

Name, Vorname: Pfliegensdörfer, Marcus
Matrikelnummer: 516285
Studiengang: Suchthilfe/Suchttherapie,
Master of Science (Köln)

Sexualität und Substanzgebrauch:

Eine Befragung in der medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitserkrankte
zu Konsummotiven psychoaktiver Substanzen im Kontext von Sexualität

Erstleser: Prof. Dr. Daniel Deimel
Zweitleser: Prof. Dr. Wilma Funke
vorgelegt am: 02.10.2019

Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Dr. Daniel Deimel und Frau Prof. Dr. Wilma Funke für Ihr Interesse und die fachliche Begleitung der vorliegenden Masterarbeit.

Ein besonderer Dank gilt außerdem Stefanie Theresa Jost, ohne deren Anleitung ich an der Datenerfassung und -auswertung vermutlich verzweifelt wäre.

Darüber hinaus möchte ich mich bei allen Teilnehmer*innen und dem Team der salus klinik Hürth für Ihr Engagement und Ihre Mitarbeit bedanken.

Zusammenfassung

Hintergrund: Ralf Demmel wies 2010 in einer Studie darauf hin, dass das Thema Sexualität in der Suchtbehandlung eine untergeordnete Rolle spiele: 141 befragte Patient*innen gaben an, dass Sexualität für die Behandlung ihrer Suchterkrankung eine hohe Bedeutung besitze. 69.6 % der alkoholabhängigen und 47.2 % der drogenabhängigen Patient*innen waren der Ansicht, dass „Sexualität“ Gegenstand ihrer Behandlung sein sollte. Lediglich 18.8% der alkoholabhängigen bzw. 25.0% der drogenabhängigen Patient*innen bestätigten, dass dies Gegenstand der Behandlung war (vgl. Demmel, 2010).

Dass Sexualität und Substanzkonsum in einem engen Verhältnis zueinander stehen können, zeigte 2014 die Chemsex Studie aus London, in der Hintergründe und Auswirkungen einer substanzbezogenen Sexualität bei Männern, die Sex mit Männern haben, untersucht wurden (vgl. Bourne, Reid, Hickson, Torres, Rueda & Weatherburn, 2014).

Ausgehend von diesen Erkenntnissen wurde innerhalb des deutschen Suchthilfesystems deutlich, dass das Reden über Sexualität vernachlässigt wird (vgl. Deimel & Stöver, 2015). Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, inwieweit Abhängigkeitserkrankte im Laufe ihrer Suchtbiographie Konsumerfahrungen von psychoaktiven Substanzen im Kontext ihrer Sexualität gemacht haben. Das Forschungsinteresse liegt darin, Daten zur Prävalenz zu erheben, Konsummotive zu ermitteln und eine Einschätzung zur Rückfallgefährdung im Kontext von Sexualität zu gewinnen.

Methodik: Anhand sexual- und suchtttherapeutischer Konzepte sowie einer Literaturrecherche wurden 28 Konsummotive im Kontext von Sexualität herausgearbeitet, die wiederum Grundlage für die Entwicklung eines Fragebogens zur Erhebung der Hintergründe einer substanzbezogenen Sexualität darstellen. Die Befragung fand in der salus klinik Hürth, einer stationären Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitserkrankte, statt.

Ergebnisse: Die Untersuchung zeigte, dass 95.7% der Befragten Konsumerfahrungen im Kontext ihrer Sexualität gemacht haben. Insbesondere spielen die Motivkategorien „Lust- und Leistungssteigerung“ und „Bewältigung von negativen Aspekten“ bei der Einnahme von Substanzen eine Rolle. Es konnten genderspezifische Unterschiede herausgefunden werden: Frauen ($p < .001$) konsumierten Substanzen z.B. eher zur „Bewältigung negativer Aspekte“ als Männer. Für homo- und bisexuelle Personen stellte Sexualität ein höheres Rückfallrisiko dar als für heterosexuelle Personen ($p = .01$).

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	2
Zusammenfassung	3
I. Einführung	7
II. Theoretischer Kontext	10
1. Grundlagen zu „Sexualität“	10
1.1 Ein bio-psycho-soziales Erklärungsmodell	10
1.2 Definition von „sexueller Gesundheit“	10
1.3 Der Multidimensionale Fragebogen zur Sexualität (MFS)	11
1.4 Die Sexualanamnese nach dem Hamburger Modell	13
2. Suchttheorien	15
2.1 Kognitives Verhaltensmodell der Sucht	16
2.2 Verhaltensmotive	19
3. Konsummotive im Kontext von Sexualität	21
3.1 Sexuelle Gewalt bzw. sexualisierte Gewalterfahrung	21
3.2 Sexuell übertragbare Infektionen und Krankheiten	22
3.3 Sexuelle Funktionsstörungen	23
3.4 Sexuelle Marginalisierung	24
3.5 Sexuelle Verunsicherung	25
3.6 Sexueller Mangel	26
3.7 Sexuelle Lust	27
3.8 Zwischenmenschliche Nähe und Bindung	28
3.9 Spiritualität	29
3.10 Identitätsbestätigung	30
3.11 Sexuelle Kompetenz	32
3.12 Ausgeschlossene Aspekte	33
3.13 Prostitution	33
4. Zusammenfassung der bisherigen Ergebnisse	34

III. Empirischer Teil	36
5. Untersuchung	36
5.1 Fragestellung und Hypothese	37
5.2 Erhebungsinstrument	37
5.3 Statistische Verfahren	39
5.4 Durchführung des Pre-Tests	40
6. Darstellung der Ergebnisse	41
6.1 Soziodemographische Daten und Angaben über die Abhängigkeitserkrankung(en)	41
6.2 Substanzgebrauch im Kontext von Sexualität	43
6.3 Konsummotive zum Sex	44
6.4 Zusammenhänge zwischen „Sex stellt ein Rückfallrisiko dar“ und den Motivkategorien	48
6.5 Vergleich der Ergebnisse nach Geschlecht	49
6.6 Vergleich der Ergebnisse nach sexueller Orientierung	52
7. Diskussion	57
IV. Literaturverzeichnis	63
V. Anhang	78
Fragebogen	78
Erklärung	84

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kognitives Modell der Sucht (vgl. Beck et al., 1997)	19
Abbildung 2: Modell zur Plananalyse (vgl. Grawe et al., 1996)	20
Abbildung 3: Substanzmittel zum Sex	44
Abbildung 4: Konsummotive im Kontext von Sexualität	47
Abbildung 5: Vergleich der Motivkategorien nach Geschlecht	49
Abbildung 6: Schlussfolgerungen für die Behandlung nach Geschlecht	51
Abbildung 7: Vergleich der Motivkategorien nach sexueller Orientierung	53
Abbildung 8: Schlussfolgerung für die Behandlung nach sexueller Orientierung	55

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Das „ABC- Schema“ (vgl. Ellis, 1979)	16
Tabelle 2: Soziodemographische Daten	42
Tabelle 3: Angaben über die Abhängigkeitserkrankung(en)	43
Tabelle 4: Konsummotive im Kontext von Sex	46
Tabelle 5: Schlussfolgerungen für die Behandlung	48
Tabelle 6: Korrelationsanalyse zwischen „Sex stellt ein Rückfallrisiko dar“ und den Motivkategorien	48
Tabelle 7: Vergleich der Konsummotive nach Geschlecht	49
Tabelle 8: Korrelationsanalyse zwischen „Sex stellt ein Rückfallrisiko dar“ und den Motivkategorien nach Geschlecht	52
Tabelle 9: Korrelationsanalyse zwischen „Sex stellt ein Rückfallrisiko dar“ und den Motivkategorien nach sexueller Orientierung	56

I. Einführung

Spätestens seit 2012 setzt sich das deutsche Gesundheitssystem (u.a. Crystal-Meth-Kongress in Bayreuth, 2012) mit dem Thema „Methamphetamin und neue psychoaktive Substanzen („Research Chemicals“)" in der Öffentlichkeit auseinander. Hintergrund der Diskussion waren steigende Zahlen von Substanzgebraucher*innen in den Ostdeutschen Grenzregionen zu Tschechien, die zunehmende Menge an Sicherstellungen von (Meth-) Amphetaminen durch das Bundeskriminalamt und das erhöhte Aufdecken von „Drogenküchen“ zur Herstellung von neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) sowie deren Verbreitung über das Darknet in den vergangenen Jahren.

2014 lud Frau Mortler als Drogenbeauftragte der Bundesregierung erstmals zu einer Expert*innen- Runde zum Thema „Methamphetamin – Handlungsfeld Behandlung“ in Berlin ein (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2014). Die Ergebnisse des Austauschs wurden 2014 im Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung veröffentlicht (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2014). Darin wurden erstmals Konsumentengruppe von NPS definiert, wobei ich mich im Hinblick auf das Forschungsinteresse auf folgende konzentrieren möchte: *„in einigen Kreisen homosexueller Männer, aber auch bei Drogenkonsumenten (ist) ein zunehmender Konsum unterschiedlicher psychoaktiver Substanzen zu verzeichnen, die zumeist illegal sind.“* (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2014, S. 154). Es stellte sich heraus, dass der Gebrauch von psychoaktiven Substanzen bei einigen Männern, die Sex mit Männern (MSM) haben, im Kontext von Sexualität stattfindet. Im angloamerikanischen Raum zeichnete sich ein ähnlicher Trend ab und wurde bekannt unter „Chemsex“, was die gezielte Einnahme von Substanzen vor bzw. während des Sex bezeichnet (vgl. Bourne et al., 2014).

