

Behandlung der Pornografie- Nutzungsstörung

Rudolf Stark
Sarah Golder
Rhea Psarros
Charlotte Markert

Das Therapiemanual PornLoS



Therapeutische Praxis

 **hogrefe**

Behandlung der Pornografie-Nutzungsstörung

**Rudolf Stark
Sarah Golder
Rhea Psarros
Charlotte Markert**

Behandlung der Pornografie- Nutzungsstörung

Das Therapiemanual PornLoS

Prof. Dr. Rudolf Stark, geb. 1961. Seit 2007 Leiter des Weiterbildungsstudiengangs „Psychologische Psychotherapie“ an der JLU Gießen. Seit 2012 Inhaber der Professur für Psychotherapie und Systemneurowissenschaften an der JLU Gießen und Direktor des Bender Institute of Neuroimaging (BION).

M.Sc. Sarah Golder, geb. 1988. Seit 2019 Doktorandin und seit 2022 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Professur für Psychotherapie und Systemneurowissenschaften der JLU. 2024 Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin (Erwachsene, VT).

M.Sc., LL.M. Rhea Psarros, geb. 1988. 2026 Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin (Erwachsene, VT). 2022–2024 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Professur für Psychotherapie und Systemneurowissenschaften der JLU Gießen.

Dr. Charlotte Markert, geb. 1986. 2019 Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin (VT). Seit 2018 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Professur für Psychotherapie und Systemneurowissenschaften der JLU Gießen.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autor:innen bzw. den Herausgeber:innen große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autor:innen bzw. Herausgeber:innen und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Alle Rechte, auch für Text- und Data-Mining (TDM), Training für künstliche Intelligenz (KI) und ähnliche Technologien, sind vorbehalten. All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Merkelstraße 3

37085 Göttingen

Deutschland

Tel. +49 551 999 50 0

info@hogrefe.de

www.hogrefe.de

Satz: Franziska Stolz, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

Format: PDF

1. Auflage 2026

© 2026 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-3355-4; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-3355-5)

ISBN 978-3-8017-3355-1

<https://doi.org/10.1026/03355-000>

Nutzungsbedingungen:

Durch den Erwerb erhalten Sie ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das Sie zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere dürfen Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernt werden.

Das E-Book darf anderen Personen nicht – auch nicht auszugsweise – zugänglich gemacht werden, insbesondere sind Weiterleitung, Verleih und Vermietung nicht gestattet.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Die Inhalte dürfen nicht zur Entwicklung, zum Training und/oder zur Anreicherung von KI-Systemen, insbesondere von generativen KI-Systemen, verwendet werden. Das Verbot gilt nicht, soweit eine gesetzliche Ausnahme vorliegt.

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1: Pornografie-Nutzungsstörung – Theoretischer Hintergrund	7
1.1 Epidemiologie von gesundem und problematischem Pornografiekonsum	7
1.2 Historische Entwicklung der Diagnose und wissenschaftliche Debatte	8
1.3 Diagnostische Kriterien der Pornografie-Nutzungsstörung	9
1.4 Diagnostik: Screening-Instrumente für die Erfassung der Pornografie-Nutzungsstörung	9
1.5 Differenzialdiagnostische Überlegungen und häufige Komorbiditäten	10
1.6 Fallbeispiele	12
1.6.1 Ralf	12
1.6.2 Moritz	12
1.6.3 Alexander	13
1.6.4 Christian	14
1.6.5 Andreas	15
1.6.6 Ahmet	16
1.6.7 Jonas	17
1.6.8 Markus	18
1.7 Ätiologische Konzepte der Pornografie-Nutzungsstörung	18
1.8 Therapeutische Ansätze zur Behandlung der Pornografie-Nutzungsstörung	20
1.8.1 STICA-Studie: Erfolgsaussichten kognitiv-behavioraler Ansätze bei Verhaltenssuchten	20
1.8.2 Wissenschaftliche Erkenntnisse und Überlegungen zur Wahl geeigneter Therapieziele in der PNS-Behandlung	21
1.8.3 Bisherige Versorgungssituation für Betroffene in Deutschland	22
1.9 Rechtliche Rahmenbedingungen	22
1.9.1 Zugang zu pornografischem Material und tatsächliches Alter beim ersten Pornografiekonsum	22
1.9.2 Rechtsgrundlage zum Konsum von kinder- oder jugendpornografischem Material und Zusammenhänge mit einer Pornografie-Nutzungsstörung	23
1.9.3 Handlungsempfehlungen für Psychotherapeut:innen, wenn Patient:innen den Konsum von Kinderpornografie offenbaren	23
1.9.4 Psychotherapeutische Bedenken vor der Aufnahme von Patient:innen mit einer Pornografie-Nutzungsstörung	24
Kapitel 2: Das Therapieprogramm PornLoS	25
2.1 Grundlegende Konzepte des Programms PornLoS	25
2.2 PornLoS: Eine modularisierte und strukturierte Therapie	26
2.3 Bisherige Erfahrungen mit dem Therapieprogramm und Ausblick auf die Evaluationsstudie	27
Kapitel 3: Module von PornLoS	28
3.1 Modul 1: Einführung, Zielsetzung und Störungsmodell	29
3.1.1 Therapeutische Haltung und Beziehungsgestaltung	29
3.1.1.1 Sexualität als Grundbedürfnis	29
3.1.1.2 Partnerschaft, Lust und Intimität	30
3.1.2 Ziele der Psychotherapie erarbeiten	30
3.1.2.1 Abstinenz vs. reduzierte Nutzung: Klärung des übergeordneten Therapieziels	30

3.1.2.2	Folgen des Pornografiekonsums – Grundlage für die Erarbeitung individueller Ziele	31
3.1.2.3	Einführen des Wochenprotokolls	32
3.1.2.4	Besonderheiten beim Therapieziel der reduzierten Nutzung	33
3.1.3	Störungsmodelle	34
3.1.3.1	Auslöser für die Pornografienutzung	34
3.1.3.2	Vulnerabilitäts-Stress-Modell	34
3.1.3.3	Das I-PACE-Modell	34
3.2	Modul 2: Umgang mit Suchtdruck und Stimuluskontrolle	41
3.2.1	Die Suchtdruck-Ampel	41
3.2.2	Stimuluskontrolle	42
3.3	Modul 3: Funktionalität erkennen	44
3.3.1	Konditionierte Funktionalität	44
3.3.2	Aufbau positiver Aktivitäten	45
3.3.3	Verbesserung der Schlafhygiene	45
3.3.4	Problemlösetechniken	45
3.4	Modul 4: Wiedergewinnung der Impulskontrolle	46
3.4.1	Psychoedukation: Pornografie-Nutzungsstörung als Impulskontrollstörung	46
3.4.2	Strategien zur Impulskontrolle – Skills	47
3.5	Modul 5: Cue-Exposition	50
3.5.1	Pläne und Notfallpläne	50
3.5.2	Der Motivationssatz, der die Patient:innen mit ihren Zielen und Werten verbindet	50
3.5.3	Die Cue-Exposition	51
3.5.3.1	Typische Sorgen und Ängste vor der Cue-Exposition	52
3.5.3.2	Vorbereitung der Cue-Exposition	52
3.5.3.3	Durchführung der Cue-Exposition	53
3.6	Modul 6: Commitment zum Therapieziel herstellen	56
3.6.1	Abstinenz oder reduzierte Nutzung	56
3.6.2	Abstinenz	56
3.6.3	Reduzierte Nutzung	57
3.6.4	Bagatellisierende Gedanken	58
3.6.5	Rückfälle analysieren und als Lernerfahrung nutzen	58
3.7	Modul 7: Suchtverschärfende Gedanken verändern	60
3.7.1	Kognitive Umstrukturierung: Bewertung von Auslösern	60
3.7.2	Kognitive Umstrukturierung: Annahmen über Sexualität und Pornografie	61
3.8	Modul 8: Emotionsregulation und Achtsamkeit	63
3.8.1	Psychoedukation – Emotionen und Grundbedürfnisse	63
3.8.2	Aufbau funktionaler Emotionsregulationsstrategien über Achtsamkeit	63
3.8.2.1	Reflexion der Funktionalität der Emotionen und Grundbedürfnisse	64
3.8.2.2	Akzeptanz von Emotionen	64
3.8.2.3	Strategien im direkten Umgang mit Emotionen	64
3.9	Modul 9: Konflikte, Beziehungen und soziale Kompetenz	65
3.9.1	Ich-Botschaften	65
3.9.2	Selbstsicheres Auftreten	66
3.9.3	Über Sex reden lernen	67
3.9.4	Angehörigengespräch	68
3.9.5	Masturbation ohne Pornografie	68
3.10	Modul 10: Rückfallmanagement	69
3.10.1	Fokus auf positive Veränderungen	69
3.10.2	Vermeiden von Rückfällen	69
Literatur		71
Anhang		75
Glossar		77
Short Version of the Problematic Pornography Consumption Scale (PPCS-6 – deutsche Version)		82
Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBD-19 – deutsche Version)		83
Arbeitsblätter		85
Hinweise zu den Online-Materialien		171

