

Studiengang Master of Arts Sexologie

2016 – 2019

des FB Soziale Arbeit.Medien.Kultur der Hochschule Merseburg und
des Instituts für Sexualpädagogik und Sexualtherapie ISP Uster

Beratungsansätze bei Leidensdruck unter dringhafter Sexualität oder Sexsucht bei Männern

Aktuelle Beratungspraxis in der Deutschschweiz

Masterarbeit

Nathalie Gadola-Dürler

[REDACTED]

[REDACTED]

Modul 10: Masterarbeit

Erstgutachten: Esther Elisabeth Schütz

Zweitgutachten: Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voss

Wettingen, 15. Dezember 2019

Zusammenfassung

Eine ausser Kontrolle geratene Sexualität kann für den Betroffenen einen Leidensdruck erzeugen und die Partnerbeziehung belasten und gefährden. Für die Sexsucht oder die dranghafte Sexualität existieren bis heute jedoch weder klare diagnostische Kriterien, noch gibt es eine einheitliche Interventions- oder Behandlungsstrategie. Nach dem Ansatz Sexocorporel begünstigen ein fehlender Bezug zur eigenen Intimität und zur Genitalität die Entwicklung und Aufrechterhaltung des dranghaften sexuellen Verhaltens. Anhand einer Analyse theoriengenerierender Expertinnen- und Experten-Interviews mittels der Grounded Theory wird deutlich, dass es die Erfahrung, die fundierte Auseinandersetzung mit dem Anliegen der Sexsucht und die Aus- und Weiterentwicklungen der behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten sind, die bestimmen, in welcher Form theoretische Überzeugungen und konkrete Interventionen in den Beratungen und Behandlungen angewendet werden. Eine Kombination der verschiedenen Ansätze erlaubt, das Anliegen besser zu erfassen, denn die Behandlung von dranghafter Sexualität ist genauso wie das Verständnis dieses Phänomens eine Herausforderung, die mehr als nur eine spezialisierte Therapiemethode verlangt.

Abstract

An out-of-control sexuality can cause the person concerned to suffer and can strain and endanger his or her relationship. To date, however, there are no clear diagnostic criteria for sex addiction or compulsive sexuality, nor is there a uniform intervention or treatment strategy. According to the Sexocorporel approach, a lack of reference to one's own intimacy and genitality facilitates the development and continuity of compulsive sexual behaviour. On the basis of an analysis of theory-generating interviews with experts using the grounded theory, it becomes clear that it is the experience, the well-founded examination of the issue of sex addiction and the development and advancement of the therapists treating the patient that determine the form, in which theoretical convictions and concrete interventions are applied. A combination of the different approaches allows to better understand the issues, because the treatment of sexaddiction, just like understanding this phenomenon, is a challenge that requires more than just a specialised therapeutic method.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	1
Vorwort.....	2
1 Einleitung.....	3
2 Ziel und Aufbau der Arbeit	4
3 Dranghafte Sexualität und Sexsucht: Theorie und Forschungsstand	5
3.1 Historische Betrachtung	5
3.2 Kontroverse zwischen Drang und Sucht.....	6
3.2.1 Einordnung des Suchtbegriffs.....	6
3.2.2 Dranghafte Sexualität als Verhaltenssucht	7
3.3 Diagnosekriterien nach DSM-5, ICD-10 und ICD-11	8
3.4 Prävalenz, Ätiologie	9
3.5 Verständnis nach Sexocorporel.....	10
4 Sexualtherapeutische Ansätze	12
4.1 Therapeutische Grundannahmen.....	12
4.2 Historische Entwicklung	12
4.3 Das Hamburger Modell	13
4.4 Sexualtherapeutischer Ansatz nach David Schnarch	14
4.5 Systemischer Sexualtherapeutischer Ansatz nach Ulrich Clement.....	15
4.6 Sexualtherapeutischer Ansatz nach Sexocorporel	16
4.7 Zwischenfazit	17
4.8 Leitfragen.....	18
5 Methodisches Vorgehen.....	19
5.1 Forschungsprojekt.....	19
5.2 Forschungsethik.....	19
5.3 Datenerhebung	20
5.3.1 Wissenschaftliche Instrumente: Leitfadeninterview	21
5.3.2 Expertinnen- und Experteninterviews und Auswahl der Stichprobe	21

5.3.3	Ablauf der Interviews und Transkription	22
5.4	Ausgangslage Datenauswertung	23
5.5	Datenauswertung nach der Grounded Theory	25
5.5.1	Kodieren	26
5.5.2	Axiales Kodieren (Kodierparadigma)	28
5.5.3	Selektives Kodieren (soziologische Konzeptualisierung)	29
5.5.4	Analyse und theoretische Generalisierung	30
6	Ergebnisse	31
6.1	Experte I und II: Sexocorporel	31
6.1.1	Offenes Kodieren	31
6.1.2	Axiales Kodieren (Kodierparadigma)	32
6.2	Experte III: Systemischer sexualtherapeutischer Ansatz nach Clement	40
6.2.1	Offenes Kodieren	40
6.2.2	Axiales Kodieren (Kodierparadigma)	41
6.3	Expertin IV: Sexualtherapeutischer Ansatz nach Schnarch	48
6.3.1	Offenes Kodieren	49
6.3.2	Axiales Kodieren (Kodierparadigma)	50
6.4	Selektives Kodieren zum Vergleich der Ansätze	57
6.4.1	Gemeinsamkeiten der Beratungsansätze	57
6.4.2	Zwischenfazit	59
6.4.3	Unterschiedlichkeiten der Beratungsansätze	59
6.4.4	Zwischenfazit	62
6.5	Theorieverknüpfung	62
6.5.1	Therapieansatz nach David Schnarch	62
6.5.2	Therapieansatz nach Ulrich Clement	63
6.5.3	Therapieansatz nach Sexocorporel	64
7	Diskussion	65
7.1	Theoretische Generalisierung	65
7.1.1	Wichtigkeit des biografischen Hintergrundes der Klienten	65

7.1.2	Anamnese und Diagnoseinstrumente	66
7.1.3	Anwendungsmöglichkeiten im Therapiemodell und Therapieziele	67
7.1.4	Nachhaltigkeit der unterschiedlichen Beratungsansätze	68
7.2	Beantwortung der Forschungsfrage	69
7.3	Implikationen für Forschung und Praxis	70
7.4	Kritische Reflexion der eigenen Arbeit.....	72
7.5	Schlussfolgerungen, Ausblick.....	72
Nachwort.....		74
Literaturverzeichnis		75
Abbildungsverzeichnis		82
Tabellenverzeichnis		83
Anhangsverzeichnis		84
Anhang I – Einverständniserklärung Interviews.....		85
Anhang II – Interviewleitfäden.....		89
Anhang III – Transkriptausschnitte.....		100
	Transkript zu Interview 1	100
	Transkript zu Interview 2	102
	Transkript zu Interview 3	104
	Transkript zu Interview 4	107
Anhang IV – Selbständigkeitserklärung		109

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich die Gelegenheit nutzen, denjenigen Personen, die direkt und indirekt an der Entstehung dieser Arbeit beteiligt waren, meinen Dank auszusprechen.

In erster Linie möchte ich mich bei der Studienleiterin, Esther Elisabeth Schütz bedanken, auf deren Unterstützung während des ganzen Masterstudienganges Verlass war. Einen weiteren Dank geht an meinen zweiten Begutachter, Prof. Dr. Heinz Jürgen Voss. Ich bin froh um das Vertrauen, das mir während des Schreibprozesses entgegengebracht wurde.

Die vorliegende Arbeit hätte nicht durchgeführt werden können ohne die Bereitschaft und das grosse Engagement der Expertinnen und Experten, die sich dazu bereit erklärt haben an den Interviews teilzunehmen. Sie haben über ihre Wahrnehmungen und Entscheidungsprozesse berichtet und mir somit einen fundierten Einblick ermöglicht.

Weiter konnte ich mich auf die grosszügige Unterstützung meiner beiden Söhne, Livio und Demian verlassen. Einen Dank geht auch an meine Mutter und an meinen Stiefvater und an meinen Freundeskreis und Kollegenkreis bei der Arbeit. Alle haben mir stets beigegeben und dafür gesorgt haben, dass meine Motivation aufrecht erhalten geblieben ist.

Vorwort

In meiner beruflichen Tätigkeit als Juristin und Familienmediatorin unterstütze und berate ich Klienten in ihrem Trennungs- und Scheidungsprozess. Meine langjährige Berufserfahrung hat mir gezeigt, dass eine der vielfältigen Ursachen für Trennungen und Scheidungen, die aussereheliche Beziehung sein kann. Die Gründe für das Eingehen einer anderen Beziehung währenddem man noch in einer festen Partnerschaft oder Ehe ist, sind sehr verschieden. Einer dieser Gründe, der mir schon öfters begegnet ist, bildet für mich gleichzeitig eine Brücke zu meinem Studium in Sexologie. Es handelt sich um die dranghafte Sexualität, die im alltäglichen Gebrauch als *Sexsucht* bezeichnet wird. Wissend, dass diese Thematik nicht nur Männer, sondern auch Frauen betrifft, möchte ich dennoch den Fokus in der vorliegenden Arbeit auf die von der *Sexsucht* betroffenen Männern setzen, da es Frauen weniger oft tangiert.

Da ich seit Jahren in meiner Praxis für Einzelpersonen und Paare beratend tätig bin, lag es für mich nahe, mich mit den verschiedenen sexualtherapeutischen Beratungsansätzen auseinander zu setzen, welche sich mit der Thematik befassen. In meiner Forschungsarbeit bin ich daran interessiert, verschiedene Modelle zu untersuchen und zu vergleichen, die sich mit einem wegen *Sexsucht* unter Leidensdruck stehenden Klienten auseinander setzen.

Im Masterstudiengang Sexologie setzen wir uns mit den aktuellen sexualtherapeutischen Ansätzen auseinander. Schwerpunkt ist der Ansatz nach dem Modell Sexocorporel, entwickelt von Prof. Jean Yves Desjardins. Aufzeigen zu können, dass sich dieses flexible Model im Sinne seiner oralen Tradition immer wieder weiterentwickelt, motiviert mich in eigener Praxis erlernte Methoden miteinander zu kombinieren um den Klienten Instrumente auf ihrem Wege mitzugeben, die ihnen die Kompetenz geben, ihre eigene Sexualität weiterzuentwickeln, was immer auch der Anstoss und das Anliegen sein mag, eine Behandlung in Angriff zu nehmen. Als Beraterin und Therapeutin übernehme ich pflichtbewusst die Eigenverantwortung, plausible Interventionsformen zu nutzen und kompetente hypothetische Fragen zu stellen, die vertrauenswürdig bei den Klienten ankommen.

Auch hoffe ich, dass ich bereits einen Differenzierungsgrad erreicht habe, der es mir erlaubt die Klientinnen und Klienten in ihrer Gesamtheit zu beraten und zu behandeln ohne dabei die Augenhöhe zu ihnen zu verlieren.

1 Einleitung

Es gibt kein Gebiet im Bereich der Sexologie, das so viel Aufmerksamkeit unter den Therapeuten erhalten und dementsprechend auch Kontroversen gebildet hat, wie sexuelles Verlangen, welche als ausser Kontrolle geraten ist (Joannides, 2012). Dieses exzessive Verlangen wird oft auch als das Gegenstück der sexuellen Appetenzminderung betrachtet (Vetter & Huber, 2008, S. 154). Diagnostisches und therapeutisches Engagement existieren demnach an beiden Enden des Spektrums der Lust. Die Lust wird sozusagen bipolar pathologisiert (Clement, 2016a). Es gibt eine Vielzahl von Begriffen, welche für die dranghafte Sexualität oder für den vertrauteren Begriff *Sexsucht* verwendet wird. Fachleute auf diesem spezifischen Gebiet verwenden jeweils ihre eigene Bezeichnung für dieses unkontrollierbare Sexualverhalten. Diese reichen von *Sexsucht* über „Hypersexualität“, „impulsives und kompulsives“ sexuelles Verhalten bis zur „disregulierten“ Sexualität (Joannides, 2012). In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe *Sexsucht* oder *dranghafte Sexualität* bevorzugt. Der Einfachheit halber wird oft von *Betroffenen* gesprochen. Es wird davon ausgegangen, dass Männer öfter dranghafte sexuelle Verhaltensweisen zeigen als Frauen. Im Vergleich zu Männern werden bei Frauen Symptome von sexueller Dranghaftigkeit mehrheitlich psychischen Erkrankungen zugeordnet, insbesondere der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Odlaug et al., 2013, S. 16). Bei Einschränkungen im alltäglichen Leben und in den sozialen Beziehungen kann bei Einsicht des Betroffenen eine Behandlung indiziert sein.

Zur Behandlung dieser komplexen Symptomatik bedarf es einer angemessenen Veränderungsmotivation, einer therapeutischen Phase, in der sowohl symptomfokussiert als auch funktionsorientiert gearbeitet wird und optimalerweise einer anschliessenden Rückfallprophylaxe (Stark & Wehrum-Osinsky, 2016). Zurzeit existieren verschiedene Modelle welche unterschiedliche Behandlungsansätze und Methoden beinhalten. Diese Methoden werden je nach Expertinnen und Experten für die Behandlung des Leidendrucks, der bei gesteigertem sexuellem Verlangen oftmals berichtet wird, unterschiedlich angewendet oder interpretiert. Was bisher noch nicht untersucht wurde ist eine Gegenüberstellung der sexualtherapeutischen Behandlungspraxis ausgehend von verschiedenen sexualtherapeutischen Beratungsansätzen in der deutschsprachigen Schweiz. Es gibt zur Zeit sowohl im deutschsprachigen, als auch im englischsprachigen Raum kaum empirische Untersuchungen zur Wirksamkeit dieser spezifischen Ansätze, obwohl die in der vorliegenden Arbeit beleuchteten Beratungsansätze in der Praxis relativ verbreitet sind.

2 Ziel und Aufbau der Arbeit

Ziel der vorliegenden Masterarbeit ist der Vergleich dreier verschiedener sexualtherapeutischer Behandlungs- und Beratungsansätze in Bezug auf dranghaftes Sexualerleben anhand von Interviews, welche mit Expertinnen und Experten durchgeführt werden. Zentral ist dabei die Fragestellung, wie die befragten Fachpersonen in der Beratungspraxis der Deutschschweiz mit den auserwählten Beratungsansätzen und Methoden im Bereich dranghaften sexuellen Verhaltens, bzw. *Sexsucht*, vorgehen.

Der Fokus in dieser Arbeit richtet sich vor allem auf Behandlungsansätze in Bezug auf promiskuitives Verhalten (Briken & Basdekis-Jozsa, 2010). Also auf Betroffene, die gedrängt sind, permanent nach neuen sexuellen Affären zu suchen, auch wenn sie bereits in einer Beziehung sind. Auf die verschiedenen Verhaltensweisen, wie erhöhter Pornografiekonsum, übermässige Masturbation, regelmässige Besuche in Bordellen bei Prostituierten oder Cybersex, wird wegen der Dauer der Interviews und der Kapazität in der vorliegenden Arbeit nicht differenzierter eingegangen. Ausgehend davon, dass es sich um verschiedene Ausdrucksformen der gleichen Problematik handelt, unterscheidet sich die Behandlung dieser Verhaltensweisen zudem nicht grundlegend voneinander.

In einem ersten theoretischen Teil werden die zentralen Begriffe *Sexsucht* und dranghafte Sexualität definiert. In einem weiteren Kapitel folgt die theoretische Erläuterung der in der Deutschschweiz dominierenden sexualtherapeutischen Behandlungs- und Beratungsansätze. Nach der Erläuterung der Methodenauswahl werden die Ergebnisse der Experteninterviews kodiert und kategorisiert. Sie werden unter Einbezug der erläuterten Begriffe und Theorien und weiterer Literatur abschliessend diskutiert.

3 Dranghafte Sexualität und Sexsucht: Theorie und Forschungsstand

3.1 Historische Betrachtung

In seinem Werk, die *Psychopathia Sexualis* (Krafft-Ebing 1998, 1965) beschreibt Richard Freiherr von Krafft-Ebing zum ersten Mal ausführlich sexuelle Süchte und Abweichungen von der sexuellen Norm als medizinisch-psychiatrische Phänomene. Giese (1967), der im wissenschaftlichen Kontext den Begriff der sexuellen Süchtigkeit für den deutschsprachigen Raum am stärksten geprägt hat, geht von einem Leitsymptom der zunehmenden Frequenz sexueller Aktivität bei abnehmender Befriedigung aus und sieht ebenfalls die sexuelle Süchtigkeit als eine krankheitswertige sexuelle Perversion an (Batthyány & Pritz, 2009). So wurden in der Vergangenheit immer wieder verschiedene Begriffe verwendet, um diese dranghaft oder suchartig erlebte Sexualität zu umschreiben. Diese Begriffe sind geprägt von den Denkmustern, Menschenbildern oder führenden Fachpersonen dieser Zeit. Die in der Literatur verwendeten Begriffe, wie zum Beispiel, Don Juanismus, Erotomanie, nicht paraphiler oder paraphiler sexueller Zwang, sexuelle Obsession, Hypersexualität (Hartmann, 2016b) oder sexuelles Verhalten, das ausser Kontrolle geraten ist (Bancroft, 2008), weisen als gemeinsames Merkmal die übereinstimmende Symptomatik eines dysregulierten, exzessiven Sexualverhaltens, welches sich überwiegend auf nicht-paraphile sexuelle Stimuli bezieht (Hartmann 2017, sowie Stark & Wehrum-Osinsky, 2016), unterscheiden sich aber stark in der darin zugrunde liegenden Störungskonzeptualisierung (Stark & Wehrum-Osinsky, 2016).

Dranghaftes Sexualverhalten ist noch zu wenig erforscht worden, was dazu führt, dass diese sexuellen Probleme bisher wenig ernst genommen wurden. Ein ausser Kontrolle geratenes Sexualverhalten kann aber durchaus bei den Betroffenen einen persönlichen Leidensdruck auslösen, sobald die unzureichende Regulation ihrer sexuellen Impulse, ihres sexuellen Verhaltens und ihres oft von Masturbation begleitenden Pornografiekonsums zu negativen persönlichen und sozialen Konsequenzen führen. In den letzten Jahren ist die Anzahl der Betroffenen, die aus diesem Grunde professionelle Hilfe gesucht haben, stetig gestiegen (Hartmann, 2017).

3.2 Kontroverse zwischen Drang und Sucht

3.2.1 Einordnung des Suchtbegriffs

Währendem viele Menschen ihre psychischen Probleme mit Gesprächen, Therapie, Medikamenten oder Entspannung in den Griff zu bekommen versuchen, gibt es solche, die sich in sexuelle Exzesse verschiedenster Art verfangen, um ihre psychischen Probleme zu bewältigen. Eine Theorie ist, dass diese Menschen eine Lösung in dieser Suchtart suchen. Die Sexualität wird dann zu einer Art *psychischem Analgetikum* mit Suchtcharakter (Peer Briken, Hill, und Berner 2008). Mit seinem Suchtzyklus und elaboriertem Fragebogen hat Carnes (1983) den Begriff *Sexuelle Sucht* definitiv eingeführt und eine Parallelität zur substanzabhängigen Form der Sucht proklamiert. Kafka (1997) zählt ebenfalls zu den Befürwortern der Diagnose Sexsucht. Für ihn gelten sieben und mehr Orgasmen pro Woche als Kriterium für die Hypersexualität (Clement, 2016a).

Bis zum heutigen Zeitpunkt stösst die Klassifikation in Bezug auf einen einheitlichen Begriff immer wieder auf grössere Hürden. Kritiker der Diagnose Hypersexualität oder *Sexsucht*, wie Coleman (2011) sind der Meinung, dass es kaum möglich ist normative Abgrenzungen auf einer Basis solider wissenschaftlicher Daten vorzunehmen. Auch wenn klar ist, dass exzessive Sexualität für manche Männer problematisch sein kann und therapeutische Interventionen benötigt werden, scheint für die Kritiker eine genaue Diagnose zweifelhaft (Winters, 2010). In der Fachwelt und in der Öffentlichkeit hat sich bis heute der Begriff *Sexsucht* weithin etabliert und ratsuchende Patienten verwenden ihn häufig als Selbstdiagnose (Hartmann & Hartmann, 2017).

Das dranghafte oder süchtige Erleben von Sexualität ist subjektiv. Es ist abhängig von dem eigenen Wertesystem, vom kulturellen Hintergrund und von der Entwicklung der eigenen Sexualität. Wenn das gesellschaftliche Umfeld sexualfeindlich ist und Sexualität durch das Überschreiten von Verboten motiviert wird, wird sie triebhafter erlebt und das Gefühl von Kontrollverlust über die eigene Sexualität wird dadurch verstärkt (Gehrig, 2010). Es scheint, dass sich die Männer, die sich selbst als sexsüchtig beschreiben keine grossen Unterschiede auf der Basis der Frequenz sexuellen Verhaltens mit anderen Männern zeigen. Der Hauptunterschied liegt vielmehr in der idealen Sexfrequenz, welche die selbst identifizierten Sexsüchtigen als angemessen und gesund ansehen (Hartmann 2016a). So kann es sein, dass ein junger Mann sich als sexsüchtig erklärt, weil er zweimal die Woche masturbiert und ein anderer Mann kann über dieselbe Anzahl pro Woche Stolz darüber empfinden, dass er so potent ist (Gehrig, 2010). Klaus M. Beier, Bosinski, and Loewit (2005, S. 251) beschreiben hingegen das Drängen nach Sexualität im Kapitel der sexuellen Funktionen des Mannes, als Störung der Appetenz oder als intrapsychische

und paarbezogene Ursache. Demnach geht es beinahe immer um Bedürfnisse nach Intimität, Nähe, Austausch, Zusammengehörigkeit oder Bestätigung, die im Zuge der sich verschlechternden Paarbeziehung oder schon zu Beginn der Beziehung, unbefriedigt bleiben.

Doch die Frage bleibt offen, ob wir bei einer ausser Kontrolle geratenen Sexualität wirklich von einer Sucht ausgehen können mit einem eventuellen pathologischen Hintergrund, einhergehend mit einer Störung oder, ob es sich nicht eher um einen Drang handelt, der keinen Suchtcharakter aufweist. Gemeinsames Merkmal der verschiedenen Terminologien und Formen des Anliegens ist die ähnliche Dynamik, die diesen zugrunde liegt. Voraussetzung für eine adäquate sexologische Behandlung und Beratung ist das Verstehen dieser Dynamik. Nur so können Wege aufgezeigt werden um sich aus dem Drang zu lösen (Desjardins, 2008c).

3.2.2 Dranghafte Sexualität als Verhaltenssucht

Man kann die *dranghafte Sexualität* und die *Sexsucht* im fachlichen Kontext beinahe nicht trennen. Nach dem gegenwärtigen Kenntnisstand treffen die beiden Begriffe aber nur auf eine Subgruppe zu. Dabei handelt es sich um Betroffene, die neben den Suchtcharakteristika einen besonderen Schweregrad der Symptomatik, einen hohen Leidensdruck und einen ungünstigen Verlauf aufweisen (Levine, 2010). Weitere Studien und kritische Äusserungen, die die Thematik besser beleuchten würden wären angebracht. Auch um darüber mehr Klarheit zu gewinnen, ob es sich um *Sexsucht* oder um eine ausser Kontrolle geratene Sexualität handelt (Briggs, Gough, & das Nair, 2017). Die Mehrheit der Fachliteratur beruft sich auf eine Definition, die mit der Konzeptualisierung einer Verhaltenssucht einhergeht. Nicht zu unterschätzen ist dabei die distanzierte Haltung, die sich in manchen Fachkreisen in Bezug auf die Akzeptanz des Konzeptes der Verhaltenssucht bemerkbar macht (Batthyány & Pritz, 2009, S. 2). Während bei einer Abhängigkeit von stoffgebundenen Substanzen genaue Kriterien erfüllt sein müssen um eine Diagnose festzulegen, handelt es sich bei der Verhaltenssucht um eine nicht stoffgebundene Sucht, bei der keine Substanzen von aussen zugeführt und eingenommen werden (Batthyány & Pritz, 2009, S. 4).

Als wichtigste diagnostische Kriterien gelten hier: Der Einsatz *exzessiven Sexualverhaltens* als Reaktion auf negative Gefühle und *belastende Lebensereignisse* sowie erfolglose Versuche, das trotz negativer Konsequenzen fortgeführte Verhalten zu *kontrollieren* und ein *hoher Zeitbedarf* für die Beschäftigung mit sexuellen Impulsen und Verhaltensweisen (Hartmann et al., 2014). Die Regulierung der inneren Befindlichkeit und der gedanklichen und emotionalen Abläufe im Sexsuchtprozess verläuft über äussere Stimuli,

die dazu dienen, schmerzhaft Zustände abzuwehren, die aus kindlichen Mangelerscheinungen und Entwicklungsdefiziten entstanden sind (Batthyány & Pritz, 2009). Nicht ausser Acht gelassen werden darf, dass auch im Fall von exzessiven Verhaltensweisen, die durch stoffungebundene Substanzen ausgelöst wurden, eine Veränderung des Bewusstseins und der Psyche stattfindet. Diese manifestiert sich durch eine körpereigene biochemische Veränderung, die denselben Belohnungseffekt aufweist, wie mit von aussen zugeführte Substanzen. Aufgrund von Übereinstimmungen in Bezug auf diagnostische Kriterien, wie das Erscheinungsbild und die Funktion der Gefühlsregulation, können demnach Elemente aus der Suchtbehandlung auf die Interventionen bei Verhaltenssucht übertragen werden (S.M. Grüsser, Poppelreuter, Heinz, Albrecht, & Saß, 2007). Weitere neurobiologische Studien wären aber bei Patienten mit diesem Störungsbild notwendig, um zu klären, inwieweit ähnliche neuronale Bahnen wie bei der Substanzabhängigkeit und anderen Verhaltenssüchten auch bei exzessivem Sexualverhalten zum Tragen kommen (Batthyány & Pritz, 2009, S. 4).

3.3 Diagnosekriterien nach DSM-5, ICD-10 und ICD-11

Aufgrund mangelnder empirischer Evidenz bezüglich der *Sexsucht*, ist es schwierig ein klar abgrenzbares und differenziertes Krankheitsbild zu definieren. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass die grosse Variabilität sexueller Verhaltensmuster pathologisiert wird. Diese Kriterien haben unter anderem dazu geführt, dass der Terminus *Hypersexuelle Störung*, der von der DSM-5 -Expertenkommission für sexuelle Störungen, vorgeschlagen wurde (Association, 2010), abgelehnt wurde. Somit wurde der Terminus nicht als diagnostische Kategorie in das aktuelle DSM-5 (Association, 2013) (Hartmann, 2016b) aufgenommen.

Folglich gibt es bis heute in den beiden wichtigsten Klassifikationssystemen für psychische Erkrankungen dem ICD-10 (Organization, 1992) und dem DSM-5 (Association, 2013) keine eigene Diagnose für die *Sexsucht*. Gesteigertes sexuelles Verlangen (F 52.7) hingegen wird im ICD-10 (Organization, 1992) aufgeführt und wird in Ländern, in denen primär auf das ICD-10 zurückgegriffen auch für hypersexuelle Störungen benutzt (Turner & Briken, 2017). Der Begriff *gesteigertes sexuelles Verlangen* weist aber in eine falsche Richtung, da den beschriebenen Auffälligkeiten meist kein gesteigerter Sexualtrieb zugrunde liegt (Briken, Hill, & Berner, 2005).

ICD-11(Organization, 2019) sieht vor (im Juni 2018 wurde die finale 11. Fassung verabschiedet, welche ab 2022 in der Schweiz und international verwendet wird), dass das zwanghafte Sexualverhalten als eine eigenständige Impulskontrollstörung aufgenommen wird, bei der es den Betroffenen nicht gelingt ihr sexuelles Verlangen zu kontrollieren. Ebenfalls sollen die bisher nie ausführlich aufgeführten diagnostischen Kriterien für

eine zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung eingeführt werden, (Turner & Briken, 2017) wobei die Störung mindestens sechs Monate persistieren und erheblichen Stress im Umfeld generieren sollte. Müller (2019) sowie Stark & Wehrum-Osinsky, (2016) argumentieren, dass eine erhöhte und verbesserte empirische Befundlage eines Tages dazu führen wird, eine genauere und angemessenere Störungskonzeptualisierung zu erreichen, welche substanzieller und konkreter zur Entscheidung beitragen wird, die *Sexsucht* zu definieren (Stark und Wehrum-Osinsky 2016). Aus der diagnostischen Unschärfe resultiert somit momentan ein Ungenügen. Suchtexperten fordern, Phänomene, die als stoffungebundene Abhängigkeiten aufgelistet sind als eigenständige Kategorie psychischer Krankheiten in den diagnostischen Klassifikationssystemen zu integrieren (Batthyány & Pritz, 2009).

3.4 Prävalenz, Ätiologie

Währendem für den Abhängigkeitsbegriff von gebundenen Substanzen im klinischen Alltag, Prävalenzen gut erforscht sind, gilt dies bezüglich des Konzepts der Verhaltenssucht nicht (Batthyány & Pritz, 2009, S. 2). Die Festlegung der Prävalenzzahlen wird aufgrund der unterschiedlichen Anliegen der Betroffenen und der kontroversen Sichtweisen zu einer einheitlichen Definition der *Sexsucht*, ziemlich erschwert (S.M. Grüsser et al., 2007).

Sabine M. Grüsser and Thalemann (2006) gehen im deutschsprachigen Raum von Prävalenzraten zwischen 3% und 6% aus (Hartmann, 2011). Dies entspricht auch den amerikanischen Prävalenzschätzungen (Turner & Briken, 2017). Etwa 2-6% der Bevölkerung weisen ein sexsüchtiges Verhalten auf, sagen Turner and Briken (2017). Diese Prävalenzzahlen lassen sich in neueren Studien allerdings nicht bestätigen. In einer Untersuchung aus Neuseeland gaben nur 2.8% der Gesamtstichprobe an, dass das sexsüchtige Verhalten zu einer Beeinträchtigung ihres Lebens geführt hätte. 14 Prozent der Männer dagegen berichteten über sexuelle Fantasien, Impulse oder Verhaltensweisen, die sie als ausserhalb ihrer Kontrolle empfanden (Hartmann, 2016b). In einer schwedischen Studie konnte zudem nachgewiesen werden, dass der *hochgradig hypersexuelle* Anteil der Studienteilnehmer häufiger professionelle Sexualberatung in Anspruch genommen hatte.

Es liegen bisher keine Entstehungs- und Erklärungsmodelle für das Phänomen *Sexsucht* vor. Grundsätzlich gilt dieses ausser Kontrolle geratene Sexualverhalten als multifaktoriell verursacht. Bancroft and Vukadinovic (2004) erwähnen als Modell das „Dual Control Model“, bei dem sexuelle Störungen durch eine gestörte Balance zwischen Erregungs- und Hemmungssystem entstehen, die voneinander unabhängig agieren und neurobiologisches Substrat aufweisen. Die *Sexsucht* kann demnach aus einer Neigung von zu viel oder zu wenig sexuellen Hemmungen entstehen oder aus einer Kombination von beiden

(Hartmann, 2011). Bei dem grössten Teil der Betroffenen, die sich für sexsüchtig halten, ist es die fehlende Intimität und der fehlende Zugang zu den eigenen Gefühlen, die während der Behandlung beobachtet werde. Diese Bereiche sind oftmals Auslöser für die Entwicklung des Dranges und für dessen Aufrechterhaltung (Hartmann, 2011).

3.5 Verständnis nach Sexocorporel

Der Begriff *dranghafte Sexualität* findet sich vorwiegend im Modell Sexocorporel (Desjardins, 2008c) wieder. Desjardins (2008c) hat sich auf den Begriff *dranghafte Sexualität* oder *sexuelle Kompulsivität*, als einen unwiderstehlichen Wunsch, der eine Person zu sexuellen Handlungen drängt, festgelegt. In seinem Modell Sexocorporel unterscheidet Desjardins (2008c) zwischen impulsiv: unmittelbarer Drang, kompulsiv: sich über einen längeren Zeitraum aufbauender Drang bis zur Unwiderstehlichkeit und obsessiv: einen andauernden, überwältigenden Zwang. Es ist zu betonen, dass diese Konzepte fließend ineinander übergehen und unterschiedliche zeitliche und emotionale Dimensionen aufzeigen. Auch bezieht sich ein derart exzessives Sexualverhalten auf von der Norm nicht abweichende sexuelle Reize (Desjardins, 2008c). Der Approche Sexocorporel (AS) spricht von sexueller Unersättlichkeit, welche sich durch ein unablässiges Suchen nach Wünschen und Fordern von sexuellen Kontakten zeigt. Gründe für diesen Wunsch sind die Verschmelzung und ein unstillbares Bedürfnis nach Nähe. Intensive emotionale und gedankliche Aufladungen verhindern eine Wahrnehmung und Konzentration in Bezug auf die Genitalität. Laut Desjardins (2008b) ist es die zu wenig entwickelte Genitalität, die direkt kausal zu einer dranghaften Dynamik führt. Zudem wird das Ungleichgewicht durch die engen Grenzen der Erregungsfunktion verstärkt. Männer machen solche Erfahrungen vor allem in Lebensphasen, die emotionale Krisen hervorrufen, wie während der Adoleszenz, Verliebtheit, Lebensmitte (Gehrig, 2010).