Das Bundesministerium für Gesundheit stellte daraufhin Forschungsgelder zur Verfügung, woraus das Bundesmodellprojekt „QUADROS“ (Qualitätsentwicklung in der Beratung und Prävention im Kontext von Drogen und Sexualität bei schwulen Männern) der Deutschen AIDS-Hilfe hervorging. Das Forschungsinteresse des Projekts lag darin, eine bestehende Versorgungslücke im Hilfesystem für schwule Männer und andere MSM, die aufgrund ihres Drogenkonsums im Kontext von Sexualität Beratung und Unterstützung benötigen, zu schließen. Dabei stellte sich heraus, dass klassische Drogenberatungsstellen auf eine Beratung zum Konsum von illegalen Drogen im Kontext mann-männlicher Sexualität nicht ausgerichtet

waren und HIV-Präventionsprojekte für schwule Männer, Kenntnisse hinsichtlich der Wirkweisen von NPS, der Substanzabhängigkeit und Behandlungsmöglichkeiten fehlten (vgl. Dichtl, Graf & Sander, 2016).

Die Verbindung zwischen „Sexualität“ und „Substanzkonsum“ spielt nicht nur eine Rolle im Kontext der mann-männlichen Sexualität. 2010 konnte Ralf Demmel in einer Studie im Auftrag des Landschaftsverbands Westfalen Lippe folgendes nachweisen: In einer Befragung von alkohol- und drogenabhängigen Patient*innen ($N= 141$) in Rehakliniken wurde deutlich, dass das Thema Sexualität aus Sicht der Betroffenen für die Behandlung ihrer Suchterkrankung eine hohe Bedeutung besitzt: 69.6 % der alkoholabhängigen und 47.2 % der drogenabhängigen Patient*innen waren der Ansicht, dass sexuelle Probleme Gegenstand der Behandlung sein sollten. Jedoch berichteten lediglich 18.8% der alkoholabhängigen bzw. 25.0% der drogenabhängigen Patient*innen, dass sexuelle Probleme Gegenstand ihrer Behandlung waren. 49.3 % bzw. 34.7 % wünschten sich daher eine Erweiterung des Behandlungsangebotes (vgl. Demmel, 2010).

Ausgehend von diesen Erkenntnissen wurde innerhalb des deutschen Suchthilfesystems deutlich, dass das Reden über Sexualität vernachlässigt wird und es wurden Forderungen laut, dass sich Suchtbehandlung stärker am Alltag und an der (sexuellen) Lebenswelt ihrer Nutzer*innen orientieren und Gender-Aspekte berücksichtigen soll (vgl. Deimel & Stöver, 2015). Vor diesem Hintergrund gehe ich in der Arbeit folgenden Fragen nach:

- Wie hoch ist der Anteil bei Suchtmittelabhängigen, die Konsumerfahrungen beim Sex gemacht haben?
- Wurden Substanzen dabei gezielt zum Sex eingesetzt oder beiläufig (mit-) konsumiert?
- Welche Konsummotive liegen einem substanzbezogenen Sexualverhalten zu Grunde?
- Stellt Sexualität ein Rückfallrisiko für Abhängigkeitserkrankte dar?

Unter Zuhilfenahme bestehender Konzepte, Modelle und Messinstrumente wird in einem ersten Schritt die Mehrdimensionalität des Konstrukts „Sexualität“ beschrieben. Ziel ist es, „Sexualität“ als Kontextfaktor für den Gebrauch von psychoaktiven Substanzen zu begreifen.

In einem nächsten Schritt dieser Arbeit wird anhand der kognitiven Verhaltenstheorie ein suchttheoretisches Modell entwickelt, das ein substanzbezogenes Sexualverhalten unter motivationalen Aspekten erklärt.

Anhand einer Literaturrecherche werden abschließend Konsummotive im Kontext von Sexualität abgeleitet, die wiederum Ausgangspunkt für die Entwicklung eines Fragebogens sind zwecks Erhebung und Messung der Hintergründe einer substanzbezogenen Sexualität, um Antworten auf die genannten Fragen zu finden.

Die Arbeit endet mit der Darstellung der vorliegenden Ergebnisse und lädt mit der Diskussion dazu ein, neue Forschungshypothesen zu entwickeln.

II. Theoretischer Kontext

1. Grundlagen zu „Sexualität“

Sexualität ist *„ein zentraler menschlicher Aspekt im Laufe des Lebens und umfasst Sex und Gender, Geschlechtsidentitäten und Rollen, sexuelle Orientierung, Erotik, Lust, Intimität und Reproduktion. Sexualität wird erfahren und ausgedrückt in Gedanken, Phantasien, Wünschen, Überzeugungen, Einstellungen, Werten, Verhaltensweisen, Vorgehensweisen, Rollen und Beziehungen. Während die Sexualität alle diese Dimensionen enthalten kann, werden nicht alle immer erlebt und erfahren. Sexualität wird durch das Zusammenspiel von biologischen, psychologischen, sozialen, wirtschaftlichen, politischen, kulturellen, rechtlichen, historischen, religiösen und spirituellen Faktoren beeinflusst“* (Voß & Bardehle, 2017, S. 82).

1.1 Ein bio-psycho-soziales Erklärungsmodell

Sexualität kann, wenn man ihr ein bio-psycho-soziales Erklärungsmodell zu Grunde legt, unter verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet und diskutiert werden. Zum einen gibt es Befürworter eines biologisch-deterministischen bzw. essentialistischen Ansatzes. Die menschliche Sexualität wird dabei als biologisch und evolutionär vorgezeichnet verstanden. Ihre Funktion beschränkt sich in diesem Sinne ausschließlich auf die Fertilität und die Reproduktion. „Sexuelle Gewalt“ gegenüber Frauen wird von den Vertretern dieses Ansatzes als eine evolutionär angelegte Fortpflanzungsstrategie von Männern verstanden (vgl. Dekker, 2013).

Dem gegenüber steht ein sozial-konstruktivistischer Ansatz. Vertreter verstehen das sexuelle Begehren, das sexuelle Verhalten und die sexuelle Identität als einen dynamischen Prozess in der Auseinandersetzung mit den eigenen Erfahrungen und den Werten bzw. den Normen eines sozialen Systems. Das sozial-konstruktivistische Modell betont die Bedeutung psychosozialer Faktoren der menschlichen Sexualität, wobei biologischen Einflüsse eine eher geringfügige Rolle beigemessen werden (vgl. Dekker, 2013).

Da Sexualität in unserer Gesellschaft überwiegend losgelöst von der Reproduktion stattfindet, konnte der sozial-konstruktivistische Ansatz im Kontext von Forschung in den vergangenen Jahren an Bedeutung hinzugewinnen.

1.2 Definition von „sexueller Gesundheit“

Nicola Döring (2017) ordnet der Sexualität negative und positive Aspekte zu: Negative Aspekte von Sexualität umfassen sexuelle Gewalt, sexuell übertragbare Krankheiten, Leidensdruck

durch sexuelle Funktionsstörungen, sexuelle Marginalisierung, sexuelle Verunsicherung und sexueller Mangel. Eine Person, die unter negativen Aspekten leidet, ist nicht nur in ihrem sexuellen Wohlbefinden beeinträchtigt, sondern auch in ihrer Gesamtgesundheit. Sexualität hängt mit körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Faktoren zusammen.

Positive Aspekte von Sexualität fasst Döring zusammen als sexuelle Lust, zwischenmenschliche Nähe und Bindung, Lebens- und Schöpfungsenergie, Identitätsbestätigung, Elternschaft, sexuelle Kompetenz, sexuelle Zufriedenheit, körperliche sowie psychische Gesundheitsvorteile sexueller Aktivität.

Döring greift mit ihrem Modell wesentliche Faktoren von Sexualität auf, die in dem oben genannten Zitat von Voß & Bardehle (2017) benannt wurden. Sexuelles Wohlbefinden stellt sich ihrer Ansicht nach ein, wenn negative Aspekte so weit wie möglich ausgeschlossen und positive Aspekte mit Sexualität verknüpft sind (vgl. Döring, 2017).

Eine ähnliche Haltung spiegelt sich auch in der Definition der „sexuellen Gesundheit“ gemäß der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wider, als *„Zustand körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens bezogen auf die Sexualität; sie ist nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, Funktionsstörung oder Gebrechen. Sexuelle Gesundheit erfordert einen positiven Umgang mit Sexualität und sexuellen Beziehungen, sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu erleben, frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Um sexuelle Gesundheit dauerhaft zu erreichen, müssen die sexuellen Rechte aller Menschen respektiert, geschützt und erhalten werden“* (vgl. WHO, 2006).

Das Modell der „sexuellen Gesundheit“ hebt hervor, dass es sich bei Sexualität, um ein mehrdimensionales Konstrukt handelt.

1.3 Der Multidimensionale Fragebogen zur Sexualität (MFS)

Daran anknüpfend wurde von Brenck-Franz und Strauß (2011) der multidimensionale Fragebogen zur Sexualität (MFS) entwickelt. Dieser misst und beschreibt die verschiedenen psychologischen Dimensionen von Sexualität: 60 Items erfassen anhand von 12 Subskalen verschiedene Aspekte der menschlichen Sexualität, die auf einer fünfstufigen Ratingskala zu beurteilen sind. Die Subskalen beinhalten:

- *„Eigene sexuelle Wertschätzung“* (Sexual-Esteem),
- *„Gedankliche Beschäftigung mit Sexualität“* (Sexual-Preoccupation),
- *„Internale sexuelle Kontrolle“* (Internal-Sexual-Control),

- „*Sexualbewusstsein*“ (Sexual-Consciousness),
- „*Sexuelle Motivation*“ (Sexual-Motivation),
- „*Sexualangst*“ (Sexual-Anxiety),
- „*Sexuelles Selbstbewusstsein*“ (Sexual-Assertiveness),
- „*Sexuelle Depression*“ (Sexual-Depression),
- „*Externale sexuelle Kontrolle*“ (External-Sexual-Control),
- „*Wahrnehmung öffentlicher Reaktionen bezüglich der eigenen Sexualität*“ (Sexual-Monitoring),
- „*Furcht vor sexuellen Beziehungen*“ (Fear-of-Sex),
- „*Sexuelle Zufriedenheit*“ (Sexual-Satisfaction).

