

ISP Zürich | HS Merseburg

Fachbereich Soziale Arbeit. Medien. Kultur

Studiengang Sexologie V | 2022 – 2025

Bern, 19. Juli 2025

Jenseits der Nymphomanie

Eine Untersuchung zur Behandlung dranghafter Sexualität
bei Frauen basierend auf dem Modell Sexocorporel

Masterarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts in Sexologie

Vorgelegt von

Karoline de Falco

Erstgutachterin

Agnes Silvani

Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapie ISP Zürich, Schweiz

Zweitgutachter:

Prof. Dr. Heinz Jürgen Voss

Hochschule Merseburg, Deutschland

Kurzbeschreibung

Die vorliegende Masterarbeit widmet sich der dranghaften Sexualität bei Frauen und untersucht deren therapeutische Begleitung auf Grundlage des Modells Sexocorporel. Im Zentrum steht die Fragestellung, wie Fachpersonen die Anliegen in der Praxis wahrnehmen und welche Erfahrungen sie im Umgang mit körperzentrierten Interventionen machen. Auf Basis leitfadengestützter Expert*inneninterviews wurde analysiert, wie dranghafte Sexualität im therapeutischen Kontext verstanden, benannt und behandelt wird. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass dranghafte sexuelle Verhaltensweisen häufig als dysfunktionale, aber nachvollziehbare Bewältigungsstrategien erlebt werden, die zur Regulation emotionaler Spannungszustände dienen. Die therapeutische Arbeit fokussiert auf das Verstehen der individuellen sexuellen Logik und die Erweiterung körperlicher Selbstwahrnehmung, um lustvolle, selbstbestimmte Sexualität zu ermöglichen. Die Ergebnisse geben Einblick in zentrale Veränderungsprozesse und verdeutlichen das Potenzial körperzentrierter Interventionen im Sinne einer ressourcenorientierten sexualtherapeutischen Praxis.

Abstract

This master's thesis focuses on compulsive sexuality in women and explores its therapeutic treatment based on the Sexocorporel model. Central to the study is how professionals perceive and address the phenomenon in clinical practice and what experiences they have with body-centered interventions. Guided expert interviews were conducted to examine how compulsive sexuality is named, understood, and treated in therapeutic settings. The findings show that compulsive sexual behavior is often experienced as a dysfunctional yet comprehensible coping strategy to regulate emotional tension. The therapeutic process emphasizes understanding the individual sexual logic and enhancing body awareness in order to foster pleasurable and self-determined sexuality. The results provide insights into key change processes and highlight the potential of body-based interventions within a resource-oriented sexological framework.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Dranghafte Sexualität: Begrifflichkeit, Diagnose und aktuelle Forschung	3
2.1	Definitionsversuche	3
2.1.1	DSM-5.....	4
2.1.2	ICD-11.....	6
2.2	Aktueller Forschungsstand	8
2.2.1	Repräsentation von Frauen	8
2.2.2	Résumé.....	11
3.	Das Modell Sexocorporel im Kontext dranghafter Sexualität	12
3.1	Ein Modell sexueller Gesundheit	12
3.2	Dranghafte Sexualität im Modell Sexocorporel.....	14
3.3	Therapeutische Interventionen nach Sexocorporel	16
3.4	Résumé.....	20
4.	Arbeitsthesen und Forschungsfragen	21
5.	Methodisches Vorgehen und Studiendesign	23
5.1	Leitfadeninterview.....	24
5.2	Auswahl der Expert*innen.....	25
5.3	Methodisches Vorgehen.....	26
5.4	Datenschutz und Forschungsethik.....	29
5.5	Einsatz von KI	31
6.	Ergebnisse	31
6.1	Anliegen und Ausgangslage der Klientinnen	31
6.2	Das Verständnis der Logik des Systems.....	34
6.3	Körperzentrierte Interventionen nach dem Modell Sexocorporel	37
6.4	Therapeutische Entwicklungsverläufe und Prozessdynamik	40
7.	Diskussion	42
7.1	Beantwortung der Forschungsfragen.....	42
7.1.1	Erfahrungen von Fachpersonen im Therapieprozess.....	43
7.1.2	Einfluss des Verständnisses zur sexuellen Logik	46

7.1.3	<i>Die Rolle von körperzentrierten Interventionen</i>	<i>48</i>
7.2	<i>Ausblick auf Weiterentwicklung des Projekts.....</i>	<i>51</i>
7.3	<i>Limitationen</i>	<i>52</i>
7.4	<i>Implikationen für Forschung, Praxis und Gesellschaft.....</i>	<i>53</i>
7.5	<i>Fazit.....</i>	<i>54</i>
8.	Nachwort.....	56
9.	Literaturverzeichnis	58
10.	Abbildungsverzeichnis	62
11.	Anhang	Fehler! Textmarke nicht definiert.

1. Einleitung

Sexualität stellt einen integralen Bestandteil der menschlichen Identität und Gesundheit dar. Sie ist Ausdruck körperlicher, emotionaler und sozialer Prozesse und eng mit Themen wie Selbstbild, Bindung, Lust und Intimität verknüpft (WHO World Health Organization, 2020). Zugleich wird sie durch biografische Lernerfahrungen, kulturelle Normen und psychische sowie körperliche Voraussetzungen geprägt (Bischof, 2018). Während sexuelle Verhaltensweisen in der öffentlichen Wahrnehmung oft zwischen Pathologisierung oder Liberalisierung verhandelt werden, bleiben viele Phänomene im therapeutischen Kontext unscharf definiert; darunter auch die sogenannte dranghafte Sexualität (Kraus et al., 2018). In dieser Masterarbeit wird der Begriff *dranghafte Sexualität* als klinisch-sexologische Beschreibung eines Verhaltensmusters verwendet. Er unterscheidet sich vom Begriff der *Zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung* (ZSVS), wie er im ICD-11 als diagnostische Kategorie geführt wird (Kraus et al., 2018). Die Verwendung des Begriffs *dranghaft* reflektiert die sexologisch geprägte Perspektive dieser Arbeit und betont die funktionale und kontextbezogene Einordnung sexuellen Verhaltens, ohne eine formale Diagnose zu implizieren.

Dranghafte sexuelle Verhaltensweisen werden häufig mit Begriffen wie Sexsucht oder Pornosucht assoziiert. Diese Zuschreibungen werden in der klinischen Sexologie jedoch kritisch betrachtet. Statt einer suchtanalogen Lesart, wie sie im Alltagsdiskurs oder in Abstinenzprogrammen häufig vertreten wird, rücken andere sexualtherapeutische Modelle die Funktion von Sexualität und ihren Ausprägungen in den Fokus (Sztenc, 2020). Auch im Sexocorporel wird dranghafte Sexualität nicht als defizitäre Störung verstanden, sondern als bewältigungsorientiertes Handlungsmuster, das häufig auf ungelösten Spannungszuständen und emotionaler Dysregulation basiert (Bischof, 2021). Das Erscheinungsbild dranghafter Sexualität ist dabei durch bestimmte Verhaltensmuster gekennzeichnet, wie beispielsweise durch exzessive Selbstbefriedigung, ritualisierten Pornografiekonsum oder zahlreichen anonymen Sexalkontakten. Entscheidend ist jedoch nicht das Verhalten an sich, sondern das subjektive Erleben von Kontrollverlust, innerer Unruhe und Leidensdruck, das mit dem Verhalten einher geht (Bischof, 2021). Nebst den unterschiedlichen Lesarten ist das Phänomen dranghafter Sexualität besonders bei Frauen, deren Sexualität gesellschaftlich stärker tabuisiert ist, häufig unsichtbar, untererforscht und wenig differenziert erfasst (Kowalewska et al., 2020; Kowalewska et al., 2024).

Vor dem Hintergrund dieser anhaltenden klinisch-diagnostischen Unschärfe, wie sie etwa im Rahmen der Erarbeitung der DSM-5 oder in der ICD-11 sichtbar wird, sowie einer Forschungslücke zur Darstellung und Behandlung dranghafter Sexualität bei Frauen, widmet sich diese Masterarbeit einer vertieften praxisnahen Auseinandersetzung mit der Thematik. Zentrales Ziel ist es, zunächst den aktuellen Forschungsstand und den wissenschaftlichen Diskurs rund um dranghafte Sexualität bei Frauen darzustellen, um anschliessend das Phänomen aus Sicht des Modells Sexocorporel zu beleuchten und Behandlungsansätze aus der therapeutischen Begleitung von Klientinnen zu analysieren, die nicht auf Abstinenz, sondern auf körperlich-somatisches Lernen, Selbststeuerung und genussvolle sexuelle Autonomie zielen (Gehrig, 2021; Bischof, 2021).

Der theoretische Teil der Masterarbeit gliedert sich in zwei zentrale Schwerpunkte. Kapitel 2 befasst sich mit der dranghaften Sexualität aus diagnostischer und wissenschaftlicher Perspektive. Dabei werden Begriffsdefinitionen, internationale Klassifikationssysteme (DSM-5, ICD-11) sowie aktuelle Forschungsergebnisse insbesondere zur Darstellung dranghafter Sexualität bei weiblichen Probandinnen systematisch aufbereitet.

Kapitel 3 fokussiert sich auf das Modell Sexocorporel nach Jean-Yves Desjardins. Es werden dessen Grundannahmen, das Verständnis dranghafter Sexualität im Modell sowie konkrete therapeutische Schritte und Interventionen dargestellt, die mit Klientinnen in- und ausserhalb des Therapieraums geübt werden.

Aus dieser theoretischen Auseinandersetzung werden die zentralen Arbeitsthemen entwickelt, aus denen sich die forschungsleitenden Fragestellungen für die qualitative Untersuchung ableiten. Der anschliessende Methodenteil beschreibt das methodische Vorgehen, insbesondere die Durchführung von Expert*inneninterviews und die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Im Ergebnisteil werden die wesentlichen Erkenntnisse aus der Auswertung dargestellt. Der abschliessende Diskussionsteil greift die Forschungsfragen erneut auf, diskutiert Limitationen, reflektiert die Ergebnisse im Forschungskontext und formuliert Implikationen für Theorie, Praxis und Weiterentwicklung sexualtherapeutischer Arbeit mit Frauen, die dranghafte Sexualität als Anliegen in der Beratungspraxis aufbringen.

In dieser Arbeit wird vorwiegend die weibliche Form (z.B. Klientin) verwendet, da sich der Hauptfokus auf Frauen mit dranghafter Sexualität richtet. In Fällen, in denen Aussagen oder Inhalte nicht explizit auf diese Zielgruppe bezogen sind, wird eine

inklusive Schreibweise mit Gendersternchen (z.B. Therapeut*in) oder eine geschlechtsneutrale Schreibweise (z.B. Fachpersonen) verwendet, um alle Geschlechtsidentitäten einzubeziehen.

Die gewählte Schreibweise soll sowohl fachlicher Präzision, als auch sprachlicher Sensibilität gerecht werden. Darüber hinaus dient sie im Rahmen der Interviewzitate auch als zusätzliches Mittel zur Wahrung der Anonymität der befragten Personen.

2. Dranghafte Sexualität: Begrifflichkeit, Diagnose und aktuelle Forschung

2.1 Definitionsversuche

Die Definition der WHO zeigt, dass Sexualität ein facettenreiches Zusammenspiel biologischer, psychologischer, kognitiver, sozialer und kultureller Einflüsse darstellt. Sie umfasst nicht nur Verhalten, sondern auch Einstellungen, Wissen, Werte, Emotionen und Erfahrungen, die allesamt einen Einfluss auf die sexuelle Gesundheit eines Menschen haben (WHO World Health Organization, 2020). Die wissenschaftliche Bemühung, sexuelles Verhalten innerhalb normativer Grenzen zu erfassen und zu klassifizieren, ist daher mit erheblichen Herausforderungen und Unstimmigkeiten innerhalb verschiedenster Fachkreise verbunden; auch im Hinblick auf dranghafte sexuelle Verhaltensweisen (Kowalewska et al., 2020).

Es ist also nicht weiter erstaunlich, dass dranghafte Sexualität seit über vier Jahrzehnten Gegenstand kontroverser wissenschaftlicher Diskussionen ist. Die Frage, ob sie als eigenständige psychische Störung oder als eine Form der Verhaltenssucht zu betrachten ist, bleibt bis heute umstritten (Kraus et al., 2018).

In diesem Zusammenhang stellt sich auch immer wieder die Frage, ob es sich bei dranghaft sexuellen Verhaltensweisen um eine Form von *Sexsucht* handelt. In der klinischen Sexologie wird dieser Begriff bewusst nicht verwendet, da er mit einem Suchtmodell assoziiert ist, das auf substanzbezogene Abhängigkeitserkrankungen zurückgeht. Dranghaft sexuelle Verhaltensweisen werden aus sexologischer Perspektive nicht als Sucht verstanden, sondern als dynamisch und durch emotionale Dysregulation bedingtes Handeln, das als suchtartig erlebt werden kann (Bischof, 2021).

Auch Coleman et al. (2018) schlagen vor, impulsives oder kompulsives sexuelles Verhalten nicht eindimensional als Sucht zu deuten, sondern in einem integrierten biopsychosozialen und sexpositiven Modell zu verstehen. Sie betonen, dass sexuelles Verhalten kontextgebunden und funktional analysiert werden muss. Diagnostische Kriterien und Kategorien sollten weniger auf moralischen

Bewertungen, sondern auf klinisch relevantem Leidensdruck und funktionalen Einschränkungen basieren (Coleman et al., 2018).

Zwar können bei der dranghaften Sexualität, ähnlich wie bei substanzgebundenen Süchten, Gefühle von Kontrollverlust und Risikoverhalten auftreten, jedoch fehlen klassische Kriterien wie Toleranzentwicklung oder manifeste Entzugssymptome. Die wiederkehrenden und anhaltenden sexuellen Verhaltensweisen dienen nicht der Vermeidung von Entzug, sondern oftmals der Regulation unangenehmer innerer Zustände wie Langeweile, Anspannung oder emotionaler Leere. Die neurobiologischen Mechanismen, insbesondere die Rolle des Belohnungssystems und der damit verbundenen Dopamin-Ausschüttung, ähneln dabei durchaus denen bei Substanzabhängigkeit. Dennoch unterscheidet sich die Dynamik; bspw. nutzen sich visuelle Reize schneller ab, ohne dass dies zwingend einer klassischen Toleranzentwicklung entspricht (Bischof, 2021).

Die klare Abgrenzung vom Suchtbegriff hat auch praktische Implikationen in der Begleitung von Klient*innen. Während bei substanzgebundenen Störungen Abstinenz ein therapeutisches Ziel sein kann, gilt dies bei dranghafter Sexualität, sofern keine Delinquenz oder Fremdgefährdung vorliegt, als nicht zielführend. Statt moralisch oder religiös geprägter Abstinenzprogramme steht in der klinischen Sexologie die Entwicklung einer selbstbestimmten und genussvollen Sexualität im Vordergrund der therapeutischen Begleitung (Bischof, 2021).

Internationale Klassifikationssysteme wie die ICD-11 und das DSM-5 haben in den letzten Jahren versucht, dranghafte sexuelle Verhaltensweisen klinisch zu definieren, um die Störung kategorisch erfassen zu können. Im Folgenden werden die aktuellen diagnostischen Kriterien dieser beiden Systeme näher erläutert.

2.1.1 DSM-5

Obwohl in letzter Instanz keine Diagnose *Hypersexuelle Störung* in das DSM-5 aufgenommen wurde, wurde im Vorfeld viel darüber diskutiert. Hauptgründe für die Ablehnung waren eine unzureichende empirische Datenlage, die Schwierigkeit einer klaren Abgrenzung zu normativer sexueller Aktivität, sowie ethische Bedenken hinsichtlich eines möglichen Missbrauchs der Diagnose in forensischen Kontexten (Kafka, 2010). Auch Coleman et al. (2018) formulieren, dass die Ablehnung einer diagnostischen Kategorie im DSM-5 mit der Sorge vor einer Pathologisierung normativer Sexualität zusammenhängt. Sie schlagen als Gegenentwurf eine kontextbasierte Betrachtungsweise dranghafter sexueller Verhaltensweisen vor. Das

Verhalten sollte nur dann als behandlungsbedürftig gelten, wenn ein klinisch bedeutsamer Kontrollverlust und funktionale Einschränkungen vorliegen. Gleichzeitig betonen Coleman et al. (2018) die Wichtigkeit, sexueller Vielfalt mit einer sexpositiven Grundhaltung zu begegnen. Diese therapeutische Grundhaltung, die in traditionellen Klassifikationen oft umgangen wird, sehen sie als notwendige Voraussetzung für einen ressourcenorientierten Umgang mit betroffenen Menschen (Coleman et al. 2018).

Trotz anhaltenden Unstimmigkeiten formulierte Kafka (2010) im Rahmen der DSM-5-Vorbereitungen diagnostische Kriterien, die eine *Hypersexuelle Störung* beschreiben sollten. Diese beinhalten:

- a) Wiederkehrende und intensive sexuelle Fantasien, Impulse oder Verhaltensweisen über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten
- b) Übermässiger Zeitaufwand für sexuelle Aktivitäten, der zu einer Vernachlässigung anderer Lebensbereiche führt
- c) Sexualverhalten als Reaktion auf dysphorische Stimmungen wie Angst, Langeweile oder Depression
- d) Sexualverhalten als Reaktion auf belastende Lebensereignisse
- e) Wiederholte erfolglose Versuche, das Verhalten zu kontrollieren oder zu reduzieren
- f) Fortgesetztes Verhalten trotz negativer körperlicher, psychischer oder sozialer Konsequenzen

Als Ergänzung formulierte Kafka (2010), dass diese Kriterien mit klinisch relevantem Leidensdruck oder Beeinträchtigungen einhergehen müssen und nicht ausschliesslich durch Häufigkeit der sexuellen Handlungen, durch Substanzen oder manische Episoden verursacht sein dürfen (Kafka, 2010).

Diese Vorarbeit Kafkas hinsichtlich diagnostischer Kriterien fand Eingang in der späteren Aufnahme der Zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung in der ICD-11.

„Das ICD-11 folgt an dieser Stelle dem DSM-5, um keinen normativen Standard für die Häufigkeit der sexuellen Aktivität zu setzen, welche selbst in der Regel nicht mit Leiden einhergeht“ (Marchewka et al., 2023, S. 21).

2.1.2 ICD-11

Durch die definitive Aufnahme der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung¹ in die elfte Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-11) wurde das Phänomen dranghafter Sexualität erstmals kodierbar (Kraus et al., 2018). Aufgrund bislang unzureichender Erkenntnisse hinsichtlich der Ätiologie und der neurobiologischen Grundlagen wurde die ZSVS jedoch nicht im Kapitel der substanzbezogenen oder suchtmöglichen Störungen verortet, sondern in der Kategorie der Störungen der Impulskontrolle (Kraus et al., 2018).

In Anlehnung an die Diskussionen rund um dranghafte Sexualität im Vorfeld der Publikation des DSM-5, wird die Störung im ICD-11 als ein anhaltendes Muster intensiver, wiederkehrender sexueller Impulse oder Dränge beschrieben, die von der betroffenen Person nicht ausreichend kontrolliert werden können. Dieses Verhalten tritt über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten auf und geht mit erheblichem subjektivem Leiden oder einer signifikanten Einschränkung im sozialen, beruflichen oder privaten Leben einher (Grubbs et al., 2020).

Laut ICD-11 manifestiert sich das Störungsbild typischerweise durch eines oder mehrere der folgenden Kriterien:

- a) Sexuelle Aktivitäten nehmen eine derart zentrale Rolle im Leben der betroffenen Person ein, dass andere Interessen, Verantwortlichkeiten oder die eigene Gesundheit vernachlässigt werden
- b) Es bestehen wiederholte, jedoch erfolglose Versuche, das Verhalten zu kontrollieren oder einzuschränken
- c) Das Verhalten wird trotz negativer Konsequenzen, wie beispielsweise Beziehungsproblemen oder gesundheitlichen Risiken, fortgeführt
- d) Die sexuelle Aktivität wird beibehalten, obwohl sie subjektiv keine oder nur geringe Befriedigung verschafft (Kraus et al., 2018)

Die Einführung der ZSVS in die ICD-11 rief erneut kritische Stimmen hervor, insbesondere im Hinblick auf eine potenzielle Pathologisierung von Menschen, die ein starkes sexuelles Interesse zeigen. Die Diagnose sollte ausschliesslich bei tatsächlichem Kontrollverlust sowie funktionellen Einschränkungen oder erheblichem Leid angewendet werden; nicht jedoch bei hoher sexueller Aktivität

¹ Wird im weiteren Verlauf der Masterarbeit im Rahmen der ICD-11 als ZSVS abgekürzt

allein, wie sie beispielsweise im Jugendalter gekoppelt an häufigen Pornografiekonsum auftreten kann (Kraus et al., 2018).

Besonderer Wert wird ebenso daraufgelegt, dass die Diagnose einer ZSVS nicht auf moralischen oder kulturellen Bewertungen sexuellen Verhaltens basiert. Subjektives Unbehagen oder Scham aufgrund gesellschaftlicher Normen stellt demnach kein ausreichendes Kriterium für die Diagnose dar, sofern keine psychopathologisch relevanten Verhaltensweisen vorliegen (Kraus et al., 2018). Dies greift erneut den Gedanken einer sexpositiven Grundhaltung auf, der sowohl im Therapieprozess, als auch im Rahmen diagnostischer Abklärungen von Coleman et al. (2018) proklamiert wird.