Dieses dimensionale Verständnis von Drang steht einer Definition der Störung über gewisse Kriterien entgegen. Desjardins (2008b) sieht den Drang als etwas Natürliches der Sexualität an, welches bei starker Ausprägung von der Ressource zur Grenze des sexuellen Systems werden kann und dadurch zur Belastung wird. Da dieses Verständnis nicht auf eine Störung fokussiert führt der Suchtbegriff in die Irre.

Es scheint für die Fachwelt nicht nur schwierig zu sein, Klarheit für die Begrifflichkeit der *Sexsucht* zu erbringen sondern auch genaue Kriterien zu finden, um die Vielfalt der Phänomene rund um diese Dranghaftigkeit in eine sinnvolle Ordnung zu bringen. Die Umschreibung der *Sexsucht* ist demnach eine dranghaft erlebte Sexualität, verbunden mit Kontrollverlust. Diese ausser Kontrolle geratene Sexualität kann zu einem Leidensdruck führen, der begleitet wird von sich bereits gebildeten Verdrängungsmechanismen. Die Betroffenen

leiden zudem unter der Angst an einer Sucht zu leiden. Dieses für manche Betroffenen unerwünschte sexuelle Verhalten kann professionell therapiert werden und zu einer Veränderung von Verhaltensmustern führen (Sztenc, 2018, S. 125 ff.).

Grundthema beim dranghaften sexuellen Verhalten ist der Wunsch nach Bestätigung, nach Anerkennung und Wertschätzung als Mann. Es handelt sich um ein emotionales Problem, welches über die Sexualität zu lösen versucht wird. Diese verlorene Intimität wieder herzustellen damit wieder eine gesunde Balance zwischen Emotionalität und Genitalität hergestellt werden kann, bedarf differenzierte Therapiemassnahmen (Sztenc, 2018).

4 Sexualtherapeutische Ansätze

4.1 Therapeutische Grundannahmen

Neben der Suche nach Definitionen, Einordnungen und Erklärungen betreffend der Thematik der *Sexsucht*, muss sich die Forschung und Praxis auch für Modelle interessieren, welche konkrete Behandlungs- und Beratungsansätze anbieten. Ohne diese Voraussetzung ist eine Hilfeleistung bei Leidensdruck eines Betroffenen nicht möglich. Das Forschungsfeld dieser Arbeit möchte die derzeitige Praxis in Bezug auf eine eingegrenzte Anzahl von verwendeten Modellen beleuchten.

In der Deutschweiz gibt es bisher noch keine konkreten Richtlinien zur Behandlung von *Sexsucht*. Sexualtherapeutinnen und -therapeuten neigen allgemein dazu, die Problematik mit individuellen Therapien, die auf psychodynamischen und kognitiven Verhaltens-Modellvorstellungen beruhen zu behandeln (Hartmann, 2011). Behandlungen von Leidensdruck bei exzessivem Sexualverhalten gehen meistens mit der Bearbeitung assoziierter Themenbereiche einher. Diese können eine Verbesserung der Selbstregulation sein oder der Aufbau von Beziehungsfertigkeiten. Nicht ausser Acht gelassen werden darf, dass die Betroffenen gegenüber ihrer Problematik meistens sehr ambivalent sind und deshalb am Anfang Psychoedukation und Motivation benötigen (Briken & Berner, 2013, S. 245 ff.).

Die von *Sexsucht* betroffenen Klienten sollten über die therapeutischen Möglichkeiten und Strategien informiert werden. Behandlungsziele müssen formuliert werden und von den Klienten gleichzeitig als kurzfristig erreichbar eingestuft werden. Auf diese Weise kann man die Gefahr einer eventuellen Enttäuschung beim Betroffenen etwas entgehen. Therapieziele, die darauf gerichtet sind den Leidensdruck der Betroffenen zu mindern, sollten Problemen wie Suizidalität, selbstverletzendem Verhalten oder Fremdgefährdung den Vorrang geben. Eine spezifische Sexualtherapie, die je nach dem in manchen Fällen durch Psychopharmaka unterstützt wird, kann als Behandlung zum Einsatz kommen (Maß & Bauer, 2016, S. 108). Die aktuellen therapeutischen Empfehlungen beruhen leider noch auf ungenügender Evidenz, bedingt durch die aktuell fehlenden kontrollierten Studien (Turner und Briken 2017).

4.2 Historische Entwicklung

Die heute existierenden Sexualtherapeutischen Ansätze haben sich in verschiedenen Phasen entwickelt. Die erste Phase, die auch als Urknall der Sexualtherapie bezeichnet wird ist der Master & und Johnson Durchbruch (Masters, Johnson, and Sigusch, 1984). Es

würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, wenn diese erste Phase der Sexualtherapie enger beschrieben würde. Erwähnt sei, dass es ihnen darum ging, Hindernisse zu identifizieren, die eine effektive sexuelle Funktion blockieren um danach dem Paar zu helfen, diese Hindernisse zu beseitigen oder zu modifizieren (Hartmann, 2011). Eine zweite Phase der Sexualtherapie wurde durch Helen Kaplan mit ihrem Buch "Disorders of Sexual Desire" (Kaplan, 1979) initiiert und fortgeführt mit dem Projekt aus Hamburg, aus dem das Hamburger Modell (Hauch, 1997) entstand. Die dritte Phase, welche die neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts prägte wird als Stagnation und Medikalisierung in die Geschichte eingehen.

In einer vierten Phase der Diversifizierung entwickeln sich neue Einflüsse und Konzepte zu einer Sexualtherapie der zweiten Generation Ende der 1990er Jahre bis heute (Hartmann, 2011). Dazu gehören der Sexual-Crucible-Ansatz von David Schnarch (2010), die Sexualtherapie nach Clement (2016b), sowie der Sexocorporel Ansatz von Jean Yves Desjardins (1996). Nicht in den Forschungsbereich der vorliegenden Arbeit wurden die weiteren Ansätze, wie die Syndastische Sexualtherapie nach Klaus M. Beier and Loewit (2004), die Achtsamkeitsbasierte Sexualtherapie nach Brotto, Basson, Carlson, and Zhu (2013) und der Hannover Ansatz (Hartmann & Hartmann, 2017). Auf das Hamburger Modell (Hauch, 1997) wird kurz theoretisch eingegangen. Dieser Ansatz wird mangels empirischer Daten in Bezug auf die Behandlung der *Sexsucht* nicht in die Datenerhebung und in der Datenauswertung aufgenommen.

4.3 Das Hamburger Modell

Für die schon oben erwähnten therapeutischen Modifikationen entwickelten als erste Masters et al. (1984) erfahrungs- und körperorientierte Übungen, insbesondere die „sensitive focus“ Übungen (Sensualitätsübungen). Diese Übungen wurden von den kommenden Adaptionen meistens übernommen. Das Paar soll durch diese Art von Übungen von destruktiven Leistungs- und Versagerängsten entlastet werden. Das soll eine Wiederentdeckung von genussvollen Berührungen und Sinnlichkeit ermöglichen. Nicht vernachlässigt soll auch die Aneignung und Förderung von neuen Kommunikationsfertigkeiten zwischen dem Paar (Hartmann, 2011). In einer zweiten Phase der Sexualtherapie führte Helen Kaplan (2013) das Hamburger Projekt ein, welches sich dann später zum Hamburger Modell (Hauch, 2017) entwickelte. Dieses Modell gehört zu den Weiterentwicklungen der Sexualtherapie für Paare, wie sie eigentlich ursprünglich von Masters und Johnson konzipiert wurde (Maß, 2014). Es wurde bis zum Anfang der achtziger Jahre in einer Reihe von Studien eines Sonderforschungsbereiches der Deutschen Forschungsgemeinschaft evaluiert. Die Behandlung sexueller Lustlosigkeit erweist sich

aber als schwierig, denn hinter der sexuellen Lustlosigkeit können unverzeihene, nicht überwundene Verletzungen stehen, die sich ein Paar in der Vorgeschichte zugefügt hat. Sexuelle Untreue wird häufig als Folge solcher chronischer Partnerschaftskonflikte gewertet. Aus dem Fremdgehen ergeben sich neue Probleme, wegen den daraus resultierenden Aggressionen, die noch Jahre später fortbestehen und die Beziehung zusätzlich belasten. Wenn sich ein solcher Konflikt in eine Lustlosigkeit niederschlägt und das Paar eine Paartherapie nach dem Hamburger Modell beginnt, können Widerstände in den Sensate-Focus-Übungen auftreten. Wut gegenüber dem Partner ist für das Berühren und sich berühren lassen hinderlich. Folglich kann bei diesen Paaren keine Entspannung entstehen, da die Bereitschaft zu Einzel- und Paarübungen eingeschränkt ist. Deshalb erstaunt es nicht, dass das Hamburger Modell (Hauch, 2017) für die Behandlung von *Sexsucht* nie in Erwägung gezogen wurde. Denn derselbe Widerstand macht sich hier bemerkbar, wenn die Frau auf ihren Partner Wut entwickelt hat, weil er dauernd fremgegangen ist. Es gibt zudem auch keine Datenlage darüber, dass das Modell je für eine Diagnose nach (F52.7) diskutiert oder erprobt wurde (Maß, 2014, S. 157). Dieser sexualtherapeutische Ansatz eignet sich demnach nicht für einen Vergleich bezüglich der Vorgehensweise bei *Sexsucht*, da dieses Modell für die Behandlung ungünstig erscheint. Nach Maß (2014) wäre es erforderlich, das Hamburger Modell auf sicherer empirischer Grundlage weiterzuentwickeln und anzupassen.

4.4 Sexualtherapeutischer Ansatz nach David Schnarch

Der amerikanische Sexualtherapeut David Schnarch (2010) hat mit seinem Ansatz, die etwas eingeschlafenen Theorie und Praxis der Sexualtherapie in den 1990er- Jahren aufgerüttelt. Mit seinem *Crucible Therapy* Konzept erreichte er, dass die damals separaten Felder der Sexualtherapie und der Paar- bzw. systemischen Therapie (marital therapy) integriert wurden. Der englische Begriff *Crucible* wird als Sinnbild für das Therapiemodell verwendet und hat eine Doppelbedeutung (David Schnarch, 2010). Einerseits bezeichnet es der in der Metallurgie verwendete Schmelztiegel, in dem heisse Prozesse ablaufen, ohne dass das Gefäß auch verschmilzt und andernseits steht der Begriff für *Feuerprobe*.

Dieser sexualtherapeutische Ansatz sieht die Sexualtherapie in einem Defizitfokus gefangen (Schnarch, 1991). Dass die Menschen in sexuell funktionale und dysfunktionale unterteilt werden, widerspricht dem Ansatz. Dem normativen, uniformen Störungsmodell wird ein ressourcenfokussiertes Modell, *asset model* entgegen gesetzt, in dem das sexuelle Potenzial im Vordergrund steht und nicht das Symptom oder die Dysfunktion (Hartmann, 2011). Die Sexualität soll viel mehr als Fenster oder Fahrzeug für persönliches Wachstum (Schnarch, 2010) betrachtet werden. Das Modell von Schnarch fokussiert auf die sexuelle

Lust und Lustprobleme. Bei ihm steht die individuelle persönliche Entwicklung der Partner im Vordergrund. Er nennt dies das Differenzierungsprinzip. Die Entwicklung der beiden Partner und die Differenz davon, sieht er als Schlüssel seines thearapeutischen Ansatzes (Maß & Bauer, 2016, S. 102).

Differenzierung ist demnach Entwicklung. Sie beinhaltet die Fähigkeit des Menschen, sich selbst Halt zu geben und in einer Beziehung den Zustand emotionaler Balance aufrechtzuerhalten. Die Differenzierung ist laut David Schnarch (2010) ein interpersonaler Prozess, der dauernd zwischen der Person selber und anderen Menschen stattfindet. Sie ist gleichzeitig ein individueller Prozess, der die Gedanken und Gefühle sowie das gesamte Verhalten der Menschen im Laufe des Lebens beeinflusst. Oft wird für Differenzierung auch nur das Wort *Balance* benutzt. Diese Balance beinhaltet vier Aspekte. Jeder dieser Aspekte hilft im Prozess zur Selbstfindung. Der erste Aspekt fordert einen auf, auch angesichts von Widrigkeiten die eigenen Ziele und den eigenen Wert nicht aus den Augen zu verlieren. Beim zweiten Aspekt geht es darum den eigenen Kummer zu lindern und emotionale Wunden zu pflegen. Der dritte Aspekt appelliert an unübertriebenes Reagieren, wenn sich der Partner unangemessen verhält und schliesslich geht es beim vierten Aspekt darum zu lernen, schwierige Situationen zu ertragen um das zu erreichen, was man will (Maß & Bauer, 2016, S. 102). Schnarch (2010) lehnt die Konzeptualisierung sexualtherapeutischer Übungen als strukturierte und angeleitete Erfahrungsmöglichkeit ab. Stattdessen gibt er Vorschläge mit denen sich das Paar auseinandersetzen kann. Das Ziel besteht darin, dass sich die Klienten und Klientinnen durch ihr sexuelles Verhalten selbst etwas beibringen sollen. Interventionstechniken sollen einen gewissen Freiraum erlauben. Berühmt sind die Vorschläge wie *Sex mit offenen Augen*, *Umarmen bis zur Entspannung*, *Köpfe auf Kissen*, *Spüren und Berühren*. Diese Vorschläge sollen die *kollaborative Allianz* des Paares fördern (Schnarch, 2009). Diese Allianz ist ein informelles Einvernehmen, sich um der Beziehung Willen bestmögliche Mühe zu geben, kooperativ und freundschaftlich füreinander zu handeln. Die Allianz will das beide Partner zusammen auf ein gemeinsames Ziel hinarbeiten, auch wenn das beängstigend, schwierig oder mit Ängsten verbunden ist (Schnarch, 2009).

4.5 Systemischer Sexualtherapeutischer Ansatz nach Ulrich Clement

Die Systemische Sexualtherapie nach Clement (2016b) wird als Anwendung der Systemischen Therapie auf Paare mit sexuellen Problemen aufgefasst. Neben dem breiten Fundus allgemeiner Systemischer Techniken finden auch spezifische Interventionsformen Anwendung (Ideales Sexuelles Szenario, Spiel- und Ernst Interventionen usw.). Wichtig sind ebenfalls die aus der Systemik bekannten Fragetechniken, wie Verflüssigungsfragen,

zirkuläre Fragen, die Wunderfrage oder die Verschlimmerungsfragen (Maß & Bauer, 2016, S. 89 ff.). Der Ansatz der Systemischen Sexualtherapie kennt weder ein vorgegebenes Programm noch ein festes Therapieschema. Die Therapie besteht vorwiegend aus einem nicht genau vorhersehbarer Veränderungsprozess. Clements Paradigma besteht vorerst darin, therapeutische Interventionen im Sinne einer nicht Veränderung für das Paar umso spannender zu machen. Sein Ansatz basiert vor allem auf der sexuellen Kommunikation, bzw. Exkommunikation und fokussiert auf die Entwicklung der unterschiedlichen sexuellen Profile der beiden Partner und der sich daraus ergebenden Paardynamik (Clement, 2016b). Das Konzept der Systemischen Sexualtherapie setzt nicht bei der Gemeinsamkeit an, sondern beim Unterschied des Begehrens beider Partner (Clement, 2016b).

Der Ansatz konzentriert sich auf das sexuelle Wollen und ist ressourcenorientiert. Ausgangspunkt für eine Entwicklung liegt in den unterschiedlichen Bedürfnissen des Paares. Clement (2016b) kämpft gegen ein Defizitmodell an, denn laut ihm wird damit die Paarsexualität und die Paardynamik verharmlost. Eine um das *Nicht-Können* organisierte Erklärungsfigur führt demnach zu einer Akzeptanz des Mangels. Ferner vertritt er die Meinung, dass wenn sich das Paar nur ausschnittsweise mitteilt, was ihr sexuelles Begehren und Profil ausmacht, beide im Bereich des Bekannten und Erwartbaren bleiben (Clement, 2016a). Deshalb füllt der Ansatz eine auf Entwicklung angelegte Therapie nicht eine Lücke, sondern bringt etwas Vorhandenes zur Geltung.

4.6 Sexualtherapeutischer Ansatz nach Sexocorporel

Das Modell Sexocorporel wurde von Prof. Jean-Yves Desjardins an der sexologischen Fakultät der Universität von Montreal, Quebec, in den 80er Jahren entwickelt (Bischof, 2012). Desjardins (2013) weilt unter den Sexologen als ein „sexologue nomade“ (Desjardins, 2013). Es gibt nur wenige Publikationen von ihm selbst. Sexocorporel dient in erster Linie der Förderung des sexuellen Lusterlebens. Dass jeder Mensch in seiner Sexualentwicklung Grenzen erfährt, ist nicht im Sinne einer Pathologie zu interpretieren. Auch sind keine neuen Leistungsnormen gesucht, denn Ziel der Therapie nach Sexocorporel ist es, bestehende Fähigkeiten und Ressourcen zu erweitern und nicht einen defizitären Blick auf Störungen und Dysfunktionen zu werfen. Das Modell kritisiert die Sexualtherapien, die sich auf indirekte Kausalitäten beziehen und den Fokus vor allem auf Beziehungsprobleme, psychische Konflikte und sexuelle Traumatisierungen richten. Die sexuelle Störung soll unabhängig von solchen Hypothesen behandelt werden (Maß & Bauer, 2016, S. 101 ff.). Laut Desjardins (2008c) umfasst die sexuelle Gesundheit mehrere Dimensionen in der die verschiedenen Komponenten in Beziehung zueinander stehen. Dies ermöglicht es auf die Qualität der Sexualität und des Lebens Einfluss zu nehmen. Er

geht von der Prämisse aus, dass die meisten Menschen mit sexuellen Problemen psychisch gesund sind.

Der Approche Sexocorporelle (AS) ist ein praxistaugliches Beratungskonzept, das keine psychotherapeutische Ausbildung voraussetzt. Dieses Modell geht von einer lebenslang entwickelbaren Sexualität aus, welches sexuelle Lernprozesse als Basis für eine Anpassung an störende Veränderungen sieht (Bischof, 2005).

Das Modell Sexocorporel stellt im Gegensatz zu den sexualwissenschaftlichen Modellen von Masters et al. (1984) und Kaplan (1979) die sich mehr auf die Funktionsstörungen und Reaktionszyklen konzentrieren, den Fokus auf das persönliche Erleben und Empfinden und auf die sexuelle Gesundheit. Dieses sexologische Konzept untersucht vor allem das sexuelle Erleben und Handeln von Frauen und Männern. Das Modell ist eine umfassende Sichtweise der menschlichen Sexualität welches vier Komponenten sexueller Gesundheit unterscheidet:

1. Kognitive Komponente (Ideologien, Normen, Werten und Vorstellungen)
2. Persönliche Komponente (Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit als zentralen Aspekt)
3. Physiologische Komponente (Wahrnehmung der Sinnesempfindungen und Erregungsmodus)
4. Beziehungskomponente (erlernte Fähigkeiten in der Beziehung)

Die Komponenten werden als sexodynamisch bezeichnet, weil sie sich fortan entwickeln und gegenseitig beeinflussen. Was im impliziten Körper erlebt wird (Emotionen, Gefühle, Kognitionen usw.), spiegelt sich im expliziten Körper (Hautrötung, Atemfrequenz, Schwitzen usw.) und umgekehrt Desjardins (2008c). Parallelen bietet das Konzept des Embodiment (Tschacher & Storch, 2012). Am Anfang der Sexualtherapie wird eine sorgfältige Evaluation (Anamnese) aller genannten Komponenten vorgenommen. Die Evaluation differenziert zwischen direkten und indirekten Kausalitäten. Die auf diese Weise erhobenen Daten ergeben die *Logik des Systems* einer Person. Das Anliegen des Klienten steht dabei im Vordergrund. Auf diese Weise kann ein individueller Beratungsplan erstellt werden, der sich an bereits erfolgten Lernprozessen anlehnt (Desjardins, 2008a).

4.7 Zwischenfazit

Die momentan vorherrschenden Sexualtherapeutischen Ansätze sind oft nur auf

Beziehungsprobleme ausgerichtet und haben einen psychologischen oder medizinischen Charakter (Bischof, 2005).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist mittels einer sachgerechten wissenschaftlichen Analyse zu untersuchen, wie die aktuelle Sexualberatungspraxis in der deutschsprachigen Schweiz aussieht, wenn es sich um Anliegen von dranghafter Sexualität handelt, die Leidensdruck bei Männern erzeugen. Was wurde schon erforscht? Was wurde noch zu wenig erforscht? Was sollte noch erforscht werden?

Für die Beantwortung wurden spezifische Leitfragen für theoriengenerierende Experteninterviews entwickelt. Zudem wurde eine Analyse der empirischen Daten anhand der Grounded Theory vorgenommen.

4.8 Leitfragen

- Was für ein Ausbildungs- und Berufsprofil weisen die Expertinnen und Experten auf?
- Welches ist der biografische Hintergrund des Klienten?
- Wie gehen die Expertinnen und Experten in Bezug auf die Anamnese und Diagnostik vor?
- Welche theoretischen Ansätze und Modelle nutzen die Expertinnen und Experten?
- Welche Behandlungsmethoden und Interventionsmöglichkeiten werden genutzt?
- Wie nachhaltig sind die unterschiedlichen Beratungsansätze aus der Sicht der Expertinnen und Experten?

5 Methodisches Vorgehen

Die Autorin hat sich für die qualitative Methode entschieden, deren Forschungsstrategie aus Gründen der Nachvollziehbarkeit einer Qualitätssicherung und einer Qualitätskontrolle nachfolgend dargelegt wird (Flick, 2014, S. 45). Die Strategie soll eine transparente und nachvollziehbare Darstellung der Teilaspekte des zu erforschenden Gebietes ermöglichen. Um dies zu erreichen muss die Forschungsfrage, sowie die gewählte Methodik der Datensammlung, Aufbereitung, Analyse und die Darstellungsform der Ergebnisse gewährleistet sein (Flick, 2014).

5.1 Forschungsprojekt

Einer Vergleichsstudie ähnlich sollen Fachleute, die mit verschiedenen Modellen arbeiten gegenüber gestellt werden (Flick, von Kardorff, & Steinke, 2000). Die Untersuchung basiert auf den Erfahrungswerten der interviewten Fachleute in Bezug auf ihre Beratungsansätze, Diagnoseinstrumente, Behandlungsmethoden, Interventionen und die Nachhaltigkeit der Behandlung. Eine wissenschaftlich sachgerechte Ermittlung der Erfahrungswerte und Kompetenzen der sorgfältig ausgewählten Expertinnen und Experten in der Beratung und Behandlung des thematisierten Anliegen soll nachstehend in einem qualitativen Forschungsvorhaben dargelegt und umgesetzt werden.

5.2 Forschungsethik

Unter Forschungsethik werden ethische Rahmensetzungen und Grundsätze verstanden, die den Zweck haben sich auf die Beziehung zwischen dem Forschenden und den Teilnehmenden zu fokussieren. Die forschungsethischen Grundsätze lassen sich folgendermassen definieren (Wagner, 2017) :

- Wissenschaftliche Güte und Integrität
- Vermeiden und minimieren von Schäden
- Eingeholte und informierte Einwilligung

Die Teilnahme an der vorliegenden Untersuchung erfolgte freiwillig. Sinn, Ziel und Methode der Arbeit wurden den befragten Personen in einer ihnen verständlichen Form zuvor erläutert damit das Verständnis gesichert war. Die Teilnehmenden hatten jederzeit das Recht, ihre Beteiligung an dem Interview ohne Angabe von Gründen abubrechen, ohne dass sich

daraus für die Expertin, den Experten oder für Dritte irgendwelche negativen Konsequenzen ergaben. Die Teilnahme an der Masterarbeit kann auch nach Abschluss der Befragung bzw. des Interviews abgebrochen und die Löschung der erhobenen Daten verlangt werden. Hierfür wurde kein Endzeitpunkt vereinbart.

Den dargelegten forschungsethischen Aspekten wurde insofern Rechnung getragen, als dass alle an dieser Vergleichsstudie beteiligten Expertinnen und Experten mittels einer Einverständniserklärung zur Teilnahme des Interviews über Informationen betreffend Zielsetzung der Studie in Kenntnis gesetzt wurden (siehe Anhang S. 85ff.). Diese informierte Einwilligung hat ihre Berechtigung im Schutz der Persönlichkeitsrechte der Befragten, die in einer sozialwissenschaftlichen Forschung eingebunden sind (Hopf, 2016). Die Interviews wurden anhand einer Aufnahme Applikation getätigt. Experteninterviews werden in wissenschaftlichen Untersuchungen häufig teilweise oder komplett anonymisiert. Bei einer teilweisen Anonymisierung können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Anhang dieser Arbeit namentlich erwähnt werden. Die sich im Anhang befindlichen Einwilligungserklärungen enthalten die namentlichen Angaben der Experten und Expertinnen. Zur Wahrung der Privatsphäre der Beteiligten und aus Diskretionsgründen wurden in der vorliegenden Arbeit Pseudonyme vorgezogen. Ebenfalls wurde für die vorliegende Forschungsarbeit von der Autorin eine sorgfältige Überprüfung der Kriterien für die Empfehlungen, Normen und einzuhaltenden Verfahren für Forscher und Forscherinnen unternommen, die in der Bonner Ethik Erklärung (Hildebrandt, Jäckle, Wolf, & Heindl, 2015; Poelchau et al., 2015) aufgeführt sind.

5.3 Datenerhebung

Der Begriff der qualitativen Sozialforschung steht für unterschiedliche Ansätze, die einen sinnverstehenden Zugang zu psychischen, kulturellen und sozialen Wirklichkeiten bevorzugen. Dabei wird eine Analyse und Bewertung von Materialien geleistet, die mittels Interviews, Gruppendiskussionen, Beobachtungs- und Feldforschungsverfahren oder anderer offener Methoden gewonnen wurden (Mey, 2016). In dem vorliegenden Kapitel wird eruiert wie man die interessierende Thematik qualitativ erforschen kann. Nachfolgend werden zu diesem Zwecke Fragen und Prinzipien aufgelistet, die behilflich sind um die nötigen Schritte anzugehen.

Folgende Fragen müssen nach Gläser und Laudel (2010, S. 29) beantwortet werden:

- Welche Methoden können für die Forschungsfrage eingesetzt werden?
- Welche Methoden sind miteinander kombinierbar?
- Wie weit kann man eine Antwort verallgemeinern?

- Wie kann man Fehler, die bei der Anwendung der Methode entstehen, ausgleichen?
(Gläser & Laudel, 2010, S. 29)

Damit das neue entstehende theoretische Wissen verlässlich ist, gelten folgende Prinzipien (Gläser & Laudel, 2010, S. 30) :

- Das Prinzip der Offenheit
- Das Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens
- Das Prinzip des regelgeleiteten Vorgehens
- Das Prinzip vom Verstehen als „Basishandlung“ sozialwissenschaftlicher Forschung.

5.3.1 Wissenschaftliche Instrumente: Leitfadeninterview

Zur Datenerhebung stehen verschiedene Formen von Interviews zur Verfügung. Bei der Entscheidung für eine Befragung, bzw. bei einer rekonstruierenden Untersuchung werden meistens Experteninterviews verwendet (Gläser & Laudel, 2010). Diese werden als Leitfadeninterviews (siehe Anhang, S. 89ff.) geführt, da unterschiedliche Themen angesprochen werden, welche in einer anderen Interviewform, wie zum Beispiel der narrativen, einer strukturierten Ordnung nicht gerecht werden würden (Gläser & Laudel, 2010). Um in der vorliegenden Thematik empirische Evidenz zu entwickeln und eventuelle prognostische Faktoren aufzuzeigen wurde ein strukturiertes Leitfadeninterview verwendet, welcher anhand der gestellten Forschungsfragen entwickelt wurde.

Im Voraus wurden Themen, Leitfragen, konkrete Fragen, und eine Checkliste zur Überprüfung der Inhalte, detailliert bestimmt. Die Leitfadeninterviews wurden in Bezug auf spezifische Fragen für die jeweiligen Modelle angepasst. Dank der Spezifizierung wurde es möglich eine jeweils vertiefte Betrachtungsweise des Modells zu erhalten. Dies ermöglichte einen weiteren Blick auf den Untersuchungsgegenstand zu werfen und Informationen zu gewinnen, die ansonsten nicht in den Blickwinkel der Untersuchung geraten wären (Hildebrandt et al., 2015).

5.3.2 Expertinnen- und Experteninterviews und Auswahl der Stichprobe

Expertinnen und Experten sind Personen, die über eine spezifische Art von Wissen verfügen, welches komplex integrierte Wissensbestände umfasst, das konstitutiv auf die Ausübung eines Berufes bezogen ist (Heiser, 2018). Dabei werden bevorzugterweise Spezialistinnen und Spezialisten gefragt, die im untersuchten Handlungsfeld eine Position einnehmen, in der ihnen Wissen zuwächst, welches anderen nicht verfügbar ist (Strübing, 2014). Das Experteninterview ist auf die Erhebung von erfahrungs- und praxisbezogenem Wissen ausgerichtet. Dass Experteninterviews eigentlich Leitfadeninterviews sind, erkennt man an einer stärkeren Strukturierung und an den Sachfragen. Der Akzent liegt auf eine

Abfolge von konkret und prägnant zu beantwortenden Fragen. Das Abfragen fokussiert auf Abläufe, Zusammenhänge, Routinen und implizites Wissen (Gläser & Laudel, 2010).

Vier Expertinnen und Experten (detailliertere Informationen siehe Kapitel 6) im Bereich Sexualtherapie/Sexualberatung wurden zu konkreten Interventionen im Kontext von dranghaftem sexuellem Verhalten und den folgenden, von ihnen verwendeten Beratungsansatz befragt:

- zum Modell Sexocorporel Desjardins (1996)
- zur Systemischen Sexualtherapie nach Clement (2016b)
- zum Modell von Schnarch (1991)

Bei der Auswahl geht es um Ansätze, die sich spezifisch um die Sexualität und um sexuelle Probleme drehen, im Gegensatz zur Verwendung Psychotherapeutischer Ansätze. Es sind in der Deutschschweiz primär vorkommende Sexualtherapeutische Ansätze für welche fundierte Weiterbildungsangebote bestehen. Zum Modell Sexocorporel wurden in Anbetracht der Gewichtung dieses Modells im Masterstudiengang (Maß & Bauer, 2016, S. 101) zwei Interviews geführt.

Es wurde als erstes überlegt, welche Experten und Expertinnen für dieses Unternehmen in Frage kommen könnten. Dann erfolgte eine Kontaktaufnahme und Anfrage via Email. Die Auserwählten waren nicht ganz unbekannt, da sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt in einem anderen Kontext vorgestellt worden waren. Um die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner zur Teilnahme zu motivieren wurde in einigen Sätzen das Forschungsvorhaben erläutert, welchen Stellenwert das geplante Interview für die vorliegende Arbeit hat und warum gerade sie für das Interview angefragt wurden (Hildebrandt et al., 2015). Erwähnt sei auch, dass das erste Interview gleichzeitig als *pretest* verwendet wurde, was eine nochmalige sorgsame Überprüfung der Beantwortbarkeit der Fragen erlaubt hat, da ein Experteninterview der Vorarbeit bedarf (Helfferich, 2019). Einer der Experten ist im Zentrum für interdisziplinäre Sexologie und Medizin (ZisMed) tätig. Die anderen Experten und Expertinnen arbeiten in einer privaten Praxis oder haben eine leitende Stellung in einer Klinik inne.

5.3.3 Ablauf der Interviews und Transkription

Die Interviews fanden immer am Arbeitsort der Experten und Expertinnen statt. Dies erlaubte vorerst, dass sich die Experten und Expertinnen nicht deplatziert fühlen mussten und dass, sie in ihrer vertrauten Umgebung die Fragen entspannt beantworten konnten. Zu Beginn des Interviews wurde über die Ziele und über den Inhalt der Forschungsarbeit informiert.

Danach wurde die Einverständniserklärung (siehe Anhang I) besprochen und bevor sie unterschrieben wurde, allfällige Fragen und Rechtsfragen beantwortet. Die Interviews wurden mittels einer Diktierapplikation aufgenommen und anschliessend transkribiert. Die Transkription erfolgte wortwörtlich und wurde in Standardorthographie umgeschrieben. Die Interviews fanden in der Hochdeutschen Sprache statt, somit konnte die Übersetzung vom Schweizerdeutsch vermieden werden.

