Transgression as Addiction: Religiosity and Moral Disapproval as Predictors of Perceived Addiction to Pornography. *Arch Sex Behav* 44, 125–136
- Grubbs JB, Grant JT, Engelman J (2018): Self-identification as a pornography addict: examining the roles of pornography use, religiousness, and moral incongruence. *Sex Addict Compulsivity* 25, 269–292
- Grubbs JB, Perry SL, Wilt JA, Reid RC (2019): Pornography Problems Due to Moral Incongruence: An Integrative Model with a Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Sex Behav* 48, 397–415
- Hand I, Büttner-Westphal H (1991): Die Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Ein halbstrukturiertes Interview zur Beurteilung des Schweregrades von Denk- und Handlungszwängen. *Verhaltenstherapie* 1, 223–225
- Henrich G, Herschbach P (2000): Questions on Life Satisfaction (FLZM) - A Short Questionnaire for Assessing Subjective Quality of Life. *Eur J Psychol Assess* 16, 150–159
- Hollander E, Rosen J: Obsessive Compulsive Spectrum Disorders. In: Maj M, Sartorius N, Okasha A, Zohar J (Hrsg.): *Obsessive-Compulsive Disorder*. 2. Auflage; John Wiley & Sons, Hoboken 2003
- Hund AR, Espelage DL (2005): Childhood Sexual Abuse, Disordered Eating, Alexithymia, and General Distress: A Mediation Model. *J Couns Psychol* 52, 559–573
- Irvine JM (1995): Reinventing Perversion: Sex Addiction and Cultural Anxieties. *J Hist Sex* 5, 429–450
- Kafka MP (2010): Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav* 39, 377–400
- Kargara S, Davis DE, Choe E, Hook JN (2016): Hypersexuality and Religion/Spirituality: A Qualitative Review. *Sex Addict Compulsivity* 23, 167–181
- Keller R (2008): Diskurse und Dispositive analysieren: die wissenssoziologische Diskursanalyse als Beitrag zu einer wissensanalytischen Profilierung der Diskursforschung. *Hist Soc Res* 33, 73–107
- Keller R: *Diskursforschung: Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen (Qualitative Sozialforschung)*. 4. Auflage; VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2011
- Keshet H, Gilboa-Schechtman E (2017): Symptoms and beyond: Self-concept among sexually assaulted women. *Psychol Trauma* 9, 545–552
- Kever A, Pollatos O, Vermeulen N, Grynberg D (2015) Interoceptive sensitivity facilitates both antecedent and response-focused emotion regulation strategies. *Pers Individ Differ* 87, 20–23

- Kobs J, Spenhoff M, Hartmann U (2011): Sexsucht – Diagnose, Differentialdiagnose, Therapieansätze und ein Fallbeispiel. *Sexuologie* 18, 72–80
- Kraus SW, Voon V, Potenza MN (2016): Should compulsive sexual behavior be considered an addiction? *Addiction* 111, 2097–2106
- Kraus SW, Krueger RB, Briken P, First MB, Stein DJ, Kaplan MS, Voon V, Abdo CHN, Grant JE, Atalla E, et al. (2018): Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry* 17, 109–110
- Kraus SW, Sweeney PJ (2019): Hitting the Target: Considerations for Differential Diagnosis When Treating Individuals for Problematic Use of Pornography. *Arch Sex Behav* 48, 431–435
- Kuzma JM1, Black DW (2008): Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior. *Psychiatr Clin North Am* 31, 603–11
- Landesärztekammer Niedersachsen (2018): Berufsordnung der Ärztekammer Niedersachsen. https://www.aekn.de/fileadmin/media/Downloadcenter/Amtliche_Bekanntmachungen/4_Berufsordnung_der_Aerztekammer_Niedersachsen/BO_komplett_01_06_2018.pdf; Zugriff am 10.06.2019
- Långström N, Hanson RK (2006): High Rates of Sexual Behavior in the General Population: Correlates and Predictors. *Arch Sex Behav* 35, 37–52
- Levine MP, Troiden RR (1988): The myth of sexual compulsivity. *J Sex Res* 25, 347–363
- Levine SB (2010): What is sexual addiction? *J Sex Marital Ther* 36, 261–275
- Ley DJ: *The Myth of Sex Addiction*. Rowman & Littlefield, London 2012
- Ley DJ (2018): Compulsive Sexual Behavior Disorder in ICD-11. <https://www.psychologytoday.com/blog/women-who-stray/201801/compulsive-sexual-behavior-disorder-in-icd-11>; Zugriff am 24.02.2019
- Linehan MM: *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Neuauflage; CIP-Medien, München 2006
- Lochner C, du Toit PL, Zungu-Dirwayi N, Marais A, van Kradenburg J, Seedat S, Niehaus DJH, Stein DJ (2002): Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depress Anxiety* 15, 66–68
- Malafouris L (2012): More than a brain: human mindscapes. *Brain* 135, 3839–3844
- Manjikian M: *Threat Talk: The Comparative Politics of Internet Addiction*. Routledge, New York 2016
- Mataix-Cols D, Baer L, Rauch SL, Jenike MA (2000): Relation of factor-analyzed symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder to personality disorders. *Acta Psychiatr Scand* 102, 199–202

