

35. Suchtkongress des FVS+
„Psychische Gesundheit und Public Health“

Sexualität, Sucht und psychische Gesundheit

SEXUELLE FUNKTIONSTÖRUNGEN UND ABWEICHENDES
SEXUALVERHALTEN: EIN LEITFADEN ZUR ANAMNESE UND BEHANDLUNG

Marcus Pfliegensdörfer
Suchttherapeut (VDR)
Sexual- und Paartherapeut (DGfS)

Münster, den 27.06.2024

Klassifizierung sexueller Störungen

ICD-10	Kapitel 5: sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit
F52.0	Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen
F52.1	Sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung
F52.2	Versagen genitaler Reaktionen
F52.3	Orgasmusstörung
F52.4	Ejaculatio praecox
F52.5	Nichtorganischer Vaginismus
F52.6	Nichtorganische Dyspareunie
F52.7	Gesteigertes sexuelles Verlangen

ICD-11	Kapitel 17: Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit
HA00	Dysfunktion verminderten sexuellen Verlangens
---	Wegfall
HA01	Dysfunktion Sexueller Erregung
HA02	Dysfunktionen des Orgasmus
HA03	Ejakulatorische Dysfunktionen
HA20	Scheidenkrampf
GA12	In Kapitel 16: Krankheiten des Urogenitalsystems
---	Wegfall

Quelle: [BfArM - ICD-11 in Deutsch – Entwurfassung](#); letzter Zugriff: 20.05.2024

Klassifizierung sexueller Störungen

ICD-10	Kapitel 6: Störung der Geschlechtsidentität	ICD-11	Kapitel 17: Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit
F64.0	Transsexualismus	HA60	Geschlechtsinkongruenz in der Jugend oder im Erwachsenenalter
F64.2	Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalter	HA61	Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter

ICD-10	Kapitel 6: Störung der Sexualpräferenz	ICD-11	Kapitel 6: Paraphile Störungen
F65.0	Fetischismus	---	Wegfall
F65.1	Fetichistischer Transvestitismus	---	Wegfall
F65.2	Exhibitionismus	6D31	Exhibitionistische Störung
F65.3	Voyeurismus	6D32	Voyeuristische Störung
---	Nicht vorhanden	6D34	Frotteuristische Störung
F65.5	Sadomasochismus	6D33	Sexuell-sadistische Störung unter Ausübung von Zwang

Quelle: [BfArM - ICD-11 in Deutsch – Entwurfassung](#); letzter Zugriff: 20.05.2024

Klassifizierung sexueller Störungen

Darüber hinaus werden im **ICD-10 Kapitel 6: psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung** aufgeführt z.B.:


- F66.0 sexuelle Reifungskrise
- F66.2 sexuelle Beziehungsstörung

Im **ICD-11** wird das **Kapitel 24: Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen oder zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen**, eingeführt und umfasst beispielsweise:

- QA15 Beratung in Bezug auf Sexualität
 - QA15.0 Beratung in Bezug auf Einstellung zur Sexualität
 - QA15.1 Beratung in Bezug auf Sexualverhalten und -orientierung oder sexuelle Beziehungen einer Person

Abgrenzung zu somatischen Ursachen sexueller Funktionsstörungen

Wichtig bei der psychotherapeutischen Behandlung von sexuellen (Funktions-) Störungen ist die Abgrenzung zu somatischen Ursachen – am Beispiel von **erektilem Dysfunktion**:



➤ LUTS (Symptome des unteren Harntraktes):	46%
➤ Hypertonie:	36%
➤ Hypercholesterinämie:	36%
➤ Kardiovaskulär:	17%
➤ Diabetes:	16%
➤ Prostatakarzinom:	7%

Quelle: Cameron A., Sun P., Lage M. (2006): Comorbid conditions in men with ED before and after ED diagnosis: a retrospective database study; DOI: 10.1038/sj.ijer.3901439

Behandlungskonzept

Paar- und Einzeltherapie nach dem Hamburger Modell

- Entwicklung in den 70er Jahren an der Abteilung für Sexualforschung des UKE's in Anlehnung an „Human Sexual Inadequacy“ von Masters und Johnson (1970).
- Durchführung und Evaluation von zunächst 200 Paarbehandlungen, die die Wirksamkeit belegten (Katamneseerhebung bis zu 4 Jahre nach Therapieende).
- Inzwischen Manualisierung mit kognitiv-behavioralen, systemischen und psychodynamischen Ansätzen:
 - **Sexualanamnese**
 - **Entwicklung von Arbeitshypothesen und Symptomverständnis**
 - **Round-Table-Gespräch**
 - **Übungsgeleitetes, körperorientiertes Verfahren**

Fallvignette: Erstgespräch mit Herrn T.

