



133 Sexuelle Sucht -Hypersexualitätsstörung ICD-11 6C72

ICD-11, das Nachfolgeklassifikationssystem, hat eine neue Kategorie für Verhaltenssuchte eingeführt, z. B. Störung der sexuellen Impulskontrolle oder Compulsive Sexual Behavior Disorder (CSBD), die erstmals pathologische sexuelle Verhaltensweisen explizit aufführt (Code: 6C72). Das ICD-11 definiert diese als anhaltendes, wiederkehrendes sexuelles Verhalten, das trotz negativer Konsequenzen nicht kontrolliert werden kann. Dieses Update wird aktuell in der Praxis und Forschung zunehmend verwendet, da es der klinischen Realität besser gerecht wird.

Definition das Phänomen der sexuellen Sucht, in der Fachliteratur auch als Hypersexualitätsstörung oder zwanghaftes Sexualverhalten bezeichnet, stellt ein komplexes Störungsbild dar, das in der ICD-11 unter dem Begriff Compulsive Sexual Behaviour Disorder (6C72) klassifiziert wird. Es beschreibt ein anhaltendes, schwer kontrollierbares Verlangen nach sexuellen Aktivitäten, das trotz negativer Folgen für das persönliche, soziale oder berufliche Leben fortbesteht. Die Abgrenzung zu einer lediglich hohen Libido erfolgt über charakteristische Merkmale wie den Verlust der Verhaltenskontrolle, die deutliche Beeinträchtigung zentraler Lebensbereiche sowie die Fortführung des Verhaltens trotz wiederholter schädlicher Konsequenzen. Betroffene zeigen über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten ein persistierendes Muster sexueller Impulse, Fantasien oder Handlungen, die andere Lebensinhalte zunehmend verdrängen.

Klinische Beobachtungen und empirische Studien deuten darauf hin, dass sich die Ausprägung und Schwerpunktsetzung der Symptomatik zwischen den Geschlechtern unterscheiden können. Männer neigen häufiger zu visuell geprägten und pornographischen Stimuli, während Frauen tendenziell stärker zu suchartigen Mustern emotionaler Bindung oder beziehungszentrierter Fantasien tendieren. Die Betrachtung dieser geschlechtsspezifischen Unterschiede ist nicht nur für das Verständnis der Störung, sondern auch für die Entwicklung differenzierter Therapieansätze von zentraler Bedeutung.

Ursachen

Die Entstehung sexueller Sucht ist multifaktoriell bedingt und lässt sich nicht auf eine einzelne Ursache zurückführen. Vielmehr wird von einem komplexen Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren ausgegangen. Neurobiologisch stehen Dysregulationen im dopaminergen Belohnungssystem im Vordergrund, die vergleichbar mit Mechanismen bei Substanzabhängigkeiten zu einer verstärkten Reizsuche und verminderten Impulskontrolle führen können. Studien weisen zudem auf Veränderungen in präfrontalen Hirnregionen hin, die für Handlungsplanung und Selbstkontrolle zuständig sind.

Psychologisch spielen traumatische Kindheitserfahrungen, gestörte Bindungsmuster, mangelnde Emotionsregulation oder komorbide psychische Störungen wie Depressionen und Angststörungen eine wesentliche Rolle. Soziale Einflüsse wie die hohe Verfügbarkeit sexueller Inhalte, permissive Einstellungen zu Sexualität oder soziale Isolation können suchtähnliche Verhaltensmuster zusätzlich fördern. Auch Persönlichkeitsmerkmale wie Impulsivität, Sensationssuche und ein starkes Bedürfnis nach Bestätigung treten in klinischen Stichproben überdurchschnittlich häufig auf.

Hypersexualitätsstörung Psychoanalytische Perspektive

Aus psychoanalytischer Sicht wird die sexuelle Sucht nicht vorrangig als quantitatives Übermaß an Sexualität verstanden, sondern als Symptom einer tieferliegenden psychischen Konfliktlage. In der klassischen Triebtheorie nach Freud kann ein exzessives sexuelles Verhalten Ausdruck einer libidinösen Fixierung oder eines Wiederholungszwangs sein, bei dem unbewältigte traumatische Erfahrungen oder frühe Beziehungskonflikte unbewusst reinszeniert werden. Sexualität dient dabei häufig als Abwehrmechanismus, um Angst, innere Leere oder aggressive Impulse zu regulieren.