Weiterhin wird betont, dass Menschen, die sich selbst als *sex süchtig* oder *pornosüchtig* bezeichnen, bei genauerer klinischer Betrachtung möglicherweise nicht die Kriterien einer ZSVS erfüllen. Zwar können diese Personen unter erheblichem Leidensdruck stehen, doch liegt diesem häufig eine andere psychische Störung wie etwa eine Depression oder Angststörung zugrunde (Kraus et al., 2018). Trotz aller kritischen Stimmen hat die Einführung der ZSVS in der ICD-11 auch positive Entwicklungen angestoßen. Sie erleichtert den Zugang zu spezialisierten Behandlungsangeboten und hilft Scham- und Schuldgefühle der Betroffenen zu reduzieren, die bis dato häufig keine adäquate Unterstützung fanden (Kraus et al., 2018).

Um die klinische Diagnostik zu unterstützen, wurde die Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBD-19) entwickelt. Es ist das bislang einzige Instrument, das alle diagnostischen Kriterien gemäss ICD-11 abdeckt. Die Skala entstand im Rahmen internationaler Forschung und wurde in vier unabhängigen Stichproben mit über 9.000 Personen validiert (Böthe et al., 2020). Sie besteht aus fünf Subskalen, die zentrale Dimensionen der Störung abbilden: Kontrollverlust, Salienz, Rückfall, subjektive Unzufriedenheit und negative Konsequenzen. Die Bewertung erfolgt mittels einer vierstufigen Likert-Skala (1 = stimme überhaupt nicht zu bis 4 = stimme voll zu). Ein Gesamtscore von 50 oder mehr Punkten weist auf ein erhöhtes Risiko für das Vorliegen einer ZSVS hin. Die CSBD-19 liegt in mehreren Sprachen sowie in einer Kurzversion vor und ist somit vielseitig einsetzbar (Böthe et al., 2020).

2.2 Aktueller Forschungsstand

2.2.1 Repräsentation von Frauen

Durch die Diskussionen rund um das DSM-5 und der ICD-11 wurde das Thema dranghafte Sexualität auch in der wissenschaftlichen Forschung präsenter und auch offenkundige Forschungslücken kamen zum Vorschein (Kowalewska et al., 2020). In einer systematischen Übersichtsarbeit zur weiblichen Repräsentation in der Forschung zur dranghaften Sexualität wird deutlich, dass weiterhin ein unvollständiges klinisches Bild der Störung bei Frauen besteht (Kowalewska et al., 2020). Im Rahmen der Übersichtsarbeit wurden 58 Studien analysiert, die in ihrem Setting weibliche Probandinnen berücksichtigt hatten. Thematisch umfassen die Studien Ergebnisse zur Prävalenz und Ätiologie der dranghaften Sexualität bei Frauen, beobachtete Verhaltensmuster und kognitive Prozesse, bisher bekannte Komorbiditäten, Persönlichkeitsmerkmale, psychosoziale und zwischenmenschliche Schwierigkeiten, sowie der Zusammenhang mit traumatischen Kindheitserfahrungen und ebenso ein Einblick in verschiedene therapeutische Ansätze mit Patientinnen im Rahmen von stationären Aufenthalten (Kowalewska et al., 2020).

Die Ergebnisse der Übersichtsstudie zeigen, dass die Symptomschwere bei Frauen im Vergleich zu Männern in der Regel geringer ausfällt. Insbesondere zwanghafter Pornografiekonsum tritt bei Frauen seltener auf, ist aber bei einem geringen Anteil ebenso Symptom der Störung (Kowalewska et al., 2020). Bei Männern hingegen ist zwanghafte Selbstbefriedigung kombiniert mit Pornographiekonsum häufig eine der dominierenden klinischen Ausprägungen (Shimoni et al., 2018). Diesen Unterschied in den Geschlechtern belegen auch repräsentative Studien aus den USA und Polen, die belegen, dass sich 11% der Männer und nur 3% der Frauen zumindest teilweise als pornosüchtig einschätzen (Kowalewska et al., 2020).

Auch andere Untersuchungen bestätigen, dass Frauen problematischen Pornografiekonsum entwickeln können. So berichteten 3% der befragten Frauen in einer Querschnittsstudie aus Deutschland von einem Kontrollverlust über die auf Porno-Webseiten verbrachte Zeit, sowie einem ausgeprägten Verlangen danach, diese Inhalte zu konsumieren. Dieser als problematisch eingestufte Konsum ging mit einem erhöhten sexuellen Drang und der Tendenz einher, unangenehme Gefühle wie Einsamkeit oder Langeweile zu vermeiden (Baranowski et al., 2019).

Eine der wenigen Studien, die behandlungssuchende Frauen mit dranghafter Sexualität im Fokus hatte, spricht sich dementsprechend dafür aus,

problematischen Pornografiekonsum, die Anzahl der Sexualpartner*innen im vergangenen Jahr, sowie die Häufigkeit der Selbstbefriedigung in der Vorwoche als mögliche Risikofaktoren und Verhaltensmanifestationen bei Frauen mit dranghafter Sexualität zu berücksichtigen (Kowalewska et al., 2022).

Basierend auf den Empfehlungen von Kowalewska et al. (2020) zur künftigen Forschung wurden weitere Studien durchgeführt. Die International Sex Survey (ISS) sammelte Daten aus 42 Ländern mit über 82'000 Teilnehmenden (Böthe et al., 2023). Die Mehrheit der Stichprobe bestand aus Frauen (57%), gefolgt von Männern (39,6%) und geschlechtsdiversen Personen (3,4%). Die Ergebnisse legen nahe, dass zwischen 3-10% der Männer und 2-7% der Frauen Kriterien einer ZSVS erfüllen könnten (Böthe et al., 2023). Dies entspricht auch den Daten, die in der US-amerikanischen National Survey of Sexual Health and Behavior ausgewertet wurden. Dort gaben 7% der Frauen und 10,3% der Männer Werte in der bereits erwähnten Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale an, die auf das mögliche Vorliegen einer ZSVS hindeuten (Dickenson et al., 2018).

Dies entspricht vergleichbaren Prävalenzraten anderer psychischer Störungen wie affektiven Störungen oder Substanzgebrauchsstörungen. Dennoch bleibt die wissenschaftliche Auseinandersetzung hinsichtlich der dranghaften Sexualität deutlich zurück (Grubbs et al., 2020).

Auch gesundheitspolitisch ist das Ergebnis relevant. Denn nur 13,7% der diagnostizierten Risikogruppe suchen Unterstützung, während über 30% aufgrund von Barrieren wie finanziellen Hürden oder Angst vor Stigmatisierung auf Therapien oder ähnliches verzichten (Böthe et al., 2023).

Über Komorbiditäten und Persönlichkeitsprofile bei betroffenen Frauen ist bislang wenig bekannt. Bestehende Studien zeigen Zusammenhänge zwischen Symptomen einer ZSVS und Persönlichkeitsmerkmalen wie Psychopathie, Impulsivität, ADHS, Zwangsstörungen, pathologischem Kaufen, sexuellen Funktionsstörungen, genereller Psychopathologie und sexuellem Kindesmissbrauch. Diese Befunde stammen meist aus stationären Suchtbehandlungen (Kowalewska et al., 2020). Darüber hinaus berichten Frauen häufiger von Kindheitstraumata und Bindungsstörungen (Brem et al., 2018).

Ein zentrales Thema bei der dranghaften Sexualität stellt die Emotionsregulation dar. So benennen betroffene Frauen Gefühle wie Einsamkeit, Scham, Verlassenheit oder Machtlosigkeit als Motiv für sexuelles Verhalten. Dies stützt die Hypothese, dass Frauen dranghafte sexuelle Verhaltensweisen mitunter als maladaptiven

Bewältigungsmechanismus entwickeln, um aversiven inneren oder äusseren Erfahrungen zu entkommen (Brem et al., 2018). Im Gegensatz dazu scheint bei Männern eher die Reaktivität auf äussere Reize im Vordergrund zu stehen (Brem et al., 2019).

Ein Vergleich zwischen behandlungssuchenden Frauen mit und ohne Symptome einer ZSVS zeigt signifikante Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit sexueller Verhaltensweisen, Depressions- und Angstsymptome sowie der erlebten Impulsivität (Kowalewska et al., 2023).

Drei Studien untersuchten zudem die Rolle dispositioneller Achtsamkeit als möglichen protektiven Faktor bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung zwanghafter sexuellen Verhaltensweisen bei Frauen. Dispositionelle Achtsamkeit wird dabei verstanden als eine grundsätzliche Haltung des offenen, nicht wertenden Gewahrseins gegenüber gegenwärtigen inneren und äusseren Erfahrungen. Insbesondere Frauen mit einem hohen Mass an Achtsamkeit scheinen weniger anfällig dafür zu sein, belastende Emotionen wie Scham, Einsamkeit oder Frustration durch sexuelle Handlungen zu regulieren (Brem et al., 2018).

In einer Studie von Brem et al. (2018), die Frauen in stationärer Suchtbehandlung untersucht, zeigt sich ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und Symptomen zwanghaften sexuellen Verhaltens. Besonders relevant waren dabei die Achtsamkeitsfacetten *Awareness* und *Non-Judging*, die mit einem geringeren Mass an emotional reaktivem Sexualverhalten in Verbindung standen. In einer anschliessenden Untersuchung (Brem et al., 2018) zeigte sich darüber hinaus, dass Achtsamkeit indirekt über eine Reduktion erfahrungsvermeidender Tendenzen, wie dem Ausweichen vor Schamgefühlen oder Trauma, zu einer Minderung der Symptome einer ZSVS beitragen kann. Die Autor*innen argumentieren, dass Frauen mit höherer Achtsamkeit besser in der Lage sind, belastende affektive Zustände wahrzunehmen und zu regulieren, ohne impulsiv auf sexuelle Handlungsmuster zurückzugreifen (Brem et al., 2018).

In einer weiteren Studie von Brem et al. (2019), die geschlechtsübergreifend angelegt war, konnte dieser Zusammenhang bestätigt werden: Frauen mit höherer Achtsamkeit zeigten geringere Ausprägungen zwanghaften sexuellen Verhaltens. Diese Ergebnisse legen nahe, dass Achtsamkeit nicht nur präventiv wirkt, sondern auch eine therapeutisch nutzbare Ressource für die Behandlung von dringhafter Sexualität bei Frauen darstellen kann (Brem et al. 2019).

2.2.2 Résumé

Dieses Résumé bildet den Abschluss des ersten Theorieteils der Arbeit, der sich mit der Diagnostik der dranghaften Sexualität und dem aktuellen Forschungsstand bezüglich der weiblichen Repräsentation zum Thema auseinandersetzt. Die vorangehenden Kapitel verdeutlichen, dass die Forschung zur dranghaften Sexualität bislang überwiegend auf männlichen Stichproben basiert, was zu erheblichen Wissenslücken hinsichtlich der Prävalenz, des klinischen Profils sowie der psychosozialen und neurobiologischen Einflussfaktoren bei Frauen führt (Grubbs et al., 2020; Kowalewska et al., 2020).

Die Diagnosekriterien, die in der ICD-11 und den Diskussionen rund um das DSM-5 etabliert wurden, sowie die gängigen Messinstrumente wie die Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBD-19) basieren vorwiegend auf Untersuchungen mit männlichen Probanden. Dies erhöht das Risiko von Fehldiagnosen oder dem Übersehen von betroffenen Frauen, insbesondere da die Symptomatik bei Frauen teilweise weniger ausgeprägt oder anders geartet ist; etwa durch einen selteneren Drang zu pornografischem Konsum. Eine systematische Analyse frauenspezifischer sexueller Verhaltensmuster im Rahmen von dranghafter Sexualität fehlt bislang (Brem et al., 2017; Kowalewska et al., 2020).

Um eine präzise Diagnostik und effektive Behandlung zu ermöglichen, ist es unerlässlich, ein differenziertes klinisches Bild dafür zu entwickeln (Kowalewska et al., 2024). Die Forschung sollte zukünftig die psychologischen Funktionen bestimmter sexueller Verhaltensweisen, sowie deren Auswirkungen auf zwischenmenschliche Beziehungen und auf das psychosoziale Wohlbefinden der betroffenen Frauen untersuchen. Darüber hinaus gilt es, geschlechtsspezifische Faktoren zu erforschen, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung, aber auch zur Behandlung der Störung beitragen (Kowalewska et al., 2024).

Ein wesentlicher psychologischer Faktor bei Frauen mit dranghafter Sexualität ist die Vermeidung aversiver emotionaler Zustände wie Einsamkeit oder Machtlosigkeit. Diese Vermeidung wird insbesondere auch bei Frauen mit komorbiden Substanzgebrauchsstörungen beobachtet (Brem et al., 2018).

Drei Studien weisen darauf hin, dass dispositionelle Achtsamkeit als protektiver Faktor die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung oder Aufrechterhaltung einer dranghaften Sexualität verringern kann, indem sie das aversive Vermeidungsverhalten reduziert (Brem et al., 2018). Die geschlechtsspezifische Bedeutung dieser Zusammenhänge und deren therapeutisches Potenzial sollten

jedoch weiter erforscht werden (Kowalewska et al., 2020). Zukünftige Forschung sollte zudem untersuchen, inwiefern moralisch begründeter Stress und soziale Stigmatisierung die Diagnose und Behandlung der dranghaften Sexualität bei Frauen beeinflussen. Gerade im Hinblick auf eine immer noch bestehende ungleiche Betrachtungsweise der Störung bei den Geschlechtern (Briken et al., 2022).

Insgesamt zeigt sich, dass eine vertiefte Auseinandersetzung mit dranghafter Sexualität bei Frauen notwendig ist, um geschlechtsspezifische Ätiologie, Symptomprofile und Behandlungsmöglichkeiten zu differenzieren. Dabei könnten psychologische Ressourcen wie dispositionelle Achtsamkeit eine wichtige Rolle spielen und geschlechtsspezifische Interventionen ermöglichen, die die Versorgung und das Wohlbefinden betroffener Frauen nachhaltig verbessern (Brem et al., 2018; Kowalewska et al., 2024).

3. Das Modell Sexocorporel im Kontext dranghafter Sexualität

3.1 Ein Modell sexueller Gesundheit

Das Modell Sexocorporel wurde vom kanadischen Sexualwissenschaftler Jean-Yves Desjardins an der Universität Montreal entwickelt. Aufbauend auf der ersten Definition sexueller Gesundheit der WHO aus dem Jahr 1975 konzipierte Desjardins das Modell als ein integriertes Konzept sexueller Entwicklung und Funktionalität (Gehrig, 2013). Der Sexocorporel ist ein körperzentriertes Modell klinischer Sexologie, das Körper und Psyche nicht getrennt voneinander betrachtet, sondern als wechselseitig aufeinander bezogen. Sexuelle Verhaltensweisen werden verstanden als Resultat lebenslanger Lernprozesse, die körperlich, emotional, kognitiv und sozial geprägt sind (Bischof, 2018).

Ein zentrales Anliegen des Modells ist die Analyse des sexuellen Erlebens. Dabei wird untersucht, wie sexuelle Erregung entsteht, welche körperlichen und emotionalen Mechanismen daran beteiligt sind und wie sie gezielt über neue Erfahrungen beeinflusst werden können. Sexuelle Verhaltensweisen gelten dabei nicht als natürlich oder gegeben, sondern als das Resultat wiederholter Lernprozesse. Das heisst, sie sind durch wiederholte individuelle Interventionen auch veränderbar. Damit wird ein aktiv gestaltender und körperbezogener Zugang zur Sexualität möglich, der nicht bei Defiziten, sondern bei vorhandenen und bereits erlernten Fähigkeiten ansetzt (Bischof 2020).

Zur Evaluation gliedert das Modell die Sexualität in vier Hauptkomponenten: eine physiologische, eine sexodynamische, eine kognitive sowie eine beziehungsbezogene Dimension (Gehrig, 2013).

Die physiologischen Komponenten umfassen die Erregungsfunktion, also das Zusammenspiel von Reflexen und durchs vegetative Nervensystem gesteuerten Körperreaktionen. Eine besondere Bedeutung kommt dem sogenannten Erregungsmodus zu, welcher sich aus Interdependenzen des Muskeltonus', der Atmung, des Rhythmus' und des Bewegungsraums ergibt. Dieser bestimmt die Erregungssteigerung und die orgastische Entladung (Bischof, 2020).

Die sexodynamischen Komponenten beschreiben das sexuelle Begehren, Fantasien, die emotionale Intensität und die Fähigkeit, sexuelle Erregung bewusst geniessen zu können. Eng damit verbunden sind auch die sexuelle Selbstsicherheit sowie das Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit (Bischof, 2020).

Die kognitiven Komponenten umfassen individuelle Überzeugungen, Werte und Denkhaltungen rund um Sexualität, die meist stark durch die persönliche Lerngeschichte und soziale Normen geprägt sind. Diese wirken sich massgeblich auf das Verhalten und auf mögliche Einschränkungen oder Potenziale im sexuellen Ausdruck aus. Auch das Wissen rund um Themen wie der sexuellen Funktionsfähigkeit, anatomische Details oder ähnliches beeinflussen, wie Sexualität wahrgenommen und gelebt wird (Gehrig, 2013).

Die beziehungsbezogenen Komponenten umfassen die Fähigkeit zur Bindung, zur Verführung, zur sexuellen Kommunikation und zur Gestaltung von Intimität (Gehrig, 2013).

Michael Sztenc (2020) hebt in seinem Buch zur embodimentorientierten Sexualtherapie hervor, dass im Unterschied zu anderen sexualtherapeutischen Ansätzen, die oft auf kognitiver Ebene operieren und sexuelle Interaktionen als Testfeld der psychischen Entwicklung begreifen, Sexocorporel die körperlich-emotionale Erfahrung in den Vordergrund rückt. Ziel ist, dass Klient*innen lernen, ihre eigene sexuelle Handlung aktiv wahrzunehmen und zu gestalten; also zu erkennen, was sie tun, wie sie es tun und inwiefern sie darauf Einfluss nehmen können (Sztenc, 2020).

Dementsprechend ist ein grundlegender therapeutischer Gedanke im Sexocorporel, dass sexuelles Verhalten durch körperzentrierte Interventionen verändert und neu gelernt werden können. Dabei werden gezielte Übungen eingesetzt, um die Körperwahrnehmung zu schulen, die Erregung zu modulieren und dadurch die

Genussfähigkeit zu steigern. Die Sexualität wird nicht nur als Mittel der Kommunikation oder Beziehung verstanden, sondern als eigenständige Fähigkeit, die über den Körper konkret erfahrbar und gestaltbar ist (Sztenc, 2020). In der Praxis wird in der Evaluation dabei häufig die Selbstbefriedigung als Ausgangspunkt zur Analyse sexueller Funktionalität betrachtet, wobei der Fokus sowohl auf deren Potenzialen als auch auf ihren Einschränkungen in der gelebten Sexualität liegt. Dabei wird nicht von Defiziten gesprochen, sondern ressourcenorientiert von individuell sinnvollen Lösungsstrategien, die unter Umständen nicht mehr zur aktuellen Lebenssituation passen. Ziel ist es, diese Strategien funktional zu verstehen und gegebenenfalls zu erweitern, so dass eine genussvolle Sexualität erlebbar ist (Bischof, 2018).

3.2 Dranghafte Sexualität im Modell Sexocorporel

Dranghafte Sexualität wird im Modell Sexocorporel nicht als Sucht, sondern als dysfunktionale Strategie der Selbstregulation betrachtet. Sie dient dazu, unangenehme affektive Zustände wie Leere, Einsamkeit, Unsicherheit oder Überforderung zu kompensieren, die oftmals aus einem Trauma resultieren. Der sexuelle Impuls steht dementsprechend oft in engem Zusammenhang mit der Regulation von körperlichen und emotionalen Spannungszuständen und nicht mit dem Wunsch nach Beziehung oder genitalem Genuss (Gehrig, 2021).

Betroffene zeigen somit eine stark emotional aufgeladene Sexualität, in der Intimität, Beziehung und Lust entkoppelt sind von der dranghaften sexuellen Handlung. Die Verhaltensweisen verlaufen häufig automatisiert, ritualisiert und unter hohem innerem Druck. Die genitale Dimension bleibt dabei meist unterentwickelt, während auf der affektiven Ebene intensive Spannungen erlebt werden. Dieses Muster wird im Sexocorporel nicht pathologisiert, sondern als Ausdruck eines gelernten, oft früh entwickelten Regulationsmusters verstanden, das über die Sexualität bzw. über die Entladung kurzfristige Entlastung ermöglicht (Gehrig, 2021). Die Handlung erfüllt jedoch nicht das ursprüngliche Bedürfnis, was eine dranghafte Wiederholung begünstigt. (Bischof, 2021).