Kapitel 1

Pornografie-Nutzungsstörung – Theoretischer Hintergrund

Pornografie-Nutzungsstörung (PNS) ist als Begriff noch sehr neu und ersetzt Begriffe wie Pornosucht oder, allgemeiner formuliert, sexuelle Sucht oder Sexsucht. Der Begriff der Pornografie-Nutzungsstörung besagt, dass die Nutzung von Pornografie offensichtlich gestört ist. Um von einer gestörten Nutzung zu sprechen, ist es zunächst wichtig, sich einen Überblick darüber zu verschaffen, wie viel Pornografie heute in der Gesellschaft konsumiert wird und damit im üblichen Rahmen liegt. Im folgenden Kapitel wird der Weg nachgezeichnet, welche Zwischenstationen diskutiert wurden, bis die PNS in die 11. Revision der *International Classification of Diseases* (ICD-11; World Health Organization, 2019) Einzug erhalten hat. Daran schließt sich die Definition der PNS mit den entsprechenden diagnostischen Kriterien an.

1.1 Epidemiologie von gesundem und problematischem Pornografiekonsum

Der Besitz von Smartphones und die zunehmende Verfügbarkeit von Breitband-Internet ermöglichen einen durchgehenden Zugang zu Online-Pornografie. So zeigte eine amerikanische Studie, dass bekannte Pornografie-Webseiten häufiger besucht werden als Plattformen wie Amazon, Netflix, TikTok oder Open AI (Wright et al., 2023). Laut internationalen Studien liegt die Lebenszeitprävalenz der Pornografienutzung bei Frauen zwischen 54 und 57% und bei Männern zwischen 70 und 85% (Grubbs et al., 2019; Lewczuk et al., 2020; Rissel et al., 2017). Eine deutsche Umfrage ergab etwas höhere Zahlen: 96% der Männer und 79% der Frauen gaben an, im Laufe ihres Lebens bereits Pornografie konsumiert zu haben (Martyniuk & Dekker, 2018).

Wieso ist der Konsum von Pornografie für viele Menschen attraktiv? Mehrere Studien konnten zeigen, dass es verschiedene Motive für den Konsum von Pornografie gibt, die über verschiedene Fragebögen erhoben werden können (Böthe, Tóth-Király, Bella et al., 2021; Reid, Li et al., 2011). Als häufigste Motive für den Konsum pornografischen Materials werden neben der Erzeugung von sexueller Lust sexuelle Neugierde und das Umsetzen von sexuellen Fantasien angegeben (Böthe, Tóth-Király, Bella et al., 2021). Daneben wird häufig Eskapismus genannt, also das Entrinnen negativer Stimmungen wie Langeweile, Einsamkeitsgefühlen oder Frustration. Der Konsum von Pornografie kann auch zur Stressreduktion, zur sexuellen Ersatzbefriedigung für fehlende reale sexuelle Erfahrungen oder zur sexuellen Selbsterfahrung eingesetzt werden (Böthe, Tóth-Király, Bella et al., 2021).

Trotz der stark verbreiteten Nutzung von Pornografie berichten nur wenige Personen von Kontrollverlust über ihren Konsum oder geben an, dass sie sich als „pornografiesüchtig“ betrachten. Die Prävalenz für diesen unkontrollierten Pornografiekonsum lag in internationalen Studien bei Männern zwischen 3 und 6.3% und bei Frauen zwischen 0.7 und 2% (Böthe et al., 2024; Grubbs et al., 2019; Rissel et al., 2017; Ross et al., 2012). Bezüglich der sexuellen Orientierung wurden keine Unterschiede in der Prävalenz für problematischen Pornografiekonsum gefunden (Böthe et al., 2024). Bei der Interpretation dieser Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass der unkontrollierte Pornografiekonsum unterschiedlich erfragt wurde, dass keine vollständigen klinischen Kriterien erhoben wurden und dass solche Fragebogenstudien einem Selbstselektionsbias unterliegen.

Bei einem klinischen Ausmaß des Kontrollverlusts und einer erlebten Beeinträchtigung durch den Konsum in verschiedenen Lebensbereichen (z. B. Schule/Ausbildung/Studium/Berufsleben, Partnerschaft/Familie, Freizeitbeschäftigungen) wird die Symptomatik

als Pornografie-Nutzungsstörung bezeichnet. Die Bedeutung dieser Diagnose wurde 2019 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) anerkannt, indem die „zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung“ (Compulsive Sexual Behavior Disorder, CSBD, 6C72) als Impulskontrollstörung in die ICD-11 aufgenommen wurde (World Health Organization, 2019). Studien zeigen, dass unkontrollierter Pornografiekonsum die häufigste Form eines zwanghaften sexuellen Verhaltens darstellt (Gola et al., 2016; Reid et al., 2012).

Wo aber liegt die Grenze, ab wann eine Pornografie-nutzung als gestört gelten kann? Zum Beispiel, wenn mehr als 7 Stunden pro Woche konsumiert wird? Untersuchungen legen nahe, dass der Zusammenhang zwischen Problemen mit der Pornografienutzung und der Zeit, die mit dem Konsum von Pornografie verbracht wird, mittelstark ist (Stark et al., 2017). Es gibt offensichtlich Menschen, die gar nicht so viel Pornografie konsumieren, aber trotzdem unter einer PNS leiden, und umgekehrt gibt es Menschen, die sehr viel Pornografie konsumieren, bei denen aber eine Störung trotz des hohen Konsums nicht diagnostiziert werden kann (Bóthe, Tóth-Király, Potenza et al., 2020). Das liegt daran, dass die bloße Konsummenge bzw. -zeit kein Kriterium für das Vorliegen einer PNS darstellt. In Kapitel 1.3 werden die heute geltenden Kriterien vorgestellt, die erfüllt sein müssen, um eine PNS nach der ICD-11 diagnostizieren zu können.

1.2 Historische Entwicklung der Diagnose und wissenschaftliche Debatte

Bereits im 19. Jahrhundert wurde unkontrolliertes sexuelles Verhalten in medizinischen Berichten erwähnt (Krafft-Ebing, 1893; Rush, 1812). Allerdings geriet die Thematik erst gegen Ende des 20. Jahrhunderts verstärkt in den Fokus, insbesondere durch die populärwissenschaftlichen Publikationen von Patrick Carnes, darunter *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction* (Carnes, 1983). Carnes entwickelte erste konzeptuelle Modelle zur „sexuellen Sucht“ („Three Levels of Addiction“), beschrieb potenzielle Risiken und formulierte Behandlungsansätze. Obwohl seine Theorien aus heutiger wissenschaftlicher Sicht nicht mehr als haltbar gelten, trugen sie dazu bei, das Thema in den öffentlichen und wissenschaftlichen Diskurs einzuführen.