Der Fragebogen wurde in einer nicht-klinischen Stichprobe ($N= 261$) angewendet und unter anderem bzgl. geschlechtsspezifischer Unterschiede ausgewertet. Dabei wurde festgestellt, dass Männer signifikant höhere Werte auf den Subskalen „*Eigene sexuelle Wertschätzung*“, „*Gedankliche Beschäftigung mit Sexualität*“, „*Sexuelle Motivation*“ und „*Sexuelles Selbstbewusstsein*“ im Vergleich zu Frauen aufweisen.

Teilnehmer*innen, welche in keiner Partnerschaft lebten, wiesen signifikant höhere Werte in den Bereichen „*Gedankliche Beschäftigung mit Sexualität*“, „*Sexualangst*“, „*Sexuelle Depression*“, „*Externale sexuelle Kontrolle*“, „*Wahrnehmung öffentlicher Reaktionen bezüglich der eigenen Sexualität*“, „*Furcht vor sexuellen Beziehungen*“ sowie geringere Werte in der „*sexuellen Zufriedenheit*“ als Befragte, die in einer Partnerschaft leben, auf (vgl. Brenk-Franz & Strauß, 2011).

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Sexualität durch psychosoziale Faktoren beeinflusst wird. Äußere Einflüsse wie z.B. die „*Wahrnehmung öffentlicher Reaktionen bezüglich der eigenen Sexualität*“ oder Beziehungsverhältnisse scheinen in gegenseitiger Wechselwirkung zu einem inneren Erleben zu stehen, die die Sexualität eines Menschen entweder fördern („*eigene sexuelle Wertschätzung*“) oder beeinträchtigen („*Sexualangst*“) können.

Fragebögen, wie der MSF, werden zwar in der Sexualforschung, aber üblicherweise nicht in der Suchtbehandlung angewendet, weshalb Zusammenhänge zwischen Substanzgebrauch und Sexualität bisher wenig untersucht wurden.

1.4 Sexualanamnese nach dem Hamburger Modell

Manchen Menschen fällt es schwer, über ihre Sexualität zu sprechen. Mehr als bei anderen Lebensbereichen benötigen Ratsuchende daher Unterstützung und Anleitung zur Verbalisierung. Als Therapeut*in ist man dafür zuständig, ein offenes und vertrauensvolles Gesprächsklima zu schaffen sowie ein Modellverhalten zu zeigen im Sinne des Sprechens über Sexualität. Als Hilfestellung zur Gesprächsführung über sexuelle Aspekte wurden Sexualanamnesen entwickelt. Diese beinhalten üblicherweise vier Ebenen zur Erfassung des sexuellen Erlebens und Verhaltens, sexueller Funktionsstörungen und sexueller Beziehungen (vgl. Galedry & Rethemeier, 2013). Die Sexualanamnese nach dem Hamburger Modell stellt eine wichtige Struktur und Orientierung dar, sofern die Sexualität eines Menschen näher exploriert werden soll.

Die erste Ebene bezieht sich auf **das gegenwärtige sexuelle Erleben und Verhalten**. Dabei werden Rahmenbedingungen, Kontext, Verhalten, Erleben, Initiative, Häufigkeit, Verlauf, Bedürfnisse und Kommunikation bezüglich der Sexualität exploriert. Konkret kann das u.a. folgende Fragestellungen beinhalten: *Wie hoch ist das Interesse an Sexualität? Gibt es sexuelle Vorlieben oder auch Abneigungen? Ist die Person in der Lage, Wünsche und Bedürfnisse zu formulieren? Liegt eine sexuelle Funktionsstörung vor? Wie wird die Beziehung zu dem eigenen Körper erlebt?*

Der Bezug zur Gegenwart ermöglicht es dem bzw. der Behandler*in, die Ausgangssituation der Inanspruchnahme von Unterstützung zu verstehen und Hypothesen zu möglichen Schwierigkeiten, Besonderheiten und Ressourcen zu entwickeln. Außerdem hilft es, Tabuthemen aufzubrechen und Schamgefühle zu reduzieren.

In einem weiteren Schritt wird auf einer zweiten Ebene die **soziosexuelle Entwicklung** näher erhoben. Dabei handelt es sich um die Exploration zurückliegender Erfahrungen wie z.B. die vorgelebte elterliche Beziehung oder vorgelebte Geschlechtsrollenstereotype (Verständnis von „Männlichkeit“ und „Weiblichkeit“), erste sexuelle Erfahrungen sowie der Verlauf von sexuell prägenden Ereignissen in der Pubertät und in der Adoleszenz.

Das Erfassen der psychosexuellen Entwicklung gibt unter anderem Hinweise auf sexuelle Motive und internale Selbstkonzepte, die das gegenwärtige sexuelle Erleben und Verhalten beeinflussen. Diese Ebene erfordert bereits ein höheres Maß an Vertrauen und Offenheit zwischen Behandler*in und der betroffenen Person.

Auf der dritten Ebene der **gegenwärtigen Beziehung** kann die Entwicklung, die Struktur und die Motivation einer bestehenden Partnerschaft exploriert werden im Sinne des „*ersten Kennenlernens*“, der „*Initiative zur Beziehung*“, von „*sexueller Gewalt innerhalb der Beziehung*“, von „*Außenbeziehungen*“, der „*Rollenverteilung*“ und von „*Umgang mit Konflikten*“.

Sofern eine Partnerschaft besteht, werden Beziehungsmuster, die partnerschaftliche Dynamik und interaktionelles Verhalten untersucht. Üblicherweise wird eine Sexualberatung bzw. eine Sexualtherapie von Paaren aufgrund partnerschaftlicher Probleme sexueller Natur aufgesucht. Im einzeltherapeutischen Kontext ohne bestehende Beziehung muss diese Ebene nicht zwangsläufig erhoben werden.

Die vierte Ebene erfasst **die Sexualität und Beziehungserfahrungen in früheren Partnerschaften**. Es können an dieser Stelle Anzahl, Dauer und Verlauf früherer Partnerschaften, sexuelle Zufriedenheit, Schwangerschaften und deren Abbrüche, Liebeskummer und Abhängigkeitsbeziehungen erhoben werden. Ähnlich wie bei der soziosexuellen Entwicklung werden zurückliegende Erfahrungen erfasst, um Beziehungsmuster, internale Partnerschaftskonzepte, Vorstellungen und Wünsche an eine/n Partner*in zu explorieren.

Die vier genannten Ebenen wurden ausschließlich skizziert und haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Ausführung soll unterstreichen, dass Sexualität aus verschiedenen Dimensionen besteht, die miteinander zusammenhängen und sich gegenseitig bedingen können. Hierzu ein Beispiel: Angenommen eine Person, die bereits im Elternhaus gelernt hat, dass das „Nackt-sein“ mit Scham verbunden ist (soziosexuelle Ebene), erlebt im Jugendalter ihren ersten Geschlechtsverkehr, der sich verkrampft und nicht „richtig“ anfühlt (soziosexuelle Ebene). Möglicherweise verstärkt sich dabei das ursprüngliche Gefühl von Scham zu einem internalen Selbstkonzept. Die sexuelle Aktivität mit dem Partner bzw. der Partnerin fühlt sich im weiteren Verlauf für die Person unangenehm und gehemmt an (gegenwärtiges sexuelles Erleben), weshalb Sexualität vermieden wird (gegenwärtiges sexuelles Verhalten) und die Beziehung darunter leidet (gegenwärtige Beziehung).

Ausgehend von dem genannten Beispiel könnte der Suchtmittelkonsum durch die betroffene Person als Bewältigungsversuch eingesetzt werden, um sich zu enthemmen, vom Unwohlsein zu lösen und sich sexuell erregbarer zu fühlen.

2. Suchttheorien

Psychoaktive Substanzen, wie Alkohol, Medikamente und illegale Drogen, nehmen Einfluss auf das Denken, das Erleben und das Verhalten eines Menschen. Die gängigen Suchttheorien versuchen die Entstehung, die Ursachen, den Verlauf und die Heilung von Suchtstörungen zu erklären. Dabei gibt es keine homogene Theorie von Sucht, sondern eine Vielzahl von theoretischen Annahmen mit einer begrenzten Reichweite:

- Biologische Theorien stützen sich u.a. auf das Belohnungssystem, auf das sich Substanzen auswirken und das bei der Aufrechterhaltung des Substanzgebrauchs eine Rolle spielt sowie auf genetische Faktoren, die eine Prädisposition bezüglich der Entstehung einer Suchterkrankung darstellen können (vgl. Heinz & Batra, 2003)
- Psychodynamische Modelle hingegen folgen einer tiefenpsychologischen Annahme, wobei z.B. die Triebdynamik süchtiges Trinken und Rauchen, mit Störungen des Essverhaltens als orale Triebansprüche erklärt. Der Alkoholiker z.B. ist auf einer oralen Entwicklungsstufe fixiert. Bei Belastungen und Konflikten regrediere er auf die Bedürfnisse und Verhaltensweisen einer früheren Entwicklungsphase und erfüllt sich im Alkoholkonsum orale Triebwünsche (vgl. Bilitza, 2008)
- Persönlichkeitspsychologische Ansätze sehen bei einer Suchterkrankung einen Zusammenhang zum Persönlichkeitsstil einer Person. Im Cloninger-Modell werden Persönlichkeitsgrunddimensionen definiert und in den Kontext zu Hochrisiko-Rückfallrisikosituationen bei Abhängigkeitserkrankten gesetzt (vgl. Cloninger, Sigvardsson & Bohman, 1996)
- Soziologische Modelle verstehen den Drogenkonsum als Ausdruck einer bestimmten gesellschaftlichen Situation und eines spezifischen Herkunftsmilieus. Sucht ist vor diesem Hintergrund ein kulturell relatives Phänomen. Dies wird am Konsum von Alkohol deutlich, da dieser im Gegensatz zu anderen psychoaktiven Substanzen ein fester Bestandteil der westlichen Kultur ist (vgl. Schabdach, 2009).
- Entwicklungspsychologische Konzepte betrachten den Umgang mit Substanzen u.a. als eine Entwicklungsaufgabe. Der Konsum ist z.B. ein jugendlicher Prozess, der notwendig ist, um sich vom Elternhaus zu lösen und in einer Peergroup Zugehörigkeit zu erfahren (vgl. Franzkowiak, 1987)
- Systemische Ansätze verstehen den Suchtmittelkonsum einer Person als Ausdruck oder Bewältigungsversuch einer Systemdysfunktionalität. Die Person ist mit der

Suchterkrankung ein Symptomträger für eine zugrundeliegende Störung z.B. in einem hochbelasteten Familiensystem (vgl. Lenz, 2008)

- Verhaltenstheorien wie z.B. die sozial kognitive Lerntheorie sind gängige Modelle zur Erklärung von Entstehung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeitserkrankung (vgl. Marlatt, 1985). Hierauf wird nachfolgend näher eingegangen.

2.1 Kognitives Verhaltensmodell der Sucht

Banduras entwickelte 1969 ein kognitives Modell der sozialen Lerntheorie, an dem er bis 1977 arbeitete. Daraus entstanden eine Vielzahl daran anlehrender sozial-kognitiver Suchtmodelle (u.a. Abrams & Niaura, 1987; Marlatt, 1978 und 1985; McDermut, Haaga & Shayne, 1991; Stacy, Newcomb & Bentler, 1991; Tiffany, 1990; Wilson 1987a, 1987b).

Ausgangspunkt aller Theorien ist die Annahme, dass Kognitionen – also Gedanken, Vorstellungen, Erwartungen und Wahrnehmung – einen Einfluss auf das emotionale Befinden und das Verhalten eines Menschen haben. Kognitionen sind dabei Prozesse, durch welche innere und äußere sensorische Inputs transformiert, reduziert, elaboriert, gespeichert, wiedererkannt und verwertet werden (vgl. Neisser, 1967).

Aaron T. Beck, Mitbegründer der kognitiven Therapie, spricht von Grundannahmen, als sogenannte „core beliefs“, die meist fundamental und tief verwurzelt, situationsunabhängig, starr und übergeneralisiert sind sowie meist frühzeitig in der Entwicklung erworben wurden. Sie bestimmen das Erleben und das Verhalten eines Menschen mit (vgl. Beck, 1979).

Albert Ellis folgte 1979 diesen Annahmen und entwickelte im Rahmen seiner „Rational-Emotive-Verhaltenstherapie“ das sogenannte ABC-Schema psychischer Störungen:

(A) steht dabei für „activating event“ oder „adversity“ also eine auslösende Situation, die oben beschriebene Grundannahmen oder Vorstellungen – „beliefs“ bzw. „belief systems“ (B) – aktiviert und eine emotionale bzw. verhaltenstechnische Reaktion – emotional-behavioral consequences (C) – hervorrufen (vgl. Ellis, 1979).

Tabelle 1: Das „ABC-Schema“ (vgl. Ellis, 1979)

A = Activating Event	B = Beliefs	C = Consequences
Ablehnung in Gesellschaft →	„Ich bin ein Nichts!“ →	Emotion: Frust Verhalten: Alkoholkonsum

Tabelle 1 veranschaulicht, dass ein unerwünschtes (äußeres oder innerpsychisches) Ereignis (A) aufgrund bestimmter bewusster oder unbewusster Überzeugungen, die in der Situation aktiviert werden (B), bewertet wird. Erst diese Bewertungen des Ereignisses führt als Konsequenz (C) zu emotionalen Reaktionen und bestimmten Verhaltensweisen.

Marlatt (1985) ist als weiterer Pionier der kognitiven Verhaltenstherapie zu benennen. Er beschreibt vier kognitive Prozesse, die bei der Entstehung und der Aufrechterhaltung einer Suchterkrankung insbesondere im Kontext von Rückfälligkeit eine entscheidende Rolle spielen: Selbstwirksamkeit, Wirkungserwartungen, Kausalattributionen und Entscheidungsprozesse.

Selbstwirksamkeit bezeichnet die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten, mit Risikosituationen kompetent umgehen zu können. Eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung, kann sich in dem Zweifel: „Ich kann das nicht schaffen“ äußern. Übertragen auf den Suchtmittelkonsum könnte daraus resultieren: „Ich schaffe das nicht, also kann ich auch konsumieren“ oder „Ich schaffe das nur, wenn ich konsumiert habe“. Nach Marlatt (1985) geht eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung mit Rückfälligkeit und eine hohe Selbstwirksamkeit mit einer langfristigen Abstinenzfähigkeit einher.

Unter einer **Wirkungserwartung** sind bestimmte Antizipationen einer Person bezüglich der Effekte einer Substanz zu verstehen. Eine positive Wirkungserwartung an eine Substanz könnte z.B. die Annahme: „Ich fühle mich unter der Wirkung von Kokain selbstsicherer“ sein. Wenn positive Erwartungen an ein Suchtmittel die negativen überwiegen, steigt die Wahrscheinlichkeit dieses zu konsumieren.

Brown, Goldmann, Inn und Anderson (1980) konnten ermitteln, dass die alkoholbezogene Wirkungserwartung von Menschen, die regelmäßig Alkohol trinken, in sechs Kategorien zusammengefasst werden können: Steigerung der sozialen und körperlichen Stärke, Erfahrungen kehren sich ins Positive, Erhöhung der sexuellen Erregbarkeit und Befriedigung, Verstärkung von Macht und Aggression, Erhöhung der Selbstsicherheit und Abbau von Anspannungen.

Bestätigt sich die Wirkungserwartung an den Alkohol, dann ist davon auszugehen, dass sich das Verhalten (der Konsum) dadurch positiv verstärkt und aufrechterhalten bleibt.

Kausalattributionen beziehen sich auf die Annahme eines Menschen, dass Suchtmittelkonsum auf internale und externale Faktoren zurückzuführen ist. Eine süchtige Person könnte zum Beispiel annehmen, dass „jede andere Person auch konsumieren würde, der in der Kindheit so ein schlimmes Unglück widerfahren wäre, wie ihr“ (externaler Faktor). Ein internaler Faktor für den Substanzgebrauch wäre die Überzeugung; „Wenn ich Alkohol trinke, schalten sich meine Gedanken ab“. Kausalattributionen dienen den betroffenen Menschen zur Erklärung ihres Verhaltens und werden bei andauerndem Substanzgebrauch zu erlaubniserteilenden Gedanken umfunktioniert: „Da ich ohne Alkohol meine Gedanken nicht abschalten kann, darf/muss/sollte ich trinken“ (vgl. Marlatt, 1985).

Dabei sind der Suchtmittelkonsum sowie ein Rückfallhergang als **kognitiver Entscheidungsprozess** zu verstehen. Marlatt geht dabei der Annahme nach, dass z.B. ein Rückfall das Ergebnis vieler einzelner Entscheidungen ist, die eine abhängige Person entweder in Richtung Konsum führen oder nicht. Einige Entscheidungen werden möglicherweise als irrelevant erlebt z.B. das Aufsuchen bestimmter Personen oder bestimmter Orte, die mit dem Suchtmittelkonsum in Verbindung stehen. Ob dieser Entscheidungsprozess bewusst oder eher unbewusst abläuft, ist schwierig zu beurteilen, es lässt sich jedoch sagen, dass Entscheidungen Einfluss darauf nehmen, ob Risikosituationen entstehen oder nicht.

Beck, Wright, Newman und Liese (1997) fassen vier Motive für den Substanzgebrauch zusammen: Lustgewinn, Problemlösen, Entspannung und Flucht.

Dysfunktionale Kognitionen sind vor diesem Hintergrund z.B. der Glaube, die Substanz zu benötigen, um ein emotionales Gleichgewicht (wieder-) herzustellen, die Erwartung, dass sich durch die Einnahme der Substanz soziale Fähigkeiten verbessern oder die Überzeugung, die Substanz spende Energie, so dass man leistungsfähiger sei. Wenn die Substanz entsprechend der persönlichen Erwartung wirkt, verstärkt sich die Überzeugung. Darüber hinaus bilden sich Gedanken, die sich auf die Rechtfertigung beziehen. Ein „erlaubniserteilender Gedanke“ wäre z.B. „Wenn ich mich schlecht fühle, dann darf ich ruhig was nehmen, das hilft ja.“

Sich verstärkende Überzeugungen bilden dysfunktionale Kognitionen, die an der Entstehung eines inneren Drucks beteiligt sind, nämlich sich auf eine bestimmte Art und Weise verhalten oder fühlen zu wollen: „Wenn ich lustig und gut drauf bin, dann werde ich von anderen Menschen gemocht“ verstärkt die Überzeugung: „Wenn ich konsumiere, dann bin ich unterhaltsamer“. Daraus resultiert die dysfunktionale Grundannahme: „Wenn ich konsumiere, dann bin ich lustig und dann werde ich gemocht.“ In einer Situation, in der sich eine Person

unwohl fühlt, weil der Eindruck vorherrscht, nicht gemocht zu werden, entsteht dann der innere Druck, gut drauf sein zu müssen, um gemocht zu werden. Der Drang zu konsumieren wird größer. Kognitiv-emotionale Verarbeitungsmuster, also substanzbezogene Einstellungen, Erwartungen und Verhaltensweisen, welche durch Konsumerlebnisse bestätigt wurden, wirken dabei als aufrechterhaltende Bedingungsfaktoren für den Konsum. Entsprechend treten alternative Verhaltensweisen in den Hintergrund, da sie nicht erkannt bzw. erprobt werden können (Beck et al., 1997).