- McQueen S: Shame. See-Saw Films, Sydney 2012
- Menassa BM, Holden JM, Bevly CM (2015): Sex Addiction and Propensity for Boundary Violation: Exploring Correlation and Change Over Time. *Sex Addict Compulsivity* 22, 290–313
- Meule A, Vögele C, Kübler A (2011): Psychometrische Evaluation der deutschen Barratt Impulsiveness Scale - Kurzversion (BIS-15). *Diagnostica* 57, 126–133
- Mick TM, Hollander E (2006): Impulsive-Compulsive Sexual Behavior. *CNS Spectr* 11, 944–955
- Miner MH, Raymond N, Mueller BA, Lloyd M, Lim KO (2009): Preliminary investigation of the impulsive and neuroanatomical characteristics of compulsive sexual behavior. *Psychiatry Res Neuroimaging* 174, 146–151
- Molina T de: Don Juan. Der Verführer von Sevilla und der steinerne Gast. reclam, Stuttgart 1995
- New AS, Rot M aan het, Ripoll LH, Perez-Rodriguez MM, Lazarus S, Zipursky E, Weinstein SR, Koenigsberg HW, Hazlett EA, Goodman M, Siever LJ (2012): Empathy and Alexithymia in Borderline Personality Disorder: Clinical and Laboratory Measures. *J Personal Disord* 26, 660–675
- Niño De Guzman I, Arnau RC, Green BA, Carnes S, Carnes P, Jore J (2016): Empirical Identification of Psychological Symptom Subgroups of Sex Addicts: An application of Latent Profile Analysis. *Sex Addict Compulsivity* 23, 34–55
- Orford J (1978): Hypersexuality: Implications for a Theory of Dependence. *Br J Addict* 73, 299–310
- Palahniuk C: Choke. Anchor, New York 2002
- Parship.de (2018): Deutschlands Single-Studie: Single-Gesellschaft – 16,8 Millionen Alleinstehende leben in Deutschland. <https://www.parship.de/presse/pressemeldungen/2018/deutschlands-single-studie-single-gesellschaft-168-millionen-alleinstehende-leben-in-deutschland/>; Zugriff am 10.06.2019
- Popper K: The Logic of Scientific Discovery. 6. Auflage; Routledge, London 2002
- Quadland MC (1985): Compulsive Sexual Behavior: Definition of a Problem and an Approach to Treatment. *J Sex Marital Ther* 11, 121–132
- Raymond NC, Coleman E, Miner MH (2003): Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Compr Psychiatry* 44, 370–380
- Reay B, Attwood N, Gooder C: Sex Addiction: A Critical History. 1 edition; Polity, Cambridge 2015