Kurz vor der Tonbandaufnahme wurde den Interview Teilnehmerinnen und Teilnehmer für ihre Bereitschaft gedankt. Die Tatsache, dass ein Kennenlernen bereits vor den Interviews stattgefunden hatte, erlaubte einen sofortigen Gesprächseinstieg in die Thematik. Da Leitfadeninterviews stets zu Lerneffekten und zu neuem Hintergrundwissen für das nächste Interview führen, analysierte die Autorin die Aufnahme des ersten Interviews nach dessen Durchführung. Dies erlaubte einen methodischen Lerneffekt (Gläser & Laudel, 2010, S. 194) und ermöglichte herauszufinden, wo bei den nächsten Interviews noch tiefer nachgefragt werden musste.

Die Aufnahmen werden erst nach dem Erreichen des Mastertitels zum Zwecke des Datenschutzes gelöscht. Dies erlaubt eine Überprüfung durch die Begutachtenden, sollte diese erwünscht sein.

5.4 Ausgangslage Datenauswertung

Bei der Entscheidung nach welcher Methode das Auswertungsverfahren zu erfolgen hat, halfen Überlegungen aus der Sicht einer Gegenüberstellung einer normorientierten qualitativen Sozialforschung, wie die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) zu einer verstehensinteressierten interpretativen Sozialforschung (Strübing, 2014).

Um eine inhaltliche Strukturierung zu erzielen, braucht es als Ausgangslage eine Auseinandersetzung mit dem Material (Mayring, 2015). Das bedeutet: Festlegung des Materials und eine Beschreibung der Entstehungssituation und der Charakteristika. Es wurden vier Expertinnen und Experten Interviews durchgeführt. Die Inhaltsanalyse soll die kognitiven Aussagen der Befragten in Bezug auf ihre unterschiedlichen Arbeitsmethoden und Anwendungen der dementsprechenden Modelle, im Vergleich untereinander setzen und die Kerngehalte der Unterscheidung der Vorgehensweisen hinaus kristallisieren. Dies in Anlehnung an die bereits erwähnten differenzierten Fragestellungen des Interviewleitfaden. Laut Bogner, Littig, and Menz (2014c) ist es möglich anspruchsvolle Theoriebeiträge auf der Grundlage von Daten zu entwickeln, die aus Expertinnen und Experteninterviews gewonnen werden. Die Aussagen der Expertinnen und Experten sind aber als Deutungswissen zu verstehen. Mit anderen Worten soll vielmehr die Bedeutung

der Aussagen rekonstruiert werden und weniger die objektive Wahrheit über die Prozesse herausgefunden werden. Es sollen jene Regeln, Prinzipien und Werte identifiziert werden, die das Denken und Deuten der Expertinnen und Experten massgeblich bestimmen. Das Handeln der Expertinnen und Experten lässt sich durch den Rekurs auf jene Bedeutungen erklären, die den jeweiligen Dingen und Prozessen zugeschrieben werden. Aus diesem Grunde ist es aufschlussreich mehr über das Deuten und Denken der Expertinnen und Experten zu erfahren Bogner et al. (2014c).

Die Daten nach (Mayring, 2015) in vorgefassten Konzepten und Theorien zu subsumieren entspricht nicht der Strategie, welche die vorliegende Arbeit verfolgen möchte, vielmehr soll ausgehend von den zur Verfügung stehenden Daten und in einer umfangreichen Offenheit gegenüber verschiedenen Interpretationsmöglichkeiten, eine plausible Leseart der sozialen Logik der verschiedenen Expertenpraktiken entwickelt werden. Dies wird durch den induktiven Ansatz der Grounded Theory möglich, bei dem auf

Tabelle 1
Arten von Experteninterviews (Bogner et al., 2014c)

	Explorative Experteninterviews	Fundierte Experteninterviews
Informatorische Experteninterviews	Experteninterview zur explorativen Datensammlung	Systematisierende Experteninterviews
Deutungswissensorientierte Experteninterviews	Experteninterviews zur Exploration von Deutungen	Theoriengenerierendes Experteninterview

der Basis von Einzelbefunden, generalisierende Aussagen entwickelt werden können (Bogner, Littig, & Menz, 2014a). Die Differenzierung zwischen normativen und interpretativen Methoden, bzw. strenge Zielorientierung und Standardisierung aller Teilschritte versus reflexive Standards und Situationsflexibilität führt zum Schluss, dass bei einer verstehensinteressierten Methode eher die Möglichkeit besteht, dass das, was die Menschen sagen im Rekurs auf die Strukturen der Biographie, auf die Eigendynamik kommunikativer Gattung interpretiert wird (Strübing, 2014). Experteninterviews stellen auch ein gutes Beispiel dafür dar, wie die methodische Reflexion und die Praxis empirischer Sozialforschung nicht immer parallel verlaufen. So ist manchmal die Anwendung bestimmter Methoden ihrer theoretischen Durchdringung voraus (Bogner, Littig, & Menz, 2014b), (Liebhold & Trinczek, 2007). Folglich kann davon ausgegangen werden, dass die Auswertung von solchen theoriegenerierenden Experteninterviews von einer Forschungshaltung getragen werden, die man in der Grounded Theory wieder findet

Bogner et al. (2014c).

5.5 Datenauswertung nach der Grounded Theory

Die Methodologie der Grounded Theory wurde ursprünglich von Glaser and Strauss (1967) entwickelt. Die Autoren wollten den Graben zwischen formaler Theorie und empirischer Forschung überwinden. Die Theorie soll aus den Daten generiert werden und nicht bereits in Form fertiger Konzepte an diese herangetragen werden. Darüber hinaus hatten die Autoren den Anspruch, anstatt sich auf explorative Vorarbeiten für quantitative Studien zu

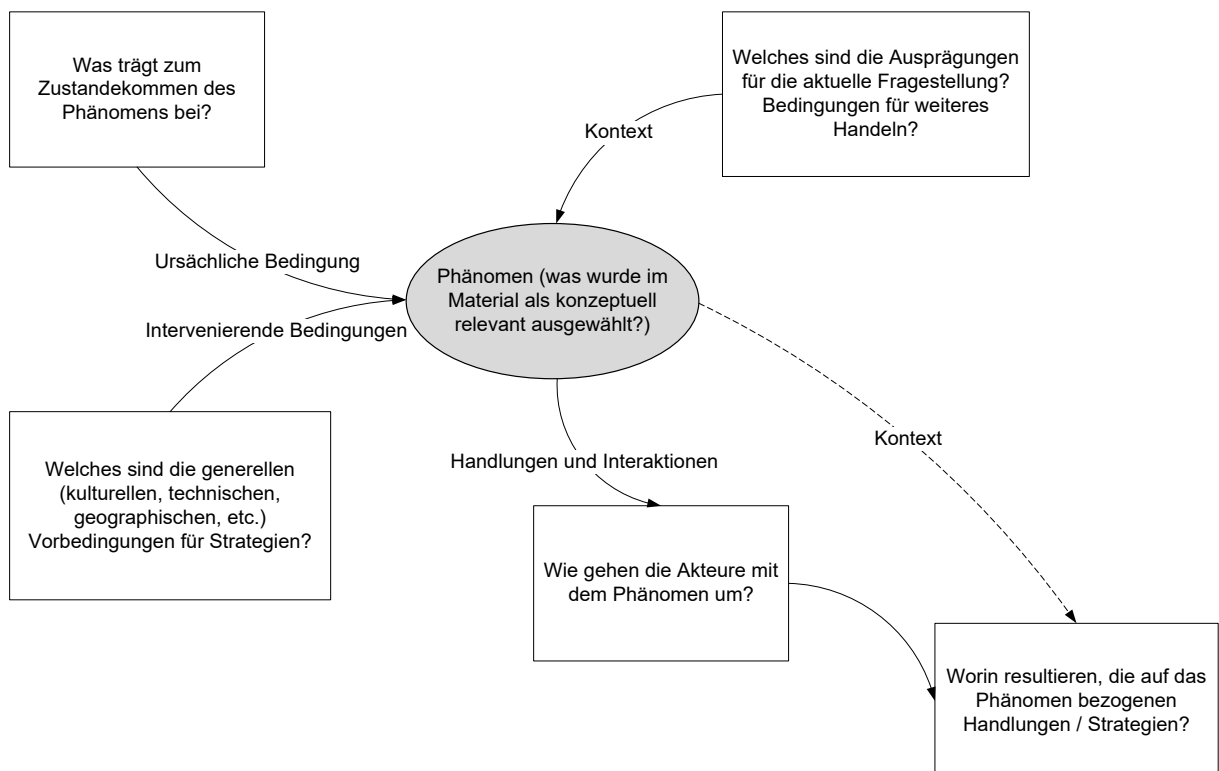


Abb. 1. Kodierparadigma nach Strauss (Strübing, 2014, S. 25).

beschränken, ein Verständnis zu generieren, welches die qualitativen Methoden als eigenständige Theorie im Verlauf der Forschung auch überprüfen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2013).

Die Grounded Theory ist ein Forschungsstil, der in einem mehrstufigen Prozess Kodes, beziehungsweise die Grundelemente der Theorie, am Material entwickeln will. Laut Charmaz (2014) ist es wichtig, dass die Beteiligten, im vorliegenden Fall, die Expertinnen und Experten, von der Thematik eine Ahnung haben, Erfahrungen aufweisen und die gestellten Fragen als signifikant betrachten. Ziel der Auswertung soll sein, gemeinsame

Äusserungen und Deutungen der Expertinnen und Experten herauszuarbeiten, indem Wissensbestände und Relevanzstrukturen, die diesen Spezialistinnen und Spezialisten zugänglich und bekannt sind, rekonstruiert werden (Bogner et al., 2014a). Dem Einzelltext

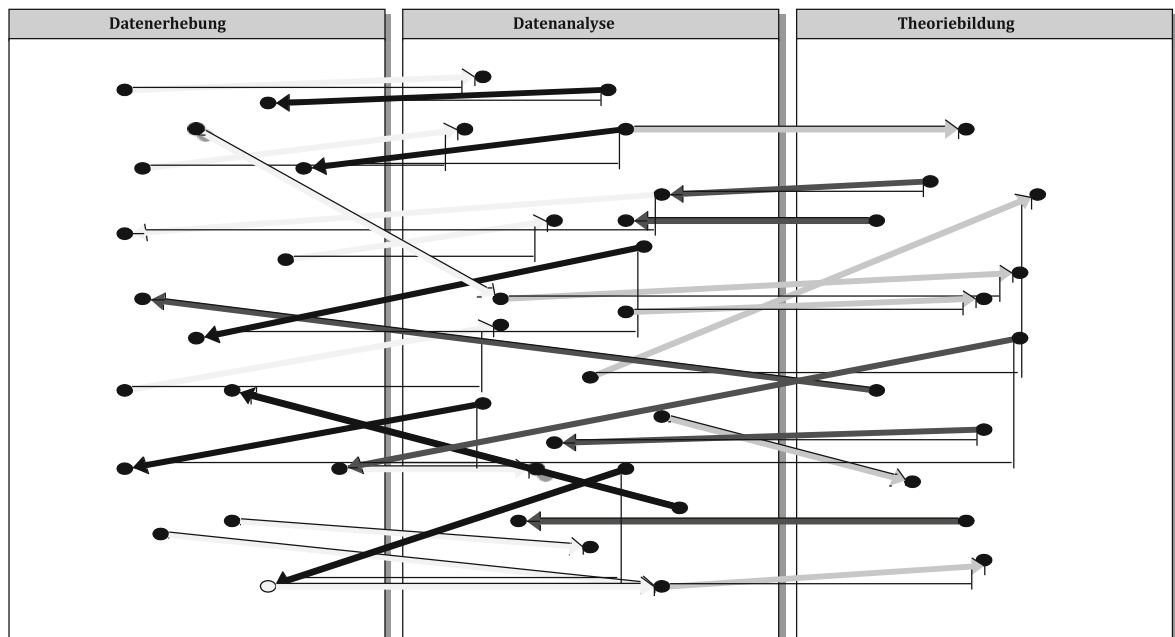


Abb. 2. Parallelität der Arbeitsschritte im Verfahren der Grounded Theory nach Strauss (Strübing, 2014, S. 12).

kommt insofern eine grosse Bedeutung zu, indem er aufgrund von thematisch relevanten Passagen, die sich in den vorliegenden Interviewtexten wieder finden, Vergleiche ermöglicht. Dabei darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass die Vergleichbarkeit von Textpassagen kein Zufall ist, da der Leitfaden und der gemeinsame institutionelle Kontext den Expertinnen und Experten gemeinsam ist (Bogner et al., 2014b). Die Methodologie der Grounded Theory eignet sich für eine Vergleichbarkeitsstudie besonders gut, da die Vergleichbarkeit von verschiedenen sexualtherapeutischen Ansätzen in der bestehenden Literatur noch nicht existiert und es dadurch keine bestehenden Kategorien oder Konzepte gibt, auf die man sich beziehen kann.

5.5.1 Kodieren

Mit dem Kodieren wurde der erste Schritt der Auseinandersetzung mit dem Material dargestellt. Das Kodieren ist ein Auswertungs- und Interpretationsprozess, in dem theoretische Konzepte anhand der erhobenen Daten der Expertinnen- und Experten Interviews vorerst entwickelt werden um dann miteinander in Beziehung gebracht zu werden (Strübing, 2014, S. 15 ff.). Beim offenen Kodieren, welches der erste Schritt war, wurde besonders auch auf Worte und Metaphern geachtet, welche die

Forschungsteilnehmenden selbst verwenden um diese als „in-vivo Codes“ zu codieren.

Die Daten, die sich in den Transkriptionen der Expertinnen- und Experteninterviews befinden, wurden nachfolgend nach den Regeln des offenen Kodierens aufgebrochen. Somit wurde es möglich einen Zugang zu den gewonnenen Datenmaterialien zu schaffen und diese anschliessend zu interpretieren (Strübing, 2014, S. 15 ff.). Der Vorgang des Kodierens verstand sich als Prozess der Entwicklung von Konzepten in der Auseinandersetzung mit dem empirischen Material. Das Kodieren bestand nicht aus dem Subsumieren qualitativer Daten unter existierende Konzepte wie bei Mayring (2015), da die theoretischen Begriffe gar noch nicht vorlagen. Nach der Grounded Theory musste das Material systematisch kodiert werden. Die Codes lagen auf der Basis theoretischer Konzepte und Kategorien, die sukzessive aus der kontinuierlich vergleichenden Analyse dieser Dateien entwickelt werden mussten (Strübing, 2014, S. 15 ff.). Um den Vorgang des offenen Kodierens vollbringen zu können, benutzte die Autorin die Software MAXQDA (Rädiker and Kuckartz, 2018), welche es ermöglichte eine Übersicht über alle Transkripte zu schaffen und eine übersichtliche Aussonderung der Codes vereinfachte.

Um die Sortierung themengleicher Passagen aus den verschiedenen Interviews zu gewährleisten mussten die einzelnen Interviews kodiert werden. Für ähnliche Passagen suchte man einheitliche Codes. Wichtig war dabei auch die Stellen herauszukristalisieren, in denen sich Unterschiede und Widersprüche ergeben. Wo decken sich und wo unterscheiden sich die Expertenmeinungen? Welche Themen sind allen gemeinsam? Welches Thema lässt wer aus? Welches Thema wird nur von einem Teil der Expertinnen und Experten angesprochen? (Strübing, 2014, S. 18).

Die transkribierten Textpassagen wurden sorgfältig durchgelesen und anhand von Memos (Heiser, 2018, S. 223) bearbeitet. So entstanden sukzessive die Codes, welche dann unter Kategorien subsumiert wurden. Nur die Phänomene wurden systematisch vergleichend auf ihre Ursachen, Umständen, Strategien befragt, von denen angenommen wurde, dass sie für die Klärung der Forschungsfrage relevant sein könnten. So wurde eine Reihe von vagen Hypothesen entwickelt, die im weiteren Gang der Analyse überprüft wurden (Strübing, 2014, S. 18).

Es wurden drei Phänomene untersucht und axial kodiert. Es sind aus der Sicht der Autorin diejenigen, die für die Beantwortung der Forschungsfrage von Bedeutung sind (Bogner et al., 2014c). Die ausgewählten Phänomene korrespondieren mit dem jeweiligen sexualtherapeutischen Ansatz Modell, welches die *Sexsucht* behandelt.

5.5.2 Axiales Kodieren (Kodierparadigma)

Die herausgearbeiteten Kategorien wurden anhand eines heuristischen Hilfsmittels zueinander in Beziehung gesetzt. Dazu diente das Kodierparadigma, welches Kontextbedingungen, ursächliche Bedingungen, Handlungsstrategien und Konsequenzen unterscheidete und diese um das interessierende Phänomen gruppierte (Strübing, 2014, S. 18). Mögliche Verbindungen zwischen den einzelnen Kategorien wurden somit herausgearbeitet um die Daten auf neue analytische Weise zusammenzusetzen

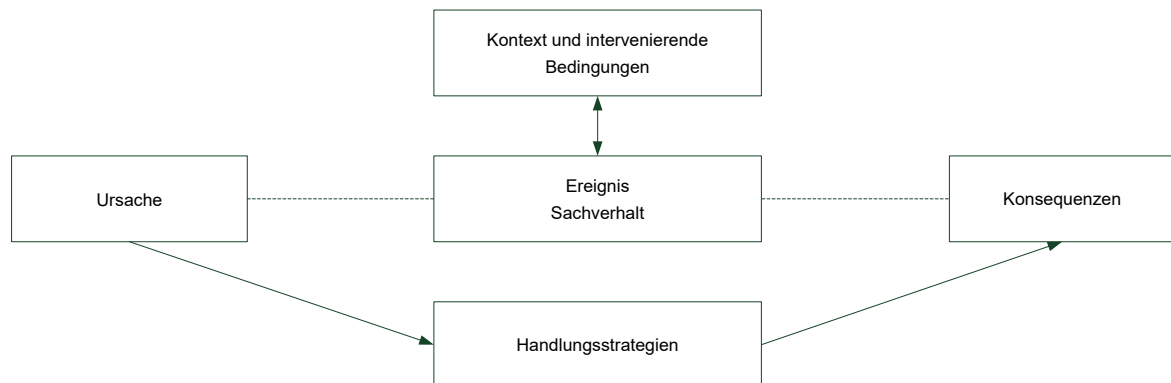


Abb. 3. Eigene Darstellung des Kodierparadigmas nach Strauss vgl. Bogner et al. (2014c) in Anlehnung an (Strübing, 2014, S. 25) und (Heisser, 2018).

(Heiser, 2018, S. 233). Die verschiedenen Kategorien wurden anhand des Kodierparadigmas, welches fünf Felder umfasst, die entlang einer Achse aufgespannt sind (Bogner et al., 2014c), systematisch zueinander in Beziehung gebracht.

Laut Strübing (2014) besteht eine Theorie aus den plausiblen Beziehungen, welche die Inhalte der Felder des Paradigmas zueinander haben. Dies kann durch fortgesetzte Forschung stabilisiert werden. Ohne die aus den Transkripten herausgefilterten Codes kann es keine Aussage geben und kein kumulatives wissenschaftliches (systematisch-theoretisches) Wissen, dass auf plausiblen und der Überprüfung zugänglichen Aussagen beruht.

Das Ereignis oder *Phänomen*, welches wir zu Forschungszwecken zu verstehen und zu bewältigen versuchten, stand in der Mitte des Paradigmas. Auf dieses Ereignis wurden eine Reihe von Handlungen und Interaktionen gerichtet, zu dem die Handlungen in Verbindung standen. Die *Ursache* oder *ursächlichen Bedingungen* sind als die Ereignisse zu verstehen, die zum Sachverhalt, bzw. Phänomen führen. Diesen ursächlichen Bedingungen wurden die herausgearbeiteten Kategorien zugeordnet, die ihrerseits Auslöser für die Handlungen sind, welche wir dem Feld der *Handlungsstrategien* zuordnen. Aus diesen

Handlungen ergeben sich *Konsequenzen*. Die *Kontext- und intervenierenden Bedingungen* stehen für die zeitlichen, örtlichen und biografischen Gegebenheiten (Heiser, 2018, S. 232). Um aufzuzeigen, inwiefern die Experteninterviews, Theorien generieren können und welche Informationen man über das Deuten und Denken der Expertinnen und Experten erfahren kann, eignete sich das Kodierparadigma besonders gut.

Die Inhalte der Leitfragen korrelieren nämlich mehrheitlich mit den Feldern des Paradigmas:

- Was für ein Ausbildungs- und Berufsprofil weisen die Expertinnen und Experten auf?
- Welches ist der biografische Hintergrund der Klienten? **Kontext und intervenierende Bedingungen, ursächliche Bedingungen.**
- Wie handhaben die Expertinnen und Experten die Anamnese und Diagnose? **Ursächliche Bedingungen.**
- Welche theoretischen Ansätze und Modelle nutzen die Expertinnen und Experten? **Handlungsstrategien.**
- Welche Behandlungsmethoden und Interventionsmöglichkeiten werden genutzt? **Handlungsstrategien.**
- Wie nachhaltig sind die unterschiedlichen Beratungsansätze aus der Sicht der Expertinnen und Experten? **Konsequenzen.**

In diesem Schritt ging es nun darum, die für die Expertinnen und Experten herausgebildeten Kategorien (Phänomene) anhand von den durch den Interviewleitfaden gesammelten Antworten auf die Forschungsfrage zu schärfen. Nur diejenigen im Material identifizierten und für die Forschungsfrage als wichtig erachteten Kategorien wurden systematisch vergleichend auf ihre Ursachen, Umstände und Konsequenzen untersucht. Die Codes wurden auf Karteikärtchen geschrieben, sortiert und miteinander anhand von Magneten auf einem Whiteboard in Zusammenhang gebracht und den Kategorien zugeordnet. Die Diskussion der analytischen Ansätze und Zwischenergebnisse wurde zusätzlich mit einem in die Materie nicht involvierten Kommilitonen *Peer Debriefing* als Mittel zur Kontrolle vorgenommen (Strübing, 2014, S. 89). Dieses Verfahren erlaubte nun eine Reihe von Hypothesen zu entwickeln, die später überprüft werden können (Rädiker & Kuckartz, 2018).

5.5.3 Selektives Kodieren (soziologische Konzeptualisierung)

In diesem dritten Schritt ging es um die wissenschaftliche Abstraktion. Nun wurde quer zu den vorliegenden Kategorien und Codes nach gemeinsamen und unterschiedlichen Typisierungen, Deutungen und Relevanzen gesucht. Folglich erhielt man neue (Kernkategorien), welche die Überzeugungen und Werthaltungen der Expertinnen und

Experten aufzeigen sollten. Dieser Interpretationsschritt war insofern wichtig, als dass er die Fremdbeschreibung der Expertinnen und Experten herauskristalisierte. Es wurde nach einer Logik gesucht, die sich hinter dem Rücken der Expertinnen und Experten abspielte (Strübing, 2014, S. 18).

5.5.4 Analyse und theoretische Generalisierung

In einem letzten Schritt wurden üblicherweise die empirisch entwickelten Konzepte und Kategorien systematisiert und hinsichtlich ihrer Zusammenhänge interpretiert. Es sollte sich durch die Auswertungslogik eine Rekonstruktion eines Gesamtbildes ergeben (Strübing, 2014, S. 12). Dieses Vorgehen bildete Typen, die quer zu den Expertinnen und Experten und ihren individuellen Aussagen liegen. So wurden Begriffe konstruiert, denen dann einzelne Teilnehmer oder Teilnehmergruppen zugeordnet werden können. Somit konnte ein bestimmter Typus die Denk- und Interpretationsweisen jeweils verschiedener Gruppen charakterisieren (Strübing, 2014, S. 12). Diese theoretische Generalisierung findet in der Diskussion statt.

6 Ergebnisse

Nachfolgend sollen die Forschungsergebnisse und die spezifischen Konzepte und Vorgehen der drei verschiedenen Modelle in Bezug auf die Beratungspraxis betreffend Behandlung der dranghaften Sexualität oder *Sexsucht* in der Deutschen Schweiz anhand der Grounded Theory und einer theoriengenerierenden Analyse der Experteninterviews dargestellt werden. Es folgt die Darstellung der Expertenprofile in Bezug auf ihre beruflichen Laufbahnen und auf deren Ausbildungs- und Weiterbildungsstatus.

6.1 Experte I und II: Sexocorporel

Experten I und II wurden spezifisch zum Modell Sexocorporel interviewt.

Experte I, dessen Hauptberuf klinischer Sexologe, bzw. Sexualtherapeut ist, praktiziert schon seit 16 Jahren und ist ebenfalls Dozent auf diesem Gebiet. Er weist folgendes Ausbildungsprofil auf: Klinischer Sexologe Institute Sexocorporel International (ISI), Sozialarbeiter, Paartherapeut und Mediator. Er behandelt pro Woche bis zu 25 Klientinnen und Klienten. Dabei sind bis zu 40 Fälle pro Jahr, bei denen es hauptsächlich um Männer geht, die unter der einer dranghaften Sexualität oder *Sexsucht* leiden. Experte I äusserte sich bereits vermehrt in den Medien zur Thematik.

Experte II ist hauptberuflich Allgemeinarzt und Sexologe. Sein Ausbildungsprofil ist in Anbetracht seiner 40-jährigen beruflichen Erfahrung sehr breit gefächert. Verhaltenstherapeut, Psychotherapeut, Körpertherapeut, ausgebildeter Sexologe für das Hamburger Modell, ausgebildeter Sexologe für das Modell Sexocorporel, Paartherapeut, Trauma Therapeut und Feldenkrais Lehrer. Die Aufzählung ist laut Experte nicht abschliessend. Pro Woche behandelt der Experte bis zu 30 Klienten. Eine genaue Anzahl der pro Jahr unter *Sexsucht* zu behandelte, konnte er nicht angeben.

6.1.1 Offenes Kodieren

Die Schlüsselkategorie, die bei beiden Experten I und II durch das Kodieren ersichtlich wird, wird unter dem abstrakten Begriff „**Leidensdruck bei *Sexsucht* unter dem Aspekt der individuellen sexuellen Lerngeschichte**“ erfasst. Die Daten werden fortan induktiv analysiert um die Individualität zu definieren: Woran wird erkannt, dass Individualität eine Rolle spielt? Woran werden individuelle Gedanken und Handlungen erkannt? Je tiefer man in die Datenerhebung eintaucht, desto mehr lassen sich Codes, bzw. Eigenschaften für die Individualität finden. Hier seien einige Beispiele für Codes aufgelistet:

Tabelle 2

Kodieren nach dem Ansatz Sexocorporel

Kategorie	Konzepte (Kodes) siehe auch MAXQDA
Modell Sexocorporel:	Modell ist flexibel Mensch ist im Zentrum Individuelle Lerngeschichte Gesamtbild des Menschen gibt Anhalt über Zustand
Grundhaltung:	Lösungsfokussiert Zielorientiert Ressourcenorientiert Integration der eigenen Sexualität im Leben keine Pathologisierung
Verständnis des Dranges:	Grenzen Einschränkungen (emotional, kognitiv) Enge Attractionscodes
Therapeutische Elemente:	Evaluation Körperübungen Sexualisierungsprozess

6.1.2 Axiales Kodieren (Kodierparadigma)

Das **Phänomen Sexsucht**, welches in die Mitte des Kodierparadigmas gesetzt wird, soll vorerst das Suchtverständnis nach dem Modell Sexocorporel klären. Bei der Befragung der beiden Experten, die das Modell Sexocorporel vertreten, wurde deutlich, dass beide den Begriff der Sucht ungerne verwenden. Bevorzugt wird der Terminus der dranghaften Sexualität, der gekennzeichnet ist durch das Suchen nach Wünschen und Fordern von sexuellen Kontakten. Diese Suche wird zugleich von einer sexuellen Unersättlichkeit begleitet.

„E II: Also Sucht ist, ich spreche von Drang und unterscheide dranghafte Sexualität, zwangshafte Sexualität und suchartig ist eigentlich ein kleines Segment.“ (15-16)

Drang wird hier als Kontinuum verstanden mit der Sucht als Endpol. Diagnosemanuale wie das ICD oder DSM gehen von einem kategorialen Verständnis von Pathologien aus, die man aufweist oder nicht. Der Anteil, welcher klinisch relevante Probleme im Sinne einer Sucht aufzeigt, ist relativ klein. Die Experten I und II gehen aber davon aus, dass Betroffene, die einen Leidensdruck durch die Dranghaftigkeit erfahren keine aufgelisteten Suchtkriterien brauchen um sich behandeln zu lassen.

Die **Kontext- und intervenierenden Bedingungen**, welche für die zeitlichen, örtlichen und biografischen Gegebenheiten stehen, entsprechen dem **Klientenprofil**. Dieses variiert je nach Experten. Einig sind sich beide, dass es sich mehrheitlich um Männer handelt, die vom Anliegen betroffen sind. Bei 20-30% können es Männer mit einem Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) oder einer sonstigen psychischen Störung sein, wie einer bipolaren Erkrankung. Ferner sind es oft auch Männer, die von ihrer Frau erwischt werden oder Männer bei denen sich eigenverantwortliches Merken manifestiert, indem sie in ihrem alltäglichen Funktionieren und oder in ihren Beziehungen Einbussen erleben. Diese Klienten erleben die Abhängigkeit von der Dranghaftigkeit negativ und leiden darunter.

„E I: Es sind mehrheitlich Einzelberatungen. Wenn eine Partnerin, Partner da ist, wird er auch immer wieder hinzugezogen.“ (36-37).

„E II: ...sicher 20-30% haben ein ADHS oder sie haben ein anderes psychisches Symptom-manisch depressiv...“ (56-57).

Die Codes, die hinter der Kategorie (Phänomen) **„Leidensdruck bei Sexsucht unter dem Aspekt der individuellen sexuellen Lerngeschichte“** stehen und stellvertretend für **die ursächlichen Bedingungen** stehen, bzw. das **Klientenprofil** motivieren, sich auf eine Therapie einzulassen, sind: Geld, Zeit sparen oder den Wunsch etwas zu lernen oder die Beziehung retten. Die Motivation für eine Therapie kann aber durch die Angst entstehen, die Partnerin zu verlieren, weil sie mit der Neigung des Betroffenen nicht umgehen kann oder, wenn das unablässige Drängen nach sexuellen Kontakten finanzielle Schwierigkeiten verursacht, wenn dafür bezahlt wird oder zu viel Raum einnimmt.

„E I: Das ist wieder sehr unterschiedlich, die einen möchten eine feste Beziehung eingehen oder sind in einer festen Beziehung und möchten diese nicht verlieren, andere möchten Geld sparen, andere möchten Zeit sparen,

andere möchten etwas dazu lernen, andere haben andere Leidensdrücke, das ist sehr unterschiedlich.“ (20-21)

„E II: Das ist ein bisschen extrem. Die Mehrheit kommt eigentlich selbst, weil sie merken sie werden abhängig, kriegen Erektionsprobleme, Probleme in der Beziehung – die Partnerinnen entdecken, dass sie Bilder schauen am Computer. Es gibt eine Ehekrise.“ (27-28)

Die Experten des Models Sexocorporel machen keine **Anamnese**. Die **ursächlichen Bedingungen** des Leidensdrucks infolge Dranghaftigkeit ermitteln sie anhand einer Evaluation entlang dem Modell sexueller Gesundheit Sexocorporel. Wichtiger als eine Diagnose zu stellen, ist ihnen die individuelle Sexualität des Klienten zu erforschen. Wie gestaltet er seine Sexualität? Wo stösst er an Grenzen? Es geht ihnen darum, dass der Klient in seine Eigenverantwortung geht. Er soll von Anfang an motiviert werden, seinen Sexualisierungsprozess in Angriff zu nehmen. Ein Prozess, der eigentlich die menschliche Sexualentwicklung bedeutet und von der frühesten Kindheit bis ins hohe Alter andauert. Der Sexualisierungsprozess umfasst mehrere Lernschritte und ist abhängig von Umwelteinflüssen sowie von der individuellen Hirnreifung.

Das Problem der Dranghaftigkeit ist nur der Auslöser und der Anstoss dafür, eine Weiterentwicklung anzugehen. Der Klient soll nicht das Opfer seiner Umstände sein sondern er soll sich in die Tat begeben. Er soll das Ganze hinterfragen und dabei seine eigene Sexualität optimieren, so dass er eine Zufriedenheit erreicht ohne von irgendetwas abhängig zu sein. Evaluation unterscheidet sich insofern von der Sexualanamnese, als dass sie lebendiger ist. Es geht darum die Fähigkeiten und Ressourcen zu eruieren und zu überlegen, welche Schritte unternommen werden könnten. Der Klient soll durch bestimmte Fragen zur Neugierde angeregt werden über seine Sexualität nachzudenken und diese besser kennenzulernen. Wenn andere Massnahmen notwendig sind, wie eine Abklärung über ein eventuelles ADHS, wird der Klient deswegen zu einem Spezialisten weiter gewiesen.