Die betroffenen Personen zeigen also typischerweise ein Ungleichgewicht zwischen emotionaler und genitaler Erregung auf. Diese Dysbalance, die zentral zur Entwicklung dranghaften Sexualität beiträgt, zeigt sich auch in der Körpersprache von Klient*innen in der Praxis. Es ist ein Ungleichgewicht zu beobachten, das sich häufig durch eine betonte Aktivität im Oberkörper, etwa in Mimik, Atmung und

Gestik, zeigt, während Becken und Unterkörper eher dezentriert und zurückhaltend wirken (Bischof, 2021). Diese Dysbalance zwischen emotionaler Aufladung und genitaler Erregung sieht auch Bachmann (2018). Er schreibt Personen mit dranghafter Sexualität oft eine gering ausgeprägte Genitalität zu, die jedoch eine intensive emotionale Anspannung im sexuellen Kontext erleben. Dieses Ungleichgewicht, die er als eine Art Hypogenitalität bei gleichzeitiger Hyperemotionalität beschreibt, führt dazu, dass die Betroffenen stärker in die emotionale Dimension der Sexualität investieren. Die kurzfristige Erleichterung durch sexuelle Handlungen bietet jedoch keinen nachhaltigen Genuss oder ein stabiles Wohlbefinden, was zu wiederholten dranghaften sexuellen Verhaltensweisen führt (Bachmann, 2018). Dieses Ungleichgewicht wird oft durch einen engen Erregungsmodus mit starker Körperspannung, flacher Atmung und wenig Bewegungsamplituden, sowie eingeschränkten Anziehungscodes verstärkt (Bischof, 2021). Laut Michael Sztenc (2019) verbinden alle Fälle dranghafter Sexualität in seiner sexualtherapeutischen Praxis einen grossen Leidensdruck und einen Verlust von Selbstwirksamkeit. Die Betroffenen beschreiben oft, dass Sexualität zur stressregulierenden Bewältigungsstrategie geworden ist, die sie jedoch ebenso belastet und problemverstärkend ist. Nicht selten dient die sexuelle Handlung dem Versuch, unverarbeitete emotionale Zustände wie Einsamkeit, Frustration, Scham oder Wut kurzfristig zu lindern. Was ursprünglich als kreative, körperlich und psychisch entlastende Lösung fungierte, entwickelt sich zu einem sich selbst verstärkenden Kreislauf aus Anspannung, Entladung, Scham und erneutem Bedürfnis nach Erleichterung (Sztenc, 2019). Die starke emotionale Aufladung vor der Entladung ist auch in der folgenden Abbildung ersichtlich:

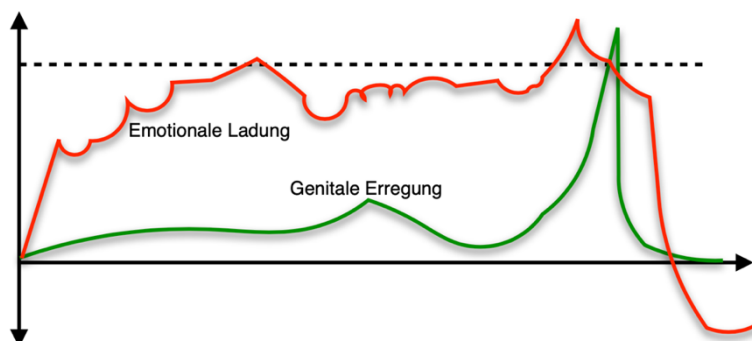


Abbildung 1: Sexodynamische Kurve und Erregungskurve. (Ziss Heft 6, 2021, S. 6).

3.3 Therapeutische Interventionen nach Sexocorporel

Die Behandlung nach Sexocorporel setzt genau an dieser Stelle an. Ziel ist es, die individuelle sexuelle Funktion zunächst zu analysieren und zu verstehen. Der sogenannte *Drangkreis*, bestehend aus Auslöser, innerem Spannungsaufbau, kognitiven Verzerrungen, affektiver Überladung und sexueller Handlung, wird gemeinsam mit dem*der Klient*in rekonstruiert.

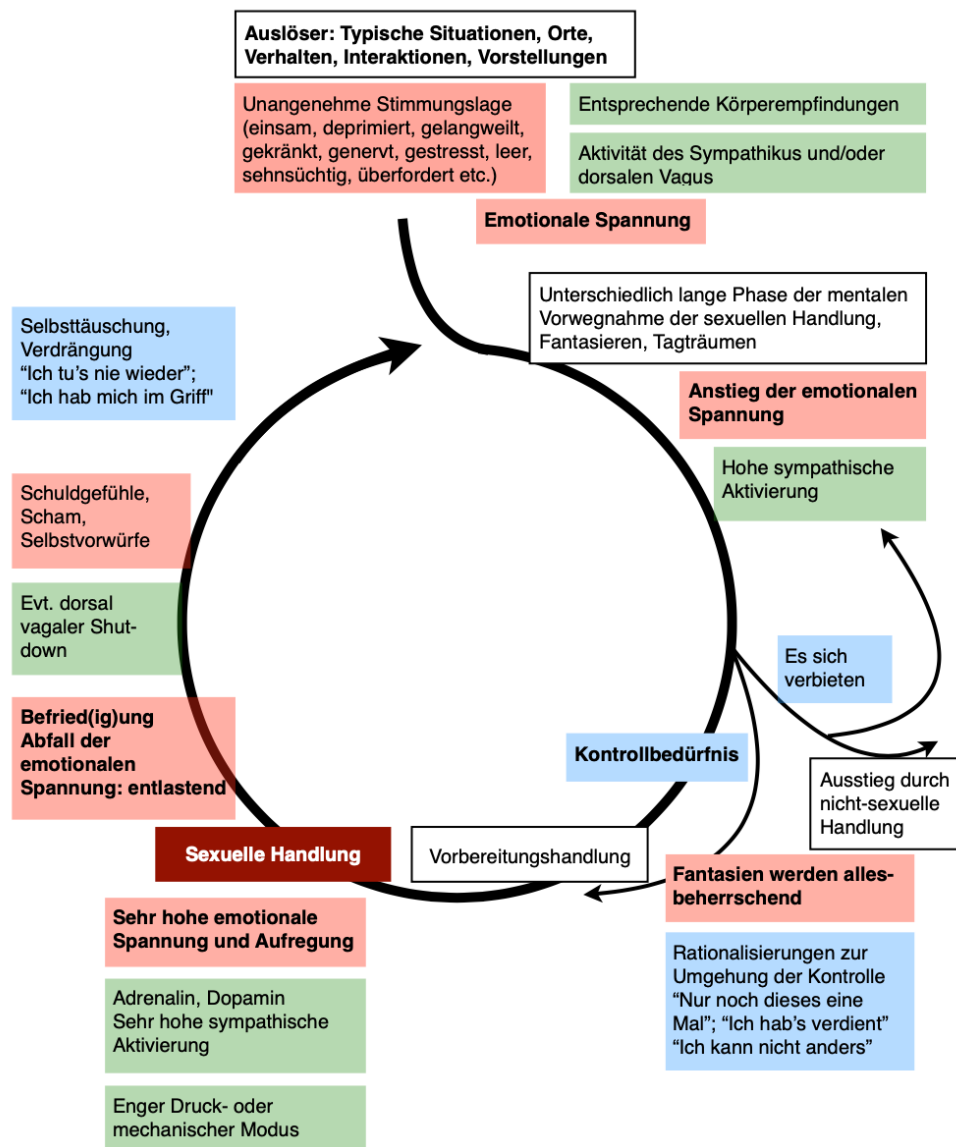


Abbildung 2: Der Drangkreis. (Ziss Heft 6, 2021, S. 12).

Durch gezielte Selbstbeobachtung können die betroffene Person und die therapeutische Fachperson typische Auslösersituationen, spezifische Körperempfindungen und kognitive Verzerrungen erkennen, die das dranghafte Muster begleiten. Erst wenn deutlich wird, welche emotionale oder körperliche

Funktionen die dranghafte Sexualität erfüllt, können in einem zweiten Schritt Veränderungsprozesse eingeleitet werden (Gehrig 2021).

Das Verstehen der eigenen sexuellen Logik ist eine zentrale Voraussetzung für weiterführende Therapieschritte. Erst durch die Reflexion der eigenen sexuellen Dynamik und des inneren Spannungsmanagements können neue Handlungsmöglichkeiten erlernt und alte Muster durchbrochen werden. Eine sexuelle Abstinenz ist demnach laut Modell Sexocorporel langfristig nicht zielführend, da sie keinen Zugang zur sexuellen Lernentwicklung ermöglicht (Bachmann, 2018). Das bestätigt auch Michael Sztenc (2019). Für ihn ist es therapeutisch sinnvoll, den Fokus nicht auf Abstinenz zu legen, sondern auf ein vertieftes Verstehen der zugrundeliegenden Muster. Erst durch die Integration emotionaler Bedürfnisse und die Entwicklung alternativer Bewältigungsstrategien kann eine nachhaltige Veränderung erfolgen mit dem Ziel, Sexualität wieder als lustvoll, verbindend und selbstbestimmt zu erleben (Sztenc, 2019). Bischof (2021) ergänzt hier noch die Zielsetzung der Transformation des Erregungsmodus hin zu einem genussorientierten Funktionieren. Rückfälle gelten als diagnostische Fenster zur Funktionslogik des Systems, nicht als Scheitern (Bischof, 2021).

Eine differenzierte therapeutische Herangehensweise im Umgang mit dranghafter Sexualität setzt, wie mehrfach belegt, zunächst eine sorgfältige Evaluation des sexuellen Musterverhaltens der betroffenen Person voraus. Um die Dynamik des Verhaltens nachvollziehen zu können, empfiehlt das Ausbildungsheft des Zürcher Instituts für Sexologie und Sexualtherapie (ZISS) eine systematische Abklärung verschiedener Einflussfaktoren. Dabei steht an erster Stelle die Klärung, ob tatsächlich ein kompulsives sexuelles Erleben vorliegt, oder ob die Zuschreibung, beispielsweise durch Partner*innen, Zuweisende oder gesellschaftliche Normen, erfolgt. Zentral ist zudem, auf welcher Grundlage die betroffene Person selbst ihr Verhalten als problematisch einstuft, welche inneren und äusseren Bewertungen dabei eine Rolle spielen und ob frühere oder gegenwärtige psychische Erkrankungen oder substanzgebundene Problematiken als komorbide Faktoren vorliegen (Bischof, 2021).

Ein weiterer diagnostischer Fokus liegt auf den kognitiven Einstellungen der Person gegenüber Sexualität. Erlebte Traumata, sexnegative Haltungen, internalisierte Scham oder moralisch bewertende Überzeugungen können zur Entstehung und Aufrechterhaltung dranghaften Verhaltens beitragen. Auch der Umgang mit Emotionen spielt eine entscheidende Rolle: Schwierigkeiten in der

Emotionswahrnehmung und -regulation, depressive Verstimmungen, erhöhte Ängstlichkeit oder eine geringe Stresstoleranz gelten als mögliche Risikofaktoren. Ergänzend ist die Körperwahrnehmung von besonderem Interesse, insbesondere, ob ein differenziertes, selbstwirksames Körpererleben vorhanden ist oder ob dissoziative Tendenzen vorliegen. Schliesslich ist das sexuelle Profil im Sinne des individuellen Erregungsmodus, der Anziehungscores und der affektiven Rahmung des sexuellen Erlebens zentral für die therapeutische Planung. Grundsätzlich sollte das Verhalten nicht vorschnell pathologisiert, sondern im Sinne eines subjektiv funktionalen Lösungsversuchs verstanden werden, der bestimmte Bedürfnisse zu regulieren versucht (Bischof, 2021). Um diese Komponenten zu evaluieren, bietet sich das Modell Sexocorporel an, das die verschiedenen Einflüsse in Wechselwirkung erfasst. Für die Evaluation von dranghafter Sexualität ist im ZISS Heft (2021) folgende Abbildung zu finden.

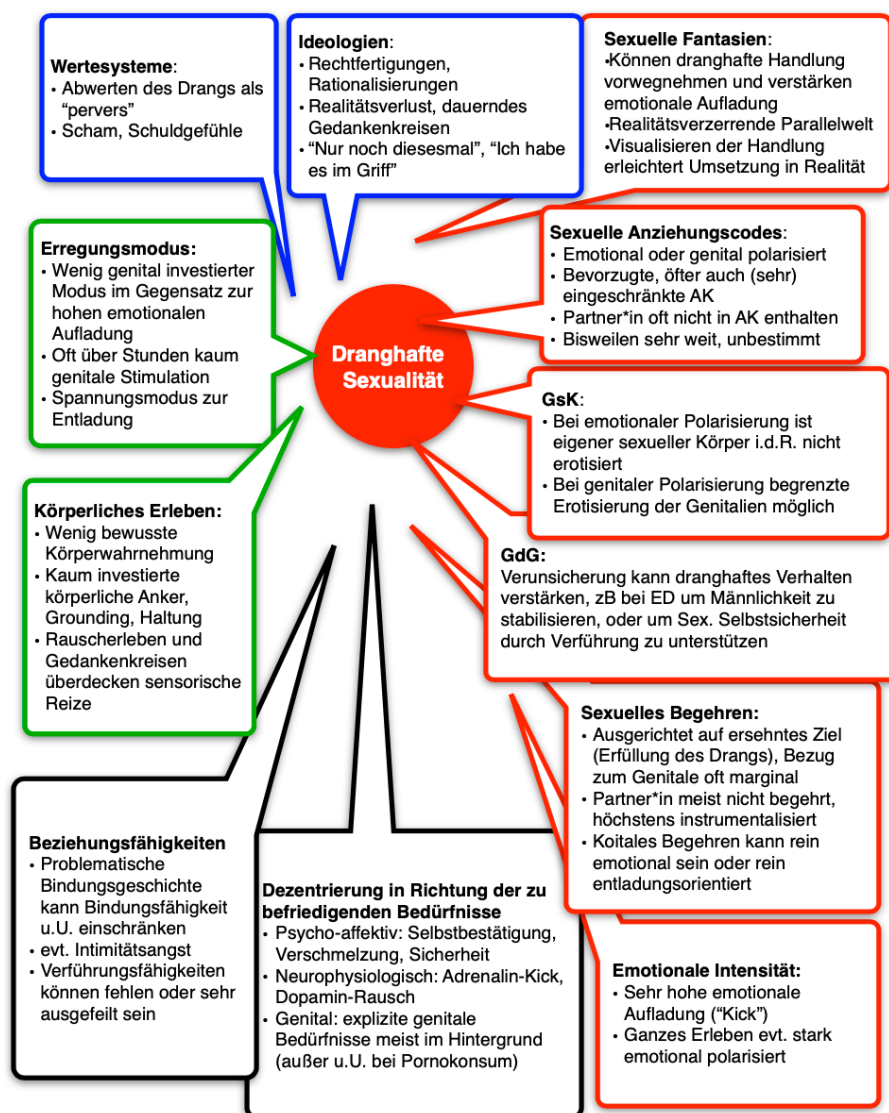


Abbildung 3: Evaluation bei dranghafter Sexualität. (Ziss Heft 6, 2021, S. 9).

Bereits zu Beginn der Therapie können körperzentrierte Übungen zur akuten Spannungsreduktion eingesetzt werden. Diese notfallbasierten Interventionen dienen dazu, unmittelbare Impulse zu entschärfen, eine hohe Emotionalität zu regulieren und typische Stationen im Drangkreis zu unterbrechen. Hierzu zählen etwa rhythmische Bewegungseinheiten oder Gehen zur sympathischen Aktivierung, bewusst eingesetzte Atemtechniken mit Fokus auf das verlängerte Ausatmen oder auch eine entlastende, nicht moralisch bewertete Selbstbefriedigung, die der kurzfristigen Entladung dient. Ziel dieser frühen Interventionen ist nicht die Kontrolle, sondern die bewusst wahrgenommene Rückgewinnung von Handlungsfähigkeit der Klient*innen (Bischof, 2021).

Ein vertiefender Schwerpunkt liegt anschliessend auf der Affektmodulation. Körperliche Übungen werden in dieser Phase gezielt eingesetzt, um die Fähigkeit zur Selbstregulation auf körperlicher Ebene zu stärken. Dabei liegt der Fokus auf der Stabilisierung des Beckenraums, der Aufrichtung des Rumpfes, einer segmental integrierten Haltung sowie der bewussten Mobilisierung des Beckens und des Beckenbodens. Atemrhythmus, Haltung und Bewegung werden in Einklang gebracht, um die physiologische Basis für eine differenzierte Erregungswahrnehmung und entsprechender Modulation zu schaffen. Diese körperlichen Erfahrungen dienen nicht nur der Regulation, sondern ermöglichen eine affektive Neuverknüpfung sexueller Erregung mit Präsenz, Kohärenz und Selbstwirksamkeit (Bischof, 2021).

Die Weiterentwicklung der genitalen Erregungsfunktion stellt innerhalb der Methode Sexocorporel ein zentrales Lernfeld dar. Sie zielt darauf ab, eine genussvolle, variantenreiche und selbstgesteuerte Sexualität zu erleben. Mittels achtsamer Berührung, dem Spiel mit Druck, Rhythmus und Geschwindigkeit, dem Fokussieren auf die Wahrnehmung des eigenen Geschlechts, sowie der Integration von Bewegung, Stimme und Atem in die Selbststimulation kann ein differenziertes Empfindungsspektrum aufgebaut werden. Im Zentrum stehen also Übungen zur Erweiterung des erlernten Erregungsmodus, zur Differenzierung der Körperwahrnehmung und zur Regulation affektiver Zustände. Statt schneller Entladung steht die Erforschung und bewusste Modulation von Erregung im Vordergrund, und statt Abstinenz wird das Ziel verfolgt, neue Formen des Genusses und der Selbststeuerung zu entwickeln (Bischof, 2021).

Das therapeutische Ziel ist folglich, von einem automatisierten, entladungsorientierten Funktionieren innerhalb der dranghaften Sexualität zu einer

lustvollen und bewusst erlebten Erotik zu gelangen. Damit verbunden ist das Potenzial, neuronale wie psychosexuelle Muster nachhaltig umzustrukturieren und Erregung nicht länger ausschliesslich mit Spannungsabbau, sondern mit genussvoller Selbstverbundenheit und Genitalität zu assoziieren (Bischof, 2021).

Parallel zur körperzentrierten Arbeit findet eine kognitive Begleitung und Reflexion statt. Dysfunktionale Überzeugungen wie etwa die Selbstzuschreibung einer *Sucht* oder die moralische Abwertung bestimmter Fantasien werden aufgegriffen und bearbeitet. Es geht darum, sexuelle Skripte und Selbstbilder zu überschreiben, normative Ideale kritisch zu hinterfragen und eine selbstbestimmte Sexualität zu etablieren.

Die Verbindung zwischen kognitiver Neubewertung und körperlicher Erfahrung kann wesentlich zur Entwicklung einer psychosexuellen Kohärenz beitragen und das Bedürfnis nach den dranghaften sexuellen Verhaltensweisen langfristig verringern (Bischof, 2021). Es ist also therapeutisch bedeutsam, dass diese neuen körperlichen Erfahrungen mit einer kognitiven Neubewertung einhergehen. Scham- und Schuldgefühle oder moralische Überzeugungen werden im Verlauf der Therapie reflektiert und transformiert. Die Sexualität wird dadurch nicht verdrängt oder kontrolliert, sondern bewusst neu gestaltet.

Peter Gehrig (2021) betont dabei, dass die sexuelle Handlung nicht das eigentliche Problem sei, sondern der dahinterstehende Versuch, ungelöste emotionale Bedürfnisse über Sexualität zu regulieren. Die Therapie muss folglich nicht auf das Verhalten zielen, sondern auf das Verstehen und Erweitern der persönlichen sexuellen Funktionalität (Gehrig, 2021).

3.4 Résumé

Die vorangegangenen Kapitel verdeutlichen, dass das Modell Sexocorporel einen integrativen, körperzentrierten Zugang in der klinischen Sexologie bietet, der auf der Annahme beruht, dass sexuelle Ausdrucksformen und Funktionsweisen lebenslang gelernt und somit veränderbar sind (Bischof, 2018; Sztenc, 2020). Körper, Psyche, Emotion und Kognition werden im Sexocorporel nicht getrennt, sondern als dynamisch aufeinander bezogene Komponenten betrachtet (Gehrig, 2013). Diese Haltung erlaubt eine ressourcenorientierte und nicht-pathologisierende Perspektive auch im Umgang mit dranghafter Sexualität.

Im Unterschied zu suchtbasierten Erklärungsmodellen wird dranghafte Sexualität im Sexocorporel als dysfunktionales, aber nachvollziehbares Muster der

Selbstregulation verstanden (Bachmann, 2018; Gehrig, 2021). Dieses Muster ist häufig durch eine emotionale Polarisierung und eine unterentwickelte Genitalität geprägt, was zu einem Ungleichgewicht zwischen affektiver Spannung und genitaler Wahrnehmung führt (Bischof, 2021). Die Sexualität wird in solchen Fällen primär zur Regulation innerer Spannungen eingesetzt und nicht zu einem bewussten Lustgewinn oder der Beziehungsgestaltung.

Therapeutisch zentral ist deshalb das vertiefte Verstehen der individuellen sexuellen Logik: Erst wenn Klientinnen nachvollziehen können, welche Rolle ihre Sexualität im eigenen System einnimmt und welche Funktionen sie erfüllt, entsteht der notwendige Raum für Veränderung (Gehrig, 2021; Sztenc, 2019). Dieser kognitive Prozess geht im Sexocorporel stets einher mit körperzentrierten Interventionen, die auf die Erweiterung des Erregungsmodus, die Schulung der Körperwahrnehmung und die Integration des eigenen Geschlechts und der eigenen Genitalität zielen. Die Klient*innen erlernen damit nicht nur neue körperliche Fähigkeiten, sondern auch eine erweiterte Selbststeuerung im Umgang mit sexuellen Impulsen (Bischof, 2021).