Mit der zunehmenden Verbreitung des Internets in den 1990er Jahren wandelte sich der Pornografiekonsum und rückte verstärkt in den Fokus der wissenschaftlichen Debatte. „Sex“ gehörte zu den am häufigsten gesuchten Begriffen im Internet (Cooper et al., 1999). Neue digitale Möglichkeiten wie Cybersex und Online-Pornografie wurden als potenzielle Risikofaktoren für exzessives sexuelles Verhalten identifiziert, da sie anonym, erschwinglich und einfach zugänglich sind (Modell der „Triple A Engine“: Anonymity, Affordability, and Accessibility; Cooper, 1998).

Die wissenschaftliche Einordnung von unkontrolliertem sexuellem Verhalten ist noch immer Teil der wissenschaftlichen Debatte. In der Vergangenheit wurde unkontrolliertes sexuelles Verhalten als Impulskontrollstörung (Barth & Kinder, 1987), als Zwangsstörung (Coleman, 1991), als Hypersexualität (Kafka, 2010), als Verhaltenssucht (Kraus et al., 2016) oder als mit Paraphilien verwandte Störung (Briken et al., 2022) diskutiert. Der Begriff der Hypersexualität wurde als potenzielle Diagnose für das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) vorgeschlagen (American Psychiatric Association, 2013). Die von Kafka für die „hypersexuelle Störung“ entwickelten diagnostischen Kriterien wiesen bereits eine große Schnittmenge mit denen der später in die ICD-11 aufgenommenen Diagnose „Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung“ auf. Kafka benannte sieben verschiedene sexuelle Aktivitäten mit Suchtpotenzial, darunter Masturbation, Pornografiekonsum, Cybersex, Telefonsex, sexuelle Kontakte mit einwilligenden Erwachsenen und der Besuch von Strip-Clubs. Die American Psychiatric Association (APA) entschied sich gegen die Aufnahme einer entsprechenden Diagnose in das DSM-5 und nannte als Gründe die Sorge vor einer Pathologisierung normalen sexuellen Verhaltens (z. B. bei jungen Menschen), Zweifel an der Existenz eines eigenständigen klinischen Syndroms sowie die potenzielle missbräuchliche Nutzung der Diagnose in forensischen Kontexten (Kafka, 2014). Der beständige Zuwachs an Forschungsarbeiten verleitete die WHO 2019 schließlich dazu, die Störung in die ICD-11 als eigenständige Diagnose unter den Impulskontrollstörungen aufzunehmen (World Health Organization, 2019). Da die ICD-11 erst in den nächsten Jahren in Deutschland offiziell eingeführt und aktuell noch nach der ICD-10 diagnostiziert wird, wird die Symptomatik der PNS bislang meist unter „sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ (F63.8) oder „abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle, nicht näher bezeichnet“ (F63.9) eingeordnet.

1.3 Diagnostische Kriterien der Pornografie-Nutzungsstörung

Der folgende Kasten gibt die diagnostischen Kriterien der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung nach ICD-11 wieder.

Essenzielle diagnostische Kriterien der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung nach ICD-11 (6C72; World Health Organization, 2019; Übers. und Hervorhebungen durch die Autor:innen)

- Ein anhaltendes *Muster des Unvermögens, intensive, sich wiederholende sexuelle Impulse oder Triebe zu kontrollieren*, was zu wiederholtem Sexualverhalten führt, das sich in *einem oder mehreren* der folgenden 4 Punkte manifestiert:
 1. Die Ausübung des wiederholten Sexualverhaltens ist zu einem *zentralen Punkt im Leben der Person* geworden, sodass sie ihre Gesundheit und Körperpflege oder andere Interessen, Aktivitäten und Verantwortlichkeiten vernachlässigt.
 2. Die betroffene Person hat *zahlreiche erfolglose Versuche* unternommen, das wiederholte Sexualverhalten zu *kontrollieren* oder deutlich zu *reduzieren*.
 3. Die Person setzt ihr wiederholtes Sexualverhalten trotz *nachteiliger Folgen* fort (z.B. Ehekonflikte aufgrund des Sexualverhaltens, finanzielle oder rechtliche Konsequenzen, negative Auswirkungen auf die Gesundheit).
 4. Die Person setzt ihr wiederholtes Sexualverhalten fort, auch wenn es ihr *wenig oder gar keine Befriedigung* verschafft.
- Das Muster des Versagens bei der Kontrolle intensiver, sich wiederholender sexueller Impulse oder Triebe und des daraus resultierenden wiederholten Sexualverhaltens zeigt sich über einen *längeren Zeitraum* (z.B. 6 Monate oder länger).
- Das Muster des Versagens bei der Kontrolle intensiver, sich wiederholender sexueller Impulse oder Triebe und des daraus resultierenden wiederholten Sexualverhaltens lässt sich *nicht besser durch eine andere psychische Störung* (z.B. eine manische Episode) oder einen *anderen medizinischen Zustand* erklären und ist *nicht auf die Wirkung einer Substanz oder eines Medikaments* zurückzuführen.
- Das Muster des wiederholten Sexualverhaltens führt zu *ausgeprägtem Leid oder einer erheblichen Beeinträchtigung* in persönlichen, familiären, so-

zialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Ein Leidensdruck, der ausschließlich auf moralische Urteile und Missbilligung sexueller Impulse, Triebe oder Verhaltensweisen zurückzuführen ist, reicht nicht aus, um diese Anforderung zu erfüllen.

Eine zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung kann sich in diversen sexuellen Verhaltensweisen äußern, z.B. in sexuellen Handlungen mit anderen, Masturbation, Nutzung von Pornografie, Cybersex, Telefonsex und anderen Arten wiederholter sexueller Handlungen. In diesem Manual liegt der Fokus auf Personen, die die Kontrolle über ihren Pornografiekonsum verloren haben.

Wenn Personen ihr eigenes Sexualverhalten aus religiösen oder moralischen Urteilen missbilligen oder solche Urteile durch andere befürchten, können sie sich als „seksüchtig“ oder ihr Verhalten als „zwanghaft“ beschreiben. Hier besteht die therapeutische Aufgabe darin, zu prüfen, ob es Hinweise darauf gibt, dass die diagnostischen Kriterien dennoch erfüllt sein könnten (z.B. Kontrollverlust, Sexualverhalten als zentraler Fokus im Leben). Wenn die erlebte Beeinträchtigung ausschließlich durch moralische oder religiöse Urteile entstanden ist, ist dieses Manual für die Behandlung ungeeignet.

Die WHO weist zusätzlich darauf hin, dass kulturelle Aspekte/Normen darüber beeinflussen können, was als angemessenes Sexualverhalten gilt (z.B. Masturbation, Nutzung von Pornografie, Anzahl gleichzeitiger Sexualpartner:innen, Anzahl der Sexualpartner:innen im Leben). Auch dies gilt es, bei der klinischen Diagnostik sorgfältig zu berücksichtigen (World Health Organization, 2019).

1.4 Diagnostik: Screening-Instrumente für die Erfassung der Pornografie-Nutzungsstörung

Zur ersten Einschätzung des Vorliegens einer möglichen PNS kann die Kombination zweier Fragebögen herangezogen werden: die *Compulsive Sexual Behavior Scale mit 19 Items* (CSBD-19; Böthe, Potenza et al., 2020) und die *Kurzform der Problematic Pornography Consumption Scale* mit sechs Items (PPCS-6; Böthe, Tóth-Király, Demetrovics & Orosz, 2020).

Beide Fragebögen finden sich in deutscher Übersetzung im Anhang auf Seite 82 und 83 sowie bei den Online-Materialien.