-
- Reid RC, Carpenter BN, Spackman M, Willes DL (2008): Alexithymia, Emotional Instability, and Vulnerability to Stress Proneness in Patients Seeking Help for Hypersexual Behavior. *J Sex Marital Ther* 34, 133–149
- Reid RC, Carpenter BN, Lloyd TQ (2009): Assessing psychological symptom patterns of patients seeking help for hypersexual behavior. *Sex Relation Ther* 24, 47–63
- Reid RC, Garos S, Carpenter BN (2011): Reliability, Validity, and Psychometric Development of the Hypersexual Behavior Inventory in an Outpatient Sample of Men. *Sex Addict Compulsivity* 18, 30–51
- Reid RC, Berlin HA, Kingston DA (2015): Sexual Impulsivity in Hypersexual Men. *Curr Behav Neurosci Rep* 2, 1–8
- Reid RC, Carpenter BN, Hook JN (2016): Investigating Correlates of Hypersexual Behavior in Religious Patients. *Sex Addict Compulsivity* 23, 296–312
- Reimann BW, Bardeleben H: Permissive Sexualität und präventives Verhalten: Ergebnisse einer Untersuchung an Studierenden. (Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung. Ed. Sigma Bohn, Berlin 1992
- return Fachstelle Mediensucht (2013): Leitbild. <https://www.return-mediensucht.de/fachstelle/leitbild/>; Zugriff am 17.11.2016
- Rietmann R. (2007): Der unheimliche Partner: Wege aus der Pornographiesucht <http://www.dijg.de/pornographie-sexsucht-pornosucht/genesung/wege-heraus-partner/>; Zugriff am 17.11.2016
- Rosenfeld R, Dar R, Anderson D, Kobak KA, Greist JH (1992): A computer-administered version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Psychol Assess* 4, 329–332
- Roth K: Sexsucht - Krankheit und Trauma im Verborgenen. 2., Auflage; Ch. Links Verlag, Berlin 2007
- Rowland DL (2006): Neurobiology of sexual response in men and women. *CNS Spectr* 11, 6–12
- Salkovskis PM (2007): Psychological treatment of obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry* 6, 229–233
- Salkovskis PM, Westbrook D, Davis J, Jeavons A, Gledhill A (1997): Effects of Neutralizing on Intrusive Thoughts: An Experiment Investigating the Etiology of Obsessive-Compulsive Disorder. *Behav Res Ther* 35, 211–219
- Sarasin P: Michel Foucault zur Einführung. 5. Auflage; Junius Hamburg, Hamburg 2013
- Schramme T: Einleitung: Die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ in der philosophischen Diskussion. In: Schramme T (Hrsg.): Krankheitstheorien. Suhrkamp Verlag, Berlin 2012, 9–40