Ein solches dranghaftes Erleben der Sexualität gehört laut dem Experten II in bestimmte Lebensphasen oder Krisen mit heftigen Emotionen zum Erfahrungsschatz vieler Männer. Das kann in der Adoleszenz, während der Verliebtheitsphase oder in einer Midlife-crisis vorfallen. Laut dem Experten II lassen sich emotionale Zustände, Bedürfnisse, Begehren und Sehnsüchte über die Sexualität verankern. Wenn die Sexualität gelingt, ist sie fähig eine Beziehung zum eigenen Körper herzustellen. Dies wiederum stärkt die Betroffenen in ihrer männlichen Identität und ihrer Beziehungsfähigkeit. Je nach persönlich erlern-

ten sexodynamischen Fähigkeiten kann eine Entladung eine sich in engen Grenzen befindliche Entspannung auslösen oder es entsteht durch das in der Therapie Erlernte einen neuen Zugang zum Körper, der zu einem tieferen Realitätsbezug über ein emotionales und genitales Loslassen und sich Hingeben führt. Dies würde zu einer tieferen und nachhaltigeren „Befriedung“ führen, während dem die kurzfristige, schnelle, sich oft wiederholende „Befriedigung“ zu einem unablässigen Suchen nach mehr, zu einer sexuellen langweiligen Sucht werden kann.

„E I: Also, im Sexocorporel machen wir ja keine Anamnese. Im gesundheitlichen Sinne ist es eine Evaluation. Ursprünglich um herauszufinden, wie jemand seine Sexualität gestaltet und wo er oder sie an die Grenzen stösst.“ (40-41)

E II: Ich mach keine Anamnese. Anamnese vermeidet mehr zu erfahren über Sexualität. (83)

E II: Anamnese ist für mich dieses Abchecken und nicht das Interesse an der individuellen Sexualität der Klienten. Und sie hinführen, eben, dass sie sich selber auch Fragen stellen. Also, es ist vom Abfragen ein anderes Vorgehen. (85-86)

„E I: Also es geht darum im Sexocorporel all diese verschiedenen Komponenten zu evaluieren. Wie Sexualität sich ausdrückt, gelernt, gemacht wird von einer Person, das wird evaluiert und ich verstehe, wie das eine Person macht und es sind ganz viele einzelne Fragen, die da ein Gesamtbild ergeben, eine Idee entsteht, wo ich dann nochmals nachfragen und verifizieren kann, ob das wirklich stimmt.“ (42-43)

Für die Experten des Modells Sexocorporel hat die Anamnese und die Diagnose keine grosse Bedeutung, denn sie interessiert vorerst den Zugang, den der Klient zu seiner Sexualität hat. **Ursächliche Bedingungen**, welche hinter der Dranghaftigkeit stehen, lösen **Handlungsstrategien** aus, die dazu führen können eine Therapie nach dem Modell Sexocorporel in Anspruch zu nehmen:

„E II: Für mich ist das Sexocorporel das umfassendste Modell und in diesem Modell kann ich alle anderen Modelle integrieren, inklusiv Paartherapie, Psychotherapie. Das ist für mich ja nicht- weil rein Sexocorporel das gibt es gar

nicht. Weil jeder auf der Basis seiner Ausbildung, den Sexocorporel anders konzipiert.“ (19-20)

„E II: Also der grosse Schritt, den Desjardins gemacht hat mit dem Sexocorporel, war das genaue Hinschauen, was tun Menschen in ihrer Sexualität körperlich und die Auswirkungen, wie sie den Körper einsetzen auf Erleben, Emotionen, innere Bilder...“ (53-54)

Welche **Handlungsstrategien bzw. Behandlungsmethoden und Interventionen** werden in diesem Modell angewendet? Zu Beginn einer Sexualtherapie nach Sexocorporel steht demnach die sorgfältige Evaluation. Die erhobenen Daten, die eine sogenannte „Logik des Systems“ ergeben, werden dazu benutzt einen individuellen Beratungsplan zu erstellen, der auf Lernprozessen aufbaut. Die Experten I und II wenden das Modell flexibel an. Für sie ist das Erlernte die Basis. Experte II spricht von einer oralen Tradition. Ein Modell, das sich fortlaufend weiter entwickeln kann. Sexocorporel ist ein therapeutischer Ansatz, welcher sich in der Praxis bewährt hat, empirisch bisher aber kaum erforscht wurde. Die Stärke des Modells zeigt sich vor allem im Beratungskonzept, in dem die Sexualentwicklung systematisch evaluiert und durch verhaltens- und wahrnehmungsorientierte Lernprozesse immer wieder erweitert wird. Nicht ausser Acht gelassen werden darf, dass die Dranghaftigkeit auch auf Probleme mit sexuellen Anziehungscodes zurückführt werden. Sexuelle Anziehungscodes bezeichnet Experte II als mentale Vorstellungen und Wahrnehmungen, die eine sexuelle Erregung auslösen. Experte II meint, dass je enger diese mentalen Vorstellungen sind, desto eher kann dieses Verhalten zu einer Dranghaftigkeit führen, denn es ist ein Kampf im Überleben der eigenen Wendigkeit noch erregt zu werden. Es braucht immer wieder neue Eroberungen um erregt zu werden. Auch Geheimnisse gegenüber der Partnerin können eine Erregungsspannung aufbauen. Der Betroffene hat noch nicht gelernt mit seiner eigenen Sexualität die Befriedung zu erreichen. Für ihn läuft dies nicht so einfach ab, weil es ein Gemisch ist von Beziehungsarbeit, emotionaler Arbeit. Hinzu kommt das Üben des Klienten, seine Bereitstellung zur Übernahme der Verantwortung. Sein Engagement. Grundlegend dabei sind vor allem Körperübungen.

„E II: Die Körpererfahrungen sind grundlegend. Wir sind Körper und können nur durch den Körper erfahren.“ (120-121)

E II: Immer körperliche Übungen. Das geht von einfachen Entspannungsü-

bungen, Atemübungen, Feldenkrais Übungen und den Übungen in der Sexualität, Körpererfahrung, Erregungsmodus ausweiten.“ (124-125)

E II: Ich kann nichts machen, als ihm zeigen, dass es Wege gibt, wenn er übt. Also das Ausweiten des Erregungsmodus, eine breitere sinnliche Basis in der Sexualität, lernen die Partnerin mehr erotisieren, als den Fetisch oder das Szenario. Sexuelles Lernen-das Ausweiten der Basis. (114-115)

Der Betroffene muss ein Verständnis entwickeln für den Zusammenhang zwischen dem Anstieg der emotionalen Spannung und dem Gedanken, der sein Bewusstsein immer mehr beherrscht und ihn dann schliesslich zur dranghaften Handlung verleitet. Er muss fähig werden, die der dranghaften Handlung vorausgehenden körperlichen und kognitiven Signale sowie seine Emotionen zu identifizieren. All das kann er vor allem erreichen indem er verschiedene körperliche Fähigkeiten einübt, wie die Zentrierung und die Bauchatmung. Seine Bewegungen sollten fließend werden und er soll mit ersten genitalen Lernschritten beginnen, wie eine Erweiterung seines Erregungsmodus durch Masturbation.

Experte II wendet um den Betroffenen mehr Verständnis über ihren Drang zu gewähren, das Erklärungsmodell des Sucht-Deliktkeises an. So versuchte man schon in den 80-Jahren das Suchtverhalten aufzuzeigen. Hier wird im Gegensatz zu Körperarbeit, kognitive Arbeit geleistet. Es geht darum für den Betroffenen ein Verständnis zu generieren, damit er verstehen kann, wie er überhaupt in dieses dranghafte Verhalten hineingeraten konnte. Somit kann die Problemeinsicht und das Problemverständnis des Betroffenen gefördert werden.

„E II: Also der ganze Suchtkreis, das ist immer ein Thema. Das ist dann eher eine kognitive Arbeit, um zu verstehen, wie innere Hürden oder die inneren Zeigefinger überwunden werden und letztlich zu einem automatisierten Ablauf führen, der dann Drang heisst. Das Ausweiten des Drangs in ein ganz differenziertes Vorgehen. Dass Menschen verstehen, was ist eigentlich hinter dem Drang, wie schaffen sie das in diese Mühle herein zu kommen.“ (130-131)

Genau gesehen verfolgen die Experten eine **Handlungsstrategie**, die zum Ziel hat zu differenzieren, was beim Betroffenen stattfindet. Er soll durch die Therapie ein Verständnis für

sein Verhalten erlangen. Dazu sind die Evaluation und die Erarbeitung einer Logik des Systems mit dazu passenden Körperübungen und einen Beratungsplan unabdingbare Elemente. Um die Abläufe des Suchtverhaltens besser zu verstehen, kann man den Sucht- und Deliktkreis als Erklärungsmodell verwenden. Nicht zuletzt sollen auch Abklärungen in Erwägung gezogen werden, die eine Funktionsstörung aus- oder einschliessen.

Aus dieser Therapie- bzw. **Handlungsstrategie** ergibt sich demnach die **Konsequenz**, dass die vom Anliegen Betroffenen einen Sexualisierungsprozess eingehen, der zu einer Veränderung des Leidensdruckes des Anliegens führen kann.

„E I: Ja, ich versuche nicht den Mensch in mein Grundmodell, wo ich arbeite, anzupassen, sondern das Modell ist so flexibel, dass ich auf die Menschen eingehen kann und sie dahin führe, wo sie möchten.“ (32-33)

„E II: Der ganze Mensch als Körper und keine Trennung. Die Trennung ist dann um wissenschaftlich oder therapeutisch zu arbeiten um das Ganze zu unterteilen, wissend, es geht um eine Einheit und in dieses Bild alle Komponenten interagieren.“ (23-24)

„E II: Für mich ist es ein dynamisches, ein Systemisches Konzept, eigentlich, mit diesen ungefähr 15 Komponenten, die für mich ein Mobile sind, mit dem ich sehr gut arbeiten kann und, das sehr flexibel ist und das wirklich menschliche Sexualität in ihrer ganzen Weite erfassen kann und nicht pathologisiert. Das ist ein ganz zentrales Element. Das nicht pathologisieren vom Phänomen-menschliche Sexualität. Desjardins hat schon lange Perversion, Paraphilie, all das ist kein Thema mehr, diese pathologisierenden Konzepte.“ (73-74)

Laut Experte I ergibt sich aus der Entscheidung das Modell Sexocorporel anzuwenden die **Konsequenz**, dass ein Erfolg sich mit grösster Wahrscheinlichkeit abzeichnen wird. Das Abhängigkeits- und Suchtverhalten wird reduziert, indem die Betroffenen etwas Neues über ihre eigene Sexualität lernen. Damit erhöhen sie die Wählbarkeit, ob sie das Verhalten, welches ihnen Leiden verursacht auch ändern wollen oder nicht. Das Modell gibt auch Steuerungsmöglichkeiten mit, die einem erlauben sollen, falls ein Impuls kommt, sich körperlich besser wahrzunehmen. Man kann das Verhalten in eine andere Richtung lenken oder hat zumindest eine Alternative. Angesprochen auf die Rückfallquote meint Experte I, es sei

unterschiedlich. Es gibt Betroffene, die nicht mehr kommen und solche, die zwei Jahre später kommen, weil sie wieder rückfällig wurden und dann gibt es solche, bei denen die Beziehung kaputt gegangen ist und es dann aber genießen, dass der Druck weg ist und bereits wieder in einer neuen Beziehung sind. Verschiedene Parameter können dazu führen, dass sich das Problem löst oder gelöst wird. Es kann durchaus die Therapie sein, aber es können sich auch die äusseren Umstände geändert haben. Im Sexocorporel wird neu evaluiert sobald jemand kommt, der rückfällig wurde. Weshalb kam es zum **Rückfall**? Was hat dazu geführt? Gibt es im Leben Veränderungen oder biografische Transitionen?

„E I: Ich muss zuerst evaluieren, was zum Rückfall geführt hat. Ich muss schauen, was ist passiert? Gibt im Leben eine Änderung, in der Arbeit, in der Beziehung, in der Sexualität? Ist eine Krankheit dazu gekommen, ist es ein äusseres Ereignis oder ist es ein inneres Ereignis, das dazu geführt hat, dass die Steuerung nicht mehr möglich ist.“ (76-77)

Für Experte II ist der Ansatz Sexocorporel die **nachhaltigste** Methode. Ein Abstinenz-Programm hält er für dumm, denn es gehe schliesslich immer darum die Sexualität in sein Leben zu integrieren.

Experte II ist sich bewusst, dass die *dranghafte Sexualität* die psychische und physische Gesundheit beeinträchtigen kann. Seine Arbeit besteht darin dem Betroffenen bei-

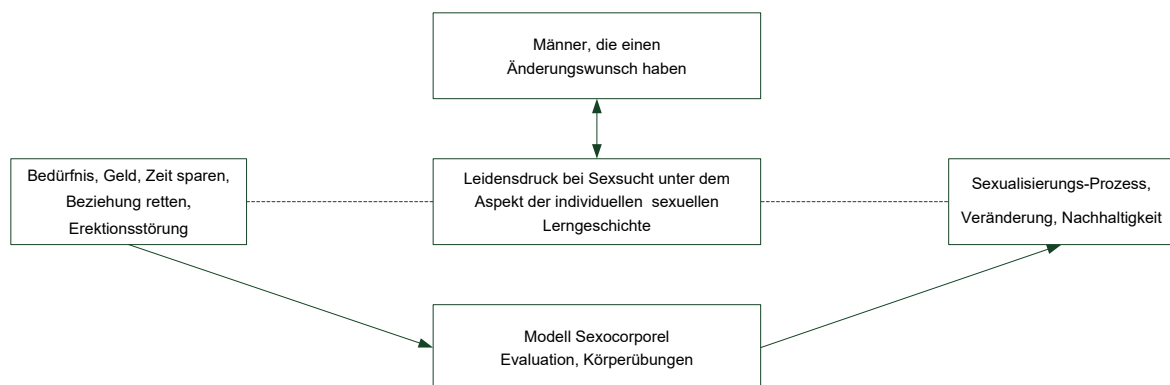


Abb. 4. Eigene Darstellung des Ansatzes Sexocorporel mittels Kodierparadigma nach Strauss vgl. Bogner et al. (2014c) in Anlehnung an (Strübing, 2014, S. 25) und (Heisser, 2018).

zubringen, dass seine Bereitschaft zur Veränderung erst im Stadium möglich sein wird, wo Einsicht in das problematische Verhalten zu erkennen ist. Die Aufgabe der Therapeuten und Therapeutinnen besteht darin, den Betroffenen zu neuen Handlungsabsichten und

Strategien zu motivieren. Dies geschieht durch Beziehungsarbeit, emotionaler Arbeit und Körperarbeit. Engagiert sich und übernimmt der Betroffene die Verantwortung für eine Veränderung, so entstehen konkrete Handlungen, die mit der Zeit als neu erworbene, leidensfreie Verhaltensweisen stabilisiert werden.

6.2 Experte III: Systemischer sexualtherapeutischer Ansatz nach Clement

Experte III wurde zum Modell Systemischer Sexualtherapeutischer Ansatz nach Clement interviewt.

Kernberuf von Experte III ist Psychiater. Zudem ist er Dozent für Psychotherapie und war jahrelang sexologisch in einem Kantonsspital in Kooperation mit der Urologie und Gynäkologie tätig. Er verfügt über eine Managerausbildung im Gesundheitswesen und über eine systemisch ökologische Psychotherapie Ausbildung. Das Modell Sexocorporel hat er sich auch in 5 Zyklen angeeignet. Momentan absolviert er eine weitere Psychotherapie Ausbildung in Kombination mit Yoga.

6.2.1 Offenes Kodieren

Die Schlüsselkategorie, die beim Experten III durch das Kodieren ersichtlich wird, wird unter dem abstrakten Begriff: „**Sexsucht unter dem Aspekt der Beziehung**“ erfasst. Die Daten werden fortan induktiv analysiert um die Beziehung zu definieren: Woran wird erkannt, dass der Beziehungsaspekt eine Rolle spielt? Woran werden Gedanken und Handlungen erkannt, die mit der Beziehung in Verbindung stehen?

Je tiefer man in die Datenerhebung eintaucht, desto mehr lassen sich Codes, bzw. Eigenschaften für Beziehungsaspekte finden. Hier seien einige Beispiele für Codes aufgelistet:

Tabelle 3

Kodieren nach dem Ansatz Clement.

Kategorie	Konzepte (Kodes) siehe auch MAXQDA
Modell systemische Sexualtherapie nach Clement:	Bearbeitung von Kontext Beleuchten von Beziehungsaspekten
Grundhaltung:	Lösungsfokussiert

	Ressourcenorientiert
	Entwicklungsanforderung
	Partielle Pathologisierung
	Funktionsstörungen
	Innerliche Bedrängnis
	Sexualität als Identitätskarte
Verständnis des Dranges:	Suche nach Nähe
	Suche nach Vereinigung
	Suche nach Bestätigung
	gesteuert durch erhöhte Neigung
	Auftragsklärung
	ideelles sexuelles Szenario
Therapeutische Elemente:	Fragetechniken
	Vertrauen in Therapeuten
	Veränderungsprozess

6.2.2 Axiales Kodieren (Kodierparadigma)

Das **Phänomen Sexsucht**, welches in die Mitte des Kodierparadigmas gesetzt wird, soll vorerst das Suchtverständnis nach dem Systemischen Sexualtherapeutischen Ansatz klären. Laut Experte III wird der Betroffene innerlich gesteuert und bedrängt diese erhöhte Neigung zur sexuellen Appetenz zu leben und zu erleben. Für den Experten III bedeutet dies eine Begrenzung oder eine Suche. Das Verhalten als eine Sucht zu bezeichnen erscheint unter dem Blickwinkel, dass nach etwas gesucht wird, gar nicht so falsch. Es ist die Systemische Umdeutung des Suchtbegriffes.

Das Dranghafte ist nicht erfüllend, da es nie genug sein kann. Eine verzweifelte Suche nach Nähe, Bestätigung oder Vereinigung kann sogar in einen Verzicht oder in eine Unfähigkeit münden, sich wirklich auf Nähe einzulassen, weil man nie findet, was man sucht.

„E III: Darum würde ich als Systemiker immer ein paar Fragen stellen, wenn jemand sagt: Ich bin sexsüchtig. Ich würde fragen, was verstehen Sie darunter? Woran merken Sie das? Wer beweist Ihnen, dass es so ist und dann merken Sie, dass es ganz viel Unterschiedliches ist, was sich dahinter verbirgt. Also, deshalb glaube ich, dass sich dieses Syndrom auch nicht ganz einfach nach ICD 10 oder DSM 5 hat einordnen lassen.“ (13-14)

„E III: ich finde dieses Bild schön von der Erektion als Identitätskarte. Also wie weit das irgendetwas mit seiner Identität zu tun hat, was er immer wieder sucht. Was gehört zu seiner Identität? Was macht ihn aus als Mensch?“ (81-82)

Die **Kontext- und intervenierenden Bedingungen**, welche für die zeitlichen, örtlichen und biografischen Gegebenheiten stehen, entsprechen folgendem **Klientenprofil**. Es sind Männer, die sich stark durch ihre Sexualität definieren, denn ihnen ist ihre sexuelle Leistungsfähigkeit und Potenz sehr wichtig. Sie sind laut Experte III oft oberflächlich, monodimensional, weil sie meinen, sie könnten Bestätigung, Nähe und Geborgenheit dank dem Drang erreichen. Dieser Drang wird nach der Erfahrung des Experten III immer grösser je stärker die biologischen Einstellungen mit den Jahren spürbar werden. Solange diese Männer eine übermässige Libido haben, sehen sie keinen Grund einen Sexualtherapeuten aufzusuchen. Dieses Bedürfnis entsteht erst bei einer Libido- oder Erektionsstörung oder wenn die Beziehung gefährdet ist.

„E III: Es sind die Männer, die zum Hausarzt gehen und sagen: „Messen Sie einmal meinen Testosteron Wert“ oder „ich habe das Gefühl meine Muskulatur wird immer weniger“, dann gehen sie ins Fitnessstudio und halten sich an ein Männerbild, an ein Körperbild, das ein Alterungsprozess kaum zulässt.“ (19-20)

Eine andere Kategorie von Männern sind die vom Typ ängstlich. *Sexsucht* bedeutet nicht unbedingt, dass die Sexualität vollzogen wird. Was die Männer suchen ist der Kick, nicht à priori der Akt.

„E III: Oft sind es die Ängstlichen, die auch Angst haben, dass sie versagen in einer solchen Situation. Ja, ich habe Männer erlebt, die das Dranghafte suchen, aber eigentlich, wenn es zum Geschlechtsverkehr kommen sollte, gar nicht vollziehen. Es ist eigentlich nur der Kick, das irgendwie anzustreben.“ (21-22)

Die Kodes, die hinter dieser Kategorie (**Phänomen**) „**Sexsucht unter dem Aspekt der Beziehung**“ stehen und stellvertretend für **die ursächlichen Bedingungen** stehen, bzw. den Klienten motivieren sich auf eine Therapie nach dem Ansatz von Clement einzulassen, sind unter anderem: Die dranghafte Suche geht nicht in Erfüllung. Eine Ausweglosigkeit installiert sich. Die unbefriedigte Sexualität steigert den Drang nach mehr und kann die Beziehung in Gefahr bringen. Dieser Aspekt bildet die Kernkategorie des Kodierparadigmas von Experte III.

Es geht darum die *Sexsucht* unter dem Aspekt von Beziehungen zu beleuchten. Bei den **ursächlichen Bedingungen**, die zur *Sexsucht* führen, hilft der Ansatz nach Clement vor allem dann, wenn es sich um einen Leidensdruck handelt, der aus einer Bindungsthematik oder aus einer ungesund gewordenen Paardynamik entsteht.

Im Unterschied zum isolierten Problem der Dranghaftigkeit ohne Paarproblematik, wo der Therapeut sich mehr auf das Modell Sexocorporel beziehen wird und physiologische Verhaltensmodifikationen anbringen kann, setzt der Systemische sexualtherapeutische Ansatz nach Clement mehr beim Kontext an. Die systemisch orientierten Fragen helfen dabei dem Therapeuten die Dranghaftigkeitsthematik im Beziehungskontext zu bearbeiten.

„E III: und das Systemische ist einfach der breitere Horizont, weil so ein Problem von dranghafter Sexualität ist immer in einem Kontext und diesen Kontext zu bearbeiten, das ist dann eher die Stärke vom Systemisch orientiertem Beantworten.“ (33-34)

„E III: Der Systemiker geht grundsätzlich davon aus, dass Menschen sich in Wechselwirkungen entwickeln. Das Ich wird am Du. Entsprechend gehen wir therapeutisch davon aus, dass wir nicht alles so Eremiten sind, die isoliert durch die Welt wandeln, sondern wir wachsen an den Widerständen, wir wachsen in den Beziehungen. Und das ist auch etwas, was uns gesund erhält.“ (49-50)

Was die **Diagnose und Anamnese**, in diesem Modell anbelangt, die zum Ziel hat, die **ursächlichen Bedingungen** zu erforschen, so ist vor allem die Frage nach dem Anliegen wichtig. Der Experte III nutzt für die Diagnosestellung auch das ICD 10 oder DSM 5. Als Systemiker möchte er vermeiden das Anliegen als dranghafte Sexualität zu apostrophieren, etikettieren und stigmatisieren. Schubladisierungen werden ausgelassen. Die Ausführlichkeit der Anamnese bezieht sich vor allem auf die Kontextfaktoren: Wo zeigt sich das Problem? Hatte ein Verzicht auf die Dranghaftigkeit schon einmal eine Wirkung? Der Experte III fokussiert mit gezielten Fragen auf den Problemkontext und nutzt dies bereits als einen Link zur Therapie (**Handlungsstrategie**). Mit spezifischen Fragestellungen versucht er herauszufinden, welches die Wirklichkeit des Betroffenen ist, wie er sein Problem beschreibt und was ihn dazu bringt, Hilfe zu suchen. Zuerst beginnt er mit Verflüssigungsfragen, die dann zu Möglichkeitskonstruktionen werden.

„E III: „Was wäre wenn“, was wäre, wenn es nicht mehr aufhört?

Angenommen, jede Frau, die er gewissermassen kriegen möchte, würde sich ihm hingeben? Was würde das heissen? Angenommen, er würde das finden, was er sucht auf andere Art, würde er danach darauf verzichten? Also wir wären so in einem hypothetischen Möglichkeitsraum, würde den mit dem Betroffenen erkunden und dann ist der einzelne Verhaltensaspekt, wie die Atmung ist und wie der Körper sich anfühlt. Das ist dann ein bisschen aussen vor und das ist sicher auch eine Schwäche vom Systemischen Ansatz, dass er wenig körperlich orientiert ist.“ (65-66)

Um Hilfe anzubieten, wenn es darum geht sowohl den Betroffenen wie auch dessen Partner vom Leidensdruck der Dranghaftigkeit zu entlasten und die dadurch in Gefahr geratene Beziehung im besten Fall aufrecht erhalten zu können, eignet sich demnach eine Therapie nach dem Systemischen Ansatz von Clement als **Handlungsstrategie**.

Folgende **Behandlungsmethoden und Interventionsmöglichkeiten** werden als weitere **Handlungsstrategien** benutzt. Als Einstieg wird meistens ein Genogramm gemacht damit sich der Experte eine Übersicht verschaffen kann, wie der familiäre Hintergrund und die biografische Einbettung aussehen. Wichtig ist die Frage nach der Beziehung und deren Qualität.

„E III: und dann würden sich nach dem Systemischen Sexualtherapeutischen Ansatz, Fragen stellen, wie: Was ist der grösste gemeinsame Nenner in der Sexualität und in wieweit sind gewisse Fantasien, auch Verhaltensweisen exkommuniziert. Das sind diese Begriffe: In- und ex-kommuniziert, ja die Sexualität, die eben dann nicht geteilt wird und je schmaler die Überlappungen, desto problematischer auf die Dauer, ausser ein Paar arrangiert sich eben und sagt ok, wir öffnen die Beziehung-jeder hat so seine eigene Welten und das gemeinsam Gelebte, das reduzieren wir auf ein Minimum. Dass wir vielleicht auch keine Sexualität mehr erleben und vielleicht einen freundlichen Umgang pflegen, dann würde man fragen, wie beschreibt man das? Ist man damit zufrieden. Was ist die Tiefe dahinter? Was sind Erklärungen und Bewertungen und wie sieht es aus unterschiedlichen Perspektiven aus.“ (35-36)

Hauptinterventionswerkzeuge sind die konkreten Fragen rund um den Kontext, indem sich der Betroffene befindet. Auch sucht der Experte beim Paar nach dem grössten, gemeinsamen Nenner in der sexuellen Kommunikation. Stellt man sich zwei Kreise vor, so wäre dieses gemeinsam Erlebte die Überlappung. Hier unterscheidet der Experte ganz stark zwischen Männer und Frauen. Für ihn tendieren Männer eher dazu, ihre Sexualität zu funktionalisieren. Laut ihm können sie die Herzebene und Genitalebene gut trennen. Wenn Männer die Dranghaftigkeit benötigen um ihre Virilität zu erleben, dann ist das für den Partner schwierig, denn es schafft Verletzungen auf dessen Gefühlsebene. Dies ist in Paarbeziehungen nicht komplementär, es sei denn beide sind einverstanden und haben die Beziehung geöffnet.

„EIII: Clement arbeitet ja viel mit diesen inneren Gedanken, Hypothesen, darüber, was beim anderen vorgeht-es geht eben auch darum, um diese Überlappungen zu erhöhen muss man eben auch diese Unterschiedlichkeiten respektieren und das als einen Suchprozess zu sehen, dass es auch wichtig ist diese individuelle Sexualität zuzulassen und sich in einem dialogischen, dyadischen Prozess darauf zu einigen, ob und wie, mehr Gemeinsames von beiden gewünscht ist. Und bei einer Drangkonstellation, die einseitig ist, muss man davon ausgehen, dass es an Grenzen stösst.“ (44-45)

Als weitere Techniken nutzt der Experte III in seinen Therapien, ein sich über die Jahre

angeeignetes Repertoire von **Interventionsmöglichkeiten**. Er nennt das Ideale sexuelle Szenario, die Visualisierung anhand eines Genogrammes oder anhand von Zeichnungen. Ernst und Spiel Szenarien können auch eingesetzt werden. Für ihn liegt aber immer das Anliegen im Zentrum. Die Auftragsklärung ist für ihn einer der wichtigsten Schritte im ganzen Therapieprozess.

Die **Konsequenzen** der **Handlungstrategien** führen auch in diesem Modell zu einer Veränderung der Situation. Der Experte III übt sich in Geduld aus, indem er immer wieder versucht auch die Partnerin zu involvieren. Denn er weist in der Therapie daraufhin, dass die Behandlung des Leidensdruckes wegen der *Sexsucht*, Auswirkungen auf die Beziehung haben wird. Sobald der Betroffene etwas verändert oder neue Dinge ausprobiert, wird es die Partnerin merken und vielleicht auch die Fähigkeit und den Mut aufbringen, ihn zu unterstützen. Wichtig für den Experten III wäre deshalb auch, dass er durch die Involvierung der Partnerin des Betroffenen in die Therapie, die Möglichkeit hat, sie über die Situation und die Bedeutung des Verhaltens aufzuklären und ihr so helfen kann, sich besser davon abzugrenzen. Es soll ihr klar werden, dass es nicht unbedingt etwas mit ihr zu tun hat.

„E III: Das weniger persönlich nehmen, das eher bei ihm lassen kann, sagen, ok, er scheint Probleme zu haben, ich muss ihm etwas Zeit geben oder ich muss Dinge vereinbaren oder so. Also es hat immer Auswirkungen auf einen Partner, so ein Problem.“ (73-74)

Die **Konsequenzen** können deshalb eine Neuverhandlung des Beziehungsmodells bedeuten. Das Paar kann vereinbaren, dass es die Beziehung öffnet und das *Fremdgehen* auf eine gegenseitige Einwilligung beruht. Es kann einen monogamen Neuanfang starten und auf gegenseitige Unterstützung hoffen oder es kann sich zu einer Trennung entscheiden, weil für die Partnerin klar wird, dass sie mit der Problematik des Betroffenen in Zukunft nicht umgehen können wird, da entweder die Verletzungen durch das Fremdgehen noch zu fest sitzen oder die Angst vor neuen Verletzungen nicht weggenommen werden kann.

Behandlungen, wie ein Abstinenzprogramm oder bei auftauchender Dranghaftigkeit sofort zu masturbieren, können einen Sinn machen, dennoch plädiert Experte III für eine Verständnisentwicklung des Klienten, in dem er die Kompetenz erlangen kann, zu verstehen, wann und warum er diesen Drang entwickelt. Das wäre dann für ihn auch am nachhaltigsten, denn laut Experte III entsteht der Drang im Kopf. Ihm hilft die Metapher vom Reiter und vom Pferd. Das Pferd ist das Archaische, das Genitale, das Dranghafte und

Unkontrollierbare. Der Reiter ist der Verstand bzw. die Fähigkeit zur Einsicht und zur Einordnung.

„E III: Die Kunst ist das Pferd in den Zaum zu behalten und jemand, der das gelernt hat, der würde sagen, „ok ich habe diese Tendenz immer noch in mir, dass ich manchmal dranghaft werde, aber ich kann zum Beispiel schon differenzieren, dass es Verbindungen gibt zwischen dem Drang nach Sex, dem Drang nach Genuss, dem Drang nach essen, trinken, nach Sport“. Also es heisst, ich kann es wie besser übergreifen, besser verstehen, was da eigentlich vor sich geht. Und, dass es dann darum geht zu lernen, wie kann ich den dazwischen zu bekommen und, das ist auch ein schönes Bild: Der Wimpernschlag zwischen Reiz und Reaktion. Da ist manchmal nur ein Wimpernschlag. Das Thema oder das Ziel wäre, den Fuss in die Türe zu bekommen um nicht in diese Automatismen zu kommen.“ (98-99)

Experte III macht die Erfahrung, dass sich dieses dranghafte Verhalten oft im biografischen Kontext verändert. Denn die Biologie des Menschen ändert sich mit der Zeit. Es können Krankheiten ins Spiel kommen, die das Verhalten wiederum beeinflussen. Möglicherweise wird der Drang nach exzessivem Sex auch durch eine andere Sucht ersetzt. Plötzlich isst oder trinkt der Betroffene mehr. Laut Experte III ist die Sucht als Suchkompetenz oder Tendenz bereits tief verwurzelt. Es zeigt auf, dass die Betroffenen Mühe haben, ihr Verhalten selber zu steuern. Diese Selbststeuerung ist eine Basiskompetenz, die man lebenslang entwickelt sollte.