Die CSBD-19 misst den Schweregrad einer zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung (CSBD) entsprechend der ICD-11-Kriterien. Die Befragten bewerten Symptome, die in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind, auf einer vierstufigen Skala. Höhere Werte indizieren eine stärkere Ausprägung der Symptomatik, wobei ein Cut-off-Wert von ≥ 50 auf das Vorliegen einer CSBD hindeutet. Die Skala zeigt eine hohe konvergente und Kriteriumsvalidität. Sie korreliert positiv hoch mit den Werten des *Hypersexual Behavior Inventory* (Reid, Garos & Carpenter, 2011) und den Werten der *Problematic Pornography Consumption Scale* (Böthe et al., 2018). Zudem wurde die Faktorenstruktur der CSBD-19 in verschiedenen Stichproben bestätigt (Böthe, Potenza et al., 2020).

Während die CSBD-19 allgemein zwanghaftes sexuelles Verhalten erfasst, fokussiert sich die PPCS-6 speziell auf problematischen Pornografiekonsum. Die sechs Items werden auf einer Skala von 1 („nie“) bis 7 („immer“) bewertet und zu einem Gesamtwert summiert, wobei höhere Werte auf eine stärkere Problematik hindeuten. Ein Wert von ≥ 20 gilt als Schwellenwert für pathologischen Konsum. Studien belegen eine hohe interne Konsistenz der Skala sowie eine solide konvergente Validität, beispielsweise durch moderate Korrelationen mit der Häufigkeit des Pornografiekonsums bzw. des Masturbationsverhaltens sowie durch eine moderate bis starke Verbindung zum *Hypersexual Behavior Inventory* (Reid, Garos & Carpenter, 2011).

Die Kombination beider Instrumente ermöglicht eine erste klinische Einschätzung, ob eine PNS vorliegen könnte. Eine gesicherte Diagnose erfordert jedoch eine ausführliche Sexualanamnese sowie ein klinisches Interview, um Aspekte zu berücksichtigen, die in den Fragebögen nicht erfasst werden. Dazu zählt etwa die Differenzierung zwischen pathologischem Konsum und moralisch geprägtem Unwohlsein sowie die Identifikation möglicher Komorbiditäten, die für die Therapieplanung relevant sein könnten.

Beide Instrumente wurden in einer Online-Umfrage in Deutschland mit 2 070 Teilnehmenden eingesetzt (48.9 % Männer, 50.8 % Frauen, 0.2 % divers; Markert et al., 2023), um die Prävalenz der PNS und des Behandlungsbedarfs abzuschätzen. Die Diagnose einer PNS basierte somit ausschließlich auf Fragebogenergebnissen und wurde durch die Kombination der Cut-off-Werte der *Compulsive Sexual Behavior Scale* (CSBD-19; Cut-off ≥ 50 ; Böthe, Potenza et al., 2020) und der Kurzform der *Problematic Pornography Consumption Scale* (PPCS-6; Cut-off ≥ 20 ; Böthe, Tóth-Király, Deme-

trovics & Orosz, 2020) definiert. Die Befragten gaben zusätzlich an, ob sie bereits Unterstützung wegen ihres Pornografiekonsums gesucht hatten. Dabei konnten sie zwischen verschiedenen Antwortoptionen wählen, darunter: „Ja“, „Nein, weil ich keine Probleme damit hatte“, „Nein, weil ich nicht das Gefühl hatte, dass es ein ernsthaftes Problem ist“, „Nein, weil ich nicht wusste, wo ich Hilfe suchen sollte“, „Nein, weil ich mich unwohl oder beschämt gefühlt hätte“ oder „Nein, weil ich es mir nicht leisten konnte“. Ein Behandlungsbedarf wurde für alle Personen angenommen, die entweder Unterstützung gesucht hatten oder Barrieren für die Inanspruchnahme nannten.

Die Ergebnisse zeigten, dass 8.3 % der Männer ($n=84$) und 1.3 % der Frauen ($n=14$) laut der CSBD-19 und der PPCS-6 die Kriterien für eine PNS erfüllten, was einer geschlechterübergreifenden Prävalenz von 4.7 % entspricht. Keine der genderdiversen Personen in der Stichprobe wies eine PNS auf. Von den Teilnehmenden, die laut der Instrumente von einer PNS betroffen waren, äußerten 64.3 % der Frauen und 51.2 % der Männer Interesse an einer auf PNS spezialisierten Psychotherapie. Zudem gaben 50 % der betroffenen Frauen und 38.1 % der betroffenen Männer an, einen allgemeinen Behandlungsbedarf in Zusammenhang mit ihrem Pornografiekonsum zu haben. Allerdings hatten nur 21.4 % der Frauen und 13.1 % der Männer mit einer PNS-Symptomatik tatsächlich professionelle Hilfe in Anspruch genommen.

Die geschätzte Gesamtprävalenz von 4.7 % stimmt mit den Ergebnissen früherer Studien überein (vgl. Kap. 1.1). Männer waren in dieser Umfrage 6.3-mal häufiger betroffen als Frauen. Die Diskrepanz zwischen dem angegebenen Behandlungsbedarf und der tatsächlichen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe deutet auf verschiedene Barrieren hin, die den Zugang zur Behandlung erschweren könnten.

1.5 Differenzialdiagnostische Überlegungen und häufige Komorbiditäten

Für eine adäquate Differenzialdiagnostik der PNS sollte zunächst kritisch reflektiert werden, ob das beschriebene zwanghafte Sexualverhalten eine eigene Störung darstellt, die eventuell in Komorbidität zu anderen psychischen Störungen auftritt, oder ob es sich auch um ein Symptom einer anderweitig zu diagnostizierenden Störung handeln kann. Im letzteren Fall würde die Diagnose der PNS nicht vergeben werden.

Zwanghaftes sexuelles Verhalten kann beispielsweise auch bei bestimmten neurologischen Erkrankungen vorkommen. So tritt es unter anderem bei frontotemporaler Demenz, Multipler Sklerose oder Chorea Huntington auf. Auch bestimmte Medikamente wie Antidepressiva mit dopaminerg, noradrenerg oder serotonerg Wirkung, Antiandrogene oder Gonadotropin-Releasing-Hormon-Agonisten können PNS-Symptome auslösen (Stark et al., 2018). Daher sollten Behandelnde stets mögliche neurologische oder pharmakologische Ursachen in Betracht ziehen und ausschließen.

Wissenschaftliche Studien und Reviews deuten darauf hin, dass bei der PNS häufig komorbide psychische Erkrankungen vorliegen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Symptomatik in der Vergangenheit aufgrund des Mangels an einheitlichen diagnostischen Kriterien unterschiedlich definiert wurde, was Vergleiche zwischen Studien erschwert. Dennoch spielen begleitende psychische Störungen nicht zuletzt eine zentrale Rolle in der Therapieplanung.

Für die Therapieplanung relevante Komorbiditäten sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Tabelle 1: Häufigkeit von Komorbiditäten bei der PNS