- meldete sich aus der stationären psychosomatischen Behandlung wegen Depressionen und einer **Internetnutzungsstörung (Pornographiekonsum)**:
- 6h/täglich Pornokonsum + häufiges Masturbieren, Kontrollverlust im Umgang mit sexuellen Reizen (v.a. Social Media) inkl. Toleranzentwicklung, immer extremer Reize notwendig (BDSM-Praktiken) einhergehend mit dem Wunsch nach Erniedrigung inkl. fetischistischer Transvestitismus; auch Nutzung von kinder- und jugendpornographischen Materialien - **paraphile Symptomatik**.
- in der zwischenmenschlichen Sexualität: **Orgasmus- und Erektionsstörung**.
- **Hoher Leidensdruck** aufgrund von moralischen Konflikten und Einschränkungen in wichtigen Funktionsbereichen (Studium, Beruf, Partnerschaft).

Sexualanamnese

- **Gegenwärtiges sexuelles Verhalten und Erleben und sexuelle Störung:**
 - Körperkontakt, Entwicklung und Ausprägung der Störung, sexuelle Phantasien, Selbstbefriedigung, Gewohnheiten und Rituale, Funktionalität
- **Gegenwärtige Beziehung (sofern vorhanden):**
 - Beginn und Entwicklung der Beziehung, letzter Sexualkontakt, sexuelle Außenbeziehungen, Kommunikation im sexuellen Bereich
- **Sozio- und psychosexuelle Entwicklung:**
 - Elternhaus und familiäre Situation, Kommunikationserfahrungen, kindliche sexuelle Erfahrungen, prägende Ereignisse in der Pubertät und Adoleszenz
- **Sexualität und partnerschaftliche Beziehungserfahrungen:**
 - Anzahl und Dauer von Beziehungen, frühere Funktionsstörungen, unaufgelöste Bindungen, sexualisierte Gewalterfahrungen

... zurück zum Fall: Soziosexuelle Entwicklung

- **Mutter** sehr liebevoll, darin übergriffig; würde immer helfen wollen, könne schlecht „loslassen“ und Dinge aus der Hand geben, greife in die Lebensführung und in die Entscheidungen ihrer Söhne ein. Sie habe den Hang zu kontrollieren, vermutlich aufgrund von eigenen Ängsten, sei zweimal an Krebs erkrankt, zuletzt in 2018; zu dieser Zeit erstmals depressive Episode bei Herrn T.
- **Vater** humorvoll und lustig, beruflich stark eingebunden, hätte die wenige Zeit mit seinen Kindern lustvoll, mit viel Spaß gestalten wollen. Auch sei er hilfsbereit und warm, lasse seinen Kindern mehr Freiheiten als die Mutter, was zu Konflikten zwischen den beiden gesorgt hätte.
- Beide **Elternteile** stünden „immer am Rande des Burnouts“; würden unter Existenzängsten leiden aufgrund ihrer Selbstständigkeit. Diese Angst hätte sich in Form von überhöhten Leistungsansprüchen auf Herrn T. übertragen.

Psychosexuelle Entwicklung

- Mit 10 J. Erstkontakt zu pornographischem Material durch Mitschüler: „unreif, ekelig und kindisch“ (-> **hohe Moralvorstellungen**); Sprechen über Masturbation und erste eigene Versuche unter Zuhilfenahme des Familienlaptops (-> **starker Kick und Lustempfindung**).
- Die „PC-Zeit“ wurde durch die Mutter reglementiert, daher heimliche Nutzung, was den Eltern im Browserverlauf aufgefallen ist: Scham (Herr T.), Angst (Eltern). Herr T. löscht den Browserverlauf und konsumiert weiter (-> **Versuch sich von den Eltern abzugrenzen und autonom zu sein**).
- Ab dem 13. LJ Anstieg des Pornokonsums, etwa 2-3x/Tag, **zum Einschlafen**, als **Spannungsabfuhr** und als **Kompensation**, da reale sexuelle Erfahrungen nicht stattgefunden hätten (-> **Ritualisierung und Funktionalität**).
- Nach dem Abitur: Besuch einer Brieffreundin mit erstem Oral- und Vaginalverkehr, mit Erektionsstörungen inkl. auftretendem **Konflikt: auf Selbstbefriedigung verzichten, um funktionsfähig zu sein oder Masturbieren, um die Funktion zu überprüfen?**