Besonders bedeutsam im Zusammenhang mit dranghafter Sexualität ist dabei die achtsame und urteilsfreie Begleitung durch sexualtherapeutische Fachpersonen. Gerade weil das Thema häufig mit Scham, Stigmatisierung und einem starken Leidensdruck verbunden ist, braucht es eine therapeutische Haltung, die Sicherheit, Ressourcenorientierung und Wahlfreiheit vermittelt (Bischof, 2021).

4. Arbeitsthesen und Forschungsfragen

Die vorangehenden Kapitel zum wissenschaftlichen Diskurs und zur Betrachtung der dranghaften Sexualität durch das Modell Sexocorporel bilden die Theorie für die Formulierung von Hypothesen für diese Masterarbeit. Diese werden in der qualitativen Sozialforschung mitunter gebildet werden, deren systematische Überprüfung steht jedoch gemäss Gläser und Laudel (2010) nicht im Zentrum. Vielmehr erfüllen Hypothesen im Rahmen dieser Masterarbeit eine strukturierende Funktion.

Sie dienen folglich der Reflexion bestehender Annahmen auf Grund der erarbeiteten Theorie und helfen dabei, das erhobene Wissen analytisch zu verdichten und daraus Forschungs- und Leitfragen zu formulieren. Im Sinne dieser Funktion werden nachfolgend drei Arbeitsthesen formuliert, die sich aus den Résumés aus den Kapiteln 2 und 3 dieser Arbeit ableiten lassen:

Arbeitsthese A

Die Thematik dranghafter Sexualität bei Frauen erfordert eine differenzierte, ressourcenorientierte Perspektive sowie eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung. Nur so können zentrale Themen wie Scham, Schuld und sexuelle Selbstbestimmung bearbeitet und nachhaltige Veränderungen im Sinne sexueller Gesundheit ermöglicht werden.

Arbeitsthese B

Körperzentrierte Interventionen, insbesondere jene zur Förderung der Körperwahrnehmung, zeigen ein vielversprechendes Potenzial in der Behandlung dranghafter Sexualität. Erste Erkenntnisse zur dispositionellen Achtsamkeit deuten auf deren protektive Wirkung in Bezug auf Entstehung und Aufrechterhaltung dranghafter Sexualität hin.

Arbeitsthese C

Ein zentraler Schritt in der Therapie ist das Verständnis der eigenen sexuellen Logik und der Funktion dranghafter Sexualität darin. Auf dieser Grundlage kann eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem eigenen System entstehen. Daraus abgeleitete körperzentrierte Interventionen fördern die bewusste Modulation sexueller Erregung und fördern eine selbstbestimmte, genussvolle Sexualität.

Forschungsfragen	Leitfragen	Bezug zu Arbeitsthesen
FF1: Welche Erfahrungen machen Therapeut*innen in der Begleitung von Frauen mit dranghafter Sexualität hinsichtlich Anliegen, Therapieverlauf und Veränderungsprozessen?	Mit welchen Anliegen kommen Klientinnen? Wie benennen sie es? Gibt es typische Therapieverläufe oder Lernschritte? Welche Herausforderungen oder Abbruchgründe treten auf?	a, c
FF2: Wie beeinflusst das Verständnis der individuellen sexuellen Logik und der darin verankerten Funktion der dranghaften Sexualität den therapeutischen Prozess?	Wie verändert sich der therapeutische Prozess, wenn Klientinnen beginnen, die Logik ihrer sexuellen Handlungen zu verstehen? Welche Rolle spielt das Erkennen dieser Logik für weiterführende körperzentrierte Interventionen?	a, b, c

Forschungsfragen	Leitfragen	Bezug zu Arbeitsthesen
FF3: Wie können körperzentrierte Interventionen basierend auf dem Modell Sexocorporel, bei der Behandlung dranghafter Sexualität eingesetzt werden und welchen Einfluss haben sie auf die Körperwahrnehmung der Klientinnen?	Wie ist die Körperwahrnehmung zu Beginn? Welche Interventionen werden angewandt oder mitgegeben? Wie reagieren die Klientinnen auf die Interventionen?	b, c

5. Methodisches Vorgehen und Studiendesign

Die Behandlung dranghafter Sexualität bei Frauen auf Grundlage des Modells Sexocorporel ist ein bislang kaum untersuchtes Feld. Die existierenden wissenschaftlichen Arbeiten zu Sexocorporel konzentrieren sich überwiegend auf einzelne Aspekte des Modells, während eine systematische Auseinandersetzung mit dessen Anwendung im Therapiekontext zur Behandlung dranghafter Sexualität insbesondere bei Frauen weitgehend fehlt. Entsprechend mangelt es an theoretisch und empirisch fundierten Grundlagen, die zur Entwicklung standardisierter quantitativer Erhebungsinstrumente erforderlich wären.

Eine Literaturarbeit allein würde dem praxisnahen Anspruch der vorliegenden Arbeit ebenfalls nicht gerecht.

Die folglich bisher fehlende Datenbasis führte zur Entscheidung, dass die Erhebung des empirischen Materials anhand der Durchführung von Expert*inneninterviews mit erfahrenen Therapeut*innen vollzogen wird. Diese Interviews sollen wertvolle und praxisnahe Einblicke in die Begleitung von Klientinnen mit dranghafter Sexualität geben.

Aus diesem Grund wird die qualitativ-empirische Forschungsmethode gewählt, die es ermöglicht, Erfahrungen, Sichtweisen und professionelle Einschätzungen von praktizierenden Therapeut*innen, die mit dem Modell Sexocorporel arbeiten, umfassend zu erfassen. Die qualitative Forschung ist besonders geeignet, subjektive Bedeutungsstrukturen und komplexe Phänomene in ihrem jeweiligen Kontext zu verstehen (Helfferich, 2011).

5.1 Leitfadeninterview

Im Rahmen dieser qualitativen Untersuchung stellt das Leitfadeninterview die methodisch geeignete Form der Datenerhebung dar. Diese Interviewform eignet sich hierfür besonders, da es erlaubt, ausgehend von einem thematischen roten Faden flexibel auf individuelle Aussagen einzugehen, neue Aspekte aufzugreifen oder bei Bedarf gezielt zu vertiefen (Helfferich, 2011). Durch diese dialogorientierte und zugleich strukturierte Vorgehensweise lassen sich differenzierte Einsichten in die therapeutischen Erfahrungen gewinnen.

Ein Leitfadeninterview ermöglicht es zudem, zentrale Themenbereiche anhand eines strukturierten Fragenkatalogs zu erfassen, ohne dabei den natürlichen Gesprächsfluss einzuschränken. Durch die offene Gestaltung der Fragen entsteht ein Raum, in dem die befragten Expert*innen ihre Perspektiven und Erfahrungen frei entfalten können (Helfferich, 2011).

Im Rahmen dieser Masterarbeit, die sich mit dem therapeutischen Prozess nach dem Modell Sexocorporel bei Frauen mit dranghafter Sexualität beschäftigt, ist es entscheidend, nicht nur über Fakten, sondern über gelebte Praxis und persönliche Beobachtungen zu sprechen.

Die Erstellung des Leitfadens erfolgt zur gezielten Beantwortung der Forschungsfragen der Masterarbeit und basiert auf den zugrunde liegenden Arbeitsthese. Die inhaltliche Struktur orientiert sich folglich am theoretischen Modell Sexocorporel von Jean-Yves Desjardins und überträgt sie in ein qualitatives Interviewformat zur Erhebung von Expert*innenwissen aus der Praxis.

Das Leitfadeninterview ist in vier Bereiche gegliedert. Zunächst werden grundlegende Informationen zur Person erhoben (z. B. Ausbildung, Berufserfahrung, Tätigkeitsfeld). Dies soll vor allem die Expertise und langjährige Erfahrung in der Arbeit mit dem Modell Sexocorporel belegen.

Dabei wird die Eignung des Modells Sexocorporel nicht gesondert abgefragt, sondern direkt im Kontext des therapeutischen Prozesses reflektiert, z. B. in Bezug auf eingesetzte Interventionen und beobachtete Körperwahrnehmung bei den Klientinnen. Die Befragung orientiert sich dabei an grundlegenden Annahmen des Modells zur sexuellen Funktion und zum körperzentrierten Lernen sowie an den in der Theorie beschriebenen sexuellen Lernprozessen.

Daran anschliessend folgt eine allgemeine Kontextualisierung der Thematik in der Praxis, etwa wie häufig das Thema dranghafte Sexualität auftritt, welche

geschlechtsspezifischen Unterschiede beobachtet werden, und wie Klientinnen ihr Anliegen selbst benennen.

Der letzte Aspekt des Interviews widmet sich der therapeutischen Arbeit mit Frauen mit dranghafter Sexualität und fokussiert dabei auf praktische Erfahrungen, gewählte Interventionen, beobachtete Prozesse und Wirkfaktoren. Besonderes Augenmerk liegt auf Komponenten wie Körperwahrnehmung, der Integration von Übungen sowie möglichen Hürden oder Therapieabbrüchen.

Aus forschungspraktischen Gründen sowie zur Gewährleistung einer gewissen inhaltlichen Vielfalt wurde eine Anzahl von mindestens drei Interviews angestrebt und durchgeführt. Dabei ist zu beachten, dass die gewonnenen Erkenntnisse exemplarischen Charakter haben.

5.2 Auswahl der Expert*innen

Das qualitative, semistrukturierte Interview als empirische Forschungsmethode eignet sich besonders zur vertieften Exploration fachlicher Einschätzungen und therapeutischer Erfahrungen (Mey und Mruck, 2010). Im Sinne des angestrebten Expert*inneninterviews stehen dabei nicht biografische Erzählungen im Vordergrund, sondern der professionelle Blick auf die Erfahrungen mit dem Modell Sexocorporel im Kontext der Behandlung dranghafter Sexualität bei Frauen.

Die Auswahl der Interviewpartner*innen wird bestimmt durch ihre Erfahrung mit dem Modell, einem praxisnahen Zugang der Fachpersonen und einer entsprechenden wissenschaftlichen Qualifikation derselben im Bereich der klinischen Sexologie.

Therapeut*innen, die sowohl mit dem Modell arbeiten als auch über vertiefte praktische Erfahrung in der Begleitung von Frauen mit dranghafter Sexualität verfügen, gelten in dieser Arbeit als Expert*innen im Sinne der forschungsleitenden Fragestellung. Diese Definition grenzt die Anzahl potenzieller Interviewpartner*innen ein und macht dementsprechend eine besondere Sorgfalt im Umgang mit den erhobenen Daten erforderlich. Denn der Ansatz Sexocorporel wird im deutschsprachigen Raum über wenige spezialisierte Ausbildungsinstitute, sowie über den Masterstudiengang Sexologie vermittelt. Die meisten dieser Ausbildungsangebote wurden vor weniger als 15 Jahren ins Leben gerufen.²

² Im deutschsprachigen Raum wird der Ansatz Sexocorporel insbesondere über folgende Institutionen vermittelt: das ZISS (www.ziss.ch), das ISP Zürich (www.isp-zuerich.ch), das IfES (www.institut-fuer-embodiment-und-sexologie.de) sowie das Österreichische Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapien (www.sexualpaedagogik.at). Der Masterstudiengang ist eine Kooperation zwischen der Hochschule Merseburg und dem ISP Zürich.

Zur Wahrung der Anonymität der Teilnehmenden werden daher keine näheren Angaben zu deren Ausbildungen, beruflichen Hintergründen oder Tätigkeitsfeldern gemacht. Die Transkripte wurden in enger Absprache mit den Interviewpartner*innen an sensiblen Stellen gekürzt oder bereinigt, um Rückschlüsse auf Personen oder Kontexte auszuschliessen. Bereits Angaben wie Wohn- oder Arbeitsort, berufliche Stationen ausserhalb des Sexocorporel-Kontexts oder der Zeitpunkt des Erstkontakts mit der Methode könnten Rückschlüsse auf die Identität der Befragten zulassen und wurden in der Masterarbeit nicht inkludiert.

5.3 Methodisches Vorgehen

Für die Durchführung der Interviews wurde, wie bereits erläutert, ein leitfadengestütztes Vorgehen gewählt. Der Leitfaden diente im Sinne von Mey und Mruck (2010) der Strukturierung des Erkenntnisinteresses im Vorfeld der Interviews, sowie der inhaltlichen Orientierung während der Gespräche. Ziel war es, sicherzustellen, dass alle thematisch relevanten Aspekte im Verlauf des Interviews adressiert werden. Da keine standardisierten Antwortoptionen vorgegeben wurden, handelt es sich um halbstrukturierte Interviews (Mey und Mruck, 2010).

In Anlehnung an Helfferich (2011) wurden die Leitfragen präzise und themenzentriert formuliert und kategorisiert, um eine zielgerichtete Gesprächsführung entlang der zentralen Forschungsfragen zu ermöglichen. Auf die systematische Erhebung personenbezogener Strukturdaten wurde bewusst verzichtet, um die Anonymität der befragten Expert*innen zu gewährleisten.

Die Expert*inneninterviews wurden im Zeitraum vom 02. Juni bis 11. Juni 2025 als Einzelgespräche durchgeführt. Zwei davon fanden online über Microsoft Teams statt und ein Gespräch wurde in einer Praxis vor Ort geführt. Die Dauer der Gespräche lag zwischen 30 und 50 Minuten. Sämtliche Interviews wurden als Audioaufnahmen mit der Recording-Funktion des Laptops aufgezeichnet, vollständig transkribiert und den Interviewpartner*innen zur Einsicht vorgelegt. Dieses Vorgehen diente sowohl der inhaltlichen Validierung als auch der Klärung möglicher Anonymitätsbedenken.

Die Transkription der Interviews erfolgte nach dem einfachen, inhaltlich-semanticen Transkriptionssystem von Dresing und Pehl (Dresing et al., 2024). Dieses System wurde gezielt gewählt, da es sich insbesondere für qualitative Forschungsmethoden mit einem Fokus auf inhaltlich-thematische Analysen eignet,

wie sie in der vorliegenden Masterarbeit im Rahmen von leitfadengestützten Expert*inneninterviews durchgeführt werden.

Im Gegensatz zu anderen sprachwissenschaftlich orientierten Transkriptionssystemen, die auf eine detaillierte Verschriftlichung der prosodischen Merkmale wie Intonation, Betonung oder Sprechgeschwindigkeit abzielen, legt das einfache System nach Dresing und Pehl (2024) den Schwerpunkt auf die inhaltliche Ebene der gesprochenen Sprache. Dies ermöglicht eine pragmatische, lesefreundliche Transkription, die für die Durchführung einer qualitativen Inhaltsanalyse vollkommen ausreichend ist. Ziel war es, die Bedeutung und Argumentationsstrukturen der Aussagen zu erfassen, nicht aber deren paraverbale Ausgestaltung (Dresing et al., 2024). Die Umsetzung erfolgte auf Grundlage der zentralen Basisregeln nach Dresing und Pehl (2024).

- Gesprochenes wurde wörtlich, aber in Standarddeutsch verschriftlicht, sofern möglich.
- Pausen ab etwa drei Sekunden wurden durch Auslassungspunkte „...“ markiert, ohne Klammern, um das Lesefluss nicht unnötig zu stören.
- Auf die Transkription nonverbaler oder paraverbaler Elemente wie Lachen, Seufzen oder sonstige emotionale Reaktionen wurde bewusst verzichtet, da sie für die Forschungsfrage nicht analytisch relevant waren.
- Fülllaute, Interjektionen und rezeptive Signale wurden nur dann aufgenommen, wenn sie eine eigenständige kommunikative Funktion erfüllten (z. B. bestätigendes „ja“ als Antwort).

Die Transkriptionen wurden anschliessend den jeweiligen Interviewpartner*innen zur Einsicht und Autorisierung zur Verfügung gestellt. Erst nach deren Rückmeldung und expliziter Freigabe wurden die transkribierten Daten in die weitere inhaltliche Analyse einbezogen. Dieses Vorgehen diente nicht nur der Datenvalidierung, sondern auch der ethischen Absicherung des Forschungsvorhabens im Sinne einer partizipativen Qualitätssicherung.

Für die Auswertung der Expert*inneninterviews wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp A. E. Mayring gewählt. Diese wissenschaftliche Methode ermöglicht eine strukturierte und theoriegeleitete Interpretation sprachlicher Materialien und ist besonders geeignet, wenn es darum geht, thematische Muster und wiederkehrende Aussagen im kommunikativen Kontext herauszuarbeiten (Mayring 2015). Die Grundlage bildet in diesem Fall das transkribierte Audiomaterial aus den drei leitfadengestützten Expert*inneninterviews.

Im Zentrum der Methode steht ein regelgeleitetes, nachvollziehbares Vorgehen, das durch die explizite Entwicklung und Anwendung von Kategorien Transparenz und intersubjektive Nachvollziehbarkeit gewährleistet (Mayring 2015). Für die qualitative Inhaltsanalyse wurde dementsprechend ein deduktiv strukturiertes Categoriesystem entwickelt, das sich eng an den Arbeitsthesen, den daraus abgeleiteten Forschungsfragen, sowie am erarbeiteten Interviewleitfaden orientiert.³ Die Kategorien wurden entlang zentraler thematischer Bereiche gebildet: Auftreten und Wahrnehmung dranghafter Sexualität, Anliegen und Benennung der Klientinnen, therapeutische Haltung, körperzentrierte Interventionen und Übungen für zu Hause, beobachtbare körperliche Lernschritte der Klientinnen, sowie Herausforderungen im Verlauf der Therapie. Die Kategorien wurden im weiteren Verlauf der Analyse nicht mehr induktiv angepasst, da die Gespräche entlang eines klar umrissenen Erkenntnisinteresses geführt wurden.

Das Categoriesystem wurde mithilfe von MAXQDA (24.9.1) angelegt, wobei sowohl Haupt- als auch Subkategorien erstellt und farblich codiert wurden. Es diente der systematischen Codierung der transkribierten Expert*inneninterviews. MAXQDA eignet sich für die strukturierten, qualitativen Inhaltsanalysen nach Mayring, da es sowohl deduktive als auch induktive Codierungen oder das Erstellen und Bearbeiten hierarchischer Categoriesysteme unterstützt.

Das Categoriesystem für diese Masterarbeit wurde in MAXQDA als gegliedertes Codesystem mit Ober- und Subkategorien implementiert. Dabei wurden farbliche Markierungen zur besseren Unterscheidung thematischer Cluster verwendet.

Codesystem
1. Dranghafte Sexualität (rot)
Häufigkeit & Auftretenskontexte
Geschlechtsspezifische Unterschiede
2. Anliegen in der Therapie (violett)
Benennung
Therapeutische Haltung
Therapieprozess
3. Sexocorporel in der Therapie (grün)
Körperzentrierte Interventionen
Reaktion auf Interventionen
Übungen für zu Hause
Körperwahrnehmung der Klientin
4. Verständnis der sexuellen Logik (gelb)
Erkennen der individuellen sexuellen Funktionslogik
Veränderung durch Erkenntnis
Zugang zu Selbstwirksamkeit
5. Herausforderungen & Grenzen (orange)
Therapieabbrüche
Widerstände

Abbildung 4: Codierungstabelle, MAXQDA (24.9.1).

³ Im Anhang unter 11.3 als Codierleitfaden zu finden

Die Codierung der transkribierten Interviews erfolgte in der Software abschnittsweise, wobei relevante Textsegmente markiert und den jeweiligen Kategorien zugeordnet wurden. Hier waren auch Mehrfachcodierungen durchaus möglich, wenn sich Aussagen in verschiedene Kategorien einteilen liessen. Um Zitate im Ergebnisteil nachvollziehbar zu machen, wurden sie mit Zeilenangaben versehen. Dabei bezieht sich die Zeilenangabe (Z.) auf die von MAXQDA automatisch gezählten Absätze im Transkript, nicht auf fortlaufende Textzeilen im Fliesstext.

Die Interviews wurden in MAXQDA aus Gründen der Anonymität mit den Buchstaben a), b) und c) gekennzeichnet. Die jeweiligen Zitate im Ergebnisteil sind entsprechend formatiert, beispielsweise: (Transkript b, Z. 45), was bedeutet, dass das Zitat aus dem Interview b) aus dem 45. Absatz des entsprechenden Transkripts stammt.

Diese Art der Angabe ermöglicht es, den Datenbezug transparent und regelkonform nachzuvollziehen, ohne Rückschlüsse auf die Identität der befragten Personen zuzulassen.

Ein weiterer methodisch relevanter Aspekt, der beleuchtet werden sollte, betrifft den Entstehungskontext der Daten. Alle Interviewpartner*innen waren sich darüber im Klaren, dass ihre Aussagen wissenschaftlich ausgewertet werden. Es ist daher nicht auszuschliessen, dass sich einzelne Äusserungen an einer antizipierten Rezeption im Fachkontext orientieren und somit Einflüssen sozialer Erwünschtheit unterliegen. Da sich das Ausmass eines solchen Effekts jedoch nicht valide bestimmen lässt, wurde in der Analyse von einem möglichst authentischen Kommunikationsverlauf ausgegangen.