Komorbidie Diagnose	Häufigkeit der Komorbidität	Therapierelevante Anmerkungen
Affektive Störungen	39–72 % (Ballester-Arnal et al., 2020; Kafka, 2015; Kor et al., 2013; Wery et al., 2016)	- Antidepressiva mit dopaminerg, noradrenerg oder serotonerg Wirkung können sexuelle Symptome auslösen (Stark et al., 2018). - In Stichproben wird von Betroffenen ein erhöhtes Suizidrisiko berichtet, welches in der Behandlung sorgfältig abgeklärt werden sollte (McGraw et al., 2024; Wery et al., 2016). - Bei komorbiden bipolaren Störungen sollte sichergestellt werden, dass das zwanghafte Sexualverhalten nicht nur während (hypo-)manischer Phasen auftritt.
Angststörungen	38–50 % (Kafka, 2015; Kor et al., 2013; Wery et al., 2016)	Am häufigsten wurden soziale Phobien benannt; deren Onset lag meist vor dem Auftreten der PNS-Symptomatik (Wery et al., 2016).
Substanzabhängigkeiten Substanzmissbrauch	ca. 16 % 40–64 % (Ballester-Arnal et al., 2020; Kafka, 2015; Wery et al., 2016)	- Am häufigsten wurden Alkohol- und Nikotinmissbrauch bzw. -abhängigkeit berichtet (Kafka, 2015; Wery et al., 2016). - In der Behandlung sollte die Abfolge des Konsums exploriert werden. Wird der Pornografiekonsum durch den Substanzkonsum beeinflusst/bestimmt?
Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	Ca. 18 % (Briken, 2020; Kafka, 2015)	Defizite der Impulskontrolle erhalten die PNS-Symptomatik häufig aufrecht.
Persönlichkeitsstörungen Borderline- Persönlichkeitsstörung	ca. 6 % (Ballester-Arnal et al., 2020)	- Der Pornografiekonsum sollte nicht ausschließlich durch emotionale Dysregulation erklärbar sein. - Bei Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung kommt es häufig auch zu anderen riskanten Formen von zwanghaften sexuellen Verhaltensweisen (Jardin et al., 2017).
Sexuelle Funktionsstörungen	2–8 % (Rowland & Cooper, 2024)	- Studienlage ist inkonsistent. - In der Behandlung werden teilweise Probleme beim partnerschaftlichen Geschlechtsverkehr aufgrund von problematischem Pornografiekonsum berichtet (z.B. Versagen genitaler Reaktionen, Verlust von sexuellem Verlangen, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr).

1.6 Fallbeispiele

1.6.1 Ralf

Ralf möchte psychotherapeutische Hilfe, da er unter seinem Pornografiekonsum „leide“. Er sei durch den Konsum „sexualisiert“ worden, er beobachte verstärkt, dass er Frauen primär als potenzielle Sexpartnerinnen betrachte. Vor 3 Jahren habe er eine außereheliche Affäre begonnen, die er als Fortführung seiner sexuellen Fantasien in der Realität auffasse und im direkten Zusammenhang mit seinem Pornografiekonsum sehe. Er berichtet über verschiedenste erfolglose Versuche, seinen Pornografiekonsum einzuschränken. Da er aufgrund seines Konsums und der andauernden Affäre seine familiäre Situation akut in Gefahr sehe, möchte er sich professionelle Hilfe suchen, um seine „Sucht“ unter Kontrolle zu bekommen.

Ralf ist 43 Jahre alt und arbeitet freiberuflich als Bauingenieur. Er ist verheiratet und hat drei Kinder. Biografisch berichtet er, dass er mit seiner jüngeren Schwester in einem wohlbehüteten Elternhaus aufgewachsen sei. Sein Vater sei Lehrer gewesen, seine Mutter habe ein Handwerk erlernt. Seinen Vater beschreibt er als gutmütig und immer für ihn ansprechbar, seine Mutter sei sehr temperamentvoll gewesen und habe unter ständigen Angstzuständen gelitten. Seine Eltern habe er als asexuell erlebt. Sie seien nicht besonders liebevoll miteinander umgegangen. Als er 16 Jahre alt gewesen sei, sei es zu massiven Konflikten zwischen den Eltern gekommen, da sein Vater fremdgegangen sei. Sein beruflicher Werdegang sei unauffällig gewesen: Nach Grundschule und Gymnasium habe er an einer Fachhochschule ein Bauingenieurstudium absolviert. Während der Schulzeit habe er versucht, unauffällig zu sein und allen Konflikten aus dem Weg zu gehen. Er sei nicht gemobbt worden, habe aber immer etwas am Rande gestanden, sei eben ein ruhigerer Typ gewesen. Anfangs habe er im Angestelltenverhältnis gearbeitet, bis er sich vor ca. 10 Jahren als Baugutachter selbstständig gemacht habe.

Mit etwa 17 Jahren habe er seine erste Freundin kennengelernt. Sie hätten miteinander „rumgemacht“, aber zum Geschlechtsverkehr sei es nicht gekommen. Seine heutige Frau habe er mit 25 Jahren kennengelernt. Er sei damals sehr verliebt gewesen, jedoch sei die partnerschaftliche Sexualität von Anfang an für ihn schwierig gewesen: Er habe den Eindruck gehabt, dass seine Partnerin nicht wirklich Interesse an Sex gehabt habe. Vielmehr habe sie es ab und zu „über sich ergehen lassen“. Sie hätten zwar anfangs mehr-

fach in der Woche Sex gehabt, aber es habe einen „schalen Beigeschmack“ gehabt.

Erstmals in Kontakt mit Pornografie sei er im Alter von 13 Jahren gekommen, als er versteckte Pornohefte seines Vaters gefunden habe. Mit 15 Jahren habe er entdeckt, dass im Internet pornografische Inhalte auf verschiedenen Seiten zu finden waren. Dies habe dazu geführt, dass er begonnen habe, regelmäßig Pornografie zu konsumieren (zwei- bis dreimal pro Monat, Gesamtzeit: ca. 2h/Monat). Das Konsummuster habe sich deutlich geändert, als er anlässlich seines Studiums mit 20 Jahren von zu Hause in eine eigene Wohnung umgezogen sei. Der nun erlebte Verlust externer Kontrolle führte zu einer Konsumsteigerung auf ca. 10 Stunden pro Monat bei nahezu täglichem Konsum. Dabei habe eine Episode im Durchschnitt 20 Minuten gedauert. Dieses Konsummuster sei bis heute ähnlich geblieben, d.h. auch die ersten sexuellen Erfahrungen mit seiner späteren Ehefrau mit Mitte 20 führten nicht zu einer signifikanten Änderung des Konsummusters. Er berichtete, dass er ausschließlich auf kostenlosen Internetseiten wie Pornhub oder XVideos konsumiere. Inhaltlich sei er sehr offen, finde sowohl junge Frauen („18+“) als auch reife Frauen („ milfs“) attraktiv. Die Filme müssten jedoch in seinen Augen ästhetisch sein, um ihn anzusprechen. Eine Veränderung im konsumierten Material habe er über die Jahre bei sich nicht erlebt. Es habe jedoch auch wiederholt kurze Phasen gegeben, in denen er bis zu sechsmal am Tag Pornografie konsumiert habe.

1.6.2 Moritz

Moritz meldet sich, da er unbedingt seinen Pornografiekonsum und seine exzessiven sexuellen Kontakte unter Kontrolle bekommen möchte. Durch seinen Konsum sei seine Ehe gescheitert und er bemerke, wie sich sein Leben immer mehr um die Pornografie drehe.

Moritz ist 35 Jahre alt und ist seit ca. 10 Jahren Zollbeamter. Vor 3 Jahren habe sich seine Frau, mit der er eine 8-jährige Tochter habe, von ihm getrennt. Aufgewachsen sei er mit zwei Brüdern in einer „normalen“ Familie. Der Vater sei Handwerker gewesen, streng und cholerisch, aber auch eine „ehrliche Haut“. Er habe aber auch häufig zu viel Alkohol getrunken. Seine Mutter sei aufopfernd und harmoniebedürftig gewesen, also der „Gegenpol“ zum Vater. Sie habe einen akademischen Abschluss gehabt und habe, als Moritz 8 Jahre alt gewesen sei, wieder zeitweise gearbeitet. Mit seinem 3 Jahre älteren sowie seinem 2

Jahre jüngeren Bruder habe er sich gut verstanden („es ist immer etwas losgewesen“). Seine Schullaufbahn sei nicht unkompliziert gewesen: Nach der Grundschule habe er zunächst keine Gymnasialempfehlung erhalten, doch seine Mutter habe sich stark dafür eingesetzt, dass er auf ein Gymnasium versetzt worden sei. Diese Zeit war geprägt von regelmäßigen Leistungseinbrüchen und aggressiven Impulsausbrüchen seitens Moritz. Letzteres habe dazu geführt, dass er mit 12 Jahren ein Anti-Aggressionstraining verordnet bekommen habe. Mit zunehmendem Alter hätten sich die Noten verbessert und er sei weniger auffällig in der Klasse gewesen. Nach seinem erfolgreichen Abitur habe er sich für eine höhere Laufbahn beim Zoll entschieden, was er nie bereut habe.