„E III: Also jeder Reiz führt automatisch zu dieser Reaktion, wenn es gelingt da dazwischen zu treten und zu sagen, „ok, üblicherweise wäre ich jetzt in meinem Drangmodus. Es ist die Geilheit, oder? Es ist der sexuelle Drive, aber ich weiss genau, es ist nicht, das was ich will, also versuche ich vielleicht den Drang abzulenken, also etwas anderes und ich versuche mich zu regulieren“. Das wäre von mir ausgesehen die beste Rückfallprophylaxe. Wenn man sagen kann: „Ok. Ich stehe dazu, ich habe das immer noch in mir drin, aber ich habe gelernt, da gehe ich schwimmen, da gehe ich joggen, da mache ich eine Atemübung. Im Notfall klar, wenn es nicht anders geht, wenn ich es sogar geniessen kann, dann befriedige ich mich selbst. Es ist nichts

Wenn es gelingt, dass der Betroffene versteht, dass eine Entwicklungsanforderung ansteht und, dass es notwendig wird, sich anzupassen, sich neu zu orientieren und dies von ihm auch nicht mehr als Bedrohung wahrgenommen wird, dann kann eine tiefgreifende Veränderung eintreffen. Die Veränderung kann so weit gehen, dass der Betroffene nach ein oder zwei Jahren nach der Beratung nicht mehr verstehen kann, warum er ein *Sexsucht* Problem hatte, weil er die übergeordneten Zusammenhänge verstanden hat. Sollte es zu **Rückfällen** kommen, dann meldet sich dieses dranghafte Verhalten als Symptom bzw. als Vorbote

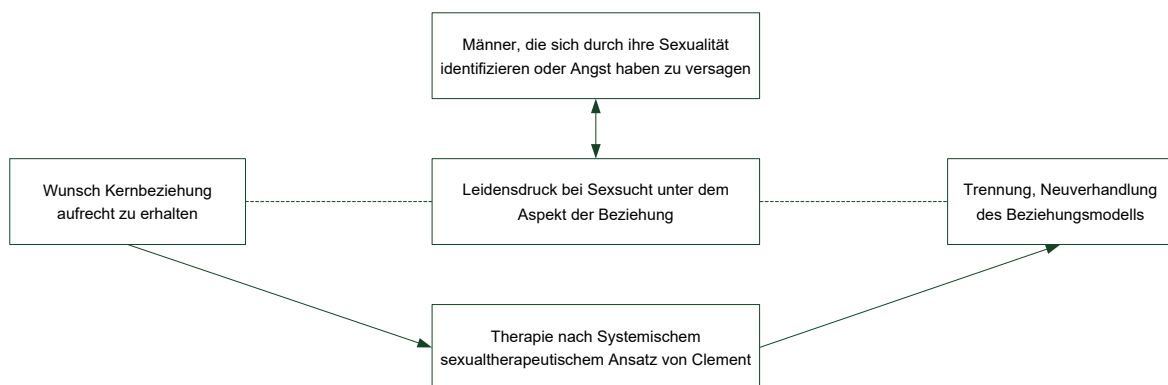


Abb. 5. Eigene Darstellung des Ansatzes nach Clement mittels Kodierparadigma nach Strauss vgl. Bogner et al. (2014c) in Anlehnung an (Strübing, 2014, S. 25) und (Heisser, 2018).

einer Veränderung. Das wäre eigentlich der systemische Ansatz zur Frage: Warum kommt das gerade jetzt? Warum gerade in dieser Form? Was hat das zu bedeuten? Erst wenn der Betroffene versteht, dass es ein Vorbote eines notwendig gewordenen Wandels ist, wird er diesen Reizen und diesen körperlichen Abläufen nicht mehr derartig ausgeliefert sein. Zu diesem Zeitpunkt hat er die Einsicht, dass es eigentlich um etwas ganz anderes geht. Folglich kann das dranghafte Verhalten als ein Instrument betrachtet werden, dass dem Betroffenen helfen kann, sobald es auftritt, einen anderen Weg einzuschlagen, der weniger Nachteile hat.

6.3 Expertin IV: Sexualtherapeutischer Ansatz nach Schnarch

Expertin IV ist eine langjährige Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie und hat eine Ausbildung in Systemischer Therapie. Seit 2006 ist sie in langjähriger und regelmäßiger Weiterbildung bei Schnarch. Wichtig ist ihr, dass sie keine zertifizierte Schnarch Therapeutin ist und, dass es auch keine Zertifizierung nach dem Modell Schnarch gibt. Ihre Aussagen sind immer eine Interpretation des Modells Schnarch.

Sie verfügt über die Ausbildung des Modells Sexocorporel vom (Ziss in Zürich) und praktiziert seit mehreren Jahren im Bereich der Sexualtherapie.

6.3.1 Offenes Kodieren

Die Schlüsselkategorie, die bei der Expertin IV durch das Kodieren ersichtlich wird, wird unter dem abstrakten Begriff: „**Leidensdruck bei Sexsucht unter dem Aspekt der Eigenverantwortung**“ erfasst. Die Daten werden fortan induktiv analysiert um die Beziehung zu definieren: Woran wird erkannt, dass Eigenverantwortung eine Rolle spielt? Woran werden Gedanken und Handlungen erkannt, die mit der Eigenverantwortung in Verbindung stehen?

Je tiefer man in die Datenerhebung eintaucht, desto mehr lassen sich Codes, bzw. Eigenschaften für Beziehungsaspekte finden. Hier seien einige Beispiele für Codes aufgelistet:

Tabelle 4

Kodieren nach dem Ansatz Schnarch.

Kategorie	Konzepte (Codes) siehe auch MAXQDA
Modell Schnarch:	Autonomie
	Störungsanfällige Sexualität
	Wertebild
	Genaue Hinschauen
Grundhaltung:	Lösungsfokussiert
	Zielorientiert
	Um was geht es wirklich?
Verständnis des Dranges:	Sexuelle Handlungen vollbringen ohne Kontrolle darüber
	Keine Steuerungsmöglichkeit
	Drang ohne Wollen
Therapeutische Elemente:	Ehrliches Gespräch

Differenzierung
Ehelicher Sadismus
Mind-Mapping
Kein Joining mit den Klienten

6.3.2 Axiales Kodieren (Kodierparadigma)

Das **Phänomen Sexsucht**, welches in die Mitte des Kodierparadigmas gesetzt wird, soll vorerst das Suchtverständnis nach dem Ansatz nach Schnarch klären. Laut Expertin IV ist es ein Gefühl vom Betroffenen, er müsse irgendeine sexuelle Handlung tätigen, obwohl er eigentlich selber keine Kontrolle darüber hat.

***E IV:** „Es drängt ihn trotzdem dorthin, auch wenn er es gar nicht will. Er hat keine Steuerungsfähigkeit darüber“. (14-15)*

Die mangelnde Steuerungsfähigkeit wird hier als Auslöser betrachtet. Die Expertin IV umgeht den Terminus Sucht und sieht das Problem mehr als eine fehlende Kompetenz des Betroffenen, seinen eigenen Willen in die richtige Richtung zu steuern.

Die **Kontext- und intervenierenden Bedingungen**, welche für die zeitlichen, örtlichen und biografischen Gegebenheiten stehen, entsprechen folgendem **Klientenprofil**: Expertin IV behandelt in ihrer Praxis nicht viele Betroffene. Probleme von Dranghaftigkeit sind eher selten. Männer, die davon betroffen sind, wollen dies laut Expertin eigentlich gar nicht, aber irgendetwas treibt sie dann doch dorthin. Sie geht auch davon aus, dass hinter dem Problem einer Dranghaftigkeit zuerst ein Paarkonflikt besteht. Bei der **Anamnese** kann sie dies herausfinden. Für sie ist das Instrument der Anamnese aber erst sinnvoll, wenn sie eine Bedeutung aufweist. Wenn sie dadurch feststellen kann, dass der Betroffene nie gelernt hat, wie man mit anderen Menschen umgeht. Wenn es ihn nicht stört, zahlreiche Affären zu haben und gleichzeitig seine Partnerin sexuell zu vernachlässigen. Als Psychiaterin diagnostiziert sie nach ICD 10. Nach dem Ansatz von Schnarch behandelt sie nur Paardynamiken. Wenn jemand das Problem der Dranghaftigkeit isoliert angehen möchte, eignet sich aus ihrer Sicht das Modell Sexocorporel besser.

„E IV: wenn jetzt jemand alle drei Minuten irgendeine Affäre hat, dann ist es auch der Paarkonflikt. Da fängt's mal mit dem Paarproblem an und nicht, ich komme hierher und hab ein Drangproblem. Also, ein Tiger Woods, der mir sagt, ich bin sexsüchtig, den habe ich noch nicht erlebt.“ (32-33)

Von einem typischen **Klientenprofil** kann bei Expertin IV nicht ausgegangen werden. Die **ursächlichen Bedingungen**, welche die Betroffenen motivieren eine Therapie bei der Expertin IV, welche nach dem Ansatz Schnarch arbeitet, in Anspruch zu nehmen, sind angesammelte Verdrängungsmechanismen und konstruierte Lügegebäude, die dazu geführt haben, sich mit der Dranghaftigkeit selber nicht auseinanderzusetzen zu müssen. Die Erfahrung der Expertin IV zeigt sich darin, dass sie die Fähigkeit hat beim Betroffenen herauszulesen, dass er sich mit der eigentlichen Thematik gar nicht auseinander setzen möchte. Er möchte einen Ausweg finden, wie er sich strategisch organisieren kann, damit er nicht befürchten muss mit seiner Ehefrau oder Partnerin in Konflikt zu geraten.

Die **Handlungsstrategie**, die eine Therapie nach dem Ansatz von Schnarch verfolgt, benutzt als **Intervention und Behandlungsmethode** eine Fragetechnik, die zum Ziel hat herauszufinden, ob der Betroffene überhaupt den Wunsch hat etwas zu verändern. Denn solange er diesen Wunsch nicht äussert, kann es sehr lange dauern bis eine Veränderung überhaupt stattfindet. Ist der Wunsch einmal da, arbeitet es sich viel leichter ans Ziel.

Eine der wichtigsten Interventionen ist das ehrliche Gespräch mit dem Betroffenen. Expertin IV hört sich in der ersten Sitzung genau an, um was es wirklich geht. Sie muss herausfinden können, welches die wahren Beweggründe der Therapie sind.

„E IV: Mit der Idee, wenn man nicht an dem arbeitet um was es wirklich geht, kommt man auch nirgendwo hin.

Da würde man dann tatsächlich auf den Tisch bringen, „Ok, Sie möchten nichts verändern, Ihre Frau hat ein Problem, gibt es irgendeinen Grund für Sie deswegen etwas zu verändern?“ (49-50)

Die Behandlungsmethode nach Schnarch ist laut Expertin IV insofern ungewöhnlich, weil man seine eigene erlernte Fähigkeit, Menschen zu durchschauen, dazu nutzt, das was das Gegenüber sagt in Frage zu stellen. Man muss sich, wenn man nach Schnarch behandeln will, immer wieder im Klaren sein, ob das, was der Betroffene sagt, wirklich stimmt oder, ob er einem etwas vormachen möchte.

Die Expertin IV nutzt auch ihre Fähigkeiten, die sie vom Ansatz Sexocorporel her kennt. Die Modelle sind gut kombinierbar, da bei beiden die Autonomie sehr wichtig ist. Der Ansatz von Schnarch geht dahin mit den Klienten in einer Weise zu arbeiten, die sie anspornen soll eine maximale Eigenverantwortung für ihr Verhalten zu übernehmen. Eine solche Eigenverantwortung findet sich auch beim Modell Sexocorporel wieder.

„E IV: Also, dass man da wirklich für die eigene sexuelle Funktion selber die Verantwortung übernimmt und nicht einfach findet, ich brauche jetzt halt irgendwie einen Partner, der irgendwie besser funktioniert oder besser zu mir passt, sondern wie kann ich eigentlich meine eigene Sexualität störungsunfähig machen zum Beispiel.“ (61-62)

Angesprochen auf das Modell Schnarch, betont die Expertin IV die Schwierigkeit dieses Ansatzes, die daher kommt, dass der Therapeut die Fähigkeit danach zu arbeiten nicht aus einem Lehrbuch erlernen kann, sondern, dass man das „sein“ muss.

Die Expertin IV bestätigt, dass die zentrale Bedeutung bei Schnarch das Konzept der Differenzierung des *Selbst* ist. Denn für Schnarch ist für die Sexualität und Intimität und für die Ausschöpfung des sexuellen Potentials vor allem das Ausmass entscheidend, in dem eine Person ihr *Selbst* ausdifferenziert hat.

„E IV: Also Schnarch sagt etwas, was absolut stimmt. Man kann mit den Menschen nur soweit an ihrer Differenzierung arbeiten, wie man selber Differenzierung hat. Also die Schnarch'sche Differenzierung, das heisst, diese Geschichte, von: Wie solide ist mein Selbst? Und so solide wie mein „Selbst“ ist, dorthin kann ich mit meinem Gegenüber hinarbeiten und nicht mehr.“ (63-64)

Die Therapie zielt darauf hin, sich weiterzuentwickeln und ein solides *Selbst* aufzubauen. Der Klient wird damit konfrontiert, dass er sich selbst nichts vorzumachen soll. Zudem wird er herausgefordert, sich damit auseinander zu setzen, wer er wirklich ist.

Es stellt sich die Frage für die Expertin IV, inwieweit der Klient überhaupt willig und fähig ist, dies auszuhalten. Sie sieht dies als grosse Schwierigkeit, denn weder der Klient findet die Fragestellung angenehm noch stellt sie die Therapeutin oder der Therapeut

gerne, denn sie oder er weiss, dass sie sich damit unbeliebt machen werden. Doch sieht sie es als unabdingbare Voraussetzung, dass man auch als Therapeutin oder Therapeuten den Anspruch an sich erhebt, sich dauernd weiterzuentwickeln. Um jemanden durch diesen Differenzierungsprozess zu begleiten, muss man selber wissen, wie der Prozess vor sich geht. Es sind nicht nur die Jahren an Berufserfahrung, die eine gute Therapeutin oder einen guten Therapeuten ausmachen, sondern ihre oder seine Resilienzfähigkeit, schwieriges auszuhalten.

„E IV: Aber die Voraussetzungen um mit Menschen so arbeiten zu können ist natürlich, dass man das selber auch so macht, weil sonst ist es ziemlich unanständig. Und man kann so etwas auch nicht wirklich machen, man kann nicht jemand wirklich durch so einen Prozess durch begleiten, wenn man nicht weiss, wie der Prozess ist.“ (70-71)

Eine der wichtigsten Voraussetzungen um nach dem Ansatz nach Schnarch zu behandeln, ist das sogenannte Mind-Mapping. Die Fähigkeit andere Menschen lesen zu können. Diese Lesefähigkeit muss man auch vermitteln können. Wichtig ist, dass der Betroffene beginnt zu lernen, wo er Lesestörungen entwickelt hat. Diese Lesestörungen haben den Klienten in seinem Leben bis jetzt begleitet und sind eine Strategie um Dinge auszublenden, damit eine Beziehung ermöglicht wurde oder damit diese einfacher gelebt werden konnte. Diese Auseinandersetzung mit der Weiterentwicklung seines *Seins* muss nicht ein jahrelanger Prozess werden, sondern es geht darum mit welcher Intensität sich der Klient damit beschäftigt.

„E IV: Ich habe ein „Sein“ implementiert, das eine Weiterentwicklung ist von einem „Sein“ das ich einmal war. Das bedeutet aber nicht, dass nicht noch eine weitere Entwicklung ansteht. Ich denke, dass das eine Sache ist, die immer im Fluss bleibt.“ (74-75)

Es geht vor allem darum, dass man als Mensch immer wieder auf neue Herausforderungen stösst und sich überlegen muss, ob man bereit ist in sich und in eine Beziehung zu investieren.

Die Stärke der Beratung nach diesem Ansatz ist das ehrliche Gespräch. Es soll von Anfang an mit dem Klienten einen echten Bezug hergestellt werden. Den Klienten ernst zu

nehmen ist viel wichtiger als in einen Beziehungsaufbau (Joining) zu investieren. Mit diesem ehrlichen, aber vielleicht unbequemerem Verhältnis zum Klienten findet man schnelleren Zugang zum Kernproblem.

„E IV: Was macht man mit seiner Partnerin oder mit seinem Partner, wenn man das macht? Und ist das für einem selber in Ordnung, dass man das mit seinem Partner macht? Also ich möchte nicht das Wort, was man dem Partner antut, aber was hat es für eine Auswirkung? Geht die Rechnung auf oder geht die Rechnung nicht auf? Also ist es für einem in Ordnung? Und da geht es darum, was hat man für Werte, was hat man für Prinzipien und lebt man nach diesen Prinzipien oder nicht? Wenn man gerade bei Männern, die viele Affären haben anschaut, wo die Thematik ist, wie geht es denen, wenn die morgens ihren Frauen gegenüber sitzen beim Frühstück und wissen wieviel sie ihr vormachen? Was läuft da eigentlich in ihnen ab? Ja, dass man anfängt sich mit der ganzen Thematik, Schnarch nennt es den normalen „ehelichen Sadismus“ zu befassen und, dass wir Sachen miteinander machen um einander zu verletzen und, dass es in dem, jetzt im Schnarch'schen Ansatz, etwas ist, was auf den Tisch kommt und wie sehr da diese Komponente auch eine treibende Kraft ist.“ (92-93)

Erst wenn der Klient bereit ist, sich mit der wirklichen Sache auseinander zu setzen, macht es Sinn weitere Interventionsmöglichkeiten in Betracht zu ziehen. Dann erst kann es angebracht sein, eine Übung, wie *hugging to relax* zu initiieren. Das geht aber erst, wenn beide wirklich wieder auf eigenen Beinen stehen, denn durch diese Übung eine kommt Intimität auf. Bei Vorliegen einer toxischen Situation sind solche Interventionen nicht indiziert.

Für langfristige Partnerschaften eignet sich vor allem das von Schnarch entwickelte *Crucible* Therapiekonzept. Hier geht es um eine Feuerprobe. Die Veränderung geschieht dank dem Druck, der auf den Menschen gesetzt wird. Dies im Gegensatz zu anderen Paartherapie Konzepten, die den Druck herausnehmen.

E IV: Die Therapie nach Schnarch nimmt nicht Druck raus, sondern gebraucht eigentlich den Druck, der in dem System ist und in dem Sinn kann man sagen, ist der Therapeut der Schmelztiegel, also der Therapeut hält den Druck aufrecht oder führt je nach dem dorthin, wo noch mehr Druck ist.

Was aber nicht das Gleiche ist wie, der Therapeut macht Druck, sondern er schaut, wo gibt es in diesem System eigentlich Druck und wo ist möglicherweise noch mehr Druck da? Und hat die Bereitschaft erstens dorthin zu schauen und zweitens das dann auch im Raum entstehen zu lassen, was auch wieder Nerven braucht. Was dann aber auch dazu führen kann, also ich denke unter viel Druck, da bin ich davon überzeugt, findet Veränderung statt und das ist gerade in Partnerschaften, die kommen ja immer erst dann in die Therapie, wenn es also wirklich schon ganz schlimm ist, also das heisst, wenn der Druck hoch genug ist und dann muss man quasi den Druck noch ein bisschen erhöhen. Also nicht, ich mache euch Druck, sondern ich schau mal, wo ist Druck und wo würde wer von beiden sich verändern, wenn der Finger darauf gehalten würde, dass da eigentlich Druck ist?“ (96-97)

Beim Ansatz von Schnarch ist die Eigenverantwortung etwas vom Wichtigsten. Opfer und Täterrollen werden ungerne zugewiesen. Laut Expertin IV kann es aber sein, dass eine Partnerin, die das dranghafte Verhalten ihres Mannes erduldet, nicht nur das Opfer ist, sondern sich zur Täterin macht, indem sie das Verhalten erduldet um die Beziehung nicht aufs Spiel zu setzen. Denn das dranghafte Verhalten des einen hat eine Auswirkung auf Strategiemassnahmen und auf das psychische Wohlbefinden des Paares im ganzen Kontext.

„E IV: Aber ich glaube nicht wirklich, dass das eine Veränderung mit sich bringt und wenn es aber darum geht, dass jetzt jemand alle drei Minuten eine Affäre und nochmal eine und nochmal eine hat. Würde ich sagen, da ist Schnarch sicher eine sehr gute Idee, weil es da viel eben um Paardynamik geht und was man eigentlich mit diesen Menschen macht, ob das wirklich das ist, was man möchte oder, ob da noch Steigerungsformen in einem selber drinnen existieren.“ (127-128)

Schnarch spricht auch vom *ehelichen Sadismus*. Er geht davon aus, dass man sich in einer Partnerschaft gegenseitig manipuliert um den anderen dort hinzubekommen, wo wir ihn haben wollen. Aber eigentlich geht es nur darum, dass man der beste Mensch ist, den man sein kann. Man muss sich selber die Frage stellen, wie man mit seinem Partner bisher umgegangen ist. Wenn man ehrlich kommuniziert, dass man nebenbei noch andere Partnerinnen hat und vielleicht polyamourös veranlagt ist, dann kann sich die Partnerin überlegen, ob sie ihre Einwilligung dazu geben kann und will. Dann ist es eine einvernehmliche

Vereinbarung, die beide gegenseitig eingehen.

Die Konsequenzen der Therapie können eine Persönlichkeitsentwicklung nach sich ziehen, die eine Differenzierung zum Ziel haben. Die Methode wird von der Expertin IV als äusserst **nachhaltig** empfunden. Die Voraussetzung für eine Veränderung ist von der Einsicht des Betroffenen abhängig, dass sein Handeln defizitär ist. Wenn beim den Betroffenen eine narzisstische Veranlagung diagnostiziert wird, erschwert dies das *Sich selber in Frage stellen*. In diesem Fall ist die Behandlung allgemein schwierig. Die Methodenwahl spielt dabei keine Rolle.

„E IV: Ich würde nichts empfehlen, aber ich denke, es ist auch wichtig, dass man schaut, ob die Partnerin sich damit arrangieren will oder, ob sie halt die Nerven aufbringt das hinter sich zu lassen. Also ich finde, da arbeitet man fast mehr mit der Partnerin. Also wenn da keine Veränderungsmotivation beim Partner zu verzeichnen ist.

E: Wenn er nicht darunter leidet und wenn er nicht darunter leidet, dass sie darunter leidet, dann ist nicht viel zu machen.“ (159-161)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Therapie umso effektvoller sein wird, je schneller der Therapeut dank den ehrlichen Antworten des Betroffenen die Kernproblematik verstehen kann. Erst die Auseinandersetzung mit dem echten Problem kann eine Wirkung zeigen.

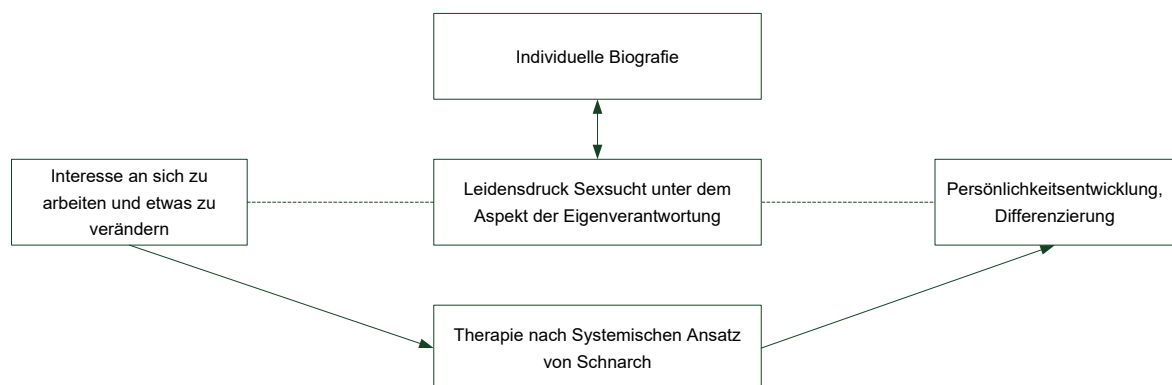


Abb. 6. Eigene Darstellung des Ansatzes Schnarch mittels Kodierparadigma nach Strauss vgl. Bogner et al. (2014c) in Anlehnung an (Strübing, 2014, S. 25) und (Heisser, 2018).

6.4 Selektives Kodieren zum Vergleich der Ansätze

6.4.1 Gemeinsamkeiten der Beratungsansätze

In der Phase des selektiven Kodierens geht es nun um das Schliessen von Lücken in der Theorie und um eine Überprüfung der Zusammenhangshypothesen, die sich aus dem axialen Kodieren ergeben haben. Vorhandene Daten werden unter zusätzlichen Gesichtspunkten erneut ausgewählt. Ziel des selektiven Kodierens ist die Entwicklung einer Analyse. Selektives Kodieren definieren Strauss, Corbin, Niewiarra, and Legewie (1996) als einen Prozeß des Auswählens der Kernkategorie, des systematischen In-Beziehung-Setzens der Kernkategorie mit anderen Kategorien und der Validierung dieser Beziehungen.

Grundannahme ist, dass das Modell Sexocorporel die Thematik der dranghaften Sexualität mehr unter der individuellen psychosexuellen Entwicklung des Betroffenen betrachtet. Der Ansatz nach Clement mehr auf kontextuale Beziehungsaspekte achtet und der Ansatz nach Schnarch stark auf die Eigenverantwortung fokussiert.

Erste Kernkategorie

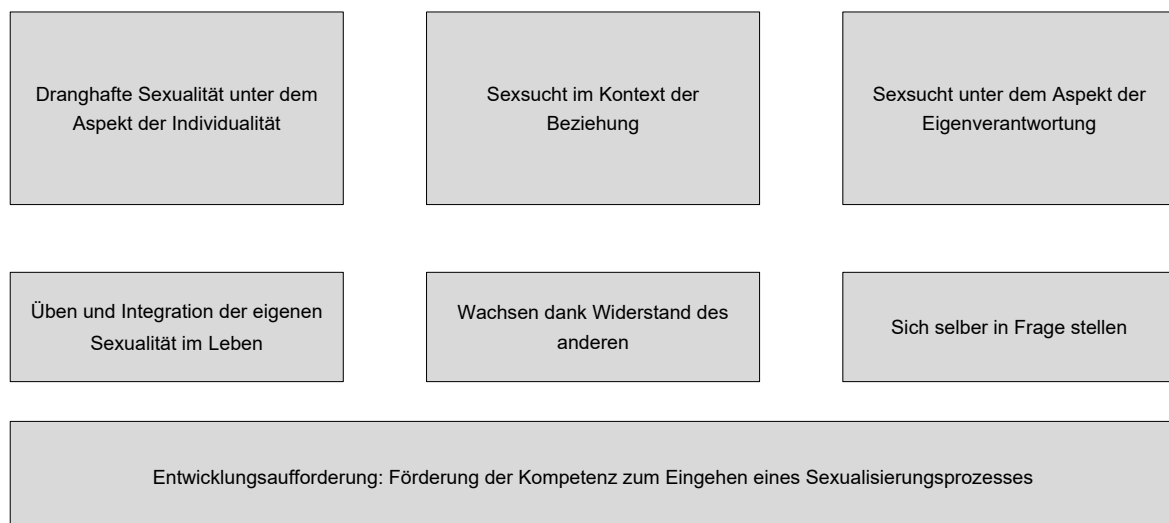


Abb. 7. Erste Kernkategorie: Entwicklungsaufforderung.

Eine der Gemeinsamkeiten der drei Kategorien, ergibt, dass es den Expertinnen und Experten um eine Entwicklungsaufforderung an die Betroffenen geht. Trotz verschiedenen Behandlungsmethoden in Bezug auf die *Sexsucht*, ist allen Experten und Expertinnen die Investition in die Förderung des Sexualisierungsprozesses des Betroffenen ein wichtiges Anliegen.

Zweite Kernkategorie

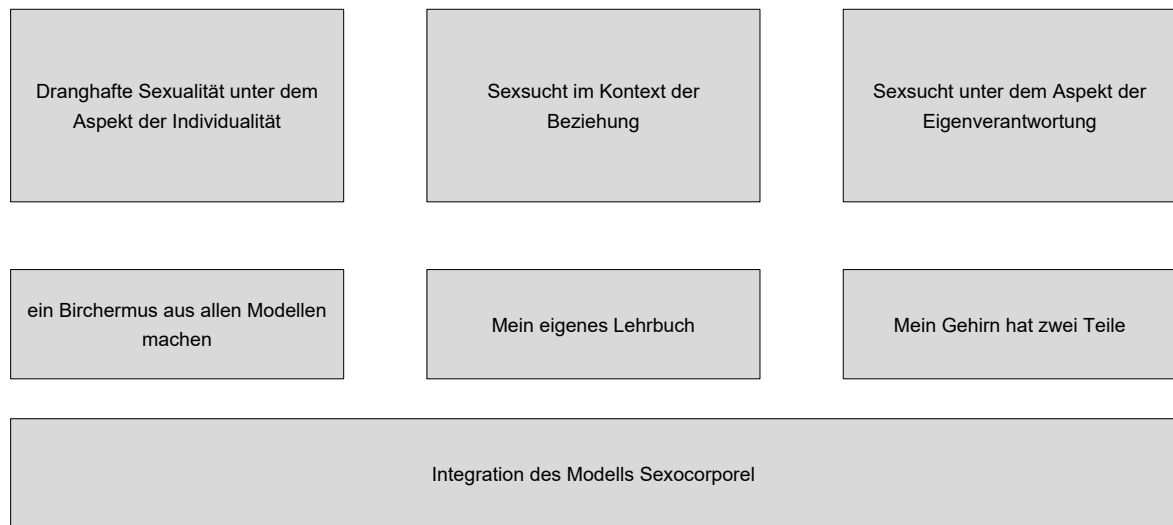


Abb. 8. Zweite Kernkategorie: Integration des Modells Sexocorporel.

Eine weitere Gemeinsamkeit besteht darin, dass alle das Modell Sexocorporel immer wieder dazu nehmen. Bei den nicht nach dem Modell Sexocorporel interviewten Expertinnen und Experten stellte sich heraus, dass sie Bereiche und Anwendungsmöglichkeiten dieses Modells bewusst benutzen und integrieren. Jeder konzipiert auf der Basis seiner Ausbildung den Sexocorporel anders. Beim Modell Sexocorporel existiert keine Trennung zwischen Körper und Geist. Das impliziert, dass die Expertinnen und Experten durchaus auch Körperübungen als Interventionen integrieren.

Dritte Kernkategorie



Abb. 9. Dritte Kernkategorie: Keine Festlegung in Bezug auf Einordnung des dranghaften Verhaltens.

Niemand möchte sich auf eine Kategorisierung der *Sexsucht* festlegen. Die Dranghaftigkeit wird nicht pathologisiert. Die Expertinnen und Experten gehen nicht von einem Störungskonzept aus, sondern von einem eingeschränkten sexuellen Lernpotential.

6.4.2 Zwischenfazit

Wir erhalten nun drei Kernkategorien, die allen Experten gemeinsam sind. Zusammenhänge und Muster können erkannt werden. Es ergibt sich daraus, dass es der **Erfahrungs- und Entwicklungsstand der Experten und Expertinnen ist, der in typischer Weise bestimmt, in welcher Form die Behandlungsansätze angewendet werden**. So werden die Interventionen und Behandlungsmethoden (Handlungsstrategien) als Mittel zur Entwicklung des Betroffenen eingesetzt. Dies wird ermöglicht, indem die Expertinnen und Experten viel Wert auf Aus- und Weiterbildungen legen. Die Miteinbeziehung anderer Modelle, wie das des Sexocorporels, deutet auf die Vielfalt und Flexibilität der Experten und Expertinnen hin. Der langjährig aufgebaute Erfahrungswert der Expertinnen und Experten zeichnet sich im Widerstand gegenüber einer Diagnose oder Pathologie ab, der die auch in der Fachwelt diesbezüglich existierende Ambivalenz widerspiegelt.

6.4.3 Unterschiedlichkeiten der Beratungsansätze

Erste Unterschiedlichkeit



Abb. 10. Erste Unterschiedlichkeit: Therapeutische Beziehung.