In objektbeziehungstheoretischen Ansätzen wird Hypersexualität häufig als Versuch gedeutet, ein defizitäres Selbstwertgefühl zu stabilisieren oder fehlende emotionale Nähe zu kompensieren. Sexualpartner übernehmen hierbei die Funktion von Selbstobjekten, die kurzfristig Halt geben, ohne jedoch eine echte, stabile Bindung zu ermöglichen. Häufig ist das

Verhalten zugleich von einer unbewussten Angst vor Intimität geprägt: Sexualität wird genutzt, um Nähe zu inszenieren, während emotionale Distanz gewahrt bleibt. Die ich-psychologische Perspektive betont Defizite in der Impulskontrolle und Affektregulation: Sexuelle Handlungen dienen als primäres Mittel, Spannungszustände zu reduzieren oder unangenehme Gefühle wie Scham, Trauer oder Einsamkeit zu überdecken. In der therapeutischen Arbeit spielen Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse eine zentrale Rolle. Betroffene können den Therapeuten unbewusst in die Rolle eines idealisierten oder ablehnenden Objekts drängen. Die bewusste Bearbeitung dieser Beziehungsmuster ermöglicht es, die zugrunde liegenden Konflikte zu verstehen und zu verändern. Ziel ist die Integration abgespaltener Selbstanteile, die Stärkung des Ichs und die Entwicklung reiferer Formen von Intimität und Selbstregulation.

Psychoanalytische Therapie

Aus psychoanalytischer Sicht wird Hypersexualität nicht nur als Symptom eines Verhaltensproblems betrachtet, sondern als Ausdruck tieferliegender unbewusster Konflikte und psychischer Dynamiken. Sexualität wird hier als ein zentraler Bereich seelischer Entwicklung gesehen, in dem ungelöste innere Konflikte, Triebwünsche, Ängste und Abwehrmechanismen zum Ausdruck kommen.

Erklärungsansatz

Unbewusste Konflikte: Hypersexualität kann Ausdruck von inneren Spannungen sein, z. B. einem Konflikt zwischen aggressiven und libidinösen Trieben oder einem ungelösten Entwicklungsproblem in der psychosexuellen Reifung. Abwehrmechanismen: Das zwanghafte sexuelle Verhalten dient häufig dazu, unangenehme Gefühle wie Angst, Scham, Leere oder innere Leere zu vermeiden oder zu kompensieren. Frühe Beziehungserfahrungen: Probleme in der frühen Bindung (z.B. ungelöste Ohnmachts-, Kontroll- oder Trennungserfahrungen) können sich im zwanghaften Verhalten manifestieren. Wiederholungszwang: Das Verhalten kann als unbewusste Wiederholung alter Beziehungsmuster und innerer Konflikte verstanden werden.

Therapieziele und Vorgehen

Bewusstmachung unbewusster Motive: Im therapeutischen Prozess wird versucht, die tieferliegenden, oft verdrängten Gefühle und Konflikte ans Licht zu bringen, die hinter dem sexuellen Verhalten stehen. Übertragungs- und Gegenübertragungsarbeit: Die Beziehung zwischen Patienten und Therapeut wird genutzt, um Muster der Beziehungserfahrung und deren Einfluss auf das Verhalten zu verstehen und zu bearbeiten. Exploration von Traumata und Beziehungserfahrungen: Die Therapie kann auf die Aufarbeitung traumatischer oder belastender Erfahrungen abzielen, die das Verhalten mitbestimmen.

Langfristige Arbeit: Psychoanalytische Therapie ist oft ein längerfristiger Prozess, der intensive Selbstreflexion ermöglicht.

Therapeutische Haltung

Nicht-wertend, geduldig, empathisch: Der Therapeut schafft einen sicheren Raum, um Scham und Schuldgefühle zu überwinden. Förderung der Selbstwahrnehmung: Ziel ist es, dass der Patient sein Verhalten besser versteht und neue, gesündere Bewältigungsstrategien entwickelt. Integration verdrängter Anteile: Ziel ist die Integration ungelöster innerer Konflikte in das bewusste Selbst, um so die Zwanghaftigkeit zu reduzieren.

Verhaltenstherapie bei Hypersexualitätsstörung

Verhaltenstherapie (VT) zielt darauf ab, dysfunktionale Verhaltensmuster und Denkmuster zu erkennen, zu verändern und durch gesündere Strategien zu ersetzen. Dabei wird besonders auf die Selbstkontrolle, Impulssteuerung und das Erlernen von Bewältigungsmechanismen fokussiert.