Inhaltlich relevante Passagen, die nicht unmittelbar mit der zentralen Fragestellung verknüpft sind, aber interessante Hinweise zu angrenzenden Themenfeldern liefern, wurden bei der systematischen Auswertung ausgeklammert und im Fazit reflektiert. Dies betrifft insbesondere die letzte Frage im Interviewleitfaden, welche die Expert*innen dazu auffordert, ihre Wünsche für den Diskurs rund um dranghafte Sexualität bei Frauen zu teilen.

5.4 Datenschutz und Forschungsethik

Im Rahmen der Erhebung wurden alle Expert*innen umfassend über Art, Umfang und Zweck der Datenverarbeitung informiert. Grundlage hierfür bildete eine schriftliche Einwilligungserklärung, die vor Beginn der Interviews zur Verfügung

gestellt und elektronisch unterzeichnet wurde. Die Erklärung regelte sowohl die Audioaufzeichnung, bei zwei Teilnehmenden das SetUp über Microsoft Teams, als auch die anschliessende Transkription, Anonymisierung sowie die datenschutzkonforme Löschung der Audiodateien.

Da persönliche Interviews vor Ort (mit einer Ausnahme) nicht vorgesehen waren, wurden sämtliche Gespräche online via Microsoft Teams durchgeführt. Die Audiodateien wurden unmittelbar nach Abschluss der Interviews lokal gespeichert. Zur Gewährleistung der Anonymität erfolgte die Benennung der Dateien ausschliesslich anhand von Datum und Uhrzeit, sodass keine Rückschlüsse auf die Identität der Befragten möglich waren. Nach Abschluss der Transkription wurden sämtliche Aufnahmen gelöscht. Es verbleiben ausschliesslich die anonymisierten Transkripte als Grundlage für die qualitative Inhaltsanalyse.

Es wurde zudem sichergestellt, dass sämtliche identifizierenden Informationen, insbesondere Namen, Organisationsbezüge oder berufsbezogene Kontexte, unter Verschluss bleiben und nicht in der Masterarbeit integriert werden. In Abstimmung mit den befragten Personen wurden Textstellen, die eine potenzielle Re-Identifikation ermöglichen könnten, entfernt oder redaktionell überarbeitet. Die vorgenommenen Änderungen wurden dabei nicht kenntlich gemacht, um die Anonymität nicht zu gefährden.

Zudem wurden die Interviewpartner*innen über die geltende Datenschutzordnung der Hochschule Merseburg sowie über ihre Rechte im Rahmen der Datennutzung informiert.

In einem Einzelfall wurde ein Interview in der Praxis einer befragten Person durchgeführt. Die Aufzeichnung erfolgte dort mittels eines iPhones ohne SIM-Karte und ebenso auf Grund der räumlichen Distanz zu der Fachperson mit der Recording-Funktion des Laptops. Auch diese Dateien wurde unmittelbar nach dem Gespräch verschlüsselt gespeichert und gemäss den übrigen Interviews weiterverarbeitet.

Die datenschutzrechtlichen Anforderungen wie die Informationspflicht, das Lösungsgebot und die Verpflichtung zur Wahrung des Datengeheimnisses wurden somit vollumfänglich berücksichtigt (Helfferich, 2011).

Aus forschungsethischer Perspektive ist hervorzuheben, dass sich die Interviews ausschliesslich auf die berufliche Praxis der teilnehmenden Expert*innen bezogen. Die Gespräche behandelten keine sensiblen oder persönlichen Inhalte. Alle Teilnehmenden waren volljährig und wurden vorab über den freiwilligen Charakter

ihrer Teilnahme, ihre Widerrufsrechte sowie die geplante Datenverarbeitung transparent aufgeklärt. Die Anonymisierung der Transkripte erfolgte sorgfältig und vollständig. Vor diesem Hintergrund bestehen aus ethischer Sicht keine Einwände gegen die Durchführung und weitere Nutzung des erhobenen Materials im Rahmen der Interviews.

5.5 Einsatz von KI

Im Rahmen dieser Masterarbeit wurde das KI-Tool ChatGPT (Version Jan 2025) von OpenAI ausschliesslich zur sprachlichen Überarbeitung und stilistischen Verbesserung eigener, selbst verfasster Textpassagen verwendet. Die inhaltliche Recherche sowie die fachliche Argumentation wurden eigenständig und ohne KI-Unterstützung erarbeitet.

Die Nutzung von ChatGPT diene somit der Optimierung der Ausdrucksweise und der sprachlichen Klarheit, nicht jedoch der Generierung fachlicher Inhalte. Sämtliche durch die KI überarbeiteten Textstellen wurden anschliessend sorgfältig geprüft und gegebenenfalls angepasst, um inhaltliche Richtigkeit und wissenschaftlichen Standards zu gewährleisten.

Die Nutzung von ChatGPT wurde in Übereinstimmung mit den Richtlinien zur wissenschaftlichen Praxis sowie den Vorgaben der Hochschule offengelegt.

6. Ergebnisse

6.1 Anliegen und Ausgangslage der Klientinnen

Die befragten Expert*innen berichten, dass Klientinnen ohne Überweisung einer Fachperson aus dem Bereich oder Psychotherapie selten mit dem expliziten Anliegen einer dranghaften Sexualität in die Beratung kommen. Häufig treten bei den Klientinnen zunächst andere Themen in den Vordergrund, etwa Lustlosigkeit, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Vaginismus oder die Verarbeitung übergriffiger Erfahrungen. Erst im weiteren Verlauf des therapeutischen Prozesses rückt das Thema der Dranghaftigkeit in den Fokus. Eine Fachperson schildert hierzu:

„Nee, habe ich es nur einmal erlebt, dass jemand sich gemeldet hat mit dem Anliegen dranghafter Sexualität und sonst war es nicht wirklich... oder ist dann erst im Verlauf der Therapie aufgetaucht, dass da eine Dranghaftigkeit auch Thema ist“ (Transkript a, Z 22).

Im Gespräch mit den Therapeut*innen wurde deutlich, dass dranghafte Sexualität bei Frauen häufig in Verbindung mit anderen psychischen Belastungen und Diagnosen steht. So erklärte eine Fachperson:

„Und auch bei Frauen ist es [...] häufig gekoppelt kombiniert mit einer Borderline Diagnostik. Wenn sie merken, jetzt wird es irgendwie gefährlich für ihre Gesundheit oder sie bringen sich in risikoreiche Kontakte, [...] sie gehen mit Fremden mit, sie schützen sich nicht mehr in der Sexualität“ (Transkript b, Z 12).

Darüber hinaus berichteten die Fachpersonen, dass traumatische Erfahrungen in der Biografie vieler Klientinnen eine zentrale Rolle spielen, welche das dranghafte Verhalten zusätzlich begünstigen können. Diese Traumata wirken sich nicht nur auf das Selbstbild und die emotionale Regulation aus, sondern führen auch zu Verhaltensmustern, die die Betroffenen in belastende oder gefährliche Situationen bringen. Eine Fachperson beschreibt eine Klientin wie folgt:

„Eigentlich hatte sie Panik und sie hat das übersetzt, indem sie alles sexualisiert. Also das war ihre Hauptstrategie, um die Panik zu überwinden. Die Angst zu überwinden. Angst wieder traumatisiert zu werden.“ (Transkript c, Z 114).

Die Therapeut*innen betonen deshalb die Notwendigkeit, dranghafte Sexualität im Kontext dieser komplexen psychosozialen Zusammenhänge zu verstehen und wenn nötig in Co-Therapien mit anderen spezifisch ausgebildeten Fachpersonen zu arbeiten. Oftmals finden Co-Therapien statt, bei denen etwa eine Traumatherapeut*in mit einer Sexualtherapeut*in kooperiert: *„Was ich erlebt habe, dass der Traumatherapeut die Klientin schicken für den Teil und dann läuft das parallel“* (Transkript c, Z 54).

Auch die Formulierungen, mit denen Betroffene über ihr Anliegen sprechen, variieren. Während Männer direkt mit der Selbstdiagnose der Sex- oder Pornosucht erscheinen, zeigt sich bei Frauen ein anderes Bild. Sie scheinen Begriffe wie *Sexsucht* weniger zu verwenden. In manchen Fällen würden Frauen etwa ausdrücken, dass sie ihr Verhalten als nicht kontrollierbar oder beziehungsgefährdend erleben. Es werden Aussagen getätigt, die von den Fachpersonen wie folgt zitiert werden: *„Ich habe es nicht im Griff“*, *„es überwältigt mich“* oder *„es zerstört meine Beziehung“* (Transkript c, Z 40). Auch wird das dranghafte Verhalten in der Regel lange verheimlicht: *„Frauen empfinden häufig mehr Scham und verbergen ihr Verhalten lang aus der Angst vor Verurteilung“* (Transkript c, Z 22).

Ein Interview zeigt, dass Frauen, die das Thema dennoch direkt als Anliegen benennen, dies oft in einem Kontext tun, in dem sie sich verstanden und sicher fühlen. Der offene Umgang des*der Therapeu*tin und die Benennung des Themas auf der Webseite oder in Medienpublikationen werden hier als förderliche Faktoren genannt: *„Wenn sie zu anderen Therapeuten gehen, sind sie vielleicht vorsichtiger, tasten zuerst ab [...]. Und bei mir ist so offensichtlich. Sie benennen es ganz klar“* (Transkript c, Z 38).

Insgesamt wird von allen Befragten betont, dass zur Zeit dranghafte Sexualität als Eingangsanliegen bei männlichen Klienten deutlich häufiger formuliert wird und auch als Anliegen in der Praxis vorkommt. Bei zwei Expert*innen erscheine dieses Thema bei Frauen vergleichsweise seltener bis nie.

Gleichzeitig gibt es Hinweise darauf, dass schon ein subjektiv als ungewöhnlich stark empfundenen sexuelles Verlangen bei Frauen verunsichernd wirken kann. Eine Fachperson erklärt, dass regelmässige oder intensive sexuelle Lust bei weiblichen Klientinnen bereits die Sorge auslöst, dass mit ihnen etwas nicht stimmt. Daraus ergibt sich eine Normalisierungsarbeit, die oft Teil der Beratung sei: *„Es scheint immer noch so zu sein, dass [...] Männer dürfen Lust haben und wenn Frauen Lust haben, dann ist irgendetwas komisch“* (Transkript b, Z 6).

Neben der Selbstverurteilung sei auch Scham ein zentrales Thema und bei Frauen in besonderem Ausmass. Während Männer beispielsweise bei Pornografiekonsum eher relativierende Haltungen zeigen, wie *„machen ja alle“*, sei bei Frauen die Scham besonders ausgeprägt: *„Scham ist da noch mal in einer anderen Dimension“* (Transkript a, Z 84). Dies erfordert laut den Fachpersonen, eine angemessene Balance in der Beziehungsgestaltung zu finden, um die Schamgefühle nicht zu verstärken. So beschreibt ein*e Expert*in die Notwendigkeit, weder zu nahe noch zu distanziert zu sein, da beides kontraproduktiv sein kann:

„Nicht zu nah und nicht zu weit... Nicht zu positiv, eher unterstützend, denn das erzeugt wieder Scham paradoxerweise. Und auch nicht zu weit weg, weil das auch wieder Scham erzeugt. Das ist eigentlich die ganze Kunst, das zu regulieren“ (Transkript c, Z 102).

Die Zuschreibungen, die Klientinnen sich selbst gegenüber formulieren, weisen ebenfalls auf geschlechtsspezifische Differenzen hin. Während Männer in der Beratung häufiger von Sucht oder Kontrollverlust sprechen, berichten Fachpersonen, dass Frauen sich eher als grundsätzlich fehlerhaft oder beschädigt erleben. Aussagen wie *„Ich bin kaputt“* oder *„Ich bin nicht normal“* stehen

exemplarisch dafür (Transkript a, Z 68; Transkript b, Z 16). Eine Fachperson vermutet, dass die weibliche Sexualität gesellschaftlich weniger Raum zur Entfaltung hatte und häufig nach wie vor als nicht normal empfunden werde: *„Dass die weibliche Lust gar nicht so sein durfte, dass das schon oft als nicht normal angesehen wurde und häufig auch noch wird“* (Transkript a, Z 88).

6.2 Das Verständnis der Logik des Systems

Ein zentrales Thema, das sich durch die Aussagen der interviewten Fachpersonen zieht, ist die Bedeutung des Verständnisses der sexuellen Logik der Klientinnen als bedeutsamer Schritt im therapeutischen Prozess. Die Expert*innen berichten übereinstimmend, dass sich durch ein vertieftes Verstehen des eigenen Erlebens eine Veränderung in der Haltung der Klientinnen zu sich selbst einstellen kann. Diese betreffen insbesondere das Selbstbild sowie das Erleben von Scham, Schuld und Fremdbestimmung: *„du hast es selbst in der Hand, was zu tun oder nicht zu tun“* (Transkript b, Z 18).

Ein häufig wiederkehrendes Element ist die Entlastung, die mit dem Verstehen der sexuellen Logik einhergeht. Die Fachpersonen beschreiben, dass sich viele Klientinnen zunächst stark mit Zuschreibungen wie *„ich bin nicht normal“*, *„ich bin kaputt“* oder *„ich bin gestört“* identifizieren (Transkript c, Z 40; Transkript a, Z 68; Transkript b, Z 16). Das therapeutische Ziel bestehe darin, *„zu sehen wie kann ich da überhaupt eine Verantwortung übernehmen, wie kann ich da mitbestimmen oder nachher selbst bestimmen“* (Transkript a, Z 86). Der therapeutische Fokus liegt folglich auf der Förderung der differenzierten Körperwahrnehmung und der Vermittlung eines subjektiv sinnhaften Erklärungsmodells, welche Rolle die dranghafte Sexualität im Leben der Klientinnen erfüllt.

Das Verständnis der sexuellen Logik wird dabei als ein Mittel beschrieben, um den Eindruck von Fremdbestimmung aufzulösen. Besonders im Kontext dranghafter Verhaltensweisen erleben die Betroffenen laut den Fachpersonen häufig ein Gefühl des *„es macht mit mir“* (Transkript a, Z 110). Eine Fachperson beschreibt den therapeutischen Wendepunkt in der Erkenntnis: *„Ah, ich kann was machen, ich kann über den Körper mein Erleben und auch meine Entscheidung beeinflussen“* (Transkript a, Z 52). Diese neue Perspektive und kognitive Erfassung sei allerdings nicht automatisch integriert, sondern erfordere einen längeren Prozess der Aneignung und des Erlebens.

Im Rahmen dieses Prozesses wird die psychoedukative Vermittlung von körperlichen und psychischen Zusammenhängen durch die Expert*innen als zentral erachtet. Sexocorporel bietet nach Einschätzung einer Fachperson eine geeignete Grundlage, um „*die meisten Sachen überhaupt zu verstehen*“ (Transkript b, Z 20), insbesondere im Hinblick auf die Wechselwirkung zwischen innerem Druck, körperlicher Anspannung und sexueller Funktion. So beschreibt eine Fachperson:

„Und wenn man dort wirklich auch sich die Zeit nehmen kann, eben nicht, «du musst es eben doch anders machen», sondern «das macht in den Fall Sinn», wir müssen nur verstehen, warum. «Warum macht dein Körper so viel Spannung?», «was möchte der nicht fühlen?», «was möchte der nicht erleben?», «warum wählt der jetzt genau so ein dranghaftes System sehr gut oder sehr gerne?»“ (Transkript b, Z 26).

In der Therapie werde aufgezeigt, dass ein Zusammenhang bestehe zwischen innerem und äusserem Druck, dem autonomen Nervensystem sowie der Wahrnehmung des Körpers. Bei den Klientinnen werden zudem häufig ein hoher Muskeltonus beobachtet, begleitet von flacher Atmung und geringen Bewegungsamplituden. Diese somatischen Merkmale stehen laut einer Fachperson im Zusammenhang mit dem Versuch, etwas innerlich zurückzuhalten oder zu kontrollieren:

„Und oftmals ist es wirklich auch sichtbar. Also n hoher Muskeltonus, [...] also auch oft [...] wenig Bewegungsspielraum, also kleine Bewegungsamplitude, dass auch die Atmung meistens flach ist und alles, was mit dieser hohen Spannung einhergeht. Und das macht für mich ja auch Sinn, weil sie halten etwas, sie versuchen etwas zu halten und da ist, [...] was immer sie als dranghaft erleben ein Ausweg das mal kurz zu lösen“ (Transkript a, Z 84).

Die dranghafte Sexualität erscheine dann als eine Art Entladung oder Ausweg aus dem erlebten Drangkreis. Ziel ist, dass die Klientin nachvollziehen kann, wie die Logik ihres Systems funktioniert. Dabei wird betont: „*verstehen ist nur der Trostpreis*“ (Transkript a, Z 58), doch über dieses Verstehen entsteht „*ein Zugang, ja eine Bereitschaft für alle möglichen Interventionen*“ (Transkript a, Z 58). Interventionen, die für die Klientin keinen Sinn ergeben, werden von ihr auch nicht in ihrem Alltag integriert.

Eine weitere wesentliche Erkenntnis betrifft die Rolle von Langsamkeit und Präsenz als Gegenpole zu der oft erlebten Ungeduld der Klientinnen mit dranghafter Sexualität. In diesem Zusammenhang wird die Haltung „*weniger ist mehr*“ betont (Transkript b, Z 22), mit dem Fokus darauf, „*langsamer zu werden, weniger zu tun*,

mehr im Moment zu bleiben und die Körperwahrnehmung zu stärken“ (Transkript b, Z 22). Denn gerade zu Beginn der Therapie sei die Körperwahrnehmung bei vielen Klientinnen oft wenig ausgeprägt, da diese sich häufig in einem Überlebensmodus mit hoher innerer Spannung befänden: *„Also zum Teil wird es gar nicht wahrgenommen, oder es ist immer so bei ihnen... Aber sie wissen nicht wieso, oder dass das mit Emotionen zu tun hat“* (Transkript c, Z 88).

Durch das vertiefte Verständnis der sexuellen Logik kommt es nach Aussage der Fachpersonen zu einer Entlastung im Erleben der Betroffenen. Dies zeigt sich beispielsweise in einer veränderten Haltung gegenüber sich selbst: Scham- und Schuldgefühle werden relativiert, und das Verhalten wird nicht mehr ausschliesslich defizitär bewertet. Eine Fachperson formuliert dies wie folgt: *„Es wird dann nicht so irrational und komisch, sondern es wird immer logischer und von dem her auch berechenbarer“* (Transkript b, Z 28). Die therapeutische Vermittlung dieser Logik zielt somit auf eine Veränderung im Selbstverständnis und auf eine Reorganisation des inneren Bezugssystems der Klientinnen ab.

Die Auseinandersetzung mit der sexuellen Logik beinhaltet zudem eine entpathologisierende Perspektive auf dranghaftes Verhalten. Die Fachpersonen betonen mehrfach, dass dranghafte Sexualität häufig nicht vordergründig mit Lust oder Genitalität zu tun habe, sondern mit anderen zugrunde liegenden Bedürfnissen, was jedoch nicht gewertet werden sollte: *„Es geht häufiger um andere Bedürfnisse. Heisst aber nicht, es ist falsch“* (Transkript b, Z 44). Diese Haltung spiegelt den ressourcenorientierten Ansatz des Sexocorporel wider, der das individuelle Erleben, als nachvollziehbar und funktional im jeweiligen System anerkennt. Entsprechend wird auch therapeutisch nicht mit einer Schablone gearbeitet, sondern mit dem Ziel, gemeinsam mit der Klientin die individuelle Funktionalität ihres Verhaltens zu verstehen: *„Was holt sie ab? Und warum holt sie das ab? Und kann sie es beeinflussen und kann sie es steuern?“* (Transkript b, Z 46).

Zentral ist laut den Expert*innen in diesem Zusammenhang die Berücksichtigung von Scham als einen Motor, der häufig schon in frühkindlichen Erfahrungen von Ablehnung wurzelt. Scham wird beschrieben als internalisierte Botschaft aus der Kindheit *„Ah, ich bin falsch“* (Transkript c, Z 36). Dranghafte Sexualität kann dabei als eine Art Bewältigungsstrategie verstanden werden, die jedoch oft selbst erneut Scham produziert. Die Therapie setzt daher einen wichtigen Fokus auf die

Bearbeitung von Scham, die als „häufig schwieriger zu bearbeiten als Schuld“ beschrieben wird (Transkript c, Z 36).

6.3 Körperzentrierte Interventionen nach dem Modell Sexocorporel

In der Begleitung von Frauen mit dranghafter Sexualität bilden nach übereinstimmenden Aussagen der befragten Fachpersonen körperliche Interventionen einen wesentlichen Bestandteil des therapeutischen Vorgehens.

Besonders betont wird dabei die Bedeutung von Präsenz- und Achtsamkeitsübungen als Grundlage der therapeutischen Arbeit. Präsenz gilt als Voraussetzung für Selbstwahrnehmung und für die emotionale Regulation und wird von einer Fachperson als „das A und O bei allen“ Interventionen beschrieben (Transkript c, Z 64).