Erste sexuelle Kontakte habe er mit 13 Jahren mit gleichaltrigen Jungen („mit Frauen hat es nicht geklappt“) gesammelt. Später, mit ca. 18 Jahren, habe er seinen ersten Geschlechtsverkehr mit einer Bekannten aus der Schule erlebt. Sie habe mit ihm eine Beziehung anfangen wollen, er habe daran jedoch kein Interesse gehabt. Der Sex mit ihr sei zudem nicht sehr befriedigend gewesen. In der Folge habe er drei Beziehungen „mit Potenzial“ geführt, die aber von den Beziehungspartnerinnen nach ca. einem Monat beendet worden seien, ohne dass er sich das Ende habe erklären können. Mit 24 Jahren habe er seine spätere Frau kennengelernt, es sei „Liebe auf den ersten Blick“ gewesen. Sie habe von Anfang an weniger Interesse an Sexualität gehabt als er. Sie habe außerdem von seinem Pornografiekonsum gewusst und diesen grundsätzlich akzeptiert. Ein eigenes Interesse an Pornografie habe sie nicht gezeigt. Nachdem seine außerehelichen Affären aufgefliegen seien, sei es zur Trennung gekommen.

Über einen Klassenkameraden habe er im Alter von 12 Jahren erstmaligen Kontakt zu Pornografie gehabt. Ein regelmäßiger Konsum habe sich erst mit ca. 16 Jahren eingestellt, es sei sehr schnell zu einer Konsumsteigerung gekommen. Seit seinem 21. Lebensjahr habe er phasenweise täglich konsumiert. In der Summe schätzt Moritz seinen Konsum auf 2 bis 3 Stunden pro Tag, die sich auf ca. fünf Konsumepisoden aufteilen. Inhaltlich habe er „alles“ konsumiert; Mainstream-Pornografie, aber auch Gewaltpornos und Urinspiele. Neben dem Pornokonsum habe er bereits im Alter von Anfang 20 angefangen, sich über Sexualdatingportale zum Sex zu verabreden. Dabei sei er nicht wählerisch gewesen und habe sich sowohl mit Männern als auch mit Frauen getroffen. Alter und Aussehen seien nicht relevant gewesen, entscheidend sei eine schnelle Verfügbarkeit zum Geschlechtsverkehr gewesen. Er habe sich auch mehrfach mit denselben Partnerinnen und Partnern verabredet. Dabei

sei es ausschließlich um Sex gegangen und darum, die jeweiligen sexuellen Fantasien in der Realität auszuleben. Es seien auch Vergewaltigungen inszeniert worden. Er habe bei diesen Treffen auch schlechte Erfahrungen gemacht. So habe er sich z.B. mit sexuell übertragbaren Krankheiten angesteckt und im Kontakt mit Männern sei er real vergewaltigt worden. Vor ca. 8 Jahren habe die Ehefrau eindeutige Chatverläufe auf seinem Handy entdeckt, was zu einer ersten massiven Ehekrise geführt habe. Er sei damals in eine Depression „gerutscht“, die auch psychotherapeutisch behandelt worden sei. Nach Beendigung der Psychotherapie hätten sich bald wieder die alten Verhaltensmuster eingestellt und er habe sich wieder mehrmals pro Woche außerehelich zum Sex verabredet. Als dieses Verhalten vor 2 Jahren abermals „aufzog“, habe sich die Ehefrau räumlich von ihm getrennt und ihm mitgeteilt, dass sie sich „keinen Sex mehr mit ihm vorstellen könne“. Da er sehr an seinem Kind hänge, leide er massiv unter der gegenwärtigen Situation und bemühe sich seit der Trennung ernsthaft darum, seinen Pornografiekonsum und sein Dating-Verhalten zu reduzieren. Dies gelinge ihm jedoch nur in Ansätzen.

1.6.3 Alexander

Alexander sucht psychotherapeutische Hilfe, da er glaube, dass sein Pornografiekonsum eskaliere. So könne er sich bei der Arbeit immer weniger auf seine Aufgaben als IT-Systemadministrator konzentrieren. Inzwischen konsumiere er täglich auch während der Arbeitszeit Pornografie. Das sei zwar noch niemandem aufgefallen, aber er gerate durch den Konsum unter Druck, sein Arbeitspensum zu schaffen. Wenn jemand an seine Bürotür klopfe und er sich er tappt fühle, habe er Schweißausbrüche und Herzrasen. Oft mache er „Überstunden“, um die verlorene Arbeitszeit wieder aufzuholen. Sein Leben bestehe fast nur noch aus Arbeit und Pornografie und in der Bilanz sehe er sich als „ein perverser Loser“. Mit 33 Jahren „müsse man doch mehr erreicht haben“. Da er es nicht alleine schaffe, seinen Konsum zu reduzieren, zu kontrollieren oder einen veränderten Umgang mit seinem Konsum zu finden, habe er sich entschieden, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Bereits mit 12 Jahren sei Alexander erstmals mit Pornografie in Kontakt gekommen. In diesem Alter habe er seinen ersten eigenen PC zum Geburtstag geschenkt bekommen und die virtuelle Welt für sich entdeckt. Zunächst habe er verschiedenste Genres ausprobiert, habe jedoch schnell eine Vorliebe für „Gay-Porn“ ent-

wickelt und sich auch Videos von masturbierenden Männern angeschaut. Für Mädchen habe er sich nie interessiert und auch nie eine Freundin gehabt. In der Schule sei er häufig als „Schwuli“ beschimpft worden, obwohl er sich nie zu seiner Homosexualität bekannt habe. Infolge dieser und weiterer Mobbing-Erfahrungen sowie aufgrund seines Übergewichts habe er sich zunehmend zurückgezogen und viel Zeit am Computer verbracht, um zu spielen, zu programmieren oder Pornografie zu konsumieren. Auch während seines Informatikstudiums habe Alexander sehr zurückgezogen in der Einliegerwohnung seiner Eltern gelebt. Das Dorf, in dem er aufwuchs, sei konservativ geprägt gewesen, sodass es ihm sehr wichtig gewesen sei, seine Homosexualität geheim zu halten. Sein 2 Jahre älterer Bruder habe geheiratet und ein Haus auf dem Grundstück der Eltern gebaut, während Alexander weiterhin allein lebe. Bis heute habe er keine sexuellen Erfahrungen mit anderen Personen gesammelt. Einige Male habe er heimlich Gay-Partys besucht, sich dort jedoch unwohl und gehemmt gefühlt. Er spüre dann deutlich, wie sehr ihn das konservative Leben im Dorf beeinflusse. Seine Familie und die Nachbarn dürften auf keinen Fall von den Gay-Partys erfahren. Zwar sei er auf den Partys zweimal angesprochen worden, jedoch habe er die Männer, die Interesse an ihm zeigten, unattraktiv gefunden. Er habe das Gefühl, dass attraktive Männer unerreichbar für ihn seien und sich „tolle Frauen holen“ könnten, was ihn sehr frustriere. Sein Pornografiekonsum habe sich mit der Zeit verändert; er habe eine Zunahme der Konsumdauer sowie der inhaltlichen Präferenzen festgestellt. Während er anfangs nur an den homosexuellen Inhalten interessiert gewesen sei, schaue er mittlerweile auch Filme mit gewalttätigen Szenen. Besonders genieße er es, wenn attraktive Männer oder Frauen erniedrigt würden. Diese Erniedrigung empfinde er einerseits als gerecht, weil attraktive Menschen für ihn unerreichbar seien. Gleichzeitig mache ihm diese Entwicklung Angst und er erlebe nach solchen Konsumphasen starke Scham- und Schuldgefühle. Er habe bereits versucht, seinen Pornografiekonsum einzuschränken und beispielsweise nicht mehr während der Arbeit zu konsumieren, doch es sei ihm bisher nicht gelungen, sein Verhalten zu ändern. Derzeit sei Pornografiekonsum für ihn die einzige Möglichkeit, Sexualität zu erleben. Die zunehmende Dauer und der sich verändernde Inhalt seiner Vorlieben machten ihm Sorgen. Er suche nun professionelle Hilfe, um seinen problematischen Konsum in den Griff zu bekommen und sich mit seinem reduzierten Selbstwertgefühl und seinen Schwierigkeiten bei der realen Kontaktaufnahme auseinanderzusetzen.