Sowohl die Experten des Ansatzes Sexocorporel als auch der Experte des Ansatzes von Clement setzen auf den Vertrauensaufbau zum Klienten während einer Therapie. Eine therapeutische Beziehung ist für diese Art von Ansätzen bereits ein Teil der Therapie. Das sogenannte *joining* bewirkt, dass sich das Selbstwertgefühl des Klienten verbessert und

dadurch die Bereitschaft gegeben ist, sich seiner Thematik zu stellen. Gleichzeitig wird der Klient dadurch aufnahmefähiger für intimere Interventionen, wie das Vorzeigen von Körperübungen. Denn durch das Herstellen einer Beziehungsqualität und einer Atmosphäre, die erfüllt ist von Vertrauen, gelingt es, dass die Klientinnen und Klienten mehr Emotionen und Gefühle zulassen. Diese fördern den Zugang zu sich selbst und somit auch das Verständnis des Klienten für gewisse Abläufe, die ihm bisher Leiden erbracht haben. Der Therapieerfolg zeichnet sich gerade dadurch aus, wie gut es gelingen kann, aus dem Fundament einer solchen Beziehungsgestaltung, die Therapieziele, die angestrebt werden zu erreichen (Mahr, 2018, S. 127 ff.).

Ein Beziehungsaufbau wird beim Ansatz nach Schnarch von der Expertin IV als kontraproduktiv empfunden. Sie erachtet die Konfrontation der Klientinnen oder Klienten mit dem, was wirklich ist, als viel wichtiger. Es muss ein echter Bezug hergestellt werden, der authentisch ist und bei dem die Klientinnen oder Klienten auch wirklich ernst genommen wird. Ernstnehmen fängt für sie dort an, wo man die Nerven hat zu sagen, dass das Erzählte keinen Sinn macht.

Zweite Unterschiedlichkeit



Abb. 11. Zweite Unterschiedlichkeit: Umgang mit dem Anliegen.

In Bezug auf die Vorgehensweise, wie die Modelle das Anliegen behandeln, besteht ein Unterschied bezüglich der Anamnese und Diagnose. Experte I und II sprechen von einer Evaluation und nicht von einer Anamnese. Sie stellen auch keine Diagnose, sondern erforschen die individuelle Sexualität des Betroffenen. Die Evaluation ist laut Experten I und II ein viel lebendigeres Instrument als die Anamnese, da sie ressourcenorientiert ist und den

Betroffenen herausfordert über seine Sexualität nachzudenken.

Die Experten III und IV versuchen eine Diagnose zu stellen. Dies ist aber mehr durch die Tatsache bedingt, dass beide Psychiater sind und es gewohnt sind nach ICD 10 diagnostizieren. Hervorzuheben ist bei der Diagnose der Vorteil der Krankenkassenübernahme.

Auch wenn die Anamnese ein wichtiges Hilfsmittel ist, stellt Experte III das Anliegen in den Vordergrund. Expertin IV hingegen benutzt die Anamnese um herauszufinden, ob ein Paarkonflikt besteht. Sie betrachtet zudem eine Anamnese als sinnvoll um festzustellen, wie der Betroffene mit seinen Mitmenschen umgeht. Hier kommt bei Expertin IV die Lesefähigkeit (Mind-Mapping) zum Zuge. Die Lesefähigkeit und das ehrliche Gespräch ermöglichen den Zugang zur Wahrheit, bzw. zum wahren Grund des Anliegens.

Dritte Unterschiedlichkeit

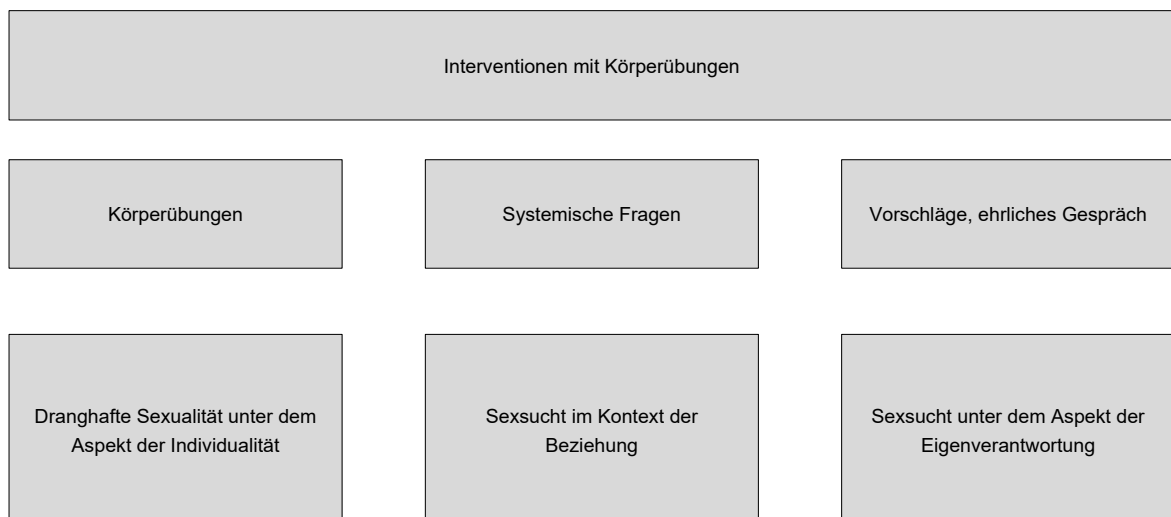


Abb. 12. Dritte Unterschiedlichkeit: Interventionen mit Körperübungen.

Statt ein Opfer seines Leidens zu sein, geht es darum sich in die Tat zu begeben und mittels körperlichen Übungen den Zugang zum eigenen Körper zu finden. Es geht darum an den direkten Kausalitäten zu arbeiten und nicht an den indirekten. Wirkliche Körperübungen bietet nur das Modell Sexocorporel. Einen direkten Bezug zum Körper haben die Übungen im Ansatz nach Clement nicht. Im Ansatz nach Schnarch sind Körperkontakte in den Übungen möglich. Übungen, wie *Umarmen bis zur Entspannung* oder *Kopf auf Kissen* sind Beispiele dafür. Da bei allen Expertinnen und Experten Zusatzausbildungen im Sexocorporel und teilweise in spezifischen Körpertherapien vorhanden sind, können Körperübungen beigezogen werden.

6.4.4 Zwischenfazit

Wir erhalten nun drei Kernkategorien, in denen sich die Expertinnen und Experten uneinig sind. **Die Unterschiedlichkeiten ergeben sich aus der Treue zum erlernten Ansatz. Die Expertinnen und Experten bleiben so in typischerweise mit ihren Ansätzen verbunden und benutzen diese als Basis.**

6.5 Theorieverknüpfung

6.5.1 Therapieansatz nach David Schnarch

Schnarch (2010) selber sieht die Betroffenen als Leidende, die Ihre Verhaltenssucht oft verstecken und sich dafür schämen. Sie versuchen ihre sexuellen Aktivitäten von ihren festen Liebesbeziehungen zu separieren, dissoziieren ihren Drang vom Rest ihres Lebens und fühlen sich in einer anderen Welt. Die Betroffenen realisieren erst in der Therapie, dass die Zeit, welche sie mit ihren sexuellen Aktivitäten verbringen, gestohlene Zeit ist, die sie ihren Partnern und Familien vorenthalten. Auch wird ihnen erst dann klar, dass sie durch ihr Verhalten das Vertrauen ihres Partners missbrauchen und dadurch die Beziehung sabotiert wird (Leiblum, 2010, S. 45 ff.). Schnarch (2010) geht davon aus, dass die Therapeutinnen und Therapeuten, die nach seinem Modell oder nach einer Interpretation seines Modells arbeiten, einen hohen Grad an Differenzierung mitbringen müssen. Differenzierung wird hier als die Fähigkeit verstanden, sowohl im engen emotionalen als auch im körperlichen Kontakt zum anderen, ein stabiles Selbstwertgefühl zu wahren (Sydow, 2018, S. 800). Die Therapeutinnen und Therapeuten, die nach dem Modell Schnarch arbeiten, können die vom Anliegen Betroffenen nicht über ihren erlangten Differenzierungsgrad führen, als den, den sie schon selber erreicht haben (Maß & Bauer, 2016, S. 67 ff.).

Eine zentrale Intervention von Schnarch (2018) ist das sogenannte Mind-Mapping. Hier geht es darum die Fähigkeit zu entwickeln bei seinem Gegenüber lesen zu können, was dieser gerade denken könnte. Mit dieser erlernbaren Kompetenz soll ermöglicht werden das Verhalten und die Reaktionen des anderen vorauszusehen. Das neue Werk von Schnarch (2018) „Braintalk“ beschreibt in mehr als 500 Seiten, wie man diese Fähigkeit erlernen kann. Diese Lesefähigkeit kann sowohl für das Verstehen einer Verletzung genutzt werden, wie auch für eine therapeutische Heilung der Verletzung. Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie ist, dass beim Fremdgehen alles auf den Tisch gelegt wird, um die Partnerin oder den Partner nicht im Glauben zu lassen, alles sei in Ordnung, aus Angst auf eine negative Reaktion. Offenheit und Transparenz gegenüber dem Partner ermöglicht eine solide Grundlage um die Beziehung wieder aufzubauen. Auf diese Weise soll eine kollaborative Allianz zwischen dem Paar installiert werden (Schnarch, 2018, S. 77). Wenn nötig

wird auch in die Vergangenheit zurückgegangen um die Eltern und andere Familienmitglieder so kennenzulernen, wie sie wahrlich sind mit ihren Vor- und Nachteilen. Diese subjektive Weiterentwicklung und Auseinandersetzung mit der Herkunftsfamilie ist eine weitere therapeutische Intervention (Sydow, 2018).

Die Betroffenen machen während einer Therapie meistens zwei Erfahrungen. Sie haben Angst vor ihrem Fortschritt und sie fürchten sich vor einer wachsenden Intensität ihres Sexual- und Intimlebens. Hier gehen die Betroffenen mit ihren Partnern durch den Schmelztiegel und es ist für sie eine der schwierigsten Erfahrungen in ihrem Leben. Niemand würde am Anfang an eine Veränderung denken, wenn es nicht wenigstens die Therapeutin oder der Therapeut tut (Schnarch, 2010).

6.5.2 Therapieansatz nach Ulrich Clement

Der Therapeut und Schriftsteller Clement (2016a) geht folgendermassen mit dem Thema der Dranhaftigkeit um. Für ihn ist die *Sexsucht* der gegenüberliegende Pol der Lustlosigkeit. Dass der diagnostische und therapeutische Einsatz an beiden Enden des Spektrums beachtlich ist, findet er insofern ironisch, als dass es die neue Norm sein soll, dass die Menschen nicht sexuell desinteressiert sein sollen, aber gleichzeitig auch nicht zu viel Lust haben sollen. Von ihm ausgesehen wird die Lust bipolar pathologisiert, indem mit einer Diagnose eine Wirklichkeit konstruiert wird, die oft mehr über den Diagnostiker aussagt als über die Störung. So meint er, dass die Literatur zur *Sexsucht* interessantes Anschauungsmaterial dafür bietet, indem beliebige Kriterien herangezogen werden, um eine Schwelle zu definieren, die dann pathologisiert wird. Für ihn ist es eine epidemiologische List, wenn man durch schwache Einschlusskriterien hohe Prävalenzziffern erzeugt (Maß & Bauer, 2016, S. 70). Nutzt man aber dieses Behandlungsmodell für ein Paar, welches durch ein gesteigertes sexuelles Verlangen vom Mann in eine Krise kommt, lassen sich drei Phasen unterscheiden. Die erste Phase gilt der Auftragsklärung, welche bereits auf Veränderungsambivalenzen beider Positionen fokussiert und der Analyse des Interaktionszirkels des Paares. In der zweiten Phase steht vor allem die Differenzierung, wie sie bereits von Schnarch (2009) proklamiert wurde, im Vordergrund. Das erforderliche Mass an selbstvalidierter Intimität wird hier geprüft. In dieser Phase werden auch Interventionen, wie das *ideale sexuelle Szenario* oder *Rollenspiele* eingeführt. In einer dritten Phase, wird über die sexuellen Differenzen der Partner verhandelt.

Die systemische Sexualtherapie gilt als ressourcenorientierter Ansatz. Der Ansatz geht der Frage nach, wie die unterschiedlichen sexuellen Profile beider Parteien bewusst gemacht und kommuniziert werden und wie zwischen den Parteien verhandelt wird. Gelingt

es eine Toleranz der Unterschiede zu schaffen, können die Partner wieder zu einer authentischeren Sexualität finden (Clement, 2013). Durch eine erhöhte selbstvalidierte Intimität kann der Unterschied nicht mehr negiert oder vorwurfsvoll als Problem bewertet werden, sondern als belebende Individualität akzeptiert und als Motor zur Entwicklung dienen. Es kann aber auch zu Rückfällen kommen in alte oder in neue problematisierende Interaktionsmuster. Clement ist im Gegensatz zu Schnarch nicht dagegen, wenn eine neue Beziehung eingegangen wird.

6.5.3 Therapieansatz nach Sexocorporel

Laut Desjardins (2008b) befinden sich Personen, die von einer sexuellen Dranghaftigkeit betroffen sind, oft in einem Ungleichgewicht zwischen emotionalen und genitalen Spannungen. Er ordnet diesen unwiderstehlichen Wunsch, der eine Person zu sexuellen Handlungen drängt, der sexuellen Kompulsivität zu. Weiter geht er davon aus, dass diese Männer wenig in die Genitalität investiert haben. Intensive emotionale und gedankliche Aufladungen verhindern eine Wahrnehmung und Konzentration in Bezug auf die Genitalität. Zudem wird das Ungleichgewicht durch die engen Grenzen der Erregungsfunktion verstärkt. Männer machen solche Erfahrungen vor allem in Lebensphasen, die emotionale Krisen hervorrufen, wie während der Adoleszenz, Verliebtheit, Lebensmitte (Gehrig, 2010). Die ursprüngliche Frustration ist aber keine sexuelle oder genitale sondern sie reicht meistens bis in die Kindheit. Das eigentliche Bedürfnis, welches dahinter steckt, ist mehr ein emotionales. Man möchte gesehen, respektiert und anerkannt werden. Dies wird durch die genitale Erregung kompensiert (Sztenc, 2018, S. 125 ff.).

Am Anfang einer Sexualtherapie nach Sexocorporel steht die sorgfältige Evaluation bzw. Anamnese der unterschiedlichen Komponenten. Die erhobenen Daten, die eine sogenannte „Logik des Systems“ ergeben, werden dazu benutzt einen individuellen Beratungspaln zu erstellen, der auf in Entwicklung stehenden Lernprozessen aufbaut.

7 Diskussion

7.1 Theoretische Generalisierung

Mit der theoretischen Generalisierung wird auf den Geltungsbereich Bezug genommen, den die Theorie beansprucht. Um die Forschungsfrage zu beantworten, müssen die empirischen Ergebnisse mit dem theoretischen Kontext in Verbindung gesetzt werden mit dem die Fragen formuliert wurden. Da die Auswertung theoriegeleitet durchgeführt wurde, haben sowohl die Leitfragen wie die empirische Grundlage einen gemeinsamen Hintergrund (Gläser & Laudel, 2010, S. 262 ff.).

7.1.1 Wichtigkeit des biografischen Hintergrundes der Klienten

Die in den Kodierparadigmen unter Kontext und intervenierenden Bedingungen ausgesonderten Daten beziehen sich auf die Biographie und die Hintergrundinformationen der Betroffenen, sprich dem Klientenprofil. Nach Clement (2016b) muss in einer systemischen Sexualtherapie die Biographie nicht zwingend berücksichtigt werden. Seines Erachtens könnte das sogar zu einer Vermeidung der aktuellen Problem führen (Maß & Bauer, 2016, S. 95). Das Modell Sexocorporel will zwar die Biographie des Betroffenen kennenlernen, aber mit dem Ziel bestehende Fähigkeiten und Ressourcen zu erweitern (Maß & Bauer, 2016, S. 102).

Die Personengruppe, die ihr eigenes sexuelles Verlangen oder Verhalten als übermässig oder ausser Kontrolle empfindet und aus diesem Grunde Beratungs- und Therapieangebote nutzt, ist laut Schnarch (2010) ähnlich heterogen wie die individuellen Vorstellungen von normaler Sexualität und bleibt in Forschung und klinischer Praxis weiterhin als gesamthaft schwer fassbar. Gemeinsam ist den Betroffenen der subjektive Leidensdruck und oder die Belastung der Partnerschaft oder sogar die dadurch erzeugte finanzielle Situation (Schnarch, 2009).

Bestätigt wird von allen Experten und Expertinnen, dass für die Behandlung und Beratung innerhalb der heterogenen Gruppe Gemeinsamkeiten erfasst werden müssen, die gleichzeitig Raum für individuelle Unterschiede lassen. Neben dem eigenen Leidensdruck sind es oftmals die Partnerbeziehungen, die unter der Problematik leiden. Hier spricht vieles für den Einbezug der Partnerinnen in eine Therapie (Gehrig, 2010). Für die individuelle Behandlung eignet sich das Modell Sexocorporel besonders gut. Im Kontext auf Auswirkungen in Beziehungen, wo der Leidensdruck des Betroffenen auch die Gefährdung der Partnerschaft nach sich zieht und eine Sexualberatung für das Paar indiziert, eignen sich

die Modelle von Clement und Schnarch. Hier geht es vor allem darum, dass das Beratungsziel auf die Aufrechterhaltung der Beziehung gerichtet ist (Schnarch, 2010, S. 221). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es darum geht zu erkennen, welche eigentlichen Bedürfnisse hinter dem ausser Kontrolle geratenen sexuellen Verhalten stecken und wie man diese auf eine andere Art befriedigen könnte.

Nach Ansicht der Experten und Expertinnen ist der typische *Sexsucht* Klient tatsächlich schwer fassbar. Verallgemeinerungen sind schwierig. Jeder Fall muss unter dem Aspekt der Individualität betrachtet werden. Dies wird mitunter auch einer der Gründe sein, weshalb es schwierig ist, allgemeine Diagnosekriterien zu generieren.

7.1.2 Anamnese und Diagnoseinstrumente

Ob das süchtige Verhalten die Ursache oder Konsequenz von Leidensdruck und Belastungsfaktoren sind, kann nur bei der genaueren Betrachtung der einzelnen Klienten festgestellt werden. Diese individuelle Betrachtung wird üblicherweise anhand einer Diagnose und Anamnese vorgenommen. Für die Diagnose werden entsprechende Kriterien beigezogen. Auf einzelne Kriterien, wie Zeitraum, wiederholte Beschäftigung und Kontrolle über das dranghafte Verhalten wurde von den Expertinnen und Experten wenig eingegangen. Betont wurden aber das Kriterium des klinisch relevanten persönlichen Leidensdrucks und die Funktionseinbussen im sozialen oder beruflichen Umfeld, welche im Zusammenhang mit der Dranghaftigkeit stehen. In der theoretischen Praxis existieren standardisierte Messinstrumente, wie die Sexual Compulsivity Scale, die Sexual Sensation Seeking Scale sowie das Hypersexual Behavior Inventory (HBI-19) (Briken & Berner, 2013, S. 241 ff.). Ob solche Instrumente eingesetzt werden, wurde nicht erwähnt. Einig sind sich die Expertinnen und Experten darüber, dass der Nachteil einer Diagnose die potentielle Pathologisierung und Stigmatisierung der Betroffenen ist. Auch wenn der Zugang zu adäquater Behandlung oft durch die Diagnose erleichtert werden kann, bevorzugen die Experten I und II eine sogenannte Evaluation, denn das Modell Sexocorporel, welches sich schwer tut mit den Begriffen *Krankheit* oder *Störung*, spricht lieber von Grenzen des sexuellen Lernprozesses (Maß & Bauer, 2016, S. 109). Weiteres Instrumentarium zur Diagnose ist die Anamnese. Für Expertin IV, die nach dem Ansatz von Schnarch berät und behandelt ist diese nur wichtig, wenn sie eine Bedeutung hat und als Basis für das ehrliche Gespräch dienen kann. Es geht darum herauszufinden, ob ein Paarkonflikt besteht und wie der Betroffene mit seinen Mitmenschen umgeht. Experte III, der nach dem Ansatz von Clement berät und behandelt stellt die Anamnese nicht in den Vordergrund, es sei denn sie dient dazu das Anliegen so gut wie möglich zu erforschen. Zusätzliche Informationen zur Historie des Betroffenen erhält er durch seine Fragetechniken und die Erstellung eines Genogramms. Die theoretische

Praxis erachtet es als sinnvoll, nach Absprache mit dem Betroffenen Informationen auch bei den Partnerinnen und Partnern einzuholen. Der Einbezug von Partnern und Partnerinnen aktiv bei der Therapie mitzuwirken, wird von allen Experten und Expertinnen begrüßt. Gibt dies doch die Möglichkeit anhand der zusätzlichen Informationen und des Austausches näher auf die Bedürfnisse beider Individuen einzugehen und gemeinsame Optionen zu entwickeln, die den weiteren Verlauf der Partnerschaft begünstigen sollen.

7.1.3 Anwendungsmöglichkeiten im Therapiemodell und Therapieziele

Wichtig ist hervorzuheben, dass die Wahrnehmung der Therapeutin oder des Therapeuten in Bezug auf die Thematik des dranghaften sexuellen Verhaltens von seinen Wertevorstellungen, Glaubensrichtungen und theoretischer Orientierung abhängt. Das Problem wird je nach Klientenprofil unterschiedlich angegangen. So gibt es unterschiedliche Behandlungsmethoden je nachdem, ob die Therapeutin oder der Therapeut mit Sexualdelinquenten oder mit psychisch Kranken zu tun hat oder mit Klienten, die eine sexuelle Dysfunktion aufweisen oder in der Ehe mit ungleichen Sexualbegehren konfrontiert werden (Joannides, 2012).

Alle interviewten Expertinnen und Experten sind mit diesen Unterschiedlichkeiten konfrontiert und handeln demnach mit verschiedenen Interventionsmethoden. Hier kommt Experten III, der nach Clement behandelt entgegen, dass er kein Therapieschema oder ein vorgegebenes Programm verfolgen muss, da die Therapie als nicht vorhersehbarer Veränderungsprozess angesehen wird (Maß & Bauer, 2016, S. 92). Im Ansatz von Clement (2016b) ist es besonders wichtig, dass man sich als Therapeutin oder Therapeut nicht parteilich auf die Seite der Sexualität setzt, die man selber für gut, unterstützenswert und entwicklungswürdig hält. Hier gilt es allparteilich zu bleiben und andere Sexualitätsformen nicht zu verurteilen oder in Frage zu stellen. Die Gefahr besteht nämlich, dass man als Therapeutin oder Therapeut die Veränderungsverantwortung der Klienten übernimmt, obwohl man nur den Veränderungsprozess steuern sollte. Diese Steuerung wird dank den Fragetechniken, die als Interventionen genutzt werden, möglich.

Bei Expertin IV, die nach Schnarch behandelt, ist diese Eigenverantwortung des Klienten zur Veränderung ebenfalls gegeben. Schnarch (2010) erlaubt sich zwar durchaus eine wertende Beurteilung der dranghaften Sexualität, wenn er davon spricht, dass man den Kindern gegenüber eine Vorbildfunktion hat (Sydow, 2018). Auf der anderen Seite schlägt er aber vor, divergente sexuelle Präferenzen kreativ zu nutzen. Dafür werden Interventionstechniken mitgegeben, die aus vorgeschlagenen *Vorschlägen* bestehen. Diese sollen aber keine konkreten Resultate erbringen, sondern Anregungen sein um neue Erfahrungen zu machen. Dies könnte im Falle von der Auseinandersetzung mit der Thematik der

Dranghaftigkeit bedeuten, dass das Paar die übermässig zur Verfügung stehende Sexualität positiv nutzt, um neue Wege einzuschlagen. Das Paar soll von Anfang an dazu bewegt werden, seine Komfortzone zu verlassen um dadurch einen Entwicklungsprozess anzuregen, der zu einer höheren Differenzierung des Selbst führt (Maß & Bauer, 2016, S. 77).

Zentrales Ziel des Ansatzes nach Schnarch bleibt demnach die Stärkung der Differenzierung beider Partner. Dies verlangt einen Steuerungsprozess des Therapeuten in Richtung verbesserter emotionaler Selbstregulation der Betroffenen und deren Partnern. Die dafür entwickelten *Four Points of Balance* sind von achtsamkeitsbasierten Therapieansätzen inspiriert (Sydow, 2018, S. 799 ff.). Hier geht der Ansatz in dieselbe Richtung wie der Ansatz von Clement. Es geht darum aufzuhören, daran zu arbeiten, dass der Partner sich verändert oder etwas einsieht. Die Klienten sollen lernen, sich selber besser zuzuhören und sich selbst zu trösten. Die Schnarch Expertin IV geht etwas weiter, indem sie auch den Betroffenen in die Mangel nimmt und ihm klar macht, dass er für sein Verhalten eine Verantwortung trägt und die Gefahr besteht, dass er aus der kollaborativen Allianz hinausfällt. Was den Approche Sexocorporel anbelangt, so wird im Gegensatz zu den anderen Ansätzen das Geschehen in der Paarbeziehung nicht völlig ignoriert, aber es wird nicht direkt kausal für die Entstehung von sexuellen Problemen betrachtet. Die besondere Beachtung der individuellen psychosexuellen Entwicklung ist genau die Stärke dieses Ansatzes. Der Ansatz richtet sich demnach vorwiegend an einzelne Klienten. Es sollen die direkten Kausalitäten behandelt werden. Gerade bei Dranghaftigkeitsproblemen soll die Fähigkeit erlernt werden durch Körperübungen die eigene Genitalität besser wahrzunehmen, um sie mit Gefühlen, Emotionen und Phantasien verbinden zu können. Die Sexocorporel Therapeutin oder der Sexocorporel Therapeut sind deshalb in diversen Körpertherapien geschult, die es ihnen unter anderem erlauben das Alleinstellungsmerkmal des Ansatzes, nämlich die postulierten Erregungsmodi, dem Betroffenen beizubringen. Diese Erregungsmodi werden bei der Evaluation der physiologischen Komponenten erforscht und sind mitunter ein Schlüssel für den Zugang zu einer weiterentwickelten Sexualität. Deshalb erstaunt es nicht, dass alle Experten und Expertinnen die Ausbildungen des Ansatzes Sexocorporel gemacht haben, um die sonst in sexualtherapeutischen Ansätzen oftmals fehlenden körperlichen Aspekte in ihre Ansätze miteinzubeziehen.

7.1.4 Nachhaltigkeit der unterschiedlichen Beratungsansätze

Auch wenn ein Therapieauftrag anfänglich klar erscheint, kann es im Verlauf der Therapie zu einer Entwicklung der Klienten kommen, bei der beide nicht mehr kooperieren wollen oder die Motivation verschwindet. Es kann auch Fokusverschiebungen geben, die die Aufmerksamkeit auf ganze andere Themen lenken (Clement, 2016b). Es kann aber auch zu

einem Abbruch der Therapie kommen. Wenn eine Therapie andauert, sollte in der letzten Phase im Sinne einer Rückfallprophylaxe, thematisiert werden, wie es der Klient schaffen kann, die Funktion, die während der Behandlungszeit die Therapie und der Therapeut oder die Therapeutin erfüllt haben, selbst wahrzunehmen. Die Frage stellt sich auch, ob mit der Wiederherstellung einer ausgeglichenen Sexualität, die der Betroffene jederzeit kontrollieren kann, der therapeutische Auftrag schon erfüllt ist und demnach eine Nachhaltigkeit auch gewährleistet ist. Laut Experte III, des Ansatzes Clement ist die Gefahr da, dass sich die Sucht in eine andere Sucht verlagert. Im besten Fall versteht der Betroffene die sich wieder meldende Dranghaftigkeit als ein Warnsignal eines wieder notwendig gewordenen Wandels. Die Experten I und II des Ansatzes Sexocorporel empfinden ihren Ansatz als einer der Nachhaltigsten. Für sie erfüllt die Therapie aber ihren Zweck erst, wenn damit ein Sexualisierungsprozess einhergeht. Die Betroffenen sollen einen intensiveren Zugang zu ihren Emotionen und ihrem Körper erhalten. Sollte der Betroffene rückfällig werden, wird nochmals neu evaluiert. Was darauf hindeutet, dass die Ursache des Rückfalls nicht automatisch auf denselben Auslöser zurückgeführt wird. Expertin IV nach dem Ansatz Schnarch befürchtet, dass die seriellen Fremdgänger, die oft eine narzisstische Problematik aufweisen, nicht rückfällig werden, sondern nie mit dem dranghaften Sexualverhalten aufhören, da ihnen Veränderungen besonders schwerfallen. Auf die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der verschiedenen Ansätze in Bezug auf die Behandlung der Betroffenen einzugehen, ist jedoch auch mangels empirischen Vergleichs schwierig.

7.2 Beantwortung der Forschungsfrage

Die vorliegende Untersuchung zeichnet sich vor allem durch eine umfassende und detaillierte Erhebung sowie Analyse der kognitiven und praktischen Vorgehensweisen der Experten und Expertinnen im Zusammenhang mit ihren Behandlungs- und Beratungsansätzen bei dem Anliegen: *Leidensdruck unter dranghafter Sexualität oder Sexsucht bei Männern*, aus. Die Befragung erfolgte durch einen strukturierten Interviewleitfaden. Den Experten und Expertinnen wurde ermöglicht, ehrlich und offen über ihre subjektiven Erfahrungen, Ansichten, Weiterentwicklungsprozesse der verschiedenen Modelle zu reflektieren und zu diskutieren.

Ebenfalls hervorzuheben ist die für die Beantwortung der Forschungsfrage ausgewählte Methodologie der Grounded Theory, die durch ihre liberale Herangehensweise des Verfahrens des Datenaufbrechens erlaubt hat, dass die gefundenen Argumente losgelöst vom Kontext in Paradigmen eingeteilt werden konnten. Dies hat eine Interpretation erlaubt, die ansonsten auf eine andere Art und Weise nicht möglich geworden wäre.

Es gibt keine klar definierte *Sexsucht*. Die Fachwelt ist sich weder bei der Begrifflichkeit noch bei der diagnostischen Einordnung einig. Es stellt sich die Frage, ob das Anliegen überhaupt einen Störungscharakter aufweist. Doch Leidensdruck und ein eventueller Verlust von Kontrollmöglichkeiten, sollten Anlass genug sein, sich sexualtherapeutisch beraten zu lassen, auch wenn keine Diagnose dafür definiert ist. Was die Behandlung dieses Anliegens betrifft, gibt es kein Standardverfahren. Es kommen bisher sowohl psycho- als auch pharmakotherapeutische Methoden als Therapien zum Einsatz. Jedoch beruhen sämtliche Empfehlungen auf einem nicht allzu hohen Evidenzgrad. Kontrollierte Studien zum therapeutischen Erfolg einzelner Therapieverfahren sind bisher kaum existent oder basieren auf sehr niedrigen Fallzahlen (Turner & Briken, 2017). Es besteht also noch ein weites Feld, welches zu erforschen ist. Zukünftige Forschung sollte in Betracht ziehen, dass auf individuelle Differenzen geachtet wird und dabei den Betroffenen helfen über verschiedene Optionen von Behandlungsmethoden verfügen zu können (Efrati & Gola, 2018). Die Modelle, die derzeit in der Deutschschweiz angewendet werden, werden dem Individuum und der schwierigen Problematik, in der er sich befindet, angepasst. Die Befundlage über ähnliche Erscheinungsformen der *Sexsucht* bei Frauen und Männern ist momentan unzureichend. Deshalb kann weder von einheitlichen noch von unterschiedlichen Leidenskonzepten der verschiedenen Geschlechter ausgegangen werden. Teilweise werden zur Behandlung der *dranghaften Sexualität* auch andere Modelle ergänzend beigezogen. Dies ist aber nur möglich, wenn die behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten über ein breites Fachwissen und Repertoire verfügen. Hervorzuheben bei diesem Anliegen ist der Gewinn, der durch eine therapeutische Vielfältigkeit erzeugt werden kann im Gegensatz zu einer einzigen spezialisierten Therapiemethode.

7.3 Implikationen für Forschung und Praxis

Die Thematik der Regulation und der Kontrolle des sexuellen Verhaltens ist heute nicht mehr wegzudenken. Nicht nur die leichte Verfügbarkeit sexueller Stimuli wie Pornographie oder Chatrooms im Internet haben zu einer neuen Dimension der *Sexsucht* geführt, sondern auch ein immer mehr wachsendes Bedürfnis an Abenteuerlust mit mehreren Partnern. Deshalb sind auch die häufigsten negativen Konsequenzen dieses dranghaften Verhaltens partnerschaftliche und berufliche Probleme sowie sozialer Rückzug. In der klinischen Praxis, wenn Hilfe bei einem Psychiater oder Psychotherapeuten gesucht wird, wird zuerst eine Selbstdiagnose des Patienten durch Screening-Fragen, Fragebögen und einer Sexualanamnese verifiziert. Das therapeutische Vorgehen besteht in multimodalen Ansätzen mit dem Schwerpunkt auf der Verbesserung der Verhaltenssteuerung, der Affektwahrnehmung

und Affektregulation. Auch wird die Beziehungsfähigkeit überprüft und altersbedingte Funktionsprobleme werden mit einer unterstützenden Pharmakotherapie begleitet (Hartmann, 2016a). Der Leidensdruck des Betroffenen muss ernst genommen werden, denn es muss ihm ermöglicht werden die Verhaltens- und Gefühlsspirale mit eventuell begleitender Selbstverachtung zu unterbrechen (Hartmann & Hartmann, 2017).