Zur direkten Bewältigung dranghafter Impulse wird ein sogenannter Notfallkoffer eingesetzt, der verschiedene körperliche Aktivierungstechniken umfasst. Diese Massnahmen dienen dazu, „*auszusteigen, bevor sie nachher drinnen sind, also gar nicht erst einzusteigen in den Kreislauf*“ (Transkript a, Z 68). Dazu zählen etwa Treppensteigen, kaltes Duschen oder sensorische Reize, wie „*in was Scharfes reinbeissen oder in was Saures, Zitrone oder Chili*“ (Transkript a, Z 70). Diese Techniken wirken aktivierend auf das Nervensystem und sollen den gewohnten Kreislauf durchbrechen. Ein wichtiger Bestandteil des Notfallkoffers ist zudem die Selbstbefriedigung, da „*alles schon so aufgeladen und verknüpft mit ... Sexualität*“ (Transkript a, Z 72) sei und es oft sinnvoll sei, zunächst eine „*körperliche sexuelle Entladung*“ (Transkript a, Z 72) zu ermöglichen.

Viele Klient*innen sind in einem sogenannten archaischen Modus, einem Erregungsmodus der von starker Körperspannung, flacher Atmung und wenig Bewegungsamplituden gekennzeichnet ist. Hier ist ein hilfreicher Ansatzpunkt: „*Alles was in Richtung archaisch... archaischer Modus macht Sinn, sich zu entspannen, loszulassen, zu atmen, sich gut zu gucken*“ (Transkript b, Z 36).

Die Therapie umfasst zudem den Ausbau der Körperwahrnehmung. Wahrnehmungsübungen werden in den Alltag integriert, beispielsweise

„Was nehmen sie wahr? Nehmen sie Wind, Regen, Sonne wahr? Eben Wasser – gerade beim Duschen ist das gut. Wie ist das Gefühl, wenn sie sich einseifen oder auch sich eincremen?“ (Transkript a, Z 80).

Diese Übungen unterstützen den Prozess, *„ein Bewusstsein hinzubekommen“* und ermöglichen es den Klientinnen (Transkript a, Z 80), ihre Körpersprache neu zu erlernen und ihre Wahrnehmung zu erweitern. Auch die Atmung wird genutzt, um den Körper bewusster wahrzunehmen und sich als mehr als nur Kopf zu erleben: *„Mein Körper besteht nicht nur aus Kopf“* (Transkript a, Z 80).

Präsenzübungen, welche die körperliche Wahrnehmung und das Gleichgewicht fördern, sind ein weiterer wichtiger Bestandteil. Spezielle Geräte wie ein Tuningboard erzeugen *„automatisch kleine Bewegungen“*, die die Klientin in *„Präsenz“* und *„Wahrnehmung“* halten (Transkript c, Z 78). Dadurch wird Dissoziation verhindert und die Rückkehr in den gegenwärtigen Moment unterstützt. Das Ziel wird generisch beschrieben als *„das Gleichgewicht und sich wieder aufrichten“* (Transkript c, Z 78).

Im Umgang mit Widerständen ist das Bewusstwerden von Grenzen zentral. Die Klientin wird darin bestärkt, dass es legitim ist, Grenzen zu setzen, indem ihr vermittelt wird, dass *„ein Nein absolut adäquat ist“* (Transkript a, Z 42). Gleichzeitig wird die hohe Körperspannung der Klientinnen nicht als Problem, sondern als Schutzmechanismus verstanden. Es wird nach den Gründen gefragt: *„Warum macht dein Körper so viel Spannung?“*, *„Was möchte der nicht fühlen?“*, und *„wozu dient die Spannung?“* (Transkript b, Z 26). Ein vorschnelles Auflösen oder Abwerten der Körperspannung könne Ressourcen entziehen, die die Klientin zur Bewältigung anderer Belastungen benötigt: *„Es gibt ja einen Grund dafür“* (Transkript b, Z 26).

Die Körperwahrnehmung der Klientinnen ist zu Beginn der Therapie oft durch ein Leben im Überlebensmodus stark eingeschränkt. In Extremfällen äussert sich dies in schmerzhaften Verhaltensweisen, die zur Entladung eingesetzt werden, wobei die Schmerzempfindung nicht mehr wahrgenommen wird. So wird berichtet, dass eine Klientin *„die Nippel stimulieren musste, um entladen zu können“* und diese *„immer blutig“* waren, weil *„die Körperwahrnehmung nirgends“* vorhanden war (Transkript a, Z 76-78). Die körperlichen Interventionen zielen folglich darauf ab, die Fähigkeit zu fördern, körperliche Signale wahrzunehmen, Erregung zu modulieren und emotionale Spannungen zu regulieren.

Ein besonderer Fokus liegt auf der Wahrnehmung von Becken und Rücken. Die Reduktion von peripheren Bewegungen, welche zur Emotionsregulation dienen, soll dazu führen, *„mehr in die Ruhe zu kommen“*, da *„das Zappeln hilft nicht“* (Transkript c, Z 84). Die Klientin soll lernen, innerlich ruhig zu werden und mehr Präsenz im Körper zu erleben.

Ein bewusster und achtsamer Umgang mit der individuellen Körperwahrnehmung und deren Grenzen ist zentral für eine nachhaltige Regulation und die Möglichkeit, neue Lernschritte in die eigene Sexualität zu integrieren. Im therapeutischen Prozess wird dabei auf die körperliche Präsenz geachtet, wobei die Klientinnen dazu angeleitet werden, ihre Haltung und Spannungen wahrzunehmen. So wird beispielsweise gefragt: *„Wie wäre es jetzt, wenn das Becken oder der Rücken mehr wahrgenommen wird? Und mehr in die Ruhe zu kommen“* (Transkript c, Z 84). Diese Fokussierung auf den Körper und die Präsenz soll die Verankerung im eigenen Erleben stärken und eine bewusste Modulierung der eigenen Erregung ermöglichen.

Im Fokus stehen einfache, aber gezielt eingesetzte Übungen zur Körperwahrnehmung. Genannt werden von den Expert*innen unter anderem das bewusste Spüren der Füße am Boden, das Wahrnehmen der Sitzhocker oder des Rückens an der Lehne. Auch der Einsatz von Objekten zur Förderung sensorischer Erfahrung wird thematisiert, etwa durch *„eine Rolle am Rücken, damit sie Präsenz wahrnehmen“* (Transkript c, Z 66). Ergänzend erfolgt die Aktivierung der anderen Sinne durch Fragen zur Raumwahrnehmung, zum Beispiel: *„Was sehen sie im Raum? Sind sie orientiert im Raum? Was hören sie?“* (Transkript c, Z 66). Diese Übungen sollen die Orientierung im Hier und Jetzt stärken und den Körper als Ressource erlebbar machen.

Bemerkenswert ist, dass diese Interventionen von den Klientinnen ausschliesslich positiv aufgenommen werden. Trotz ihres zunächst nicht unmittelbar sexualitätsbezogenen Charakters wird ihr Bezug zur Thematik erkannt, da, wie eine Fachperson formuliert *„Sinnlichkeit immer mit Sexualität zu tun“* habe (Transkript c, Z 68).

Die Fachpersonen betonen, dass die Arbeit mit Präsenzübungen nicht nach einem festen Schema erfolgt, sondern individuell auf das Verständnis und die Möglichkeiten der Klientinnen abgestimmt wird. Ausgangspunkt sind dabei stets die konkreten Erfahrungen der Betroffenen. Es wird darauf geachtet, nicht theoretisch vorzugehen, sondern *„aus der Erfahrung heraus Theorie zu bilden“* (Transkript c, Z 60). In der Praxis zeigt sich dies in einem dialogischen Vorgehen, bei dem Beobachtungen rückgemeldet und gemeinsam reflektiert werden: *„Ich sehe das und das, nehme das wahr. Und was macht das mit Ihnen?“* (Transkript c, Z 86). Dadurch wird eine Verknüpfung zwischen körperlichem Erleben und Emotionen hergestellt.

Insbesondere bei zusätzlichen Belastungen wie ADHS seien angepasste Übungen erforderlich. In solchen Fällen reichen einfache Entspannungsübungen häufig nicht aus, stattdessen wird mit stärkeren Reizen, veränderten Positionen oder konkreten Objekten gearbeitet, etwa im Sitzen oder im Liegen. Diese differenzierte Herangehensweise berücksichtigt individuelle Präsenzfähigkeiten und unterstützt die Klientinnen darin, einen Zugang zu ihrem Erleben zu finden.

Im therapeutischen Verlauf lassen sich laut den Fachpersonen häufig subtile, aber bedeutsame Veränderungen beobachten. Diese manifestieren sich in veränderter Körperhaltung, ruhigerer Atmung oder gesteigerter Selbstwahrnehmung. Solche Veränderungen werden gezielt angesprochen, um sie im Bewusstsein der Klientinnen zu verankern: *„Sie brauchen Erfolgserlebnisse, aber nicht irgendwelche erfundenen, sondern was beobachtbar ist von aussen“* (Transkript c, Z 90).

Die Methode Sexocorporel wird zwar als hilfreich für die Entwicklung von erotischer Kompetenz und körperlicher Selbstwahrnehmung beschrieben, reicht jedoch nach Ansicht der Fachpersonen allein nicht aus, um dranghafte Sexualität zu behandeln: *„Aber mit Sexocorporel kann man nicht dranghafte Sexualität behandeln“* (Transkript c, Z 48). Vielmehr braucht es, insbesondere bei komplexeren Problemstellungen, eine Kombination mit psychotherapeutischen oder traumatherapeutischen Ansätzen. In einfachen Fällen, etwa bei Personen mit einem problematischen Konsumverhalten, das bspw. primär durch Pornografiekonsum geformt wurde, kann Sexocorporel unter Umständen als alleinige Methode genügen. In der Regel aber wird betont, wie wichtig ein integrativer Ansatz ist.

6.4 Therapeutische Entwicklungsverläufe und Prozessdynamik

Die therapeutische Arbeit mit Menschen, die unter dranghafter Sexualität leiden, verläuft selten linear. Die befragten Fachpersonen betonen, dass der Prozess häufig von Rückfällen, Stagnationsphasen und langsamen Lernschritten geprägt ist. Eine durchgängige Herausforderung besteht in der Notwendigkeit zur Geduld, sowohl auf Seiten der Klientinnen als auch der Therapeut*innen. Besonders in der Anfangsphase der Therapie steht zunächst die Linderung des Leidensdrucks im Vordergrund und das Verstehen der eigenen Problematik.

Die Weiterentwicklung zu einer selbstbestimmten, genussvollen Sexualität erweist sich als besonders anspruchsvoll. Diese Veränderung verlangt eine tiefgreifende Auseinandersetzung mit eigenen Mustern und ist oft von ambivalenten Gefühlen begleitet. Wie eine Fachperson es formulierte:

„Wegzukommen von einer dranghaften Sexualität zu einer lustvollen Sexualität das sind Welten. Das geht immer über eine Phase von Hochs und Tiefs von Ambivalenzen von «Ey, was ist denn das jetzt?». Das klickt einfach nicht so“ (Transkript a, Z 96).

Die Umstellung ist nicht nur kognitiv, sondern auch emotional und körperlich herausfordernd, da vertraute, wenn auch dysfunktionale Erregungsmuster aufgegeben werden müssen, ohne dass bereits ein befriedigender Ersatz zur Verfügung steht.

Ein schulbuchmässiges Vorgehen wird von manchen Fachpersonen kritisch gesehen. Statt rein theoretischer Modelle steht das konkrete Erleben im Vordergrund. Ziel ist es, dass Klientinnen über eigene Erfahrungen zu einem tieferen Verständnis ihrer Problematik gelangen: *„Nicht von der Theorie ausgehen, sondern von der Erfahrung. Aus der Erfahrung heraus Theorie bilden“* (Transkript c, Z 60). Wenn mit Sexocorporel gearbeitet wird, sei es wichtig, dass Therapeut*innen klar strukturieren, welche Lernschritte anstehen und warum und dass auch die Klientinnen dies nachvollziehen können.

Ein zentrales Problem, das in den Interviews mehrfach angesprochen wurde, ist die Ungeduld vieler Klientinnen. Der Wunsch nach einem schnellen Quick Fix steht im Kontrast zur Realität der therapeutischen Arbeit: *„Das Thema Quick Fix. Es muss vorwärts gehen. Es muss schnell gehen“* (Transkript b, Z 32). Diese Ungeduld kann den therapeutischen Prozess gefährden und wird häufig als ein Grund für Therapieabbrüche genannt. Deshalb wird es als bedeutsam angesehen, dass Therapeut*innen selbst Ruhe ausstrahlen und Geduld modellhaft vorleben: *„Es ist unglaublich, wie eine grosse Wirkung, dass man auch auf Gegenüber hat, wenn man eben selber quasi gechillt ist und in einer Ruhe ist“* (Transkript b, Z 32).

Ein zentrales Ziel im therapeutischen Prozess ist es, das Aushalten von langsamen Fortschritten zu stärken. Eine Fachperson bringt es auf den Punkt:

„Wahrscheinlich wird die grösste Herausforderung überhaupt in der Therapie zu bleiben und auszuhalten, dass es langsamer oder in kleineren Schritten vorwärts geht, wie erwartet“ (Transkript b, Z 34).

Rückfälle werden von den Fachpersonen nicht als Scheitern interpretiert, sondern als integraler Bestandteil des Entwicklungsprozesses. Sie plädieren für eine selbstmitfühlende Haltung: *„Dieses Arbeiten mit dem Bewusstsein, dass Rückfälle*

sein können und da eben auch einen liebevollen Blick auf sich selbst zu haben“ (Transkript a, Z 116).

Ein wesentliches Element der therapeutischen Veränderung besteht darin, neue körperlich-emotionale Erfahrungen zu machen und diese zu verkörpern. Die Fachpersonen betonen die Bedeutung der körperlichen Dimension: *„Das ganze System, das ja erinnert [...] und drum geht es für mich in der gelungenen Therapie auch immer darum, etwas anderes aufzubauen... was denn stattdessen“* (Transkript a, Z 94). Der Körper ist dabei der Ausgangspunkt, weil das Gehirn lernen muss, andere Reize als lustvoll zu bewerten. Dies ist ein Prozess, der viel Wiederholung und Zeit braucht. Nicht selten wird dabei zunächst eine Phase von emotionaler Neutralität durchlaufen, die mitunter als unangenehm erlebt wird: *„Im Idealfall ist das eine Phase von Neutralität. Manchmal auch noch komisch und unangenehm“* (Transkript a, Z 94).

Die Interviews zeigten ebenfalls, dass viele Prozesse, die sich bei den Klientinnen entwickeln, für Therapeut*innen nicht oder nur begrenzt nachvollziehbar sind. Eine Aussage reflektiert diese Begrenztheit sehr anschaulich:

„Ganz viel kriegen wir ja nicht mit. [...] Und manchmal kommen Leute nach zehn Jahren zurück und sagen ›ja, wissen Sie, damals ist meine Katze gestorben‹ [...] Und dabei hat es gar nichts mit dem eigentlichen zu tun...“ (Transkript b, Z 36).

Damit wird verdeutlicht, dass nicht immer ein erkennbares therapeutisches Scheitern vorliegt; äussere Lebensereignisse können ebenso ausschlaggebend für Therapieabbrüche oder -unterbrüche sein.

7. Diskussion

7.1 Beantwortung der Forschungsfragen

In den folgenden Unterkapiteln werden die, in dieser Masterarbeit formulierten Forschungsfragen, systematisch anhand der gewonnenen Ergebnisse reflektiert und beantwortet. Ziel ist es, die Erkenntnisse aus den Interviews in Beziehung zu den theoretischen Grundlagen und den formulierten Arbeitsthese zu setzen.

Die Diskussion ist dabei in drei Unterkapitel gegliedert, die jeweils einer Forschungsfrage gewidmet sind. Zunächst wird untersucht, welche Erfahrungen Therapeut*innen in der Begleitung von Frauen mit dranghafter Sexualität hinsichtlich deren Anliegen, dem Therapieverlauf und den Veränderungsprozessen machen (FF1). Darauf aufbauend wird betrachtet, wie sich das Verständnis der

individuellen sexuellen Logik und der Funktion der dranghaften Sexualität auf den therapeutischen Prozess auswirkt (FF2). Abschliessend widmet sich die Arbeit der Rolle körperzentrierter Interventionen im Rahmen des Modells Sexocorporel und deren Einfluss auf die Körperwahrnehmung der Klientinnen (FF3).

Durch diese strukturierte Auseinandersetzung soll ein ganzheitliches Bild entstehen, das die komplexen Zusammenhänge im therapeutischen Umgang mit dranghafter Sexualität bei Frauen besser nachvollziehbar macht und praktische Implikationen für die therapeutische Arbeit ableitet.

7.1.1 Erfahrungen von Fachpersonen im Therapieprozess

Die Auswertung der Interviews zeigt, dass das Thema dranghafter Sexualität bei weiblichen Klientinnen nur selten als explizites Eingangsanliegen in der Beratung auftaucht. Anders als bei männlichen Klienten, die teilweise mit einer klaren Selbstdiagnose wie *Sexsucht* oder *Pornografiesucht* auftreten, äussern Frauen ihre Schwierigkeiten häufig erst später im Prozess oder unter anderen Begrifflichkeiten. Die Dranghaftigkeit als solche wird oftmals erst im Verlauf des therapeutischen Prozesses deutlich, wenn ein Vertrauensverhältnis aufgebaut ist und ein sicherer Raum besteht.

Auffällig ist, dass viele Frauen ihr sexuelles Erleben nicht mit normativen Begriffen wie *Sucht* belegen, sondern es vielmehr als überwältigend, unkontrollierbar und dabei sehr persönlich beschreiben. Aussagen wie „Ich habe es nicht im Griff“ oder „es zerstört meine Beziehung“ deuten auf ein hohes Mass an Leidensdruck hin, das jedoch oft mit starker Scham, Selbstverurteilung und einem diffusen Gefühl von nicht normal zu sein, einhergeht. Der Begriff der *Sucht* zeigt auch eine gewisse Zugehörigkeit zu Menschen, die dieser Sucht verfallen sind. Bei den Frauen sind die Aussagen jedoch sehr ich-bezogen, als wären sie alleine damit. Nicht Teil eines weitverbreiteten Phänomens à la «ist mir auch passiert». Vielmehr ist dies Ausdruck eines internalisierten Schamgefühls, das suggeriert, dass die Ursache bei einem selbst liegt. Dieses Gefühl der Isolation und Selbstverantwortung verstärkt die Stigmatisierung und erschwert den offenen Umgang mit der Thematik, sowohl in der Gesellschaft als auch im therapeutischen Kontext.

Die Interviewaussagen legen nahe, dass gesellschaftliche Normvorstellungen über weibliche Sexualität, etwa die Vorstellung, dass Lust bei Frauen in einem engeren Rahmen stattfinden darf, erheblich zur Verunsicherung beitragen. Eine zentrale

Aufgabe in der therapeutischen Arbeit besteht daher in der Normalisierung sexueller Bedürfnisse und der Entlastung von moralisch aufgeladenen Zuschreibungen.

Die therapeutischen Prozesse verlaufen nach Aussage der Fachpersonen selten linear. Vielmehr sind sie durch Ambivalenz, Rückfälle und langsame Fortschritte gekennzeichnet. Zu Beginn steht meist das Verstehen der eigenen Problematik und die Reduktion des akuten Leidensdrucks im Vordergrund. Die Entwicklung hin zu einer selbstbestimmten, lustvollen Sexualität stellt einen tiefgreifenden Prozess dar, der nicht nur kognitive, sondern auch emotionale und körperliche Veränderungen erfordert. Viele Klientinnen erleben diese Umstellung als herausfordernd, insbesondere weil sie vertraute, wenn auch dysfunktionale Erregungsmuster aufgeben müssen, ohne dass sofort ein adäquater Ersatz verfügbar ist. Die Phase der Neuorientierung ist häufig begleitet von unbefriedigender Neutralität, Irritation oder Frustration. Es erscheint zentral, dies mit der Klientin zu besprechen, so dass sie diese Emotionen einordnen kann. In dieser Phase kann es ebenso zu Rückfällen kommen, um diese aufkommenden aversiven Emotionen zu regulieren. Rückfälle werden im Prozess nicht als Scheitern, sondern als integraler Bestandteil des Lernprozesses verstanden und entsprechend gespiegelt.

Ein zentrales Hindernis im therapeutischen Prozess stellt die weitverbreitete Erwartung eines schnellen Fortschritts, dem sogenannten Quick Fix, dar. Diese Ungeduld kollidiert mit der tatsächlichen Langsamkeit und Komplexität von Veränderung und kann zu vorzeitigen Therapieabbrüchen führen. Die Fachpersonen betonen daher die Bedeutung einer therapeutischen Haltung, die Geduld, Ruhe und Selbstmitgefühl vermittelt, sowohl modellhaft durch die Therapeut*innen selbst, als auch in der Begleitung der Klientinnen.