- Signerski-Krieger J: Fragebogenstudie zur Untersuchung möglicher psychischer Erkrankungen und Sexueller Funktionsstörungen im Zusammenhang zu Lebens- und Selbstzufriedenheit bei Mukopolysaccharidose Patientinnen und Patienten. Med. Diss. Duisburg / Essen 2013
- soulsaver.de (2014): Porno to Go. <http://www.soulsaver.de/sucht/porno-to-go/>; Zugriff am 13.03.2015
- Statistisches Bundesamt (2017a): 16 % der Bevölkerung verfügen über akademischen Abschluss. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/BildungForschungKultur/Bildungsstand/Aktuell.html>; Zugriff am 28.10.2017
- Statistisches Bundesamt (2017b): Bevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011 Bevölkerung nach Altersgruppen, Familienstand und Religionszugehörigkeit. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/altersgruppen-familienstand-zensus.html>; Zugriff am 10.06.2019
- Statistisches Bundesamt (2017c): Bevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011 Durchschnittsalter nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/durchschnittsalter-zensus.html>; Zugriff am 10.06.2019
- Techasrivichien T, Darawuttimaprakorn N, Punpuing S, Musumari PM, Lukhele BW, El-saaidi C, Suguimoto SP, Feldman MD, Ono-Kihara M, Kihara M (2016): Changes in Sexual Behavior and Attitudes Across Generations and Gender Among a Population-Based Probability Sample From an Urbanizing Province in Thailand. *Arch Sex Behav* 45, 367–382
- Tragesser SL, Slohan M, Brown WV, Tomko RL, Bagge C, Trull TJ (2010): Longitudinal associations in borderline personality disorder features: Diagnostic interview for borderlines-revised (DIB-R) scores over time. *J Pers Disord* 2, 377–391
- Thackeray WM: Vanity Fair. CreateSpace Independent Publishing Platform 2013
- Vaillancourt-Morel MP, Bergeron S, Blais M, Hébert M (2019): Longitudinal Associations Between Childhood Sexual Abuse, Silencing the Self, and Sexual Self-Efficacy in Adolescents. *Arch Sex Behav* 48, 2125–2135
- Vaillancourt-Morel MP, Bergeron S (2019): Self-Perceived Problematic Pornography Use: Beyond Individual Differences and Religiosity. *Arch Sex Behav* 48, 437–441
- Varela M do MC, Dhawan N: Postkoloniale Theorie. Eine kritische Einführung. 1. Auflage; Transcript, Bielefeld 2005
- Villa P-I: Judith Butler: eine Einführung. (Campus Studium), 2. Auflage; Campus-Verl., Frankfurt am Main [u. a.] 2012
- Walton MT, Bhullar N (2018): Compulsive Sexual Behavior as an Impulse Control Disorder: Awaiting Field Studies Data. *Arch Sex Behav* 47, 1327–1331

Walton MT, Cantor JM, Lykins AD (2017): An Online Assessment of Personality, Psychological, and Sexuality Trait Variables Associated with Self-Reported Hypersexual Behavior. *Arch Sex Behav* 46, 721–733

Wilt JA, Cooper EB, Grubbs JB, Exline JJ, Pargament KI (2016): Associations of Perceived Addiction to Internet Pornography with Religious/Spiritual and Psychological Functioning. *Sex Addict Compulsivity* 23, 260–278

Woodruff B: *Addicted*. Codeblack Entertainment, Universal City 2014

World Medical Association (2013): World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA* 310, 2191–2194

Danksagung

Zunächst danke ich herzlich Prof. Dr. Jens Wiltfang für die Betreuung dieser Arbeit, der es mir ermöglichte, meinen eigenen Forschungsschwerpunkt zu finden und mich in ein Thema, das mich begeistert, zu vertiefen. Ich möchte mich zudem bei Dr. Jörg Signerski-Krieger bedanken, der mich insbesondere mit seiner Energie und Begeisterungsfähigkeit auf den Durststrecken der Arbeit immer wieder motivieren konnte. Ich hatte großes Glück, einen Betreuer für meine Arbeit zu finden, der mir in vielen Fragen freie Hand gelassen hat und mir den Mut gegeben hat, zu meinen Ideen zu stehen.

Des Weiteren möchte ich mich herzlich bei Susanna Becke bedanken, die mir in vielen langen Gesprächen geholfen hat, die Grundideen der Arbeit zu entwickeln und kritisch zu prüfen. Außerdem bedanke ich mich bei Dr. Heike Anderson-Schmidt und Jonas Reinckens für die gute Zusammenarbeit.

Für die Beratung zur Diskursforschung möchte ich mich beim Methodenzentrum Sozialwissenschaften der Universität Göttingen sowie bei M.A. Sonja Owusu-Boakye und insbesondere M.A. Simon Volpers bedanken. Außerdem bedanke ich mich bei Prof. Dr. Mark Schweda für seine Beratung zum Umgang mit Krankheitsbegriffen.

Mein ganz besonderer Dank gebührt allerdings den Teilnehmenden der Göttinger Studie zu Sexualität und Sucht. Neben einigen Teilnehmenden der S.L.A.A e.V. sind dies vor allem Mitglieder der Anonymen Sexaholiker. Besonders unterstützt hat mich hier Herr Gerhard F. Ich bedanke mich herzlich für sein Vertrauen, seine fleißige Mitarbeit und seinen unnachgiebigen Rückhalt. Ohne seine Unterstützung wäre dieses Forschungsprojekt sehr wahrscheinlich nicht zu Stande gekommen.