Ursprünglich für die Behandlung sexueller Funktionsstörungen gedacht, eignet sich auch der *Hannover Ansatz* in der Sexualtherapie für die Behandlung von ausser Kontrolle geratenem Sexualverhalten. Es handelt sich hier um ein Konzept, welches die aktuellen Erkenntnisse der Neurobiologie und der Psychotherapie Forschung mit bewährten Strategien der Sexualtherapie und der Emotionsfokussierten Therapie kombiniert. Der Hannover Ansatz reguliert nicht nur die Affekte und Emotionen, sondern er transformiert diese in solche, die man haben möchte. Dies geschieht vor allem durch Würdigung kleiner Fortschritte des Betroffenen während der Therapie und durch die Wertschätzung seiner eigenen Verbesserungsvorschläge (Hartmann & Hartmann, 2017). Der heutige Stand der Praxis zeigt auf, dass multimodale Modelle im Trend sind und, dass man nicht umhin kommt, Kombinationen von Methoden anzubieten. So kann eine spezifische Sexualtherapie, die durch Psychopharmaka unterstützt wird, durchaus als produktiv betrachtet werden (Maß & Bauer, 2016, S. 108). Schnarch (2010) beobachtet sogar, dass Gruppentherapien, wie bei den anonymen Alkoholikern und psychodynamische kognitive Verhaltenstherapie Techniken in Verbindung mit Serotonin-Medikation, effektive Resultate hervorgebracht haben. Therapien in einem Gruppensetting fördern zudem die Möglichkeit des Beziehungsaufbaus zu Menschen mit ähnlichen Problemen. Die Gruppenteilnehmer lernen mit der Zeit die Auslöser für ihr Verhalten kennen und was sie dazu führte. Sie finden Schuldentlastung bei Gleichgesinnten und mit der Zeit werden sie fähig, ihre nazistischen Bedürfnisse mit Empathie ihren Partnern gegenüber zu ersetzen (Briken & Berner, 2013, S. 246). Diese aktuellen therapeutischen Empfehlungen beruhen aber leider noch auf ungenügender Evidenz, bedingt durch die aktuell fehlenden kontrollierten Studien (Turner und Briken 2017). Eine Behandlungsmethode, die bereits empirisch untersucht wurde ist diejenige der *self-forgiveness*. Eine Assoziation zwischen der Selbstverzeihung und dranghaften Begehrens wurde durch Scham und Schuld mediert. Hook, Reid, Penberthy, Davis, and Jennings (2014) argumentieren, dass die sexuelle Sucht durch eine höhere Schambereitschaft aufrecht erhalten bleibt und gleichzeitig durch eine erhöhte Schuldbereitschaft verringert wird.

Bei der vorliegenden Untersuchung der Forschungsfrage wurde deutlich, dass die Expertinnen und Experten gerade solche multimodalen Ansätze anbieten, welche für eine Vielfaltigkeit sprechen. Experte II, der hauptsächlich nach Sexocorporel berät, beherrscht

ebenfalls das Sexualsystemische Wissen nach dem Modell Clement. Experte III und Expertin IV wenden beide zusätzlich zu ihren Ansätzen das Modell Sexocorporel an. Sie bieten eine Vielfalt von Interventionsmöglichkeiten und passen diese den Bedürfnissen und Lebensumständen der Betroffenen an. Das Modell Sexocorporel eignet sich dabei besonders gut für eine individuelle Behandlung während die anderen zwei Ansätze paardynamische Aspekte vertiefter unter die Lupe nehmen. Alle drei Modelle bleiben in ihrer Entwicklung nicht stehen und sind stets bemüht neue Aspekte zu beleuchten. Da das Modell Sexocorporel eine orale Tradition hat (Desjardins, 2013), wären mehr Veröffentlichungen zum therapeutischen Vorgehen nach Sexocorporel als Implikation wünschenswert und wichtig. Wie Experte II bekundet, ist es ein lebendiges Modell, welches sich immer wieder neu entwickeln darf. Aus dem Modell macht er ein Gefäss, welches benutzt werden darf um weitere Ansätze darin zu integrieren. Nicht zu vernachlässigen ist allerdings die Tatsache, dass alle interviewten Expertinnen und Experten für eine Behandlung mit multimodalen Ansätzen offen und flexibel sind und zu ihrer Kernausbildung zusätzliche Ausbildungen, die neue Methoden anbieten, immer wieder in Betracht ziehen. Eine der wichtigsten Erkenntnisse ist demnach der Erfahrungs- und Entwicklungsstand der Experten und Expertinnen und über welche Zusatzausbildungen sie verfügen.

7.4 Kritische Reflexion der eigenen Arbeit

Die vorliegende Untersuchung unterliegt einer begrenzten Generalisierbarkeit. Die Interviews, auf denen die ermittelten Kategorien beruhen, wurden mit Experten und Expertinnen aus der Deutschen Schweiz durchgeführt. Es wurden vier Interviews geführt, von denen es sich bei zwei um Experten handelt, die das Modell Sexocorporel anwenden. Die weiteren zwei Experten wenden systemorientierte Ansätze an und integrieren das Modell Sexocorporel in Ihrer Arbeitsweise. Für das Ergebnis dieser Arbeit muss klar sein, dass ein Miteinbezug weiterer Experten und Expertinnen noch mehr Interpretationshypothesen ermöglicht hätte. Eine weitere Hürde war der Mangel einer einheitlichen Einordnung der *Sexsucht* und die fehlenden empirischen Evidenzen zu konkreten Behandlungsmethoden.

7.5 Schlussfolgerungen, Ausblick

In einer Schlussbetrachtung soll die Hauptleitfrage bezüglich der Anwendung aktueller Beratungsansätze bei Leidensdruck ausgelöst durch *Sexsucht*, zusammenfassend beantwortet werden.

Die Existenz des Phänomens der sexuellen Sucht kann nicht verleugnet werden. Die Betroffenen leiden entweder selbst oder fügen mit ihrer Art anderen Leid zu. Wir unterscheiden zwischen verschiedenen Ebenen. Wenn der Leidensdruck da ist und sich ein Anliegen

daraus manifestiert, welches nach therapeutischer Hilfe ruft, kann dem Einzelnen oder dem Paar ressourcen- und lösungsorientierte Unterstützung angeboten werden. Im besten Fall reicht eine erste Beratung aus, in der darüber aufgeklärt wird, dass das Verhalten durchaus in der Spannbreite der Norm liegt, um bereits eine Entlastung zu erfahren (Briken et al., 2005).

Wenn der Fokus mehr auf die Ebene der individuellen sexuellen Lerngeschichte des Betroffenen gerichtet werden soll, eignet sich das Modell Sexocorporel besonders gut. Hier wird ihm beigebracht, wie sein sexueller Drang mit direkten Kausalitäten zusammenhängt. Zudem erhält der Betroffene Einblick in die Möglichkeiten und Ausweitungen seiner Sexualität. Dies kann ihn motivieren, ein Leben lang seine Sexualität weiterzuentwickeln. Wird mehr auf den Kontext fokussiert, in dem der Leidensdruck entsteht, bevorzugen die beiden anderen Ansätze nach Clement und nach Schnarch eine Sexualtherapie mit dem Paar. Auf dieser Ebene ist gefordert, sich mit seinem Gegenüber auseinanderzusetzen und daran zu wachsen. So kann das Anliegen zu einer Chance werden und der Auslöser dafür werden, dass ein eigenständiger Entwicklungsprozess in Gang gesetzt wird. Dem Paar wird beigebracht, sich auf Augenhöhe zu treffen um einen gegenseitigen ehrlichen Umgang pflegen zu können. Erfahrungswerte für die Praxis werden womöglich vermehrt vorliegen, sobald diagnostische Kriterien für eine ausser Kontrolle geratene Sexualität im ICD-11 aufgeführt werden. Es ist zu hoffen, dass nebst kognitiv verhaltenstherapeutisch-orientierten und psychodynamischen Ansätzen, vermehrt sexualtherapeutische Modelle beigezogen werden, die in sich eine weitere Anzahl von multimodalen Ansätzen erlauben. Die Behandlung von *dranghafter Sexualität* ist genauso wie das Verständnis dieses Phänomens eine Herausforderung, die mehr als nur eine spezialisierte Therapiemethode verlangt. Deshalb erscheint gerade beim Anliegen der *Sexsucht* eine Kombination von verschiedenen sexualtherapeutischen Therapieansätzen favorabel. Verfügen doch die in dieser Arbeit besprochenen Ansätze über Interventionen, die es ermöglichen das Anliegen von verschiedenen Seiten her zu beleuchten. So können nicht nur die in die Therapie integrierten Körperübungen zur Wiederherstellung einer sexuellen Balance und Steigerung des Kompetenzgefühls der Steuerungsfähigkeit des Betroffenen beitragen, sondern auch das Erlernen eines heilsamen Ausnutzens des Momentes zwischen Drang und Reaktion. Fehlen darf dabei auf keinen Fall die ehrliche Auseinandersetzung mit sich selber und der Partnerin oder dem Partner. Je grösser die Kompetenzen der Therapeutinnen und Therapeuten sind, mit verschiedenen Ansätzen praktizieren zu können, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Anliegen in seiner Gesamtheit erfasst werden kann und der Betroffene individuell davon profitiert. Zu wünschen wäre, dass zukünftige Wirksamkeitsstudien darauf hinweisen könnten, dass mit solchen Kombinationsbehandlungen ein grösserer Erfolg erzielt wird.

Nachwort

Dank der Zusammenarbeit mit den befragten Expertinnen und Experten wurde es mir ermöglicht diese Arbeit zu verfassen. Durch ihren professionellen Zugang zur erforschten Thematik, ihr Vertrauen und ihrer Offenheit mir gegenüber bei der Beantwortung meiner Fragen, entstand eine wertvolle und wertschätzende Zusammenarbeit. Zugleich genoss ich die Freiheit und den nötigen Rückhalt von den Dozierenden des ISP Uster und der Hochschule Merseburg im Hinblick auf die Auswahl und Gestaltung der Methode für die Auswertung der Interviews. Dadurch konnte ich einen für mich selbständig erarbeiteten Ablauf der Forschungsmethoden zusammenstellen. Fasziniert und zugleich irritiert hat mich bei der Methodenauswahl die in der Literatur immer wieder diskutierte Debatte bezüglich der methodologischen Mehrdeutigkeiten, die in der Forschungswelt bestehen.

Bei einem Gebiet, welches noch nicht tiefgründig empirisch erforscht wurde, wie die *Sexsucht* macht es von mir aus durchaus Sinn, qualitativ zu arbeiten, da man durch die Experteninterviews Informationen generieren kann, die der Forschung zugutekommen.

Obwohl das in dieser Arbeit verwendete Verfahren der Grounded Theory zu Beginn als undurchschaubar wirkte, lohnte sich für mich der Aufwand mit dessen Auseinandersetzung. So war es für mich auch ein positiver Durchbruch als ich entdeckte, dass die Auswertung des Datenmaterials, das von Experteninterviews generiert werden kann, von einem Teil der Fachliteratur als „Theorien generierend“ angesehen wird. Dies erklärt sich dadurch, dass die Aussagen der Expertinnen und Experten aus dem Interesse an einer spezifischen Wissenskonfiguration entstehen und somit als Deutungswissen interpretiert werden können. Dieser neue Blickwinkel machte die Auswertung umso spannender und herausfordernder.

Die Datenerhebung und Auswertung sind in dieser Forschungsarbeit zweifelsohne das Zentralste. Aus zeitlichen Gründen war es im Rahmen dieses Projektes leider nicht möglich, weiterführende und ausführlichere Bezüge zur Debatte und Kontroverse der *Sexsucht*, wie sie sich im heutigen Forschungsstand präsentiert, zu bearbeiten. Dies würde aber im Rahmen einer auf der Thematik aufbauenden, im Auge der Autorin als reizvoll angesehene Dissertation, möglich werden und gleichzeitig erlauben, motiviert durch das angelernte Wissen die Vielfältigkeit der Methodenbearbeitung auszubauen.

Literaturverzeichnis

- Association, American Psychiatric. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Association, American Psychological. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington: American Psychological Association.
- Bancroft, John. (2008). Sexual behavior that is "out of control": A theoretical conceptual approach. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(4), 593-601.
- Bancroft, John, & Vukadinovic, Zoran. (2004). Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model. *Journal of sex research*, 41(3), 225-234.
- Batthyány, Dominik, & Pritz, Alfred. (2009). Rausch ohne drogen. *Substanzungebundene Süchte*. Wien.
- Beier, Klaus M, & Loewit, Kurt. (2004). Syndyastische Sexualtherapie als fächerübergreifendes Konzept der Sexualmedizin. In *Lust in Beziehung* (pp. 1-19): Springer.
- Beier, Klaus M. , Bosinski, H., & Loewit, K. (2005). Sexuelle Funktionen des Mannes und ihre Störungen. In K. M. Beier, H. Bosinski, & K. Loewit (Eds.), *Sexualmedizin* (Vol. 2, pp. 231-306). München, Jena: Urban & Fischer.
- Bischof. (2005). Mann und Frau. Aspekte der sexualmedizinischen Beratung von älter werdenden Menschen. *Therapeutische Umschau*, 62(12), 807-811.
- Bischof, Karoline. (2012). <Bischof - Sexocorporel und die Förderung des sexuellen Luste.pdf>. *Pleasure and Health*, 59-68.
- Bogner, Alexander, Littig, Beate, & Menz, Wolfgang. (2014a). Auswertungsverfahren für Experteninterviews. In *Interviews mit Experten* (pp. 71-86): Springer.
- Bogner, Alexander, Littig, Beate, & Menz, Wolfgang. (2014b). *Interviews mit Experten : Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer.
- Bogner, Alexander, Littig, Beate, & Menz, Wolfgang. (2014c). *Interviews mit*

Experten: eine praxisorientierte Einführung: Springer-Verlag.

- Briggs, James, Gough, Brendan, & das Nair, Roshan. (2017). Losing control in sex addiction: "Addict" and "Non-addict" accounts. *Sexual and Relationship Therapy*, 32(2), 195-209. doi:10.1080/14681994.2016.1276551
- Briken, Peer, & Basdekis-Jozsa, R. (2010). Sexuelle Sucht? *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 53(4), 313-318.
- Briken, Peer, & Berner, Michael. (2013). *Praxisbuch Sexuelle Störungen: Sexuelle Gesundheit, Sexualmedizin, Psychotherapie sexueller Störungen*: Georg Thieme Verlag.
- Briken, Peer, Hill, Andreas, & Berner, Wolfgang. (2005). Sexuelle Sucht: Diagnostik, Ätiologie, Behandlung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 18(02), 185-197.
- Brotto, Lori A, Basson, Rosemary, Carlson, Marie, & Zhu, Cici. (2013). Impact of an integrated mindfulness and cognitive behavioural treatment for provoked vestibulodynia (IMPROVED): A qualitative study. *Sexual and Relationship Therapy*, 28(1-2), 3-19.
- Carnes, Patrick. (1983). *The sexual addiction*: CompCare Publications.
- Charmaz, Kathy. (2014). *Constructing grounded theory*: sage.
- Clement, Ulrich. (2013). Systemische Sexualtherapie. *PiD-Psychotherapie im Dialog*, 14(02), 36-39.
- Clement, Ulrich. (2016a). *Dynamik des Begehrens: systemische Sexualtherapie in der Praxis*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Clement, Ulrich. (2016b). *Systemische Sexualtherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Coleman, Eli. (2011). Impulsive/compulsive sexual behavior: Assessment and treatment. In *The Oxford handbook of impulse control disorders* (pp. 375-388): Oxford University Press New York.
- Desjardins, Jean-Yves. (1996). Approche intégrative et sexocorporelle. *Sexologies*, 5(21), 43-48.

- Desjardins, Jean-Yves. (2008a). Zürich.
- Desjardins, Jean-Yves. (2008b). Zürich.
- Desjardins, Jean-Yves. (2008c). *Académie du sexocorporel, Ausbildung in Sexocorporel*. Zürich.
- Desjardins, Jean-Yves. (2013). Santé Sexuelle. *SANTÉ*.
- Efrati, Yaniv, & Gola, Mateusz. (2018). Treating Compulsive Sexual Behavior. *Current Sexual Health Reports*, 10(2), 57-64. doi:10.1007/s11930-018-0143-8
- Flick, Uwe. (2014). Mapping the field. *The SAGE handbook of qualitative data analysis*, 1-18.
- Flick, Uwe, von Kardorff, Ernst, & Steinke, Ines. (2000). Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch. *Reinbek bei Hamburg: Rowohlt*.
- Gehrig, Peter. (2010). <Gehrig - On- oder Offline mit dem eigenen Phallus.pdf>. *Männerzeitung*, 38.
- Giese, Hans. (1967). *Die sexuelle Perversion*: Akad. Verlagsges.
- Glaser, Barney G., & Strauss, Anselm L. (1967). *The discovery of grounded theory : strategies for qualitative research*. New York: Aldine.
- Gläser, Jochen, & Laudel, Grit. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*: Springer-Verlag.
- Grüsser, S.M., Poppelreuter, S., Heinz, A., Albrecht, U., & Saß, H. (2007). Verhaltenssucht. *Der Nervenarzt*, 78(9), 997-1002. doi:10.1007/s00115-007-2281-5
- Grüsser, Sabine M., & Thalemann, Carolin N. (2006). *Verhaltenssucht : Diagnostik, Therapie, Forschung* (1. Aufl. ed.). Bern: Huber.
- Hartmann, Uwe. (2011). State-of-the-Art der Sexualtherapie und Anforderungen an ihre Weiterentwicklung. *Sexuologie*, 18(1-2), 3-24.
- Hartmann, Uwe. (2016a). Diagnostik und Therapie der „Sexsucht“. *DNP-Der Neurologe und Psychiater*, 17(1), 34-42.
- Hartmann, Uwe. (2016b). Kategorisierung bleibt schwierig. *Der Neurologe und Psychiater*, 17(1), 28-34.

- Hartmann, Uwe. (2017). *Sexualtherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hartmann, Uwe, & Hartmann, Claudia. (2017). Hypersexuelles Verhalten. *Psychotherapie im Dialog*, 18(01), 60-65. doi:10.1055/s-0042-121692
- Hauch, Margret. (1997). Paartherapie bei sexuellen Funktionsstörungen und sog. sexueller Lustlosigkeit: Das Hamburger Modell. In *Teil 1 Sexualität—zwischen Phantasie und Realität Teil 2 Qualitätssicherung* (pp. 161-175): Springer.
- Heiser, Patrick. (2018). Meilensteine der qualitativen Sozialforschung. *Eine Einführung entlang klassischer Studien, Wiesbaden*.
- Helfferrich, Cornelia. (2019). Leitfaden-und Experteninterviews. In *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (pp. 669-686): Springer.
- Hildebrandt, Achim, Jäckle, Sebastian, Wolf, Frieder, & Heindl, Andreas. (2015). Experteninterviews. In *Methodologie, Methoden, Forschungsdesign* (pp. 241-255): Springer.
- Hook, Joshua N, Reid, Rory C, Penberthy, J Kim, Davis, Don E, & Jennings, David J. (2014). Methodological review of treatments for nonparaphilic hypersexual behavior. *Journal of sex & marital therapy*, 40(4), 294-308.
- Hopf, Christel. (2016). Forschungsethik und qualitative Forschung. In *Schriften zu Methodologie und Methoden qualitativer Sozialforschung* (pp. 195-205): Springer.
- Joannides, Paul. (2012). The challenging landscape of problematic sexual behaviors, including “sexual addiction” and “hypersexuality.”. *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives*, 69-83.
- Kafka, Martin P. (1997). Hypersexual desire in males: An operational definition and clinical implications for males with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Archives of Sexual Behavior*, 26(5), 505-526.
- Kaplan, Helen Singer. (1979). *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy* (Vol. 2): Simon & Schuster.
- Kaplan, Helen Singer. (2013). *New sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*: Routledge.
- Leiblum, Sandra R. (2010). *Treating sexual desire disorders: A clinical casebook*:

Guilford Press.

Levine, S. B. (2010). What is sexual addiction? *J Sex Marital Ther*, 36(3), 261-275.
doi:10.1080/00926231003719681

Liebhold, R, & Trinczek, Rainer. (2007). Qualitative Methoden der Organisationsforschung. *Experteninterview. Möglichkeiten und Grenzen der Methode (Stand 16. Mai 2005). Zugriff am, 12.*

Mahr, Christoph. (2018). Die therapeutische Beziehung. In *Praxishandbuch Integrative Psychotherapie* (pp. 123-156): Springer.

Maß, Reinhard. (2014). Der Indikationsbereich des Hamburger Modells der Sexualtherapie. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 27(02), 150-160.

Maß, Reinhard, & Bauer, Renate. (2016). *Lehrbuch Sexualtherapie*: Klett-Cotta.

Masters, William H, Johnson, Virginia E, & Sigusch, Volkmar. (1984). *Die sexuelle Reaktion*: Rowohlt.

Mayring, Philipp. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 12., Neuauflage, 12., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl. . In: Weinheim: Beltz Pädagogik.

Mey, Günter. (2016). Qualitative Forschung: zu einem Über (be) griff und seinen (Ver) Wendungen; ein Kommentar zu Ronald Hitzler. *Zeitschrift für qualitative Forschung*, 17(1-2), 185-197.

Müller, Thomas. (2019). Das sind die neuen Krankheiten im ICD-11. *Ärzte Zeitung online*. Retrieved from https://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuropsychiatrische_krankheiten/suchtkrankheiten/article/988706/who-neuen-krankheiten-icd-11.html

Odlaug, Brian L., Lust, Katherine , Schreiber, Liana R.N. , Christenson, Gary, Derbyshire, Katherine, Harvanko, Arit , . . . Grant, Jon E. . (2013). Compulsive sexual behavior in young adults.pdf>. *Annals of Clinical Psychiatry*, 25(3), 193-200.

Organization, World Health. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

- Organization, World Health. (2019). ICD - 11 for mortality and morbidity statistics (ICD - 11 MMS) 2018 version. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Poelchau, Heinz-Werner, Briken, Peer, Wazlawik, Martin, Bauer, Ullrich, Fegert, Jörg M, & Kavemann, Barbara. (2015). Bonner Ethik-Erklärung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 28(02), 153-160.
- Przyborski, Aglaja, & Wohlrab-Sahr, Monika. (2013). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*: Walter de Gruyter.
- Rädiker, Stefan, & Kuckartz, Udo. (2018). *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA: Text, Audio und Video*: Springer-Verlag.
- Schnarch, David. (2009). *Intimacy & desire: Awaken the passion in your relationship*: Scribe Publications.
- Schnarch, David. (2010). Using crucible therapy to treat sexual desire disorders. *Treating sexual desire disorders: A clinical casebook*, 44-60.
- Schnarch, David Morris. (1991). *Constructing the sexual crucible: An integration of sexual and marital therapy*: WW Norton & Company.
- Schnarch, DM. (2018). Brain talk: How mind mapping brain science can change your life & everyone in it. In: New York: Sterling Publishers.
- Stark, Rudolf, & Wehrum-Osinsky, Sina. (2016). *Sexuelle Sucht*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Strauss, Anselm L, Corbin, Juliet M, Niewiarra, Solveigh, & Legewie, Heiner. (1996). *Grounded theory: Grundlagen qualitativer sozialforschung*: Beltz, Psychologie-Verlag-Union Weinheim.
- Strübing, Jörg. (2014). Was ist Grounded Theory? In *Grounded theory* (pp. 9-35): Springer.
- Sydow, Kirsten von. (2018). Differenzierungsorientierte Paar-/Sexualtherapie (nach David Schnarch). In K. v. Sydow & U. Borst (Eds.), *Systemische Therapie in der Praxis* (1. Auflage ed., Vol. 1, pp. 799-809). Weinheim: Beltz.
- Sztenc, Michael. (2018). Klappts? *Vom Leistungssex zum Liebesspiel—ein Übungsbuch für Männer*. Stuttgart.

- Tschacher, Wolfgang, & Storch, Maja. (2012). Die Bedeutung von embodiment für Psychologie und Psychotherapie. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 17(2), 259-267.
- Turner, Daniel, & Briken, Peer. (2017). Wenn unkontrollierbares sexuelles Verhalten negative Folgen hat. *InFo Neurologie & Psychiatrie*, 19(12), 28-36.
- Vetter, Brigitte, & Huber, Aus dem Programm Verlag Hans. (2008). Sexuelle Störungen. *Huber, Bern*.
- Wagner, Gert G. (2017). *Anmerkungen zu den vielfältigen Dimensionen einer Forschungsethik in den Sozial-, Verhaltens-und Wirtschaftswissenschaften*. Retrieved from
- Winters, Jason. (2010). Hypersexual disorder: A more cautious approach. *Archives of Sexual Behavior*, 39(3), 594-596.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1. Kodierparadigma nach Strauss (Strübing, 2014, S. 25).	25
Abb. 2. Parallelität der Arbeitsschritte im Verfahren der Grounded Theory nach Strauss (Strübing, 2014, S. 12).	26
Abb. 3. Eigene Darstellung des Kodierparadigmas nach Strauss vgl. Bogner et al. (2014c) in Anlehnung an (Strübing, 2014, S. 25) und (Heisser, 2018).....	28
Abb. 4. Eigene Darstellung des Ansatzes Sexocorporel mittels Kodierparadigma nach Strauss vgl. Bogner et al. (2014c) in Anlehnung an (Strübing, 2014, S. 25) und (Heisser, 2018).	39
Abb. 5. Eigene Darstellung des Ansatzes nach Clement mittels Kodierparadigma nach Strauss vgl. Bogner et al. (2014c) in Anlehnung an (Strübing, 2014, S. 25) und (Heisser, 2018).	48
Abb. 6. Eigene Darstellung des Ansatzes Schnarch mittels Kodierparadigma nach Strauss vgl. Bogner et al. (2014c) in Anlehnung an (Strübing, 2014, S. 25) und (Heisser, 2018).	56
Abb. 7. Erste Kernkategorie: Entwicklungsaufforderung.	57
Abb. 8. Zweite Kernkategorie: Integration des Modells Sexocorporel.....	58
Abb. 9. Dritte Kernkategorie: Keine Festlegung in Bezug auf Einordnung des dranghaften Verhaltens.	58
Abb. 10. Erste Unterschiedlichkeit: Therapeutische Beziehung.	59
Abb. 11. Zweite Unterschiedlichkeit: Umgang mit dem Anliegen.....	60
Abb. 12. Dritte Unterschiedlichkeit: Interventionen mit Körperübungen.	61

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Arten von Experteninterviews (Bogner et al., 2014c)	24
Tabelle 2 Kodieren nach dem Ansatz Sexocorporel.....	32
Tabelle 3 Kodieren nach dem Ansatz Clement.	40
Tabelle 4 Kodieren nach dem Ansatz Schnarch.....	49

Anhangsverzeichnis

Anhang I – Einverständniserklärung Interviews.....	85
Anhang II – Interviewleitfäden.....	89
Anhang III – Transkriptausschnitte.....	100
Transkript zu Interview 1	100
Transkript zu Interview 2	102
Transkript zu Interview 3	104
Transkript zu Interview 4	107
Anhang IV – Selbständigkeitserklärung	109

Anhang I – Einverständniserklärung Interviews

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten für Forschungszwecke

Gegenstand des Forschungsprojektes:

Forschungsprojekt:	Masterarbeit
Forschungszweck:	Datenerhebung für Thematik
Thematik:	Beratungsansätze bei Leidensdruck unter dringhafter Sexualität oder Sexsucht bei Männern <i>Aktuelle Beratungspraxis in der Deutschschweiz</i>
Durchführende Institution:	ISP in Uster und Hochschule Merseburg
Interviewdatum:	
Interviewerin:	Nathalie Gadola-Dürler

Einwilligungserklärung:

Hiermit willige ich ein, dass im Rahmen des beschriebenen Forschungsprojekts Daten meiner Person erhoben und ausgewertet werden. Die Erhebung erfolgt durch Video/Audioaufnahmen/Fragebögen/Protokolle, die in der Folge transkribiert und für wissenschaftliche Analysen und daraus hervorgehende Veröffentlichung auszugsweise verwendet werden. Sofern ich besondere Kategorien von personenbezogenen Daten angebe, bzw. angegeben habe, sind diese von der Einwilligungserklärung umfasst.

Über die Art und den Umfang von Erhebung und Auswertung wurde ich mündlich und in der schriftlichen Anlage zu dieser Erklärung umfassend informiert.

Vorname, Nachname

ZH 16.7.19,

Ort und Datum:



Unterschrift:

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten für Forschungszwecke

Gegenstand des Forschungsprojektes:

Forschungsprojekt: Masterarbeit
Forschungszweck: Datenerhebung für Thematik
Thematik: Beratungsansätze bei Leidensdruck unter dringhafter Sexualität oder Sexsucht bei Männern
Aktuelle Beratungspraxis in der Deutschschweiz
Durchführende Institution: ISP in Uster und Hochschule Merseburg
Interviewdatum:
Interviewerin: Nathalie Gadola-Dürler

Einwilligungserklärung:

Hiermit willige ich ein, dass im Rahmen des beschriebenen Forschungsprojekts Daten meiner Person erhoben und ausgewertet werden. Die Erhebung erfolgt durch Video/Audioaufnahmen/Fragebögen/Protokolle, die in der Folge transkribiert, anonymisiert und für wissenschaftliche Analysen und daraus hervorgehende Veröffentlichung auszugsweise verwendet werden. Sofern ich besondere Kategorien von personenbezogenen Daten angebe, bzw. angegeben habe, sind diese von der Einwilligungserklärung umfasst.

Über die Art und den Umfang von Erhebung und Auswertung wurde ich mündlich und in der schriftlichen Anlage zu dieser Erklärung umfassend informiert.

Werner Hume

Vorname, Nachname

Ort und Datum:

Unterschrift:

Zürich, 3.7.13

[Handwritten Signature]

Einverständniserklärung zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen der Masterarbeit

Gegenstand des Forschungsprojektes:

Forschungsprojekt: Masterarbeit
Forschungszweck: Datenerhebung für Thematik
Thematik: Beratungsansätze bei Leidensdruck unter dringhafter Sexualität
oder Sexsucht bei Männern
Aktuelle Beratungspraxis in der Deutschschweiz
Durchführende Institution: ISP in Uster und Hochschule Merseburg
Interviewdatum:
Interviewerin: Nathalie Gadola-Dürler

Einwilligungserklärung:

Hiermit willige ich ein, dass im Rahmen des beschriebenen Forschungsprojekts Daten meiner Person erhoben und ausgewertet werden. Die Erhebung erfolgt durch Video/Audioaufnahmen/Fragebögen/Protokolle, die in der Folge transkribiert und für wissenschaftliche Analysen und daraus hervorgehende Veröffentlichung auszugsweise verwendet werden. Sofern ich besondere Kategorien von personenbezogenen Daten angebe, bzw. angegeben habe, sind diese von der Einwilligungserklärung umfasst.

Über die Art und der Umfang von Erhebung und Auswertung wurde ich mündlich und in der schriftlichen Anlage zu dieser Erklärung umfassend informiert.

Ich wurde von der unterzeichnenden Testleiterin mündlich und schriftlich über die Ziele, den Ablauf der Studie, über die zu erwartenden Wirkungen, über mögliche Vor- und Nachteile sowie über eventuelle Risiken informiert.

Meine Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme an dieser Studie sind mir zufriedenstellend beantwortet worden.

Ich hatte genügend Zeit, um die Entscheidung zu treffen, an der Studie teilzunehmen.

Ich nehme an dieser Studie freiwillig teil. Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Zustimmung zur Teilnahme widerrufen, ohne dass mir deswegen Nachteile entstehen.

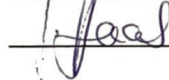
Im Interesse meiner Gesundheit kann mich die Testleiterin oder der Testleiter jederzeit von der Studie ausschliessen.