Ein weiterer wiederkehrender Befund betrifft die hohe emotionale Bedeutung von Scham. Diese wirkt sich in besonderem Mass hemmend auf den therapeutischen Zugang aus und stellt eine häufige Ursache für Abbrüche dar. Die Angst vor Verurteilung oder Beschämung durch die Fachperson kann dazu führen, dass das Vertrauen nicht aufrechterhalten wird. Die Gestaltung einer tragfähigen, sicheren therapeutischen Beziehung ist daher essenziell, um einen Raum zu schaffen, in dem auch unangenehme Gefühle Platz finden dürfen. Nur so kann der anhaltende Schamkreis, in dem sich die Klientinnen befinden, durchbrochen werden. Vor diesem Hintergrund erhält auch eine Erkenntnis aus der quantitativen Forschung, die in der Theorie erwähnt wurde, besonderes Gewicht: Laut Böthe et al. (2023) nehmen nur 13,7% der Personen aus der diagnostizierten Risikogruppe

therapeutische Unterstützung in Anspruch, während über 30% aufgrund von Barrieren wie finanziellen Hürden oder der Angst vor Stigmatisierung gänzlich auf professionelle Hilfe verzichten (Böthe et al., 2023). Das bedeutet, dass Frauen, die dennoch den Schritt in eine Therapie wagen, bereits eine grosse Hürde überwunden haben. Die therapeutische Haltung muss dieser ersten Überwindung gerecht werden, indem sie nicht nur Verständnis signalisiert, sondern aktiv einen Raum schafft, in dem das Thema Scham angesprochen und verarbeitet werden kann. Dies unterstreicht die Verantwortung der Fachpersonen, mit besonderer Achtsamkeit auf nonverbale Signale zu reagieren und die Gesprächsführung so zu gestalten, dass sich Klientinnen gesehen und nicht bewertet fühlen.

Diese sensible Balance in der therapeutischen Haltung erfordert eine kontinuierliche Feinjustierung des Nähe-Distanz-Verhältnisses. Wie in den Expert*inneninterviews deutlich wird, besteht die Herausforderung darin, weder zu nah noch zu distanziert zu agieren, denn beides kann paradoxerweise Scham verstärken und den therapeutischen Prozess gefährden. Eine zu stark unterstützende Haltung kann von Klientinnen, die unter Scham leiden, als bedrängend empfunden werden, während zu viel Distanz als Ablehnung oder Gleichgültigkeit erlebt werden kann. Somit ist es eine zentrale Aufgabe der Therapeut*innen, die subtilen Signale der Klientinnen wahrzunehmen und die Beziehung so zu gestalten, dass Sicherheit und Vertrauen entstehen, ohne Überforderung oder Rückzug zu provozieren. Dieses dynamische Regulieren von Nähe und Unterstützung bildet die Grundlage für eine tragfähige therapeutische Beziehung, die notwendig ist, um Schamgefühle zu überwinden und nachhaltige Veränderungsprozesse zu ermöglichen. Hier ist sicherlich eine regelmässige Super- und Intravision als Therapeut*in zentral.

Die Integration traumatherapeutischer Elemente sowie die Zusammenarbeit mit weiteren Fachpersonen wird als notwendig erachtet, um den komplexen Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden. Körperzentrierte Methoden wie Sexocorporel können dabei wichtige Impulse geben, reichen jedoch in komplexeren Fällen nicht aus. Vielmehr ist ein integrativer Ansatz gefragt, der körperzentrierte, psychotherapeutische und gegebenenfalls traumatherapeutische Perspektiven vereint. Ein entsprechendes Netzwerk ist für jede Sexualtherapeut*in, die mit dringhaften Klientinnen arbeitet, eine wichtige Ressource.

Diese Notwendigkeit eines breiteren therapeutischen Zugangs spiegelt sich auch in theoretischen Erkenntnissen zu Komorbiditäten wider. Die vorhandenen Studien stammen meist aus dem Kontext stationärer Suchtbehandlungen und weisen auf

Zusammenhänge zwischen Symptomen einer Zwangsstörung des sexuellen Verhaltens (ZSVS) und Persönlichkeitsmerkmalen wie Impulsivität, Psychopathie, ADHS, Zwangsstörungen, pathologischem Kaufen, sexuellen Funktionsstörungen und sexuellen Traumatisierungen in der Kindheit hin (Kowalewska et al., 2020). Ebenso wird eine Korrelation von psychotherapeutischen Anliegen wie Kindheitstraumata oder Bindungsstörungen im Zusammenhang mit dranghafter Sexualität bei Frauen beobachtet (Brem et al., 2018). Diese Befunde verdeutlichen, dass dranghafte Sexualität nicht isoliert betrachtet werden darf. Die therapeutische Begleitung muss diesem Umstand Rechnung tragen, sowohl methodisch in Co-Therapien mit anderen Expert*innen aus unterschiedlichen Fachrichtungen als auch in der Haltung gegenüber den Klientinnen.

7.1.2 Einfluss des Verständnisses zur sexuellen Logik

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass das Verständnis der eigenen sexuellen Logik einen zentralen Stellenwert im Modell Sexocorporel, ebenso wie im therapeutischen Prozess bei dranghafter Sexualität einnimmt. Dieses Verstehen ermöglicht einen Perspektivwechsel der Klientin: weg von einer defizitorientierten und schambesetzten Sichtweise hin zu einer Haltung, die das eigene Verhalten als nachvollziehbar, funktional und im System logisch eingebettet erkennt. Die interviewten Fachpersonen beschreiben, dass sich dadurch häufig eine spürbare Entlastung bei den Klientinnen einstellt. Negative Selbstzuschreibungen verlieren an Macht, wenn die Klientinnen beginnen zu verstehen, welche Logik ihrem Verhalten zugrunde liegt.

Diese Erkenntnis stellt zugleich eine bedeutsame Ressource im therapeutischen Prozess dar. Indem sexuelle Verhaltensweisen als Ausdruck eines körperlichen und emotionalen Lernprozesses verstanden werden, können sie aus der Pathologisierung herausgelöst und als sinnvolle Strategien innerhalb eines individuellen Systems anerkannt werden. Der Blick richtet sich damit nicht mehr vorrangig auf die Abweichung vom *Normalen*, sondern auf das, was diese Verhaltensweisen leisten, etwa im Bereich des Spannungsabbaus, der Emotionsregulation oder der kurzfristigen Beruhigung. Die Sichtweise der Klientin wird dadurch weniger defizitorientiert, sondern öffnet sich einem konstruktiven, entwicklungsorientierten Verständnis von Sexualität, das Veränderung und Erweiterung ermöglicht, wie sie in Sexocorporel verankert sind.

Dieser Verstehensprozess trägt ebenso dazu bei, das Gefühl von Fremdbestimmung zu reduzieren. Gerade im Kontext dranghafter Sexualität erleben viele Klientinnen einen starken Kontrollverlust oder den Eindruck, das eigene Verhalten passiere einfach. Das Erkennen der eigenen inneren Logik kann diesen Eindruck auflösen und das Erleben von Einflussnahme und Selbststeuerung fördern. Dies ist oftmals ein möglicher Wendepunkt im therapeutischen Prozess. Allerdings betonen die Fachpersonen, dass es sich dabei nicht mit einer schnellen Einsicht gelöst ist, sondern um einen längeren Aneignungsprozess, in dem die Klientin die neue Perspektive nicht nur versteht, sondern auch erlebend integriert. Im therapeutischen Vorgehen wird dabei grosser Wert auf eine differenzierte Vermittlung der Zusammenhänge zwischen innerem Druck, körperlicher Anspannung und den sexuellen Verhaltensweisen gelegt. Die geschilderten Erfahrungen zeigen, dass die Klientinnen häufig in einem Zustand hoher innerer Anspannung leben, der sich auch körperlich ausdrückt, etwa durch Muskelanspannung oder flache Atmung. Die dranghafte Sexualität erscheint in diesem Zusammenhang nicht als Fehlverhalten, sondern als ein Versuch, mit dieser Spannung umzugehen oder eine kurzfristige Entlastung zu finden.

Ein zentrales Ziel besteht darin, dass die Klientinnen nachvollziehen können, wie ihr System funktioniert. Dabei wird das Verständnis der sexuellen Logik nicht als abschliessende Lösung, sondern als Ausgangspunkt für weitere therapeutische Schritte verstanden. Interventionen, die für die Klientinnen keinen Sinn ergeben, werden von ihnen kaum angenommen oder umgesetzt. Das subjektive Verstehen wird somit zur Voraussetzung für Veränderung und Mitgestaltung.

Diese Sichtweise deckt sich mit dem Ansatz des Sexocorporel, wie ihn Michael Sztenc (2020) beschreibt: Im Unterschied zu sexualtherapeutischen Verfahren, die vorwiegend auf kognitiver Ebene operieren und Sexualität als Ausdruck psychischer Dynamiken deuten, stellt Sexocorporel die körperlichen Erfahrungen ins Zentrum. Ziel ist es, dass Klient*innen lernen, ihre sexuelle Handlung bewusst wahrzunehmen und aktiv zu gestalten, also zu erkennen, *was* sie tun, *wie* sie es tun und *wie* sie darauf Einfluss nehmen können. Dieses verkörperte Verstehen stärkt nicht nur die Selbstwirksamkeit, sondern schafft die Grundlage für einen differenzierten, ressourcenorientierten Lernprozess im therapeutischen Setting (Sztenc, 2020).

In diesem Sinne fungiert das Erkennen der individuellen Logik auch als Hebel für körperzentrierte Interventionen: erst wenn die Klientinnen den Zusammenhang

zwischen ihrer bisherigen sexuellen Reaktionsweise und den körperlichen, emotionalen sowie kognitiven Mustern begreifen, entsteht die Bereitschaft, sich auf neue Erfahrungen einzulassen. Das Gefühl, aktiv an der Veränderung mitwirken zu können, stärkt die erlebte Selbstwirksamkeit der Klientinnen im therapeutischen Prozess und legt den Grundstein für die Verkörperung neuer Lernschritte.

Die Anerkennung und Wertschätzung der gelernten Verhaltensweisen, verstanden als funktionale Muster im eigenen System, werden von den Expert*innen als hilfreich beschrieben, um Schuld- und Schamgefühle bei den Klientinnen zu reduzieren. Diese therapeutische Haltung betont die Bedeutung der Selbstregulation der Therapeut*innen selbst, die durch eigene Zentrierung und Gelassenheit verhindern, dass sie den Druck an die Klientinnen weitergeben oder diesen in Wechselwirkung übernehmen.

Deutlich wird auch, dass die therapeutische Haltung eine zentrale Rolle spielt. Die Fachpersonen betonen die Bedeutung von Langsamkeit, Präsenz und Achtsamkeit, insbesondere im Kontrast zur Ungeduld oder zum Handlungsdruck, mit dem viele Klientinnen in die Therapie kommen. Eine Haltung des „weniger ist mehr“ soll helfen, das Tempo zu reduzieren, den Moment bewusster zu erleben und die Wahrnehmung des eigenen Körpers zu stärken. Dies wird nicht nur als methodischer Zugang verstanden, sondern auch als eine Form der Beziehungsgestaltung, in der Raum entsteht für Akzeptanz, Selbstmitgefühl und Neuorientierung.

Die therapeutische Arbeit mit Schamgefühlen wird in diesem Zusammenhang als besonders herausfordernd beschrieben. Scham wird als tief sitzende Emotion verstanden, die häufig bereits in frühen Lebensphasen durch Erfahrungen von Ablehnung oder Beschämung verankert ist. In vielen Fällen erscheint die dranghafte Sexualität als Bewältigungsstrategie, die paradoxerweise wiederum neue Scham auslöst. Die Auseinandersetzung mit der sexuellen Logik eröffnet hier einen neuen Zugang: Anstelle moralischer oder defizitärer Bewertungen tritt ein verstehender, mitfühlender Blick auf das eigene Verhalten als Lösungsstrategie.

7.1.3 Die Rolle von körperzentrierten Interventionen

Im therapeutischen Umgang mit dranghafter Sexualität nehmen körperzentrierte Interventionen eine zentrale Stellung ein. Die Fachpersonen heben hervor, dass Präsenzübungen als grundlegende Basis der Therapie gelten, da sie die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und emotionalen Regulation fördern. Dies sind zentrale

Kompetenzen, die bei den betroffenen Klientinnen häufig beeinträchtigt sind. Diese Übungen ermöglichen es, den oft vorherrschenden Überlebensmodus mit hoher innerer Anspannung zu durchbrechen und einen bewussten Zugang zum eigenen Körper herzustellen.

Besonders eindrücklich ist die Rolle körperlicher Aktivierungsübungen, die als Notfallkoffer dienen, um dranghafte Impulse zu unterbrechen, bevor sie in einen dysfunktionalen Kreislauf münden. Diese Massnahmen wirken aktivierend aufs Nervensystem und sind bewusst nicht achtsam oder beruhigend gestaltet, sondern zielen auf eine unmittelbare körperlich-sensorische Ablenkung ab. Hier zeigt sich eine pragmatische und lebensnahe Intervention, die es den Klientinnen erlaubt, Kontrolle zurückzugewinnen, ohne sich in theoretischen Reflexionen zu verlieren.

Parallel zur Impulsbewältigung fördern Wahrnehmungsübungen die Erweiterung der Körperwahrnehmung im Alltag, was eine fundamentale Voraussetzung für die Regulation von Spannungen und Emotionen darstellt. Diese Übungen, etwa das bewusste Spüren von Berührungen oder das Wahrnehmen von Umweltreizen, helfen dabei, den Körper als lebendigen und sinnlichen Ort neu zu entdecken.

Bewegung dient hierbei sowohl der Aktivierung als auch der Regulation von Spannung und Emotionen. Während schnelle, aktivierende Übungen helfen, den Drang zu unterbrechen, werden langsamere Übungen genutzt, um das Körperbewusstsein und die Haltung zu verbessern. Atmung wird als wichtiger Zugang genutzt, um die körperliche Wahrnehmung zu intensivieren und emotionale Spannungen zu regulieren.

Ergänzend dazu zeigt sich in der Theorie, dass dispositionelle Achtsamkeit eine potenziell schützende Rolle in Bezug auf dranghafte sexuelle Verhaltensweisen bei Frauen einnimmt. Studien deuten darauf hin, dass Frauen mit einer höheren Achtsamkeitshaltung weniger dazu neigen, belastende Emotionen über Sexualität zu regulieren. Achtsamkeit kann somit nicht nur präventiv wirken, sondern auch im therapeutischen Prozess eine wertvolle Ressource darstellen, etwa durch die Förderung eines nicht-wertenden, gegenwartsbezogenen Gewahrseins, das impulsives Verhalten abmildern kann (Brem et al., 2018, Brem et al., 2019).

Die therapeutische Haltung gegenüber hoher Körperspannung ist sehr differenziert: Statt diese als blosses Symptom zu pathologisieren, wird sie als Schutzmechanismus und Ausdruck innerer Dynamik verstanden. Dieser ressourcenorientierte Zugang reflektiert einen respektvollen Umgang mit dem Körper, der die komplexen Funktionen von Spannung anerkennt und vorschnelles

Auflösen vermeidet, um nicht kostbare Anpassungsressourcen zu verlieren. Dies entspricht den theoretischen Grundlagen des Sexocorporel.

Besondere Beachtung findet die Neubewertung der Beziehung zur eigenen Sexualität und der damit verbundenen Scham. Körperzentrierte Interventionen ermöglichen es, eine körperliche Präsenz zu erfahren, die einen stabilisierenden Anker im Erleben im Hier und Jetzt schafft und eine neue, weniger belastete Selbstwahrnehmung fördert. So wird eine Integration von Sexualität als natürlichem und lustvollen Teil des Selbst möglich. Die ist eine wichtige Voraussetzung, um Schamgefühle zu mildern und Selbstakzeptanz zu stärken.

Die Individualisierung der Interventionen spiegelt das Prinzip wider, dass Therapie im Dialog mit der Klientin entsteht. Die Verbindung von körperlichen Interventionen und emotionaler Reflexion wird durch kontinuierliche Rückmeldungen und gemeinsame Beobachtungen gewährleistet. Dieses Vorgehen begünstigt eine nachhaltige Veränderung, da es nicht bei abstrakten Theorien bleibt, sondern an konkreten, erfahrbaren Momenten ansetzt.

Gerade bei Komorbiditäten wie ADHS wird deutlich, dass körperzentrierte Interventionen flexibel und kreativ angepasst werden müssen, um Präsenzfähigkeit und Regulation zu fördern. Die wahrnehmbaren Veränderungen in Haltung, Atmung und Selbstwahrnehmung werden als Erfolgserlebnisse genutzt, die das Vertrauen in die eigene Wirksamkeit stärken.

Ein weiterer bedeutsamer Aspekt betrifft den Übergang von der akuten Drangregulation hin zur Entwicklung einer gesunden, selbstbestimmten Sexualität. Die Ergebnisse zeigen, dass der therapeutische Prozess nicht mit der Reduktion dranghaften Verhaltens endet, vielmehr beginnt hier eine neue, oftmals herausfordernde Phase. Denn sobald die unmittelbare Dringlichkeit nachlässt, entsteht nicht automatisch eine alternative, lustvolle Form von Sexualität. Neue körperlich-emotionale Erfahrungen müssen erst aufgebaut, wiederholt und positiv abgespeichert werden, damit sie als stimmig und genussvoll erlebt werden können. Dieser Übergang erfordert Geduld, Frustrationstoleranz und die Bereitschaft, sich auf einen längeren Lernprozess einzulassen. Therapeut*innen beschreiben dies als besonders sensible Phase, in der es nicht mehr allein um Symptomreduktion geht, sondern um die aktive Gestaltung eines neuen sexuellen Erlebens.

Zugleich zeigt sich, dass Klientinnen in dieser Phase häufig von ergänzenden Angeboten profitieren, etwa durch Gruppenformate oder weiterführende Kurse, in denen neue Erfahrungen in einem sicheren und nicht-wertenden Rahmen vertieft

werden können. Die therapeutische Begleitung bleibt auch hier zentral, um Orientierung, Stabilität und Reflexion zu ermöglichen. Entscheidend ist, dass die Abwesenheit des Drangs nicht als therapeutisches Endziel verstanden wird, sondern als Beginn eines aktiven Umgestaltungsprozesses hin zu einer selbstwirksamen, lustvollen Sexualität.

7.2 Ausblick auf Weiterentwicklung des Projekts

Die vorliegenden Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung körperzentrierter Ansätze und das Verständnis der sexuellen Logik als zentrale Faktoren im therapeutischen Umgang mit dranghafter Sexualität. Für die Weiterentwicklung des Projekts ergeben sich daraus mehrere konkrete Perspektiven und Potenziale.

Ein vielversprechender nächster Schritt wäre die Entwicklung einer umfassenden Sammlung an Präsenz- und Wahrnehmungsübungen, die sowohl als therapeutische Mittel, als auch als Bestandteil eines Notfallschalters für Klientinnen dienen können. Solch ein Instrumentarium könnte auf die individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten der Betroffenen abgestimmt sein und so die Selbstregulation in akuten Situationen unterstützen. Eine systematische Zusammenstellung und praktische Aufbereitung dieser Übungen, ergänzt durch klare Anleitungen und Erklärungen, würde die Zugänglichkeit und den Transfer in den Alltag erleichtern.

Darüber hinaus erscheint eine Erweiterung der empirischen Basis durch weitere Interviews mit Fachpersonen aus unterschiedlichen therapeutischen Disziplinen sinnvoll. Dies würde nicht nur die Vielfalt therapeutischer Zugänge zum Thema dranghafte Sexualität besser abbilden, sondern auch innovative Methoden und Erfahrungen einfließen lassen, die bislang möglicherweise noch nicht im Fokus standen. Insbesondere könnten Expert*innen aus angrenzenden Bereichen wie Traumatherapie oder Psychotherapie wertvolle Impulse liefern.

Ergänzend bieten sich qualitative Fallstudien an, die den therapeutischen Prozess und die Wirkung körperzentrierter Interventionen über längere Zeiträume dokumentieren. Dies würde ein vertieftes Verständnis für individuelle Veränderungsdynamiken ermöglichen und die Praxisrelevanz der entwickelten Konzepte weiter stärken.

Zudem könnten digitale Formate zur Unterstützung der Klientinnen entwickelt werden. Neben der Begleitung durch Präsenz- und Achtsamkeitsübungen könnten solche digitalen Tools auch Funktionen zum Festhalten von Emotionen oder zur Führung eines persönlichen Tagebuchs bieten. Dies würde Klientinnen

ermöglichen, ihre eigene sexuelle Logik noch bewusster zu erfassen und zu reflektieren, wodurch Selbstverständnis und Selbstwirksamkeit gefördert werden könnten. Solche Formate bieten eine niedrigschwellige, flexible Möglichkeit, therapeutische Prozesse über die Sitzungen hinaus zu unterstützen.

Nicht zuletzt wäre eine verstärkte Vernetzung und Austauschplattform für Fachpersonen denkbar, um Wissen, Erfahrungen und Ressourcen zum Thema dranghafte Sexualität und körperzentrierte Therapieansätze besser zu bündeln und zugänglich zu machen.

Insgesamt bietet das Projekt vielfältige Ansatzpunkte für eine praxisorientierte Weiterentwicklung, die sowohl die therapeutische Arbeit bereichert als auch die Selbstwirksamkeit und das Wohlbefinden der Klientinnen nachhaltig stärkt.

7.3 Limitationen

Trotz der wertvollen Einblicke, die diese Studie liefert, gibt es mehrere Limitationen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen.