1.6.4 Christian

Christian stellt sich als 29-jähriger Physiotherapeut vor. Er lebe in einer WG in der Großstadt, habe keine Kinder und sei momentan Single. Er suche Hilfe, da er seinen Pornografiekonsum verändern wolle. Er habe Angst, dass Pornos sein Leben „komplett ruinieren“ würden. Wenn er Pornofilme schaue, sei er „wie im Rausch“ und könne nicht mehr aufhören zu konsumieren. Im Rahmen einer Fernseh-Dokumentation habe er gehört, dass man von Pornografie abhängig werden könne und sei nun überzeugt, dass er betroffen sei.

Nach der Arbeit verspüre er meist eine starke innere Unruhe und es baue sich ein Anspannungszustand auf. Irgendwann gebe es einen „point of no return“. Dann beginne er mit der Suche nach Pornografie und öffne drei, vier, fünf oder auch mehr Browserfenster, um Pornos zu schauen. Er vergesse alles um sich herum, wisse nicht mehr, wie spät es sei oder was er sich an dem Tag noch vorgenommen habe. Beim Masturbieren zögere er den Orgasmus möglichst lange heraus. Einerseits sei das Erleben des Höhepunkts dadurch intensiver. Andererseits habe er Angst vor dem „Absturz“, den er nach solchen Sessions erlebe. Sein Pornografiekonsum nehme meist mehrere Stunden in Anspruch. Aktuell konsumiere er an mehreren Tagen in der Woche. Danach fühle er sich erschöpft, niedergeschlagen und habe durch das ausgedehnte Masturbieren häufig Schmerzen am Penis, aber er könne einfach nicht damit aufhören.

Bei der Arbeit sei er strukturiert, konzentriert und von Gedanken an den Pornografiekonsum nicht abgelenkt, sodass der Drang zu konsumieren für ihn nicht spürbar sei. Außerdem spiele er in einer Band und habe früher häufig Sport getrieben. Beides seien gute Ventile, um die starke Anspannung loszuwerden. Anderenfalls habe er einfach zu viel Energie. Den Sport habe er im Laufe der Zeit mehr und mehr vernachlässigt.

Die Filme, die er aussuche, seien beinahe beliebig, es gebe keine präferierten Genres. Er schaue auch Inhalte, die er eigentlich „eklig“ finde, danach finde er sich selbst „abartig“. Illegales Material habe er jedoch nie geschaut.

Seine Kindheit sei „gut und behütet“ gewesen. Er sei mit seinen beiden älteren Brüdern (+4 Jahre und +1.5 Jahre) bei seinen Eltern aufgewachsen. Seinen Eltern sei schon früh aufgefallen, dass er sehr aktiv und unruhig sei: Er habe einen sehr starken Bewegungsdrang gehabt und sehr viel Sport getrieben (dreimal pro Woche Fußballtraining, am Wochenende Turniere, an

den anderen Nachmittagen mit dem Mountainbike im Wald oder mit dem Skateboard auf der Halfpipe). Er habe sich beständig „abreagieren“ müssen.

Begonnen habe sein Pornografiekonsum etwa mit 13 Jahren. Seine beiden Brüder hätten ihn mit seiner Ahnungslosigkeit aufgezogen, er habe „mitziehen“ wollen. Seitdem habe er ca. 7 bis 10 Stunden pro Woche Pornografie konsumiert und sich durch verschiedene Genres geklickt. Eine erste Freundin habe er mit 16 gehabt. Bei den ersten sexuellen Erfahrungen habe er sich danach sehr geschämt, wie unbeholfen er gewesen sei, obwohl er doch schon „so viel gesehen habe“. Nach dem Auszug aus dem Elternhaus habe sich sein Pornografiekonsum auf 2 bis 3 Stunden am Tag gesteigert, je nach empfundener Anspannung sei es an einigen Tagen auch länger gewesen. Während seiner Ausbildungszeit sei eine seiner Beziehungen aufgrund des Pornografiekonsums zerbrochen, da er sich vermehrt aus sozialen Aktivitäten herausgezogen und seine Partnerin herausgefunden habe, dass er stattdessen Pornos konsumiert habe. Er sei sehr niedergeschlagen gewesen und habe sich vor sich selbst geekelt, da er seinen Konsum dennoch nicht habe stoppen können. Seitdem habe er keine Partnerschaft mehr gehabt.

Er habe das Gefühl, den ganzen Tag gegen den Drang zum Pornografiekonsum ankämpfen zu müssen. Nichts versetze ihn ähnlich leicht in vergleichbare Rauschzustände. Mit dem strukturierten Tagesablauf bei der Arbeit, seiner Musik und dem gelegentlichen Sport habe er bereits ein paar Ressourcen, um diese „dunkle Seite in ihm in Schach zu halten“. Er wisse aber, dass diese Strategien nicht ausreichend seien und dass er mehr Unterstützung brauche, um seine Sucht zu besiegen.

1.6.5 Andreas

Der 30-jährige Andreas sucht psychotherapeutische Hilfe aufgrund seines exzessiven Pornografiekonsums. Er sei seit 8 Jahren verheiratet und habe zwei Kinder. Er habe in seiner Jugendzeit ohne Probleme Pornografie konsumiert. In den letzten 7 Jahren habe er jedoch verstärkt einen Drang zum Konsumieren verspürt und es sei ihm immer schwerer gefallen, diesen Drang zu kontrollieren. Da der Konsum wiederholt zu Konflikten mit seiner Frau führe, habe er versucht, den Konsum komplett einzustellen. Er schaffe es jedoch höchstens eine Woche, bis er dem Drang zu konsumieren nicht mehr widerstehen könne. Um Streitigkeiten mit seiner Frau aus dem Weg zu gehen, versuche er inzwischen, den Konsum vor ihr zu ver-

heimlichen. Daher habe er diesen mittlerweile auch in seine Arbeitszeit verlegt. Er arbeite als Konzeptentwickler in einer Firma, teile sich ein Büro mit einem Kollegen und könne zwei Tage die Woche auch von zu Hause arbeiten. Im Geschäft werde er immer häufiger wegen seiner langen Toilettenpausen angesprochen. Zudem gerate er immer stärker unter Druck, seine Leistungsanforderung zu erfüllen. Die Beziehung zu seiner Frau sei trotzdem weiterhin angespannt, da sie ihm, wie sie sage, nicht mehr trauen könne. Aufgrund der zunehmenden Belastung wolle er nun in einer Therapie lernen, wie er seine Problematik in den Griff bekommen könne.

Andreas sei als drittes Kind in einer Arbeiterfamilie (Vater: Zerspanungsmechaniker; Mutter: Krankenschwester im Schichtbetrieb) aufgewachsen. Seine Eltern seien eher pragmatische Menschen und hätten sich, so gut es ihnen möglich gewesen sei, um ihn und seine Geschwister gekümmert. Allerdings hätten die Kinder zu Hause viel mit „anpacken“ müssen, um die Eltern zu unterstützen. Sein Vater sei eher ein ruhiger Typ, der gerne für sich sei. Seine Mutter sei eine „Macherin“, die unter Stress jedoch dazu neige, abwertend zu werden. Dies habe sich auch in der Beziehung der Eltern zueinander gezeigt. Sein schulischer und beruflicher Werdegang seien unauffällig gewesen. Seine Ausbildung habe er in der Firma absolviert, in der er noch heute tätig sei.