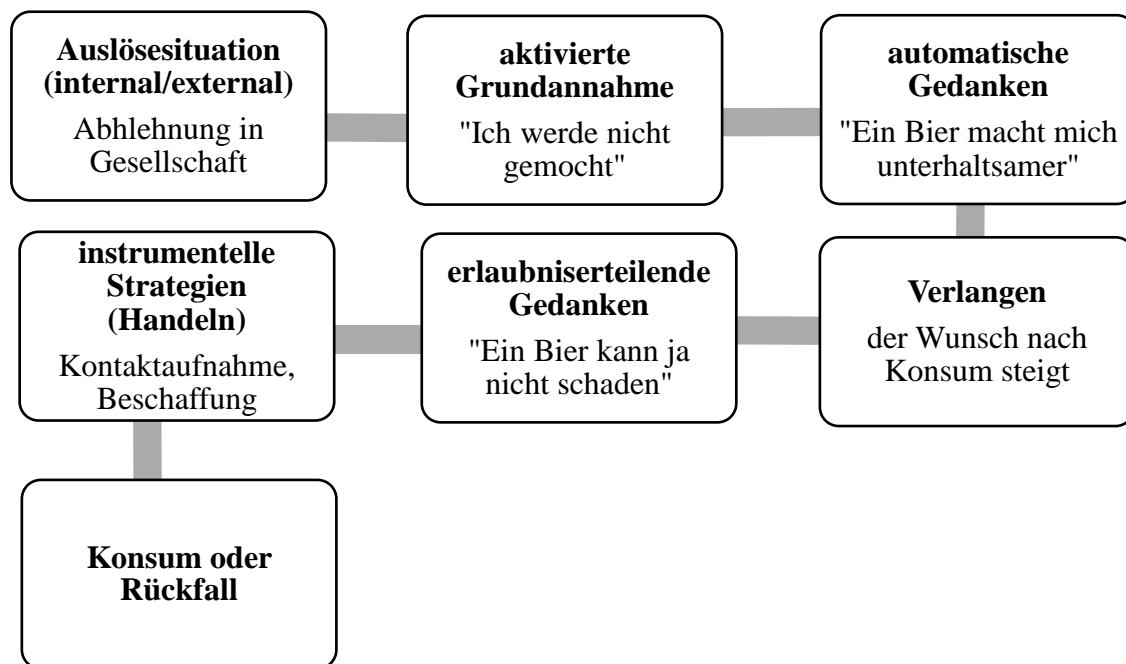


Abbildung 1: Kognitives Modell der Sucht (vgl. Beck et al., 1997)

2.2 Verhaltensmotive

Motive können als einzelne, isolierte Beweggründe menschlicher Verhaltensbereitschaft verstanden werden. Sie beschreiben wie wichtig einer Person eine bestimmte Art von Zielen ist wie z.B. soziale Anerkennung zu erhalten oder Leistungsansprüchen gerecht zu werden. Wer beispielsweise stark nach sozialer Anerkennung strebt, wird eher ein Verhalten auswählen, das ihm oder ihr diese Anerkennung einbringt. Wer wiederum Leistungsansprüchen gerecht werden möchte, wird eher ein Verhalten zeigen, das hilft diese Ansprüche zu erfüllen.

Motive dienen der Selbststeuerung und der Bedürfnisbefriedigung. Sie ermöglichen kreatives und flexibles – sich an Situationen anpassendes – Verhalten zur Verwirklichung von Selbstbild, selbstdefinierten Zielen, individuellen und kulturellen Werten, sozialen Rollen usw.

Ein entsprechendes Modell wird in der kognitiven Verhaltenstherapie genutzt und ist bekannt als „Plananalyse“: Ausgehend von dem Verhalten einer Person, werden Ziele exploriert, die die Person durch ihr Verhalten erreichen möchte. Verhaltensweisen und Ziele werden zusammengefasst und als Plan verstanden, der seinerseits hierarchisch höheren Zielen dient. Eine Plananalyse ist demnach eine systematische Analyse der motivationalen Determinanten des Verhaltens (vgl. Grawe, Grawe- Gerber, Heiniger, Ambühl & Caspar, 1996).

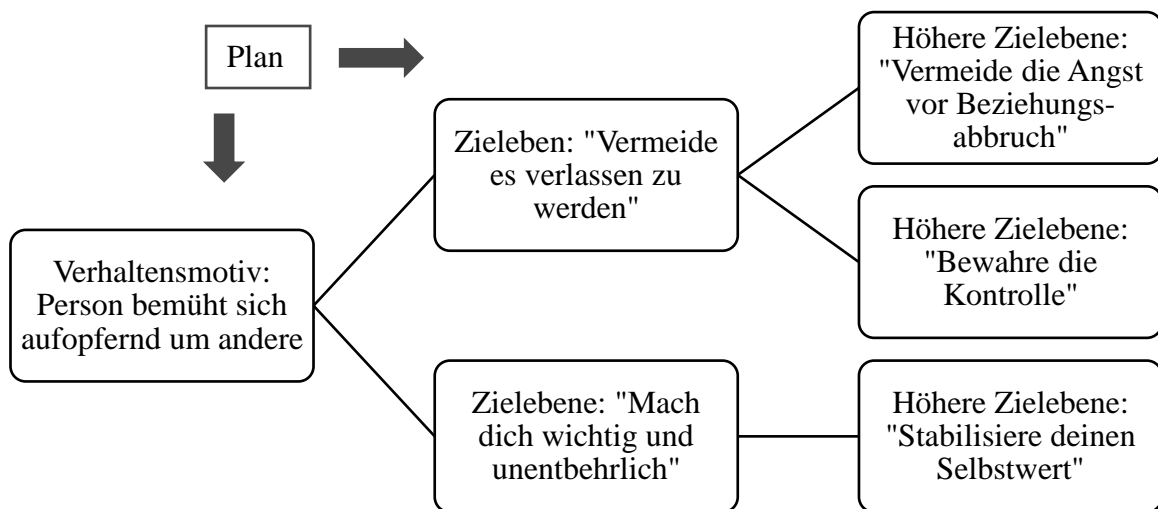


Abbildung 2: Modell zur Plananalyse (vgl. Grawe et al., 1996)

Die einem übergeordneten Ziel dienenden Pläne stellen gleichzeitig die Mittel dar, die der Person zur Verwirklichung ihrer Ziele zur Verfügung stehen. Sie bestimmen, was das Individuum kann und nicht kann, um seine Ziele zu realisieren. Eine Plananalyse beinhaltet motivationale Aspekte und eine Fähigkeitsperspektive (vgl. Caspar, 1996).

Bezogen auf den Suchtmittelkonsum – als Verhaltensmotiv – fassen Gross und Dersch (1992) folgende Zielebenen zusammen:

- der Wunsch nach Genuss,
- die Steigerung des Wohlbefindens,
- die Verringerung von Ängsten und Missempfindungen,
- der Eskapismus bzw. die Flucht aus der Realität,
- die Veränderung des Bewusstseins,
- die Steigerung von Leistungsfähigkeit,

- die Reduktion des Stresserlebens,
- die Veränderung von Persönlichkeitsanteilen,
- das Sedieren von Schmerzen oder aversiv erlebten Gefühlen,
- die Selbstmedikation von Störungen und Erkrankungen.

Anhand der bisherigen Ausführung werden im weiteren Verlauf Konsummotive, die im Kontext von Sexualität eine Rolle spielen, herausgearbeitet.

3. Konsummotive im Kontext von Sexualität

Nachfolgend wurden nationale und internationale Studien zum Thema „Substanzkonsum und Sexualität“ untersucht, mit dem Ziel Konsummotive im Kontext von Sexualität zu explorieren. Das Modell der positiven und negativen Aspekte von Sexualität, das unter 2.1 beschrieben wurde, wird im weiteren Verlauf zur systematischen Aufarbeitung der gewonnenen Daten genutzt. Hintergrund ist die Annahme, dass Substanzen funktional zum Sex genutzt werden können, um positive Aspekte zu fördern und negative Aspekte zu bewältigen.

3.1 Sexuelle Gewalt bzw. sexualisierte Gewalterfahrung

Sexuelle Gewalt meint Handlungen, die ohne die Einwilligung bzw. ohne die Einwilligungsfähigkeit einer betroffenen Person stattfindet. Die Forschung zeigt, dass sexuelle Gewalt mehrheitlich von Männern ausgeübt wird (vgl. Döring, 2017). Zu den Geschädigten zählen männliche und weibliche Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Vogt (2009) stellt dar, dass Mädchen häufiger als Jungen von sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit und Jugend betroffen sind. Als Folge kann eine posttraumatische Belastungsstörung auftreten, welche ein Risikofaktor für die Entstehung einer Suchterkrankung darstellen kann.

Auch Männer können Opfer von sexualisierter Gewalt werden. So spielen körperliche, psychische, aber auch sexualisierte Gewalt in Gefängnissen, die in Deutschland zu etwa 96% durch Männer belegt sind, die wiederum mehrheitlich unter einer Drogenabhängigkeit leiden, eine große Rolle (vgl. Klingemann, 2006).