Ein wesentlicher Punkt ist die geringe Stichprobengrösse von lediglich drei Interviews mit Fachpersonen. Diese kleine Anzahl schränkt die Generalisierbarkeit der Ergebnisse deutlich ein und macht die Erkenntnisse vor allem explorativ. Zudem stammen die befragten Expert*innen aus sehr unterschiedlichen therapeutischen Richtungen und verfügen über verschiedene Qualifikationen. Diese Heterogenität erweitert zwar die Perspektivenvielfalt, erschwert jedoch die Vergleichbarkeit der Aussagen und kann zu unterschiedlichen Gewichtungen von Konzepten und Interventionen führen.

Darüber hinaus wurde der Fokus der Arbeit auf die Arbeit mit Frauen mit dranghafter Sexualität gelegt. Die Problematik dranghafter Sexualität betrifft jedoch Menschen aller Geschlechter und sexueller Orientierungen. Besonders Trans*- oder Intergeschlechtliche Personen, die in der Forschung rund um dranghafte Sexualität unberücksichtigt sind, verlangen auch nach einer differenzierten Betrachtung, sodass eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf diese Gruppen nicht gegeben ist.

Methodisch ist zu beachten, dass die Interviews unterschiedlich lang waren und aufgrund der zeitlichen Verfügbarkeit der Interviewpartner*innen nicht alle Themen bei allen Gesprächen gleich ausführlich behandelt werden konnten. Dies führte zu einer eingeschränkten Vergleichbarkeit der Antworten und kann dazu führen, dass manche Aspekte weniger detailliert erfasst wurden.

Zudem erfolgte die Auswertung der Daten durch eine einzelne Forschende, was eine subjektive Interpretation nicht ausschliessen kann. Eine multiperspektivische Codierung durch mehrere Personen hätte die Reliabilität der Ergebnisse erhöhen können, was jedoch bei dieser Masterarbeit nicht möglich bzw. vorgesehen war. Schliesslich liegt der Fokus der Untersuchung auf dem körperzentrierten Modell Sexocorporel, wodurch andere therapeutische Zugänge und Konzepte ausserhalb dieses Rahmens nicht berücksichtigt wurden.

7.4 Implikationen für Forschung, Praxis und Gesellschaft

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass körperzentrierte Interventionen im Umgang mit dranghafter Sexualität vielversprechende Ansätze bieten, deren Wirksamkeit und Wirkmechanismen jedoch bislang noch unzureichend empirisch untersucht sind. Für die Zukunft besteht ein klarer Bedarf an weiteren qualitativen und quantitativen Studien, die die Effektivität von körperzentrierten Interventionen im therapeutischen Kontext systematisch evaluieren. Insbesondere sollte erforscht werden, wie unterschiedliche Zielgruppen, etwa queere Personen oder Menschen aller Geschlechter, von solchen Interventionen profitieren können.

Darüber hinaus eröffnet die Integration digitaler Formate, wie etwa Apps oder digitale Tagebücher zur Erfassung von Emotionen, Gedanken und sexuellen Erregungsmustern, neue Forschungsmöglichkeiten. Diese können helfen, die individuelle sexuelle Logik der Klient*innen nachvollziehbarer zu machen und den therapeutischen Prozess ergänzend zu unterstützen. Zukünftige Forschungsprojekte könnten zudem untersuchen, wie digitale Interventionen die Selbstwirksamkeit und Selbstwahrnehmung fördern und langfristig zur Reduktion von dranghaftem Verhalten beitragen.

Für die therapeutische Praxis bedeutet dies, dass individuell angepasste Präsenz- und Aktivierungstechniken, beispielsweise in Form eines Notfallskoffers, als wirkungsvolle Mittel dienen, um akute Impulse zu regulieren. Die Förderung von Körperwahrnehmung, Selbstwahrnehmung und emotionaler Regulation ist essenziell, um eine neue, weniger belastete Beziehung zur eigenen Sexualität zu ermöglichen. Dabei können digitale Formate unterstützend eingesetzt werden, um Emotionen und Verhaltensmuster auch ausserhalb der Sitzungen bewusst zu reflektieren und die Selbstwirksamkeit zu stärken.

Therapeutisch ist eine Haltung der Achtsamkeit, Wertschätzung und Offenheit gegenüber verschiedenen sexuellen Identitäten und Lebensrealitäten grundlegend.

Die Anerkennung individueller Grenzen und die Vermeidung von Stigmatisierung fördern das Vertrauen und begünstigen nachhaltige Veränderungsprozesse. Weiterhin ist eine interdisziplinäre Herangehensweise sowie die kontinuierliche Weiterbildung im Bereich körperzentrierter Methoden wichtig, um den unterschiedlichen Bedürfnissen und Fähigkeiten der Klient*innen gerecht zu werden.

Die Auseinandersetzung mit dranghafter Sexualität bei Frauen zeigt aber nicht nur therapeutischen Handlungsbedarf, sondern verweist auch auf strukturelle Ungleichheiten im gesellschaftlichen und sexualpolitischen Diskurs. Weibliche Sexualität wird bis heute häufig normativ reguliert, moralisch bewertet oder tabuisiert. Besonders in Bezug auf nicht-normative oder als grenzverletzend wahrgenommene sexuelle Handlungsmuster zeigen sich fortbestehende Tabus und Zuschreibungen, die Betroffene häufig an einer offenen Thematisierung und der Suche nach Unterstützung hindern.

Diese kulturellen Rahmungen beeinflussen nicht nur die individuelle Wahrnehmung eigener sexueller Handlungsmuster, sondern auch deren klinische Einordnung und therapeutische Begleitung. Die Tatsache, dass viele Klientinnen ihr Verhalten zunächst nicht als dranghaft benennen oder in moralisch aufgeladener Sprache beschreiben, deutet auf ein gesellschaftlich geprägtes Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Scham hin. Therapeutische Angebote müssen diesen Kontext mitdenken und Frauen in der Reflexion ihrer sexuellen Logik sicher und urteilsfrei begleiten.

Darüber hinaus besteht eine erhebliche Versorgungslücke. Trotz der Aufnahme der Zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung (ZSVS) in die ICD-11 bleibt die Präsenz entsprechender Behandlungsangebote für Frauen gering. Die Forschung zeigt, dass nur ein Bruchteil der betroffenen Personen therapeutische Unterstützung aufsucht, unter anderem aus Angst vor Stigmatisierung, anzunehmend auf Grund von fehlender Differenzierung in der Diagnostik oder unzureichender Kenntnis spezifischer Therapieansätze.

7.5 Fazit

Die vorliegende Masterarbeit zeigt, dass körperzentrierte Interventionen einen wichtigen Zugang im Umgang mit dranghafter Sexualität bei Frauen darstellen. Präsenz- und Wahrnehmungsübungen bieten die Möglichkeit, ein tiefgehendes Bewusstsein für den eigenen Körper und die damit verbundenen systemlogischen

Verhaltensweisen zu entwickeln. Gerade in einem Bereich, der von Stigmatisierung und Scham geprägt ist, eröffnen solche körperzentrierten Ansätze einen ressourcenorientierten Weg, der es Klient*innen erlaubt, ihre Sexualität ganzheitlich und selbstbestimmt zu erfahren und zu regulieren.

Die Therapeut*innen betonen, wie wichtig es ist, Normalisierung und Enttabuisierung zu fördern, um den Druck und die Scham, die mit dranghafter Sexualität einhergehen, zu mindern. Dabei hilft die Fokussierung auf den Körper, da die emotionalen und kognitiven Prozesse unmittelbar körperlich erlebt werden. Eine achtsame therapeutische Haltung, die den Körper als Zugangsweg nutzt, kann so dazu beitragen, neue Handlungsspielräume zu schaffen und dranghafte Muster nicht allein kognitiv, sondern auf mehreren Ebenen bearbeitet.

Wie eine Interviewpartnerin beschreibt:

„[...] wir müssen ein bisschen aufhören, [...] die Moralpolizei zu spielen oder richtig oder falsch, sondern eher etwas sehr menschnahes oder was braucht die Person? Was braucht der Mensch, [...] damit es ihm besser geht? Manchmal geht es [...] besser, wenn man einfach da auch schon mal moralisch entlastet.“
(Transkript b, Z 38)

Diese Perspektive unterstreicht die Notwendigkeit einer sensiblen und wertschätzenden Begleitung, die auch die individuellen Grenzen, Bedürfnisse und Ressourcen der Betroffenen in den Mittelpunkt stellt. Körperzentrierte Interventionen erlauben dabei eine Integration von Wahrnehmung, emotionaler Regulation und Impulskontrolle, was sich als besonders wirksam erweisen kann. Gleichzeitig zeigt die Masterarbeit, dass es bislang an systematischer empirischer Forschung zur Wirksamkeit und zu den Wirkmechanismen dieser Ansätze mangelt. Es besteht ein klarer Bedarf an weiteren Studien, sowohl qualitativ als auch quantitativ, die differenziert untersuchen, wie unterschiedliche Zielgruppen von körperzentrierten Methoden profitieren können. Darüber hinaus bieten digitale Formate, wie Apps oder Tagebuchfunktionen, spannende neue Möglichkeiten, um Emotionen und sexuelle Erregungsmuster zu dokumentieren und im therapeutischen Prozess nutzbar zu machen. Hier eröffnet sich ein zukunftsweisendes Forschungsfeld.

In der Gesellschaft kann die Veröffentlichung und Kommunikation über thematische Studien und Daten den öffentlichen Diskurs beeinflussen, indem sie eine neue, ganzheitliche Perspektive ermöglicht und die Vielfalt weiblicher sexueller Erfahrungen sichtbar macht. Dies leistet nicht nur einen Beitrag zur

Entstigmatisierung, sondern ermutigt auch die betroffenen Frauen sich Unterstützung zu holen.

Abschliessend bringt eine Expertin den Wunsch vieler Therapeut*innen auf den Punkt:

„Mein Wunsch, auch wenn ich sag, das ist wahrscheinlich eine Utopie, wäre ein Ernstnehmen von allen Geschlechtern und in der Lust, in den Herausforderungen, mit den Grenzen, mit dem Thema von Druckentladung, Drang... Weil das ist für alle Menschen n Thema“ (Transkript a, Z 126).

Langfristig erscheint es zentral, dass sexualtherapeutische Konzepte wie der Sexocorporel, die körperzentrierte, ressourcenorientierte Perspektiven einnehmen, vermehrt in klinischen, beraterischen und bildungspolitischen Kontexten Anwendung finden. Nur so lassen sich Barrieren abbauen und nachhaltige Strukturen zur Unterstützung von Frauen mit dranghafter Sexualität etablieren.

Die vorliegende Arbeit liefert damit Impulse für Forschung und Praxis, um dranghafte Sexualität differenzierter, körperzentrierter und ressourcenbewusster zu bearbeiten und auf eine breitere wissenschaftliche und gesellschaftliche Anerkennung hinzuarbeiten.

8. Nachwort

Beim Thema dranghafte Sexualität bei Frauen bin ich in meinem persönlichen Umfeld immer wieder auf ähnliche Reaktionen gestossen. Häufig wird es schnell mit Begriffen wie *Nymphomanie* abgestempelt und damit stark sexualisiert, ohne den tatsächlichen Leidensdruck der betroffenen Frauen anzuerkennen. Dieses Vorurteil verdeckt oft die komplexen psychischen und emotionalen Herausforderungen, die damit einhergehen, und trägt dazu bei, dass das Thema immer noch mit einem starken Stigma behaftet ist.

Mir wurde bewusst, wie wenig Wissen und Bewusstsein über dranghafte Sexualität in der Gesellschaft vorhanden ist und wie sehr das Thema dadurch in eine Tabuzone gedrängt wird. Diese Erfahrung hat mir gezeigt, wie wichtig es ist, hier mehr Informationen zu verbreiten, um Vorurteile abzubauen und Betroffenen bessere Unterstützungsmöglichkeiten zu bieten.

Die Arbeit an dieser Masterarbeit war für mich nicht nur eine wissenschaftliche Herausforderung, sondern hat auch meine Haltung gegenüber Klient*innen und meine zukünftige Arbeit als Sexologin und Sexualtherapeutin geprägt. Die Gespräche mit den Fachpersonen und deren Offenheit haben mich darin bestärkt,

dass es dringend notwendig ist, das Thema differenziert zu betrachten und mit mehr Sensibilität zu behandeln. Gleichzeitig habe ich bemerkt, wie schwierig es sein kann, sich in einem Thema zu bewegen, das gesellschaftlich noch kaum anerkannt und oft missverstanden wird.

Für mich ist es ein grosses Anliegen, mit dieser Arbeit einen kleinen Beitrag zu leisten, um das Verständnis für dranghafte Sexualität bei Frauen zu erweitern und den Diskurs zu entstigmatisieren. Ich wünsche mir eine Gesellschaft, in der Betroffene nicht mit Vorurteilen konfrontiert werden, sondern auf Empathie, fundierte Fachlichkeit und offene Gespräche treffen können.

9. Literaturverzeichnis

Bachmann, Martin (2018). *Sexsucht: Es bitzli Lust für viel Frust*. Sucht Magazin, 44(2). <https://doi.org/10.5169/seals-800939>

Baranowski, A. M., Vogl, R. & Stark, R. (2019). Prevalence and Determinants of Problematic Online Pornography Use in a Sample of German Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(8), 1274–1282.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.05.010>

Bischof, Karoline (2018). Körperzentrierte Sexualtherapie: Grundlagen des Modells Sexocorporel. *Sexuologie*, 25(2), 35–49.
https://sexuologie-info.de/pdf/Bd.25_2018_1.pdf

Bischof, Karoline (2020). Wissenschaftliche Grundlagen des Sexocorporel. In H.-J. Voss (Hrsg.), *Die deutschsprachige Sexualwissenschaft* (S. 423–445). Psychosozial-Verlag.
<https://doi.org/10.23668/psycharchives.5535>

Bischof, Karoline (2021). *Ausbildung in Sexocorporel – Heft 6* (Vollst. überarb. Aufl., basierend auf dem Lehrheft von L. Desjardins & M. Tremblay sowie Ideen von P. Gehrig & C. Roux Deslandes; unter Mitarbeit von A. Bischof-Campbell & S. Fuchs). Zürcher Institut für klinische Sexologie und Sexualtherapie.

Böthe, B., Koós, M., Nagy, L., Kraus, S. W., Demetrovics, Z., Potenza, M. N., Michaud, A., Ballester-Arnal, R., Batthyány, D., Bergeron, S., Billieux, J., Briken, P., Burkauskas, J., Cárdenas-López, G., Carvalho, J., Castro-Calvo, J., Chen, L., Ciocca, G., Corazza, O., . . . Vaillancourt-Morel, M. (2023). Compulsive Sexual Behavior Disorder in 42 countries: Insights from the International Sex Survey and introduction of standardized assessment tools. *Journal Of Behavioral Addictions*, 12(2), 393–407.
<https://doi.org/10.1556/2006.2023.00028>

Böthe, B., Potenza, M. N., Griffiths, M. D., Kraus, S. W., Klein, V., Fuss, J. & Demetrovics, Z. (2020). The development of the Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBD-19): An ICD-11 based screening measure across three

languages. Journal Of Behavioral Addictions, 9(2), 247-258. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00034>

Bóthe, B., Tóth-Király, I., Potenza, M. N., Orosz, G. & Demetrovics, Z. (2020). High-Frequency pornography use may not always be problematic. The Journal of Sexual Medicine, 17(4), 793–811. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.007>

Brem, M. J., Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2018). Dispositional mindfulness and compulsive sexual behavior among women in residential treatment for substance use disorders. Mindfulness, 9(1), 98–104. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0748-4>

Brem, M. J., Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2018). Does experiential avoidance explain the relationships between shame, PTSD symptoms, and compulsive sexual behavior among women in substance use treatment? Clinical Psychology and Psychotherapy, 25(5), 692–700. <https://doi.org/10.1002/cpp.2300>

Brem, M. J., Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2019). Exploring gender differences in the relationship between dispositional mindfulness and compulsive sexual behavior among adults in residential substance use treatment. Mindfulness, 10(8), 1592–1602. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01117-7>

Briken, P., Wiessner, C., Štulhofer, A., Klein, V., Fuss, J., Reed, G. M. & Dekker, A. (2022). Who feels affected by “out of control” sexual behavior? Prevalence and correlates of indicators for ICD-11 Compulsive Sexual Behavior Disorder in the German Health and Sexuality Survey (GeSiD). Journal Of Behavioral Addictions, 11(3), 900–911. <https://doi.org/10.1556/2006.2022.00060>

Coleman, E., Dickenson, J. A., Girard, A., Rider, G. N., Candelario-Pérez, L. E., Becker-Warner, R., Kovic, A. G. & Munns, R. (2018). An Integrative Biopsychosocial and Sex Positive Model of Understanding and Treatment of Impulsive/Compulsive Sexual Behavior. Sexual Health & Compulsivity, 25(2–3), 125–152. <https://doi.org/10.1080/10720162.2018.1515050>

Dickenson, J. A., Gleason, N., Coleman, E. & Miner, M. H. (2018). Prevalence of Distress Associated with Difficulty Controlling Sexual Urges, Feelings, and Behaviors in the United States. *JAMA Network Open*, 1(7), e184468.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4468>

Dresing, T., Pehl, T. (2024). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse* (9. Auflage). Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende.

Eigenverlag. Marburg. https://www.audiotranskription.de/wp-content/uploads/2024/06/Praxisbuch_09_02_Web2.pdf

Gehrig, Peter (2013). *Sexocorporel – Grundlagen und Anwendung*. Zürcher Institut für klinische Sexologie und Sexualtherapie.

<https://www.sexocorporel.ch>

Gehrig, Peter (2021). «Ich bin sexsüchtig» – Eine Selbstdiagnose. *SuchtMagazin*, 47(2), 40–44.

Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: Als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Grubbs, J. B., Hoagland, K. C., Lee, B. N., Grant, J. T., Davison, P., Reid, R. C. & Kraus, S. W. (2020). Sexual addiction 25 years on: A systematic and methodological review of empirical literature and an agenda for future research. *Clinical Psychology Review*, 82, 101925.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101925>

Helfferrich, Claudia (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. (o. D.). Abgerufen am 06. Juni 2025, von <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1630268048>

Kafka, Martin P. (2010). Hypersexual Disorder: A Proposed Diagnosis for DSM-V. Archives of Sexual Behavior, 39(2), 377–400. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9574-7>

Kowalewska, E., Böthe, B. & Kraus, S. W. (2024). Compulsive sexual behavior disorder: The importance of research on women. Journal Of Behavioral Addictions, 13(1), 12–15. <https://doi.org/10.1556/2006.2023.00087>

Kowalewska, E., Gola, M., Kraus, S. W. & Lew-Starowicz, M. (2020). Spotlight on Compulsive Sexual Behavior Disorder: A Systematic Review of Research on Women. Neuropsychiatric Disease and Treatment, Volume 16, 2025–2043. <https://doi.org/10.2147/ndt.s221540>

Kowalewska, E., Gola, M., Lew-Starowicz, M. & Kraus, S. W. (2022). Predictors of Compulsive Sexual Behavior Among Treatment-Seeking Women. Sexual Medicine, 10(4), 100525. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2022.100525>

Kraus, S. W., Krueger, R. B., Briken, P., First, M. B., Stein, D. J., Kaplan, M. S., Voon, V., Abdo, C. H., Grant, J. E., Atalla, E. & Reed, G. M. (2018). Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. World Psychiatry, 17(1), 109–110. <https://doi.org/10.1002/wps.20499>

Marchewka, J., Neuvians, A., Franke, G. H., & Jacobi, F. (2023). *Sexuelle Gesundheit, sexuelle Störungen und Geschlechtsinkongruenz im Klassifikationssystem ICD-11. report psychologie*, 48(2), 16–27. Abgerufen am 22. Juni 2025, [https://www.researchgate.net/publication/367666327 Sexuelle Gesundheit sexuelle Störungen und Geschlechtsinkongruenz im Klassifikationssystem ICD-11](https://www.researchgate.net/publication/367666327_Sexuelle_Gesundheit_sexuelle_Störungen_und_Geschlechtsinkongruenz_im_Klassifikationssystem_ICD-11)

Mayring, Philipp A. E. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (12., überarbeitete Auflage). Beltz.

Mey, G., Mruck, K. (2010). Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Springer-Verlag.

Shimoni, L., Dayan, M., Cohen, K. & Weinstein, A. (2018). The contribution of personality factors and gender to ratings of sex addiction among men and women who use the Internet for sex purpose. *Journal Of Behavioral Addictions*, 7(4), 1015–1021. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.101>

Sztenc, Michael (2020). *Embodimentorientierte Sexualtherapie: Grundlagen und Anwendung des Sexocorporel*. Schattauer.
<https://doi.org/10.1055/b-006-161859>

Sztenc, M. (2019). *Klappt's? Vom Leistungssex zum Liebesspiel – Ein Übungsbuch für Männer*. Xanthippe Verlag.

WHO World Health Organization (2020). *Sexual health*. Abgerufen am 22. Juni 2025, <https://www.who.int/health-topics/sexual-health>

10. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Sexodynamische Kurve und Erregungskurve (Ziss Heft 6, S. 6)

Abb. 2: Der Drangkreis (Ziss, Heft 6, S. 12)

Abb. 3: Evaluation bei dranghafter erlebter Sexualität (Ziss, Heft 6, S. 9)

Abb. 4: Codierunstabelle, (MAXQDA (2024))