Psychosexuelle Entwicklung

- Besuch einer Prostituierten, als Beweis eine ungestörte Sexualität zu erleben; erneute Erektionsstörung mit Reduktion des Selbstwerterlebens (-> **Selbstverstärkungsprinzip**).
- Steigerung des Datingverhaltens inkl. Transfrauen, als **Kompensationsversuch** und aus einer **Orientierungslosigkeit** heraus sowie Besuche von Pornokinos inkl. gegenseitigen Oralverkehrs mit Männern und Paaren, um herauszufinden, auf was er sexuell steht (-> **starker sexueller Kick, aber auch Scham inkl. Entwicklung depressiver Tendenzen**).
- Ab 2019: Rollenspiele in dominanter und unterwürfiger Rolle (-> **Beginn der paraphilen Entwicklung**); 2020 erstmals Penetration durch eine Transfrau, mit der großen Angst vor Infektion mit STI (-> **zunehmend hypochondrische Ängste**).
- Erste Freundschaft+ mit einer Frau unter Anwendung von **BDSM Praktiken** (Würgen, Spanking, Facesitting usw.); Selbstzuschreibung als „Switcher“.
- Konsum **kinder- und jugendpornographischer Materialien** in Chatgruppen wie z.B. Telegram (-> **Toleranzentwicklung und Steigerung der paraphilen Symptomatik**).

Arbeitshypothesen und Symptomverständnis

- **1)** Die Nutzung von Pornographie und Selbstbefriedigung bot Herrn T. einen Rahmen, sich von seiner als übergriffig erlebten Mutter und der durch überwiegend leistungsorientierten Umwelt abgrenzen zu können.
- **2)** Der Pornokonsum dient dem ständigen Versuch, sich sexuell zu aktivieren und sich „sexuell zu beweisen“, Spannungen abzubauen und innere Konflikte zu reduzieren. Im Rahmen der quantitativen Steigerung sexueller Erfahrungen erklärt sich eine Toleranzentwicklung und das Entstehen paraphiler Symptome, die möglicherweise die Funktion erfüllen, die als übermächtig erlebte Mutter zu entmachten und sich in einem negativen Selbstbild zu bestätigen.

Das Round-Table Gespräch

Gemeinsame Auswertung der Sexualanamnese unter Vorstellung der Arbeitshypothesen sowie des Symptomverständnisses:

- Würdigung des bisherigen Therapieprozesses und des Sprechens über Sexualität.
- Zusammenfassung der wesentlichen psychosexuellen Aspekte inkl. Diskussion über die herausgearbeiteten Arbeitshypothesen (Bestätigung/Korrektur).
- Entwicklung eines Verständnisses für die sexuelle Problematik und die Möglichkeit diese in einen Kontext einordnen zu können.
- bei Paaren gilt: das Symptom wird nicht einer Person zugeschrieben sondern als Teil der Beziehungsdynamik verstanden.

Übungsgeleitetes, körperorientiertes Verfahren

Einzelübung	Paarübung
---	Streicheln I + Steicheln II
Betrachten des Körpers	---
Streicheln des Körpers	---
Betrachten und Erkunden des Genitalbereichs	---
---	Betrachten und Erkunden des Genitalbereichs
Spiel mit Erregung	---
	Spiel mit Erregung
Stimulierendes Streicheln	---
---	Stimulierendes Streicheln
---	Einführen und Aufnehmen des Penis
---	Koitus mit erkundenden und stimulierenden Bewegungen

... zurück zum Fall: therapeutischer Verlauf

- zunächst Kontaktabbruch, dann Wiederaufnahme der Behandlung 12'2022.
- erneutes Durchführen des Round-Table-Gesprächs und Beginn der Spiegelübung.
- Aktualisierung von Leistungsansprüchen: häufige Wiederholungen der Übung, ohne sich an die Anweisung zu halten.
- Betrachtung löst Spannungen aus, die durch Masturbation abgeführt werden.
- Aktualisierung von Ängsten, rückfällig zu werden, daher Verweigerung der Übung.
- Thematisierung von aggressiven und verweigernden Anteilen.
- Betrachten des Oberkörpers: Geschlechtsinkongruenz, sich nicht „männlich fühlen“.
- Aktualisierung von körperbezogenen Ängsten: Angst vor Skoliose, Angst vor STI's.
- Betrachtung Unterkörper: zu dünne Beine, fehlende Stabilität, „nicht im Leben stehen“.
- Steigerung der Selbstwahrnehmung verstärkt zunächst negatives Selbstbild, zunehmend aber Förderung von Akzeptanz



Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!