Eine Untersuchung zeigte, dass etwa 22% der Klient*innen in Suchthilfe-Einrichtungen sexuellen Missbrauch erlebt haben (vgl. Simpson & Miller, 2002). Die Lebenszeitprävalenz für eine substanzbezogene Störung liegt bei einem sexuellen Missbrauch oder einer körperlichen Misshandlung in der Kindheit bei 14-35%. Personen ohne einen solchen Hintergrund haben im Vergleich dazu ein Prävalenzrate von 3-12% (vgl. Wieland & Klein, 2018).

Ausgehend von Personen, die Opfer von sexualisierter Gewalt geworden sind, ist anzunehmen, dass diese aus Angst vor erneuten Angriffen oder aufgrund akuter bzw. chronischer Belastungsstörungen wie Missempfindungen, Anspannung oder Unwohlsein, Substanzen zum Sex einsetzen, um auf diese Weise Sexualität überhaupt ermöglichen zu können (u.a. Milin, Kleinau, Lüdorf, Lotzin, Degkwitz, Vertheim & Schäfer, 2016; Bron, 1982; Drewes & Kruspe, 2016). Insbesondere sedierende Substanzen wie Cannabis, Alkohol und Medikamente können im Rahmen einer Selbstmedikation helfen Erinnerung, Gefühle und Gedanken an Gewalterfahrungen zu bewältigen.

Konsummotive aus dem Kontext „sexuelle Gewalt bzw. sexualisierte Gewalterfahrung“:

1. Ich habe konsumiert, um mich auf Sex einlassen zu können (zur Bewältigung von Anspannung, Missempfindung).
2. Ich habe beim Sex konsumiert, um negative Erfahrungen aushalten oder ausblenden zu können (Gewalt, Traumatisierung).

3.2 Sexuell übertragbare Infektionen

Bei einer sexuell übertragbaren Infektion (STI) wird ein Erreger über den Sexualkontakt übertragen. Bilden sich nach einer Infektion bestimmte Symptome, ist von einer sexuell übertragbaren Erkrankung (STD) die Rede. Das Risiko, sich mit einer sexuell übertragbaren Infektion anzustecken, hängt von der Sicherheit bzw. Unsicherheit der ausgelebten Sexualpraktiken sowie der Anzahl der Sexualpartner*innen und deren Sexualverhalten ab. Durch das Internet hat sich die Sexualpartnersuche stark vereinfacht. Tendenziell können sich Infektionsrisiken erhöhen, wenn Sexualität unverbindlich, anonym und in höherem Maße ausgelebt wird. Über Apps und Dating-Plattformen ist der Austausch über sexuelle Vorlieben einfacher, dadurch kann auch bei unbekanntem Personen ein Eindruck der zwischenmenschlichen Nähe und eine Steigerung von sexueller Lust entstehen, was die Bereitschaft erhöhen kann, ungeschützten Sex zu praktizieren (vgl. Döring, 2017).

Menschen, die Angst vor einer Ansteckung mit einer STI haben, haben Schwierigkeiten sich auf Sexualität einzulassen. Die Hintergründe der Angst können vielseitig sein. Oftmals werden die Befürchtungen als einschränkend erlebt, wobei der Substanzkonsum dabei helfen kann, Hürden, Ängste und Sorgen zu regulieren, um eine entspanntere Sexualität zu erleben.

Der Substanzkonsum im Kontext von Sexualität wiederum stellt aufgrund seiner enthemmenden Wirkung ein erhöhtes Risiko dar, sich tatsächlich mit HIV und/oder anderen

STI's zu infizieren (u.a. Lowry, Holtzman, Truman, Kann, Collins & Kolbe, 1994; Bochow & Sekuler, 2012; Ribeiro et al., 2015).

Daneben kann das Vorhandensein einer STI oder STD starke Scham- und Schuldgefühle bei Betroffenen auslösen, was sich negativ auf die Sexualität in Form von Hemmungen und Stigma auswirkt, wie dies aus dem Kreis homosexueller Männer und andere Männer, die Sex mit Männern haben, bekannt ist (u.a. Langer, 2013; Drewes & Kruspe, 2016; Bourne et al., 2014). Ausgehend von einem immer noch stark verbreiteten Männerbild, das mit Macht, körperlicher Stärke, sexueller Potenz und Durchsetzungsfähigkeit von Betroffenen assoziiert und internalisiert ist, kann eine chronische, sexuelle Erkrankung dieses Selbstbild verunsichern und die Handlungsfähigkeit einschränken (vgl. Ahmad & Langer, 2017).

Konsummotiv aus dem Kontext „sexuell übertragbare Infektionen“:

3. Ich habe konsumiert, aus Angst mich mit einer sexuell übertragbaren Infektion anzustecken oder diese weiterzugeben.

3.3 Sexuelle Funktionsstörungen

Sexuelle Funktionsstörungen können sich in unterschiedlichen Phasen der Sexualität manifestieren: In der Appetenzphase können auf der einen Seite Lustlosigkeit bzw. Hyposexualität auf der einen Seite, aber auch starke sexuelle Lust bzw. Hypersexualität auf der anderen Seite auftreten. In der Erregungsphase können Erektionsstörungen, Erregungsstörungen oder Vaginismus bestehen. Störungen der Orgasmusfähigkeit wie z.B. der frühzeitige oder ausbleibende Orgasmus stellt ein Problem in der Orgasmusphase dar.

Sexuelle Funktionsstörungen hängen in der Regel mit dem Lebensalter, mit dem körperlichen und seelischen Wohl und mit dem Lebensstil einer Person zusammen. Sexuelle Lustlosigkeit und Erektionsstörungen können beispielsweise auf Bewegungs- oder Schlafmangel, Überforderung, Depressionen, Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurück zu führen sein. Diskutiert wird in diesem Zusammenhang aktuell auch die Bedeutung von Online-Sexualität, die im Verdacht steht, durch Übersättigung und Abstumpfung vor allem eine männliche Lustlosigkeit zu erzeugen (vgl. Döring, 2017). Ebenso kann sich eine verzerrte Erwartung „permanent sexuell leistungsfähig sein zu müssen“ negativ auf die sexuelle Lust- und Funktionsfähigkeit auswirken. Bei Lustlosigkeit oder Erektionsstörungen stellen

Potenzmittel wie z.B. Viagra, Cialis, Levitra inzwischen das Mittel der ersten Wahl für Betroffene dar.

Im Kontext von Selbstmedikation finden illegale Substanzen und Alkohol eine Anwendung zur Bewältigung sexueller Funktionsstörungen (u.a. Demmel, 2010; Bron, 1982; Bourne et al., 2014; Ribeiro et al., 2015; Mehtry, Kumar, Shetty, Bhandary, Adappa, Soans, Maben & Hegde, 2013). Vor allem Amphetamine werden mit einer Steigerung der Libido, Orgasmusverlängerung sowie Orgasmusverzug in Verbindung gebracht (vgl. Bron, 1982). Ähnliche Erkenntnisse brachte die Chemsex Studie hervor, wonach GHB/GBL und Mephedron die Libido sowie die Orgasmusfähigkeit steigern können (vgl. Boune et al., 2014). Darüber hinaus wirken Alkohol und Cannabis in kleinen Mengen enthemmend und gleichzeitig sexuell anregend (vgl. Mehtry et al., 2013), was insbesondere bei sexuellen Funktionsstörungen, die eine psychogene Ursache haben, wie z.B. Stress, Versagensängste und negative Erfahrungen, helfen kann (vgl. Hettich, 2017).

Gleichzeitig können sexuelle Funktionsstörungen durch den Substanzkonsum entstehen, weshalb neben psychoaktiven Substanzen auch herkömmliche Potenzmittel zum Sex konsumiert werden.

Konsummotiv aus dem Kontext „sexuelle Funktionsstörungen“:

4. Ich habe konsumiert, da ich unter einer sexuellen Funktionsstörung leide (Erektionsstörung, Vaginismus, Lustlosigkeit).

3.4 Sexuelle Marginalisierung

Die sexuelle Gesundheit von Menschen wird in einem hohen Maße dadurch beeinflusst, ob ihre sexuelle Orientierung, ihre Präferenzen oder ihre Neigungen sozial toleriert oder ausgegrenzt werden. Nach wie vor werden z.B. Personen, die sich als homo-, bi-, trans-, a- oder intersexuell bezeichnen, auf Grund ihrer sexuellen Orientierung bzw. ihrer Identität diskriminiert und stigmatisiert (u.a. Döring, 2017; Bochow et al., 2012). Dies kann dazu führen, dass Betroffene verunsichert, gehemmt oder verängstigt sind in Bezug auf das Ausleben ihrer Sexualität, sofern ihnen das überhaupt möglich ist. Auch auf Menschen, die sich bezüglich ihrer sexuellen Orientierung unschlüssig sind und experimentieren möchten, können sich gesellschaftliche Normierungen hinderlich auswirken. Nicht selten werden äußerliche Normierungen internalisiert, woraus Hemmung, Scham oder Selbstablehnung resultieren können. Zur Überwindung bzw. zur Selbstregulation können Suchtmittel funktional eingesetzt werden (vgl. Bron, 1982).

Davon betroffen sind auch Menschen, die beispielsweise besondere Fetische (z.B. Leder- oder Latexkleidung) oder Sexpraktiken (wie z.B. Sadomasochismus, BDSM) ausleben, die nicht den allgemein gesellschaftlichen Vorstellungen entsprechen (vgl. Linnemann, 2017). Dies zeigt sich besonders deutlich an den Paraphilien, darunter die Pädophilie, die gesellschaftlich sehr stark stigmatisiert wird. Die Chemsex Studie konnte zeigen, dass die befragten Männer unter anderem psychoaktive Substanzen konsumieren, um ihre sexuellen Phantasien offener ausleben und einschränkende Moralvorstellungen bezüglich favorisierter Sexualpraktiken und Fetische überwinden zu können (vgl. Bourne et al., 2014).