Er sei immer eher introvertiert und vorsichtig im sozialen Kontakt gewesen. Seine besten Freunde kenne er noch aus dem Kindergarten. Mit ihnen habe er seine gesamte Kindheit verbracht. In der Grundschule habe er begonnen, Fußball zu spielen. Durch den Verein habe er bis heute einen großen Freundeskreis. Als seine Kumpels begonnen hätten, mit Mädchen auszugehen, habe er sich nicht getraut, Mädchen, die ihm gefielen, anzusprechen. Er sei immer zu schüchtern gewesen, um auf Frauen zuzugehen. Er habe stattdessen seine Sexualität mithilfe des Internets erforscht und sich zur Anregung pornografische Filme angeschaut, wenn er sich ein- bis zweimal pro Woche selbst befriedigt habe. Mit 20 habe er auf einem Dorffest mit seiner jetzigen Ehefrau „rumgeknutscht“. Seitdem seien sie ein Paar. Kurz darauf habe er mit ihr seine erste partnerschaftliche sexuelle Erfahrung gemacht. Seit damals sei sie die einzige, mit der er schlafen wolle. Seine Frau habe im Dorf einen „gewissen Ruf“ gehabt. Sie sei sexuell wesentlich erfahrener gewesen als er, was ihn bis heute verunsichere. Zu Beginn ihrer Beziehung hätten seine Frau und er „nicht die Finger voneinander lassen können“ und im ersten Jahr ihrer Partnerschaft habe er nicht konsumiert. Generell finde er das gemeinsame Sexualleben schön, allerdings habe er es schon damals

als eher monoton erlebt. So hätte er mit der Partnerin gerne seine sexuellen Fantasien, wie z. B. nachts im Park Sex zu haben, in der Realität umgesetzt. Sie lehne dies jedoch ab mit der Begründung, dass sie solche Dinge bereits ausprobiert und keinen Spaß daran gehabt habe. Daher habe er im zweiten Jahr ihrer Partnerschaft erneut begonnen, sporadisch, ca. 30 Minuten pro Woche, Pornografie zu konsumieren. Damit habe er eine Möglichkeit gehabt, seinen Fantasien nachzugehen. Nach der Geburt der Kinder sei ihr Sexualleben zudem merklich abgeflaut. In dieser Zeit sei der bis dahin eher sporadische Konsum von Pornografie stark angestiegen, bis er zeitweise jeden Tag eine halbe Stunde konsumiert habe. Anfangs habe er noch versucht, gemeinsam mit seiner Frau zu konsumieren, sie finde Pornografie jedoch abstoßend. In der Folge sei es immer häufiger zu Streitereien aufgrund des Konsums gekommen, wobei seine Frau ihn als „Perversling“ bezeichnet habe. Auch sei sie verletzt darüber gewesen, dass sie ihm nicht genüge. Da er seine Frau nicht verletzen wolle, habe er schließlich versucht, den Konsum komplett einzustellen, sei jedoch mehrfach gescheitert. Vor 5 Jahren habe er begonnen, in seiner Toilettenpause während der Arbeit zu konsumieren („nur fünf Minuten kurz reinschauen“). Dieses Verhalten habe sich jedoch immer mehr ausgedehnt, sodass aus 5 schließlich bis zu 45 Minuten geworden seien. Dies sei ihm ausgesprochen peinlich, vor allem, da sich seine Arbeitskollegen inzwischen über ihn lustig machen würden. Seit 2 Jahren arbeite seine Frau wieder in Vollzeit als Krankenschwester. Seitdem konsumiere er wieder zu Hause, wenn sie nicht da und ihre Kinder außer Haus seien oder schlafen würden. Wenn seine Frau Nachtschicht habe, konsumiere er inzwischen fast die ganze Nacht. Er schäme sich dafür, zudem habe er quälende Ängste davor, seinen Job und seine Frau zu verlieren. Obwohl er nachts Sorgen wälze, könne er einfach nicht damit aufhören.

1.6.6 Ahmet

Ahmet (28 Jahre; Mediengestalter) stellt sich in der psychotherapeutischen Sprechstunde vor und gibt an, nicht mehr weiterzuwissen. Er habe schon seit Längerem bemerkt, dass sein Pornografiekonsum entgleist sei. Allerdings habe sich seine Situation im vergangenen Jahr deutlich zugespitzt. Nachdem er vor einem Jahr mit seiner Partnerin zusammengezogen sei, habe er sich Zeitfenster zum Konsumieren suchen müssen, zu denen sie nicht da gewesen sei. Da sie als Lehrerin vor ihm aus dem Haus gehe, habe er schließlich seinen Pornografiekonsum auf morgens verlegt. Dies

habe nun jedoch dazu geführt, dass er vermehrt zu spät zur Arbeit gekommen und mittlerweile bereits einmal abgemahnt worden sei. Am Tag der Abmahnung sei er in seinem Konsum „versumpft“ und habe die Zeit total aus den Augen verloren. Als seine Partnerin mittags nach Hause gekommen sei, habe sie ihn dann beim Konsumieren erwischt. Zudem habe er sich nicht auf der Arbeit abgemeldet, da er ja nicht bemerkt habe, wie lange er konsumiert habe. Nun drohe ihm der Verlust seines Arbeitsplatzes und seine Partnerin sei zeitweise aus der Wohnung ausgezogen, bis er sein Problem in den Griff bekomme. Er sei absolut verzweifelt und am Ende, schaffe es trotz alledem jedoch nicht, aufzuhören.

Ahmet sei als älterer von zwei Söhnen in einer Familie mit Migrationshintergrund aufgewachsen. Sein Vater (+25 Jahre) sei Arzt in einer Klinik und habe schon immer wenig Zeit für seine Familie gehabt. Seine Mutter (+20 Jahre) habe, solange er und sein Bruder (–2 Jahre) klein gewesen seien, nicht gearbeitet. Als sein Bruder in die 2. Klasse gekommen sei, habe sie angefangen, als Sekretärin in einem Büro zunächst halbtags, später in Vollzeit zu arbeiten. Die Beziehung seiner Eltern sei „laut“ gewesen. Meistens seien sie damit beschäftigt gewesen, sich zu streiten, während sein Bruder und er immer „dazwischengestanden“ hätten. Als seine Mutter wieder zu arbeiten begonnen habe, hätten sich die Großeltern väterlicherseits während ihrer Arbeitszeiten um ihn und seinen Bruder gekümmert. Dort sei er jedoch nicht gerne gewesen, da die Großeltern seine Mutter ihnen gegenüber immer abgewertet hätten. Im Alter von 14 Jahren hätten sein Bruder und er die Erlaubnis erhalten, nach der Schule alleine zu Hause zu sein, sodass sie nicht mehr bei den Großeltern hätten sein müssen. Das Leben als „Schlüsselkinder“ sei großartig gewesen. Endlich hätten sie mittags tun und lassen können, was sie wollten. Sie hätten während dieser Phase viel Zeit vor dem Fernseher und Computer verbracht.

In dieser Zeit sei er das erste Mal mit Pornografie in Kontakt gekommen. Hin und wieder hätten er und seine Freunde sich einen Spaß daraus gemacht, pornografische Filme anzuschauen. Der Konsum sei jedoch zunächst eher sporadisch gewesen. Als er mit 16 Jahren seinen eigenen Computer bekam, habe der Konsum zugenommen. Er habe sich oft aus dem stressigen Familienalltag zurückgezogen und sei in die virtuelle Realität geflüchtet. Dabei habe er vor allem Computerspiele gespielt, aber auch viel gechattet und Pornos geschaut. Der Konsum sei in Menge und Häufigkeit eher schwankend gewesen. Mit Anfang 20 habe er bereits gemerkt, dass er es nur schwer länger ohne den Konsum von Pornos aushalte. Das habe ihn zu diesem Zeitpunkt jedoch nicht so sehr gestört, da