Meilen, den 13. 7. 2018

Vor- und Nachname

Dr. Sebastian Haas

Unterschrift



Name Interviewer/-in

Nathalie Gadola-Dürler

Unterschrift



Einverständniserklärung zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen der Masterarbeit

Gegenstand des Forschungsprojektes:

Forschungsprojekt:	Masterarbeit
Forschungszweck:	Datenerhebung für Thematik
Thematik:	Beratungsansätze bei Leidensdruck unter dranghafter Sexualität oder Sexsucht bei Männern <i>Aktuelle Beratungspraxis in der Deutschschweiz</i>
Durchführende Institution:	ISP in Uster und Hochschule Merseburg
Interviewdatum:	6.9.2018
Interviewerin:	Nathalie Gadola-Dürler

Einwilligungserklärung:

Hiermit willige ich ein, dass im Rahmen des beschriebenen Forschungsprojekts Daten meiner Person erhoben und ausgewertet werden. Die Erhebung erfolgt durch Video/Audioaufnahmen/Fragebögen/Protokolle, die in der Folge transkribiert und für wissenschaftliche Analysen und daraus hervorgehende Veröffentlichung auszugsweise verwendet werden. Sofern ich besondere Kategorien von personenbezogenen Daten angebe, bzw. angegeben habe, sind diese von der Einwilligungserklärung umfasst.

Ueber die Art und der Umfang von Erhebung und Auswertung wurde ich mündlich und in der schriftlichen Anlage zu dieser Erklärung umfassend informiert.

Ich wurde von der unterzeichnenden Testleiterin mündlich und schriftlich über die Ziele, den Ablauf der Studie, über die zu erwartenden Wirkungen, über mögliche Vor- und Nachteile sowie über eventuelle Risiken informiert.

Meine Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme an dieser Studie sind mir zufriedenstellend beantwortet worden.

Ich hatte genügend Zeit, um die Entscheidung zu treffen, an der Studie teilzunehmen.

Ich nehme an dieser Studie freiwillig teil. Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Zustimmung zur Teilnahme widerrufen, ohne dass mir deswegen Nachteile entstehen.

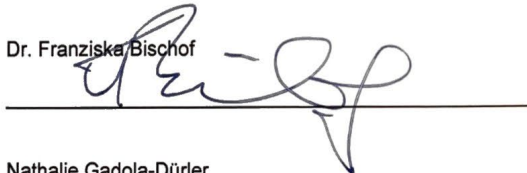
Im Interesse meiner Gesundheit kann mich die Testleiterin oder der Testleiter jederzeit von der Studie ausschliessen.

Zürich, den 06.09.18

Vor- und Nachname

Dr. Franziska Bischof

Unterschrift



Name Interviewer/-in

Nathalie Gadola-Dürler

Unterschrift



Anhang II – Interviewleitfäden

Interviewleitfaden zum Thema: **Beratungsansätze bei Leidensdruck unter dranghafter Sexualität oder Sexsucht bei Männern**

Aktuelle Beratungspraxis in der Deutschschweiz

Gesprächsinhalte:

Mit welchem Expertenprofil ist es möglich an diese Thematik heran zu gehen? Wie sieht das Klientenprofil aus?

Gehen die Expertinnen und Experten sowohl symptomfokussiert wie auch funktionsorientiert mit dem Anliegen um?

Welches sind die Erfolgschancen für den Klienten in Bezug auf eine Veränderung dank einem Beratungs-oder Behandlungsansatz?

Ist eine Rückfallprophylaxe angebracht oder nützlich (Nachhaltigkeit)?

Einstieg:

[illegible]

Themen	Leitfragen	Checkliste	Konkrete Frage	Aufrechterhaltung, Steuerung
Was macht die Expertin oder der Experte im Bereich Anamnese/Diagnose?	Können Sie mir einen Standardablauf Ihres Vorgehens beschreiben? Ablauf, Abklärung, Beratungsrichtung, Therapie, Beratungsplan Beratungsziel <i>Wie wird das Anliegen evaluiert?</i>	Evaluation des Anliegens	Machen Sie vor allem Einzelberatungen? Wie steht es mit gemeinsamen Beratungen? Nutzen Sie eine spezifische Art der Diagnose respektive der Anamnese? Falls ja können Sie kurz den Ablauf zusammenfassen? Welche anderen Arten der Abklärung des Anliegens nutzen Sie? <i>Welchen Stellenwert hat in Ihrer Arbeit die Anamnese?</i> <i>Wie ausführlich ist eine solche Anamnese?</i> <i>Welche Zusammenhänge gibt es Ihrer Ansicht nach zwischen Ihrer Anamnesteknik und dem Ansatz Sexoc.?</i> <i>Welchen Stellenwert hat in Ihrer Arbeit die Diagnose?</i> <i>Welches sind die Zusammenhänge mit dem Ansatz Sexocorp.?</i>	Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Und was noch?

Themen	Leitfragen	Checkliste	Konkrete Frage	Aufrechterhaltung, Steuerung
Welche Behandlungsmethoden und Interventionen nutzt die Expertin oder der Experte?	Was sind die allgemeinen Methoden und Interventionen? Was macht die Expertin oder der Experte konkret in einem solchen Fall?	Nur Einzelberatung? Einbezug des Partners im Hintergrund? Gemeinsame Beratung? Einzelübungen? Körperübungen? Hausaufgaben?	Arbeiten Sie mit einem standardisierten oder mit einem individuellen Beratungsplan? Involvieren Sie den Partner? Wenn ja, wie gehen Sie dabei vor? Welche Methoden wenden Sie an? <i>Bitte aufzählen</i> Mit was hatten Sie bisher am meisten Erfolg? Was halten Sie von einem Abstinenzprogramm? <i>Welches sind in Ihren Beratungen mit Männern, die zentralen, für Sie unverzichtbaren Elemente, Behandlungsmethoden und Interventionen des Ansatzes Sexoc.?</i> <i>Welche Elemente aus anderen Richtungen setzen Sie in Ihren Beratungen zum Thema mit ein?</i>	Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Und was noch? Es scheint, dass die Abstinenz momentan wieder eine aktuelle Interventionsmethode ist-haben Sie schon davon gehört?

Themen	Leitfragen	Checkliste	Konkrete Frage	Aufrechterhaltung, Steuerung
Welche Wirkungen (Nachhaltigkeit, Rückfallquote) verzeichnet die Expertin, der Experte?	Wie nachhaltig sind die unterschiedlichen Beratungsansätze aus der Sicht der Expertinnen und Experten?	Ueberprüfung nach einem Jahr? Höhe der Rückfallquote? Wieviele Prozent werden rückfällig?	Wie sind Ihre Erfahrungswerte in Bezug auf Rückfälle? Wie nachhaltig schätzen Sie Ihre Methode ein? Haben Sie Kenntnis von einem Rückfall mehreren Jahren? Was empfehlen Sie dann?	Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Und was noch?

Aktuelle Beratungspraxis in der Deutschschweiz

Ist eine Rückfallprophylaxe angebracht oder nützlich (Nachhaltigkeit)?

[illegible]

Themen	Leitfragen	Checkliste	Konkrete Frage	Aufrechterhaltung, Steuerung
Wie sieht das Klientenprofil der Expertin oder des Experten aus?	Können sie mir ein Klientenprofil angeben?	Welches Profil hat der typische Klient?	Wieviele Klienten haben Sie pro Woche <i>als Sexologe</i> ?	Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Und was noch?
		Gibt es überhaupt einen typischen Klienten?	Wieviele der Klienten, die von der Thematik betroffen sind, behandeln Sie im Jahr?	
		Welche Unterschiede beobachten Sie bei Klienten mit diesem Anliegen? Mann und Frau	Welches Profil hat der typische Klient?	Welche Information des Klienten wäre am Anfang der Beratung hilfreich um voran zu kommen?
	<i>zuerst fragen</i>		Wieviele davon sind Männer?	
			Mit welchem Anliegen gelangen die Betroffenen zu Ihnen?	
			Welches ist die Hauptmotivation des Klienten?	
			Wie viele Sitzungen brauchen Sie in etwa für dieses Anliegen	

Themen	Leitfragen	Checkliste	Konkrete Frage	Aufrechterhaltung, Steuerung
Welche theoretischen Ansätze nutzt die Expertin oder der Experte?	Können Sie mir etwas zu Ihrem theoretischen Ansatz erzählen?	Ermitteln vom Modell, welches von der Expertin oder dem Experten ausgewählt wurde?	Benutzen Sie neben Ihrem Modell auch noch andere Beratungsansätze?	Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Und was noch?
	zuerst fragen	Wie läuft die Beratung ab?	Setzen Sie auch das Modell Sexocorporel ein?	
		Welche Art von Abweichungen existieren?	Wenden Sie Ihr Modell nach Lernbuch an oder gibt es Abweichungen?	
		Welches sind die besonderen Vorteile des Modells?	Wie läuft die Beratung ab?	
			Inwiefern spielt Ihre eigenen Erfahrung bezüglich der Beratung eine Rolle?	
			Inwiefern lässt sich für Sie die Systemische Grundhaltung zusammenfassend formulieren?	
			Sie arbeiten mit Männern nach dem systemischen Ansatz Welche Vorteile bietet dieses Theorie-Modell für Ihre therapeutische Arbeit?	

Themen	Leitfragen	Checkliste	Konkrete Frage	Aufrechterhaltung, Steuerung
Was macht die Expertin oder der Experte im Bereich Anamnese/Diagnose?	Können Sie mir einen Standardablauf Ihres Vorgehens beschreiben? Ablauf, Abklärung, Beratungsrichtung, Therapie, Beratungsplan Beratungsziel <i>Wie wird das Anliegen evaluiert?</i>	Evaluation des Anliegens	Machen Sie vor allem Einzelberatungen? Wie steht es mit gemeinsamen Beratungen? Nutzen Sie eine spezifische Art der Diagnose respektive der Anamnese? Falls ja können Sie kurz den Ablauf zusammenfassen? Welche anderen Arten der Abklärung des Anliegens nutzen Sie? <i>Welchen Stellenwert hat in Ihrer Arbeit die Anamnese?</i> <i>Wie ausführlich ist eine solche Anamnese?</i> <i>Welche Zusammenhänge gibt es Ihrer Ansicht nach zwischen Ihrer Anamnesteknik und dem systemischen Ansatz?</i> <i>Welchen Stellenwert hat in Ihrer Arbeit die Diagnose?</i> <i>Welches sind die Zusammenhänge mit dem systemischen Ansatz ?</i>	Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Und was noch?

Themen	Leitfragen	Checkliste	Konkrete Frage	Aufrechterhaltung, Steuerung
Welche Behandlungsmethoden und Interventionen nutzt die Expertin oder der Experte?	Was sind die allgemeinen Methoden und Interventionen? Was macht die Expertin oder der Experte konkret in einem solchen Fall?	Nur Einzelberatung? Einbezug des Partners im Hintergrund? Gemeinsame Beratung? Einzelübungen? Körperübungen? Hausaufgaben?	Arbeiten Sie mit einem standardisierten oder mit einem individuellen Beratungsplan? Involvieren Sie den Partner? Wenn ja, wie gehen Sie dabei vor? Welche Methoden wenden Sie an? <i>Bitte aufzählen</i> Mit was hatten Sie bisher am meisten Erfolg? Was halten Sie von einem Abstinenzprogramm? <i>Welches sind in Ihren Beratungen mit Männern, die zentralen, für Sie unverzichtbaren Elemente, Behandlungsmethoden und Interventionen des systemischen Ansatzes?</i> <i>Welche Elemente aus anderen Richtungen setzen Sie in Ihren Beratungen zum Thema mit ein?</i>	Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Und was noch? Es scheint, dass die Abstinenz momentan wieder eine aktuelle Interventionsmethode ist-haben Sie schon davon gehört?

Aktuelle Beratungspraxis in der Deutschschweiz

Ist eine Rückfallprophylaxe angebracht oder nützlich (Nachhaltigkeit)?

Themen	Leitfragen	Checkliste	Konkrete Frage	Aufrechterhaltung, Steuerung
Wie sieht der Professionelle Hintergrund der Expertin oder des Experten aus?	Können Sie stichwortartig Ihren professionellen Hintergrund erläutern?	Welches der 4 Modelle wendet die Expertin oder der Experte an?	Welches ist Ihr Ausbildungshintergrund?	Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Und was noch?
	zuerst fragen	Welche Ausbildung hat die Expertin oder der Experte? Wie lange hat sie oder er Praxiserfahrung in der Sexologie?	Was ist Ihr Hauptberuf? Haben Sie noch zusätzliche Ausbildungen? Wie lange sind Sie schon beratend in der Sexologie tätig? Kennen Sie das Modell Sexocorporel? <i>Was verstehen Sie spezifisch unter dranghafter Sexualität oder Sexsucht?</i>	

Themen	Leitfragen	Checkliste	Konkrete Frage	Aufrechterhaltung, Steuerung
Welche Behandlungsmethoden und Interventionen nutzt die Expertin oder der Experte?	Was sind die allgemeinen Methoden und Interventionen? Was macht die Expertin oder der Experte konkret in einem solchen Fall?	Nur Einzelberatung? Einbezug des Partners im Hintergrund? Gemeinsame Beratung? Einzelübungen? Körperübungen? Hausaufgaben?	Arbeiten Sie mit einem standardisierten oder mit einem individuellen Beratungsplan? Involvieren Sie den Partner? Wenn ja, wie gehen Sie dabei vor? Welche Methoden wenden Sie an? <i>Bitte aufzählen</i> Mit was hatten Sie bisher am meisten Erfolg? Was halten Sie von einem Abstinenzprogramm? <i>Welches sind in Ihren Beratungen mit Männern, die zentralen, für Sie unverzichtbaren Elemente, Behandlungsmethoden und Interventionen des Ansatzes nach Schnarch?</i> <i>Welche Elemente aus anderen Richtungen setzen Sie in Ihren Beratungen zum Thema mit ein?</i> <i>Welchen Stellenwert hat in Ihrer Arbeit die Diagnose?</i> <i>Welches sind die Zusammenhänge mit dem Ansatz von Schnarch?</i>	Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Und was noch? Es scheint, dass die Abstinenz momentan wieder eine aktuelle Interventionsmethode ist-haben Sie schon davon gehört?

Themen	Leitfragen	Checkliste	Konkrete Frage	Aufrechterhaltung, Steuerung
Welche Wirkungen (Nachhaltigkeit, Rückfallquote) verzeichnet die Expertin, der Experte?	Wie nachhaltig sind die unterschiedlichen Beratungsansätze aus der Sicht der Expertinnen und Experten?	Überprüfung nach einem Jahr? Höhe der Rückfallquote? Wieviel Prozent werden rückfällig?	Wie sind Ihre Erfahrungswerte in Bezug auf Rückfälle? Wie nachhaltig schätzen Sie Ihre Methode ein? Haben Sie Kenntnis von einem Rückfall mehreren Jahren? Was empfehlen Sie dann?	Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Und was noch?

Themen	Leitfragen	Checkliste	Konkrete Frage	Aufrechterhaltung, Steuerung
Welche Wirkungen (Nachhaltigkeit, Rückfallquote) verzeichnet die Expertin, der Experte?	Wie nachhaltig sind die unterschiedlichen Beratungsansätze aus der Sicht der Expertinnen und Experten?	Ueberprüfung nach einem Jahr? Höhe der Rückfallquote? Wieviel Prozent werden rückfällig?	Wie sind Ihre Erfahrungswerte in Bezug auf Rückfälle? Wie nachhaltig schätzen Sie Ihre Methode ein? Haben Sie Kenntnis von einem Rückfall mehreren Jahren Was empfehlen Sie dann?	Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Und was noch?

Anhang III – Transkriptausschnitte

Transkript zu Interview 1

E: Das ist wieder sehr unterschiedlich, die einen möchten eine feste Beziehung eingehen oder sind in einer festen Beziehung und möchten diese nicht verlieren, andere möchten Geld sparen, andere möchten Zeit sparen, andere möchten etwas dazu lernen, andere haben andere Leidensdrücke, das ist sehr unterschiedlich.

I: Unterschiedlich, ja. Und wie viele Sitzungen braucht man im Schnitt bei einem solchen Anliegen?

E: Sch... Ich würde sagen mindestens 5, es können gut 10, 15, 17 Sitzungen sein. Auch einmal mehr. (20-22)

E: Es sind ja nicht nur die Modelle. Es ist zwar eine gute Basis, ein Modell zu haben, aber nachher muss geschaut werden, wer vor einem sitzt, die Fragen, die da sind, was sind die Fähigkeiten? Die Evaluation ist zentral. Ausgehend von diesem Menschen, der da sitzt, Lösungen zu suchen. Also nicht das Modell ist im Zentrum, sondern der Mensch mit seinem Anliegen ist im Zentrum.

I: Hmm, das ist sehr interessant. Kannst du dazu noch etwas mehr erzählen, wenn du sagst, der Mensch ist im Zentrum, nicht das Modell?

E: Ja, ich versuche nicht den Mensch in mein Grundmodell, wo ich arbeite, anzupassen, sondern das Modell ist so flexibel, dass ich auf die Menschen eingehen kann und sie dahin führe, wo sie möchten. (30-32)

E: Also, am meisten Erfolg ist sicher Sexocorporel, wenn sie einsteigen, damit sie neues lernen in der Sexualität, damit sie die Wählbarkeit erhöhen können. Das reduziert Abhängigkeits- und Suchtverhalten, ganz klar. Und es

gibt aber schon noch Steuerungsmöglichkeiten, wie kann ich, wenn der Impuls kommt, ähm mich wahrnehmen und soweit steuern ähm, damit ich diesen Weg nicht gehen muss oder, dass ich auch da Alternativen habe. (55)

Transkript zu Interview 2

E: Für mich ist das Sexocorporel das umfassendste Modell und in diesem Modell kann ich alle anderen Modelle integrieren, inklusiv Paartherapie, Psychotherapie. Das ist für mich ja nicht, weil rein Sexocorporel, das gibt es gar nicht. Weil jeder auf der Basis seiner Ausbildung, den Sexocorporel anders konzipiert. (19)

I: Direkt, ah das ist bereits schon dann und welches ist die Hauptmotivation dieser Klienten?

E: Das kleinere Segment ist "Polizei", dass es auffliegt. Zweitens ist die Frau als Polizistin. Die entdeckt, was er schaut, erschreckt. Ehekrise. Das Dritte ist eigenverantwortliches Merken. Es funktioniert mit Frauen weniger, es ist zu einseitig, Abhängigkeit wird negativ erlebt. (45)

E: Also der grosse Schritt, den Desjardins gemacht hat mit dem Sexocorporel, war das genaue Hinschauen, was tun Menschen in ihrer Sexualität körperlich und die Auswirkungen, wie sie den Körper einsetzen auf Erleben, Emotionen, innere Bilder. Ich glaube, das ist der grosse Schritt, den er gemacht hat. Vieles sonst ist in anderen Konzepten genauso vorhanden. Das, was er definierte an Erregungsmodi und die Auswirkungen, das war vor 40 Jahren das Neue. Man muss sich überlegen, dass er vor 40 Jahren den Sexocorporel geschaffen hat in Führungszeichen. Mittlerweile haben sich andere Konzepte auch entwickelt, haben teilweise übernommen. Den Körper auf andere Art miteinbezogen, aber so genau hingeschaut und so genau ein Modell entwickelt, was das bedeutet, was wir körperlich tun, das hat auf der sexologischen Ebene sonst niemand getan. Die anderen, in der Körpertherapie, das ist das Gleiche, aber die hatten eine Scheu, ausser die Reichianer, auf den Körper zu fokussieren. (53)

Also, was ich meistens mache ist eine Evaluation. Ich denke das ist im Sexocorporel anders als in anderen Konzepten, die eine Sexualanamnese machen. Die Evaluation ist lebendiger und führt über eine bestimmte Art zu

fragen den Patienten näher an seine Sexualität um sich kennenzulernen. Es geht nicht darum, um Fakten abzurufen, um als Selbstbefriedigung, um Informationen zu haben, sondern damit der Patient seine Sexualität besser kennen lernt, neugierig wird, sich selber Fragen zu stellen und zu forschen. Und die Evaluation kann 1, 2, 3 Sitzungen dauern, wenn es eben gerade bei diesen dranghaften Formen der Sexualität bei Männern häufig auch Abklärungen wegen ADHS sind. So grenzwertig, wurde noch nie abgeklärt und jetzt ist klar, er hat ein ADHS. Er hatte schon als Kind Probleme und wurde nie untersucht. Da sind Abklärungen zu machen. Die schicke ich dann weg zur Abklärung. (60)

I: Und mit was hattest du bisher am meisten Erfolg, wenn du dieses Anliegen therapiert hast? Gab es irgendeine Behandlungsmethode oder eine Intervention, wo du gesagt hast, das führt zum Erfolg?

E: So einfach geht es nicht, weil es ein Gemisch von Beziehungsarbeit, emotionaler Arbeit und dann das Üben, das Lernen des Klienten, wie viel Verantwortung übernimmt er, wie engagiert ist er. Ich kann das nicht so... in allen diesen Segmenten gibt es reale Veränderungen. (115-116)

Transkript zu Interview 3

E: Ich sehe da wirklich das Individuum vor mir, das von einer erhöhten Neigung gesteuert wird und auch innerlich bedrängt wird, die Sexualität zu leben, zu erleben und, dass es sich dadurch auszeichnet, dass es eben begrenzt ist, dass es in der Regel eine Suche ist. Und deshalb ist der Begriff der Sucht in der Regel gar nicht so falsch. Es ist ja nie ganz genug. Das Dranghafte ist ja nicht erfüllend. Es ist die Suche nach Nähe, die Suche nach Bestätigung, die Suche nach Vereinigung. Es ist oft sogar ein Verzicht oder eine Unfähigkeit, sich wirklich auf Nähe einzulassen. Darum würde ich als Systemiker immer ein paar Fragen stellen, wenn jemand sagt: Ich bin sex-süchtig. Ich würde fragen, was verstehen Sie darunter? Woran merken Sie das? Wer beweist Ihnen, dass es so ist und dann merken Sie, dass es ganz viel Unterschiedliches ist, was sich dahinter verbirgt. Also, deshalb glaube ich, dass sich dieses Syndrom auch nicht ganz einfach nach ICD 10 oder DSM 5 hat einordnen lassen. (13)

E: Ja, in einer Paardynamik oder weiter gefasst: Jemand, der auf der Suche ist und das wäre eine systemische Umdeutung des Suchtbegriffs. Dann sucht er Bestätigung, Nähe und Geborgenheit und meint, dies auf diesem Weg am besten finden zu können. Also es hat etwas sehr monodimensionales und oft wird der Drang eben umso grösser je stärker die biologischen Einstellungen spürbar werden. Es sind die Männer, die zum Hausarzt gehen und sagen: Messen Sie einmal meinen Testosteronwert oder ich habe das Gefühl meine Muskulatur wird immer weniger, dann gehen sie ins Fitnessstudio und halten sich an ein Männerbild, an ein Körperbild, das ein Alterungsprozess kaum zulässt. (19)

E: Oft ist es eben so, dass das nur das vordergründige Anliegen ist und man dann merkt, es geht um tiefer liegende Aspekte, oft spielen Bindungsaspekte oder geografische Aspekte eine Rolle, natürlich Paardynamiken, wenn eine Paarbeziehung besteht und es kommt innerhalb oder ausserhalb der Beziehung zu diesem dranghaften Verhalten, dann, ja dann kann man natürlich gewisse Verhaltensmodifikationen anleiten. Das ist dann eher der approache

Sexocorporel, der dort viel zu bieten hat. Dass sie auch merken, das ist auch ein physiologisches, auch eine Frage vom Muskeltonus und von Enge, von der Atmung, Bewegung und kann ich mich da selber regulieren? Darum ist es für mich der effektivste Ansatz, wenn jemand mit dem Thema isoliert kommt und das Systemische ist einfach der breitere Horizont, weil so ein Problem von dranghafter Sexualität ist immer in einem Kontext und diesen Kontext zu bearbeiten, das ist dann eher die Stärke vom systemisch orientiertem Beantworten. (33)

E: Ja, was auch vergleichbar ist, es ist radikal entwicklungsorientiert. Der ansprecher Sexocorporel sagt auch: Sexualität ist ein lebenslanger Lernprozess. Im Systemischen würde man sagen; Das Leben ist ein lebenslanger Entwicklungsprozess und Entwicklung passiert in Beziehungen. Das ist eine Parallele, ja aber eben das Interaktionelle das ist entscheidend anders. Ich sehe es als Erweiterung. Ich finde nicht, dass es sich ausschliesst, aber wenn man als Systemiker den AS vorgestellt bekommt, dann sagt man, das ist so eine Art Physiotherapie, also die neigen dazu das zu entwerten und umgekehrt, wenn man radikale AS Vertreter hört, dann sagen die, ja die Systemiker, die arbeiten nur an den indirekten Kausalitäten und nicht an den direkten. Das sind Funktionsstörungen und das sei eben unvollständig, das sei eben dann auch nicht zielführend. (51)

E: Ja, die Ausführlichkeit bezieht sich dann eher auf Kontextfaktoren, nämlich, wo zeigt sich das Problem? Wo zeigt es sich mehr? Wo zeigt es sich weniger? Haben Sie schon einmal versucht auf das Symptom zu verzichten, wie hat sich das ausgewirkt? Wer findet es überhaupt ein Problem? Sie selber oder Ihre Umgebung? Also der Problemkontext, auf den wird fokussiert und das ist dann die Anamnese, aber es gleichzeitig schon einen therapeutischen Link. Dann würde man fragen, ja, wie können Sie dieses Symptom noch verschärfen? Oder was müssen Sie tun, damit diese Dranghaftigkeit noch zunimmt? Und das wäre eher der Ansatz und das hatte ich glaube ich auch im Kurs, so diese Unterscheidungen mit Wirklichkeitskonstruktionen, was ist aus Sicht des Betroffenen die Wirklichkeit? Wie beschreibt er das Problem? Was bringt ihn überhaupt dazu Hilfe zu suchen? Und, was hat er bisher schon von sich aus unternommen um das Problem...(63)

I: Du hast das Systemische auch einfließen lassen oder deine anderen Fähigkeiten und Kompetenzen? Lässt du alles einfließen?

E: Ja, mittlerweile kann ich gar nicht mehr anders, weil das ist ein breites Repertoire und manchmal ist es so, dass ich einfach als Einstieg das AS brauche, weil es ist so erlebensnah und verhandlungsnah. Das kann sehr erfrischend sein, das Fragen, wie erregen Sie sich normalerweise, wie machen Sie das, wenn Sie sich befriedigen? Ist das auch dranghaft oder können Sie es dann geniessen? Wie oft? Womit? Was sind so die Bilder und was sind allenfalls die äusseren Trigger, die Sie verwenden? Und da fühlen sich also die Klienten ganz ernst genommen. Die merken, der will das genau wissen. Ich merke immerzu, dass ich im Vergleich zu meinen Lehrern, Peter Gehrig, der sagt immer, „Ja, man könnte noch viel genauer“. Ich bin da einfach ein bisschen pragmatisch. (86-87)

I: Das heisst eigentlich, dass das dranghafte Verhalten, wenn es kommt zu etwas Positivem umgewandelt wird, damit man es wie als Instrument brauchen kann um dann ein neuer Weg zu gehen.

E: Ja, und es damit auch nicht werten zu müssen, oder, man kann sagen, ok das hat gewisse Vor- aber auch sehr viele Nachteile, dieses dranghafte Verhalten und wägen wir doch das einfach mal ab und gehen wir nicht gleich mit der Moralkeule dahinter, sondern nehmen wir es einfach einmal so wie es ist, oder? Dann wird der Betroffene selber darauf kommen, ja es hat so viele Nachteile, dass ich wirklich nicht erst daran denken möchte. Erst dann kann man etwas tun, denn wenn die Vorteile überwiegen, in der Regel, kommt der Betroffene gar nicht. (109-110)

Transkript zu Interview 4

E: Ok, was ist für mich „dranghafte Sexualität“? Das ist vielleicht das Gefühl, ich muss irgendeine sexuelle Handlung machen und ich habe eigentlich die Kontrolle selber gar nicht so ganz darüber. Also, es drängt mich dorthin auch wenn ich es gar nicht wollen würde oder ich will es vielleicht oder eben dieses Gefühl, ich kann es nicht so ganz steuern. (14)

E: Das sind ganz unterschiedliche Vorgehensweisen. Im Sexocorporel macht man sich ein Bild aus der Logik des Systems und redet mit dem Gegenüber über mögliche Entwicklungsmöglichkeiten, die er wahrnehmen kann oder nicht wahrnehmen kann. Ich würde nicht jemand à la Schnarch behandeln, der, jetzt muss ich es anders formulieren. Wenn jetzt dieser Patient zu mir kommt und ich merke eigentlich ist das ne Paardynamik, dann geht es mal zuerst darum überhaupt ehrlich darüber zu reden, um was es geht. Also das heisst, dass in der ersten Sitzung bereits, dass je nachdem auch sehr genau in Frage gestellt wird, was mir mein Gegenüber präsentiert und sagt, was jetzt das Problem ist. So, dass es eigentlich dann darum geht zu verstehen, um was geht es wirklich? Mit der Idee, wenn man nicht an dem arbeitet um was es wirklich geht, kommt man auch nirgendwo hin. (49)

E: Ich glaube nicht, dass es 'ne Frage von Jahren ist, sondern, es ist 'ne Frage von, wie bereit man ist auf schwierige, also Schwieriges auszuhalten. Und es ist ja einer von diesen Punkten. Also man muss sich weiterentwickeln, man muss, zum „soliden Selbst“, gehört, dass man aufhört, sich was vorzumachen und das heisst, man muss sich selbst konfrontieren und damit, wer man wirklich ist. Und das machen Menschen nicht gerne und das machen Therapeuten noch viel weniger gerne. (69)

E: Und bei dieser Art von Therapie fängt's von Anfang an an, dass man probiert einen echten Bezug herzustellen, wo ich sagen würde, das ist erstens sehr authentisch und zweitens ist auch eine Form, wie man sein Gegenüber wirklich sehr ernst nimmt, weil wenn jetzt mein Gegenüber mir irgendeine Geschichte erzählt und ich merke, das ist eine Geschichte, aber das deckt

sich jetzt nicht mit was ich sonst so höre jetzt aus der Problematik, dann ist eigentlich, wenn man dann sagt, „ja, ja, sie haben sicher recht“ ist es eigentlich meiner Meinung nicht wirklich ein Ernstnehmen sondern das Ernstnehmen fängt dort an, wenn man die Nerven hat zu sagen, das macht jetzt hier gerade keinen Sinn. (84)

E: *Also ich denke, dass Menschen unter Druck sich verändern und, dass Therapie ähm, das es viel Paartherapie gibt, die versucht den Druck rauszunehmen. Die Therapie nach Schnarch nimmt nicht Druck raus, sondern gebraucht eigentlich den Druck, der in dem System ist und ähm in dem Sinn kann man sagen, ist der Therapeut der Schmelztiegel, also der Therapeut ähm hält den Druck aufrecht oder führt je nach dem dorthin, wo noch mehr Druck ist. Was aber nicht das Gleiche ist wie, der Therapeut macht Druck, sondern er schaut, wo gibt es in diesem System eigentlich Druck und wo ist möglicherweise noch mehr Druck da? Und hat die Bereitschaft erstens dorthin zu schauen und zweitens das dann auch im Raum entstehen zu lassen, was auch wieder Nerven braucht. Was dann aber auch dazu führen kann, also ich denke unter viel Druck, da bin ich davon überzeugt, findet Veränderung statt und das ist gerade in Partnerschaften, die kommen ja immer erst dann in die Therapie, wenn es also wirklich schon ganz schlimm ist, also das heisst, wenn der Druck hoch genug ist und dann muss man quasi den Druck noch ein bisschen erhöhen. Also nicht, ich mache euch Druck, sondern ich schau mal, wo ist Druck und wo würde wer von beiden sich verändern, wenn der Finger darauf gehalten würde, dass da eigentlich Druck ist? (96)*

E: *Was mir wirklich wichtig ist, ist das, Schnarch ist sehr, möchte nicht, dass man behauptet, dass man seine Therapie macht. Im Sinne von: Ich bin nicht eine zertifizierte Schnarch Therapeutin. Das ist wichtig und ich spreche auch nicht für ihn. Das ist auch wichtig. Das ist mir wichtig, dass Sie das so formulieren, dass klar wird, das ist meine Interpretation der Schnarch Behandlung, weil ich nicht... sonst wäre ich „certified“, was auch immer... bin ich nicht. Das ist wichtig, weil ich weiss, dass es ihm sehr wichtig ist. (169)*

Anhang IV – Selbständigkeitserklärung

Vorname: Nathalie
Name: Gadola-Dürler
Matrikelnummer: 22946

Ehrenwörtliche Erklärung/Selbständigkeitserklärung

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Masterarbeit

Beratungsansätze bei Leidensdruck unter dranghafter Sexualität oder Sexsucht bei Männern

Aktuelle Beratungspraxis in der Deutschschweiz

selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Sämtliche Stellen der Arbeit, alle Formulierungen, Ideen, Untersuchungen, Gedankengänge, Analysen und sonstigen schöpferischen Leistungen, Grafiken, Tabellen und Abbildungen, die benutzten Werken oder Quellen aus dem Internet eins zu eins oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich durch Quellenangaben korrekt kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende schriftliche Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

Baden

Ort

30.12.2019

Datum

Nathalie Gadola

Vorname Name