Typische therapeutische Bausteine

Psychoedukation: Aufklärung über das Krankheitsbild, Zusammenhänge zwischen Stress, Emotionen und sexuellem Verhalten. Selbstkontrolle und Achtsamkeit: Techniken zur besseren Wahrnehmung und Steuerung von Impulsen (z.B. Achtsamkeitsübungen, Stop-Techniken).

Kognitive Umstrukturierung: Hinterfragen und Ändern von dysfunktionalen Gedanken (z.B. Schuldgefühle, Perfektionsdruck). Verhaltensmodifikation: Entwicklung von Alternativstrategien und Ersatzhandlungen, Vermeidung von Trigger-Situationen. Umgang mit Rückfällen: Strategien, um Rückfälle zu erkennen und zu verhindern, ohne die Therapie zu gefährden. Soziale Kompetenzförderung: Verbesserung sozialer Fähigkeiten, die oft durch die Störung beeinträchtigt sind.

Perspektive auf die Verhaltenstherapie

Individualisierte Therapie: Da die Ausprägungen der Hypersexualität stark variieren (z.B. zwanghafte Masturbation, Pornografie Konsum, sexuelle Kontakte), muss die VT individuell angepasst werden. Ganzheitlicher Ansatz: VT sollte oft mit anderen Methoden kombiniert werden, etwa mit Medikamenten (wenn komorbide Störungen vorliegen), Paartherapie oder Selbsthilfegruppen. Empowerment und Selbstwirksamkeit: Zentral ist, dass Betroffene lernen, sich selbst als aktiv handlungsfähig zu erleben und Kontrolle über ihr Verhalten zurückzugewinnen. Stigmatisierung entgegenwirken: Therapeutisch ist es wichtig, Scham und Schuldgefühle abzubauen, um eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung zu ermöglichen.

Diagnostik der sexuellen Sucht

Die Diagnostik der sexuellen Sucht erfordert eine sorgfältige, differenzierte Erhebung der Symptomatik unter Berücksichtigung kultureller Normen, individueller Lebensumstände und möglicher Komorbiditäten. Grundlage bildet eine ausführliche Anamnese, die sexuelle Entwicklung, Verhaltensmuster, psychische Belastungen sowie biografische Risikofaktoren einschließt. Für die klinische Einordnung werden in der Regel die ICD-11-Kriterien herangezogen: ein anhaltendes Muster sexueller Impulse, Fantasien oder Verhaltensweisen über mindestens sechs Monate, das nicht kontrolliert werden kann, den Vorrang sexueller Aktivitäten vor anderen Lebensbereichen einnimmt, trotz wiederholter negativer Konsequenzen fortgeführt wird und zu einer deutlichen Belastung oder Funktionsbeeinträchtigung führt.

Eine differenzialdiagnostische Abklärung ist unerlässlich, um das Störungsbild von nicht-pathologischer sexueller Aktivität, kulturell geprägtem Verhalten oder anderen psychischen Erkrankungen – etwa bipolaren Störungen in der manischen Phase – abzugrenzen.

Ohne Intervention tendiert die Störung zu einem chronisch-rezidivierenden Verlauf. Die Symptomintensität kann phasenweise schwanken, wobei Stress, Einsamkeit oder belastende Lebensereignisse häufig zu Rückfällen führen. Unbehandelt erhöht sich das Risiko für komorbide psychische Störungen, Partnerschaftskonflikte, soziale Isolation und im Extremfall auch für rechtliche Konsequenzen. Frühzeitige Diagnosestellung und therapeutische Interventionen verbessern die Prognose deutlich.

Therapie

Die Behandlung sexueller Sucht erfordert einen multimodalen Ansatz, der sowohl psychotherapeutische als auch bei entsprechender Indikation pharmakologische Maßnahmen umfasst. Ziel ist nicht die Unterdrückung sexueller Bedürfnisse an sich, sondern die Wiedererlangung von Selbstkontrolle, die Reduktion zwanghafter Verhaltensmuster und die Verbesserung der Lebensqualität. Zu den wirksamsten psychotherapeutischen Verfahren zählen kognitive Verhaltenstherapie, Schematherapie, achtsamkeitsbasierte Ansätze sowie Gruppenangebote und Selbsthilfeprogramme.