Dabei erfahren auch Menschen aufgrund ihres Aussehens, ethnischer Herkunft, ihres Bildungsstatus und ökonomischer Situation Ausgrenzung, was sich negativ auf das Selbstbild niederschlägt und dadurch die sexuelle Gesundheit in Form von Scham und Stigma beeinträchtigen kann (vgl. Hashemi, Linke & Voß, 2017).

Konsummotive aus dem Kontext „sexuelle Marginalisierung“:

5. Ich habe konsumiert, um meine sexuellen Vorlieben, Praktiken, Fetische und Phantasien ausleben zu können.

6. Ich habe konsumiert, um hemmende Moralvorstellungen zu überwinden.

3.5 Sexuelle Verunsicherung

Das sexuelle Wohlbefinden von Menschen kann durch eine sexuelle Verunsicherung beeinträchtigt sein. Verunsicherungen können resultieren aus unrealistischen und schwer zu erreichenden Idealvorstellungen, Überforderung, Angst davor etwas falsch zu machen, Unerfahrenheit, verzerrten Vorstellungen über eine zufriedenstellende sexuelle Performance, Bodyshaming oder einem hohen Leistungsdruck (vgl. Döring, 2017).

Bei der Entstehung spielen meist mangelnde Erfahrungen, ein geringer Selbstwert und eine geringe Erwartungshaltung an die eigene sexuelle Selbstwirksamkeit eine wichtige Rolle. Eine starke Fixierung auf Sexualität und Pornografisierung können Verunsicherungen verstärken, weil sie Idealvorstellungen und Leistungsansprüche an Sexualität ungünstig verzerren können. Religiös geprägte Moralvorstellungen haben im Kontext von Sex in den letzten Jahren an Bedeutung verloren. An ihre Stelle ist eine eher liberale sexuelle Verhandlungsmoral getreten, wonach es den Beteiligten obliegt, über ihre sexuelle Aktivität selbst zu entscheiden, solange sie niemanden schaden und sich bei Partnersex einvernehmlich einigen (vgl. Bron, 1982). Die Kehrseite dieser Freiheit ist ein Leistungs- und Selbstoptimierungsdruck hinsichtlich der sexuellen Performance. Substanzen können diesbezüglich genutzt werden, um die Anzahl der

Sexualpartner*innen zu steigern (vgl. Mehtry et al., 2013), die Ausdauer beim Sex zu erhöhen (vgl. Bourne et al., 2014), Selbstzweifel, Scham und Unsicherheiten zu reduzieren (vgl. Bron, 1982), nach einer kurzen Erholungsphase erneut Sex haben zu können (vgl. Bourne et al., 2014) und um eigenen Erwartungen und denen des Partners bzw. der Partnerin gerecht werden zu können (vgl. Stoiber, 1988). Ein erhöhter Alkohol- und Cannabiskonsum wird beispielsweise mit einer höheren Anzahl an Sexualpartner*innen assoziiert (vgl. Cavazos-Rehg, 2011). Auch konnte nachgewiesen werden, dass Scham in Bezug auf den eigenen Körper Verunsicherung auslöst, was wiederum durch den Substanzkonsum bewältigt werden kann (u.a. Bourne et al., 2014; Krebs, 1988).

Stoiber (1988) bezeichnet das Spannungsverhältnis zwischen sexuellen Ängsten und idealisierten Wünschen als ein Kernkriterium für sexuelle Verunsicherung. Dieses Spannungsverhältnis ist auch für Hettich (2017) ein wesentlicher psychologischer Mechanismus bei primär psychogenen Erektionsstörungen. Die sexuelle Performance umfasst nach Eul & Verres (2016) die sexuelle Leistungssteigerung und den Lustgewinn. Dabei konnte nachgewiesen werden, dass diesbezüglich Methamphetamin, Amphetamin, Ecstasy, Amylnitrit, Kokain und Cannabis von Betroffenen eingesetzt werden.

Konsummotive aus dem Kontext „sexuelle Verunsicherung“:

7. Ich habe konsumiert zur sexuellen Leistungssteigerung (Häufigkeit, Dauer, Aktivität, Anzahl der Partner*innen).
8. Ich habe konsumiert aus Angst und Unsicherheit vor negativer Bewertung durch meine*n Sexualpartner*in.
9. Ich habe konsumiert, um Selbstzweifel und Scham beim Sex zu reduzieren (bezüglich des Körperbilds, Erkrankung/Infektion, Behinderung).
10. Ich habe konsumiert, um meiner sexuellen Erwartungshaltung und der meines/meiner Partner/in gerecht werden zu können.

3.6 Sexueller Mangel

Durch Zurückweisung und sexuellen Mangel kann das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden von Personen beeinträchtigt sein. Es kann sich schädigend auf das Selbstwertgefühl und das Selbstbewusstsein auswirken. Hiervon scheinen laut einer Studie vor allem Männer betroffen zu sein: diese zeigen, dass Männer aller Altersgruppen angeben, dass sie sich im Vergleich zu Frauen häufigeren und abwechslungsreicheren Sex sowie mehr Sexualpartner wünschen (vgl. Döring, 2017).

Dies kann biologisch bedingt sein, wenn man davon ausgeht, dass die sexuelle Motivation bei Männern stärker ausgeprägt ist als bei Frauen (vgl. Dekker, 2013). Es kann aber auch psychosoziale Hintergründe geben wie zum Beispiel die historische Unterdrückung des sexuellen Selbstausdrucks der Frauen. Die Ursachen hierzu sind allerdings nicht ausreichend geklärt.

Individuelle Merkmale und Lebensumstände können den Zugang zu Sexualität außerdem erschweren wie zum Beispiel bei Krankheit und Behinderung. Häufig geht mit sexuellem Mangel Frustration einher, was dazu führen kann, Drogen und Alkohol einzusetzen (vgl. Bron, 1988). Wiederum können Liebesenttäuschungen, Kränkungen, Trennung und Trauer die vermehrte Einnahme von Substanzen bewirken, um sexuelle Bedürfnisse zu verdrängen. Langfristig steigt dadurch die Tendenz zu Aggression, Selbstzweifeln, Unzufriedenheit und auch zu Gewalt (vgl. Döring, 2017). Ein unzureichendes Selbstwertgefühl hindert Betroffene wiederum daran die Verantwortung für ihr Sexualeben zu übernehmen. In diesem Zuge dienen Substanzen wie Alkohol, Stimulanzien und Kokain als soziales Schmiermittel, um sexuelle Kontakte anzubahnen (vgl. Gouzoulis-Mayfrank, 2013), um die Angst vor (erneuter) Zurückweisung zu verlieren (vgl. Bourne et al., 2014), um sich einer bestimmten Szene zugehörig zu fühlen (vgl. Bron, 1982), um die sexuelle Initiative ergreifen zu können (vgl. Hoyndorf, 1999) und/oder um die Ansprüche an einen Sexualpartner bzw. an eine Sexualpartnerin zu reduzieren (vgl. Bourne et al., 2014).

Konsummotive aus dem Kontext „sexueller Mangel“:

11. Ich habe konsumiert zur (sexuellen) Kontakthanbahnung (beim Feiern, für Sexpartys oder für Orte zum Sex).
12. Ich habe konsumiert, weil es mir dann egal war mit wem ich Sex hatte.
13. Ich habe konsumiert, aus sexuellem Frust oder sexueller Unzufriedenheit heraus (bei Trauer wegen Trennung, mangelnder sexueller Fähigkeiten, Zurückweisung).

3.7 Sexuelle Lust

Sexuelle Lust beinhaltet die physischen und psychosozialen Reaktionen, die bei der sexuellen Aktivität auftreten. Darunter lassen sich das Erleben von sexueller Erregung und Orgasmen zusammenfassen. Es ist anzunehmen, dass das Lustempfinden beim Sex eine höhere Bedeutung einnimmt als die Fortpflanzungsfunktion von Sexualität, was sich darin bestätigt, dass Sex überwiegend unabhängig von der Fortpflanzung stattfindet (vgl. Dekker, 2013).

Sexuelle Lust ist weniger verbunden mit körperlicher Leistung, sondern eher mit emotionaler Offenheit und zwischenmenschlicher Verbundenheit, was wiederum sexuelles Selbstbewusstsein voraussetzt. Demnach ist das Erleben von sexueller Freude und sexuellem Vergnügen von einer leistungsorientierten Sexualität abzugrenzen (vgl. Döring, 2017). Psychoaktive Substanzen, wie GHB/GBL, Kokain und Methamphetamin wirken sich euphorisierend auf das sexuelle Erleben aus. Sie steigern die Erregung und die Empfindsamkeit (vgl. Bourne et al., 2014). Auch das Lustempfinden und das Verlangen nach Sex können durch den Substanzkonsum erhöht werden (vgl. Mehtry et al., 2013). Das Rauscherleben in Verbindung mit der sexuellen Ekstase kann Orgasmen intensivieren und das Gefühl von Verschmelzung erzeugen (vgl. Tkocz, 1993). Substanzen erfüllen dabei ein hedonistisches Sexualbedürfnis (u.a. Diekmann, 2017; Milin et al., 2016). Sie erhöhen darüber hinaus die Entspannungs- und Hingabemöglichkeit ihrer Nutzer (vgl. Eul & Verres, 2016).