Lebenslauf

Mein Name ist Max Ludwig. Ich bin am 23.07.2089 in Anklam geboren worden. Eingeschult wurde ich 1996 in der Grundschule Neunkirchen. 2000 wechselte ich dann an die kooperative Gesamtschule in Schwanewede, wo ich nach der damals noch üblichen zweijährigen Orientierungsstufe auf den Gymnasialzweig kam. 2005 wechselte ich für ein halbes Jahr an das Alte Gymnasium in Flensburg und kehrte danach in meine alte Klasse zurück. 2006/07 absolvierte ich über die Organisation Youth for Understanding (YFU) ein Auslandsjahr am Tapian Lukio in Espoo, Finnland. Danach begann ich mit der Vorbereitung auf das Abitur an der KGS Schwanewede, das ich 2009 mit der Note 1,3 bestand. Neben der Schule engagierte ich mich weiterhin ehrenamtlich bei YFU.

In den folgenden Monaten absolvierte ich meinen Zivildienst bei der Lebenshilfe Bremen in Trägerschaft des Sozialen Friedensdienstes Bremen. Danach verbrachte ich ein halbes Jahr in Indien, wo ich hauptsächlich verschiedene Landesteile bereiste, allerdings auch für einen Monat im Tata Memorial Hospital in Mumbai bei dem Pankreaschirurgen Shailesh Shrikhande hospitierte. Im Sommersemester 2011 begann ich mein Studium der Medizin an der Universitätsmedizin in Göttingen. Im Sommer desselben Jahres machte ich ein zweimonatiges Pflegepraktikum in zwei Krankenhäusern in Togo, der Policlinique St. Joseph, Lomé und dem Centre Hospitalier Regional in Tsevie. Im Folgejahr hospitierte ich zudem für eine Woche am Hospital Regional del Cuzco, Peru.

Nach dem erfolgreichen Abschluss des ersten Teils der ärztlichen Prüfung wurde ich in das Förderprogramm der Studienstiftung des deutschen Volkes aufgenommen. Zudem begann ich parallel zum klinischen Studienabschnitt ein Fernstudium der Psychologie an der Fernuniversität in Hagen, wo ich bis 2016 6,5 Module des Bachelorstudienganges absolvierte. Außerdem befasste ich mich insbesondere nach Beginn der Arbeit an meiner Dissertation 2014 intensiv mit Kritischer Theorie und postmoderner Philosophie. Neben dem Studium engagierte ich mich zeitweise weiterhin bei YFU, half drei Jahre lang bei der Organisation des Aktionstages Medizin der UMG und begründete mit einigen Freunden die Lokalgruppe von Mit Sicherheit Verliebt (MSV), einem internationalen studentischen Projekt zur sexuellen Aufklärung von Schülerinnen und Schülern. Bis 2017 war ich in der Leitung dieser Gruppe aktiv. Meine Wahlfamulaturen absolvierte ich auf der geschützten Aufnahmestation im Asklepios Fachklinikum in Göttingen und der Privatklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Friedenweiler. 2015 trat ich ein Auslandssemester an der Universitat de Valencia an und absolvierte dort das Modul Neurologie.

Nach dem zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung absolvierte ich mein Praktisches Jahr. Im ersten Tertial war ich in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen tätig, im zweiten in der Abteilung für innere Medizin im St. Bernward Krankenhaus in Hildesheim und im dritten in der Klinik für Thoraxchirurgie und Unfallchirurgie der Universitätsmedizin Göttingen.

Nach Abschluss des Studiums (Endnote 1,5) war ich für ein halbes Jahr auf der psychokardiologischen Station der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie an der Universitätsmedizin Göttingen tätig. Inzwischen arbeite ich in der Abteilung für Gastroenterologie im Klinikum Hann. Münden.