In ausgewählten Fällen kann eine medikamentöse Unterstützung sinnvoll sein, etwa durch selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) zur Impulskontrolle oder Antiandrogene bei schwerer Symptomatik mit erheblichem Risikoverhalten. Eine solche Behandlung sollte jedoch stets engmaschig überwacht und in ein psychotherapeutisches Gesamtkonzept eingebettet werden.

Präventive Maßnahmen umfassen die Früherkennung erster Anzeichen, die Förderung von Medienkompetenz im Umgang mit digitalen Sexualinhalten – insbesondere bei Jugendlichen – sowie die Stärkung von Bindungs- und Beziehungskompetenzen. Langfristig ist die Entstigmatisierung sexueller Probleme ebenso entscheidend wie die kontinuierliche Weiterentwicklung evidenzbasierter Therapiekonzepte.

Sexuelle Sucht ist ein ernstzunehmendes Störungsbild, dessen komplexe Ursachen und vielfältige Erscheinungsformen einen differenzierten, individuellen Behandlungsansatz erfordern. Fortschritte in der neurobiologischen Forschung, optimierte psychotherapeutische Strategien und ein wachsendes gesellschaftliches Bewusstsein bieten vielversprechende Perspektiven für eine wirksame Prävention und nachhaltige Therapie in der Zukunft.

Literaturverzeichnis

- Andrawis A, (2021) Dissertation, Ganzheitliche Medizin Heilung und Heil, an der Collegium Humanum - Warsaw Management University Univ.

Andrawis A, (2018) Humanmedizin und Psychotherapiewissenschaft, zwischen Theorie und Praxis, Eigenverlag

- Andrawis A, (2018) Psychoanalyse zur Überwindung, frühkindlicher Traumata zweijährige Patientenanalyse, von Jänner 2012 bis Februar 2014, Der verborgene Teil des Eisbergs Model Freud, 2.überarbeitete Auflage, Verlag Poligraf, Wydawnictwo, 2. überarbeitete Auflage, Poligraf sp. z o.o. ISBN: 978-3-9504659-0-4.

- Andrawis A, (2018) Determinanten des Entscheidungsverhaltens, von Verdrängung Heilung, Glaube, zur Bedeutung der Aufdeckung frühkindlicher Verdrängungen, durch Psychoanalyse und im Zusammenhang mit christlicher Glaubenshaltung, Verlag Poligraf, Wydawnictwo Poligraf sp. Z.o.o. ul ISBN: 978-3-9504659-0-7.

- Andrawis A, (2015): Der verborgene Teil des Eisbergs, Eine zweijährige Patientenanalyse von Jänner 2012 bis Februar 2014, 1. überarbeitete Auflage, Eigenverlag.

- Andrawis A, (2018) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Verlag Poligraf, Wydawnictwo Poligraf sp. z o.o. ISBN: 978-3-9504659-2-1.

- Andrawis A, (2018) Psychoneuroimmunologie PNI Komplementärmedizin, und Ganzheitliche Heilung, Verlag Poligraf, Wydawnictwo Poligraf sp. z o.o.,ISBN: 978-3-9504659-3-8.

- Andrawis A, (2013) Der verborgene Teil des Eisbergs. Eine zweijährige Patientenanalyse eigene Verlag.

- Bürgin D, Resch F, Schulte-Markwort M (2009): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung, 2., überarbeitete Auflage, Verlag Huber.

- Dilling H, Mombour W, Schmidt M H (2011) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, 8. überarbeitete Aufl., Verlag Hans Huber

- Kernberg O F (1998) Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten, Verlag Hans Huber
- Mentzos S (2010): Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven, Fischer-Verlag.
- Möller H-J, Laux G, und Deisster A (2010) MLP Duale Reihe Psychiatrie, Hippokrates Verlag
- Möller H-J, Laux G, Deister A (2014) Psychiatrie und Psychotherapie, 5. Auflage, Thieme Verlag.
- Schuster P, Springer-Kremser M (1997): Bausteine der Psychoanalyse. Eine Einführung in die Tiefenpsychologie, 4. Auflage, WUV-Universitätsverlag.
- Schuster P, Springer-Kremser M (1998): Anwendungen der Psychoanalyse. Gesundheit und Krankheit aus psychoanalytischer Sicht, 2. überarbeitete Auflage, WUV-Universitätsverlag.
- Zepf S, (2000): Allgemeine psychoanalytische Neurosenlehre, Psychosomatik und Sozialpsychologie, Psychosozial-Verlag.

Andrawis A