Konsummotive aus dem Kontext „sexuelle Lust“:

14. Ich habe konsumiert, um den Sex intensiver zu erleben (z.B. Euphorie, Orgasmuserleben, Lust).

15. Ich habe konsumiert, um sexuell erregbarer bzw. empfindsamer zu sein.

16. Ich habe konsumiert, um mich hingeben, fallen lassen und entspannen zu können.

3.8 Zwischenmenschliche Nähe und Bindung

Sexualität kann eine Verbindung und Intimität zwischen Menschen herstellen, die als angenehm erlebt wird. Dabei setzt zwischenmenschliche Nähe eine Verbindung zwischen körperlicher und emotionaler Empfindung füreinander voraus. Es geht im Wesentlichen um die persönliche Zuwendung, eine offene Kommunikation und den gegenseitigen Austausch.

Aus der Forschung ist bekannt, dass lustvolle Partnersexualität, Beziehungsqualität und Bindungsdauer bei Paaren positiv miteinander korrelieren, wobei die Kausalität bisher nicht genauer erforscht wurde (vgl. Döring, 2017). Andererseits ist auch bekannt, dass anonym und unverbindlicher Sex z.B. bei One-Night-Stands als leidenschaftlich und intim erlebt werden kann, wohingegen der Beziehungssex eher mechanisch wirkt (vgl. Döring, 2017).

Aus der Chemsex Studie ging hervor, dass der Substanzkonsum Gefühle von Intimität intensiviert und die zwischenmenschliche Begegnung bzw. die Verbindung zu einem oder mehreren anderen Menschen vereinfacht (vgl. Bourne et al., 2014). Dabei scheint offenbar die Erfahrung, sich beim Sex einen Rauschzustand miteinander zu teilen, als sehr intensiv erlebt zu

werden. Eul & Verres (2016) konnten in ihrer Untersuchung „*Wirkungen psychoaktiver Substanzen auf das Bedürfnis nach Liebe, Zärtlichkeit und Sex sowie auf die sexuelle Performance*“ zeigen, dass psychoaktive Substanzen nicht nur die sexuelle Erregung steigern, sondern auch zärtliche Gefühle und Empathie beim Sex beeinflussen können. Die Gefühle von „Liebe“ und „Zärtlichkeit“ zu einem anderen Menschen wurden am stärksten durch MDMA erzeugt. In der Chemsex Studie konnte darüber hinaus belegt werden, dass der gemeinsame Drogenkonsum – insbesondere die intravenöse Applikationsform von Methamphetamin – ein sexuelles Ritual und ein Symbol zwischenmenschlicher Verbindung bzw. Verschmelzung darstellt (vgl. Bourne et al., 2014).

Konsummotive aus dem Kontext „Zwischenmenschliche Nähe und Bindung“:

17. Ich habe konsumiert, um mich auf Nähe und Intimität zu einem anderen Menschen einlassen zu können.

18. Ich habe konsumiert, um Zugehörigkeit zu erfahren (zu einem Menschen oder zu einer Szene).

19. Ich habe konsumiert meinem Partner bzw. meiner Partnerin zuliebe.

3.9 Spiritualität

Sexualität kann als eine psychologische Kraft verstanden werden. Sie stellt die Möglichkeit dar Freude, Selbsterleben, Bindung und Selbstwertgefühl zu erfahren (vgl. Levine, 1992). Diese Kraft kann verstanden werden als Lebens- und Schöpfungsenergie (Spiritualität).

Untersuchungen sprechen von einer sexuellen Transzendenz – einer intensiven Erfahrung mit sich selbst und mit allem Lebendigen. Über Atemtechniken oder Tantra Methoden lassen sich z.B. beim Sex Zustände herstellen, die mit dem Erleben von Selbstauflösung und gleichzeitig umfassender Verbundenheit einhergehen. Diese Grenzerfahrungen stellen eine intensive Erfahrung dar und können zu einem sexuellen Wohlbefinden beitragen (vgl. Döring, 2017).

Durch den Einsatz von Substanzen beim Sex können Grenzerfahrungen möglich werden, die einhergehen mit einer Bewusstseinsweiterung, der stärkeren Sinneswahrnehmung, der Ich-Auflösung und der Verschmelzung mit sich und den Sexualpartner*innen. Diese Wirkung wird vor allem den Substanzen Cannabis, chemischen und pflanzlichen Halluzinogenen, Ketamin, MDMA und GHB/GBL zugeschrieben (u.a. Schmitz-Moormann, 1988; Bourne et al., 2004; Eul & Verres, 2016).

Aus den Kreisen von Männern, die Sex mit Männern haben, ist bekannt, dass Substanzen mit dissoziativer Wirkung beim Sex eingesetzt werden, um beispielweise Nahtoderfahrungen

herbeizuführen, den Eindruck zu erzeugen, sich selbst beim Sex von außen beobachten zu können oder Schmerzen bei körperlichen Grenzüberschreitungen im Kontext bestimmter Sexualpraktiken aushalten zu können (vgl. Köhnlein & Pfliegensdörfer, 2016).

Konsummotive aus dem Kontext „Spiritualität“:

20. Ich habe konsumiert, um sexuelle Grenzerfahrungen zu machen (Kontrollverlust, Selbstauflösung, Trance).

21. Ich habe konsumiert, um körperliche Grenzen zu überwinden (n z.B. Schmerzen auszuhalten).

3.10 Identitätsbestätigung

Sexualität bietet Frauen, Männern und Menschen, die sich weder dem einem noch dem anderen Geschlecht zuschreiben (divers), die Möglichkeit sich in ihrer eigenen – selbst definierten – Identität zu bestätigen und daraus Selbstwert zu beziehen. Ebenso erfahren Menschen, die sich als homo-, bi- oder heterosexuell bezeichnen, Bestätigung in ihrer sexuellen Orientierung. Sexualität bietet die Möglichkeit sich mit der eigenen Geschlechtlichkeit, Vorlieben, Bedürfnissen und Wünschen zu erfahren. Sie hilft, sich selbstbestimmt zu entwickeln und zu einer Person heranzureifen, sofern das Ausleben der Sexualität nicht mit Stigmatisierung, Scham oder Marginalisierung in Verbindung steht (vgl. Döring, 2017).

Genderaspekte haben in den vergangenen Jahren in der Suchthilfe an Bedeutung hinzugewonnen. Ziel einer geschlechtsspezifischen Suchtarbeit ist dabei nicht die Rekonstruktion von Geschlechtsstereotypen, sondern Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei der Entstehung, dem Verlauf und dem Ausstieg aus der Abhängigkeit zu erforschen.

Ausgehend von den bisherigen geschlechtsspezifischen Forschungsergebnissen werden Männern Attribute wie Leistung, Härte, Macht, Distanz und Konkurrenz zugeschrieben (vgl. Altgeld, 2006). Sie neigen dazu in Konkurrenz zu gehen, nach Leistung und Anerkennung zu streben, „seinen Mann zu stehen“ und dabei mutig, aggressiv und durchsetzungsfähig zu sein sowie alles zu vermeiden, was weiblich wirken könnte (vgl. Altgeld, 2006).

Böhnisch & Winter (1993) ordnen suchtkranken Männern folgende Merkmale zu:

- Externalisierung (Außenorientierung und wenig Zugang zu dem eigenen Innenleben),
- Gewalt (zur Demonstration von Stärke und Kampfbereitschaft),

- Stummheit (eingeschränkte Fähigkeit über sich zu sprechen),
- Alleinsein (als Einzelkämpfer ohne enge Beziehungen),
- Körperferne (Betonung der Funktionalität des Körpers),
- Rationalität und Kontrolle (um Gefühle abzuwehren).

Für Frauen, folgt man den geschlechtsspezifischen Forschungsergebnissen, ergeben sich unter anderem folgende Rollenzuschreibungen: Familienbindung, Fürsorglichkeit, angepasstes Sozialverhalten, Leugnung eigener Bedürfnisse bis zur Selbstaufgabe, Körperbewusstsein und starke Körperideale (vgl. Zenker, 2016).

Heinzen-Voß & Ludwig (2016) betonen, dass Frauen unter anderem aus Überforderung auf Suchtmittel zurückgreifen, um Beruf und Familie unter einen Hut zu bringen, um Schönheitsidealen zu entsprechen, um unerwünschte Sexualität ertragbar zu machen, aus Schuld- und Schamgefühlen heraus und vor dem Hintergrund geschlechtsbezogener Ohnmachtserfahrungen. Frauen gehen dabei meist unauffälliger mit ihrem Suchtmittelkonsum um als Männer. Exzessives Suchtverhalten widerspricht der traditionellen Rolle der Frau. Weiblicher Drogenkonsum ist gesellschaftlich stärker stigmatisiert als der männliche Substanzgebrauch. Männer hingegen pflegen einen riskanteren Konsum in Bezug auf Quantität und Qualität, steigen früher als Frauen in den Konsum ein und der Konsum ist öffentlich sichtbarer. Männer sind im Rausch eher substanz- und substanzwirkungsfixiert als beziehungsorientiert (vgl. Stöver, 2006).

Konsummuster werden vor diesem Hintergrund durch Genderaspekte beeinflusst, wobei der Konsum eingesetzt werden kann, um den hier genannten Rollenansprüchen gerecht zu werden und Identitätskonflikte zu lösen.

Neben der Geschlechtsidentität können auch die sexuelle, religiöse oder ethische Orientierung, die von der gesellschaftlichen Norm abweichen, eine Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von süchtigem Verhalten spielen. Das „Minderheitenstress-Modell“ beschreibt, dass oben genannte Minderheiten abweichend von gesellschaftlichen Strukturen und Einstellungen kollektivem Stress ausgesetzt sind, dem sich die betroffenen Individuen nicht entziehen können (Meyer, 2003). Diese Belastungen (Angst vor Ausgrenzung, Stigmatisierung, Gewalterfahrungen usw.) wirken auf das Individuum ein und erfordert besondere Bewältigungskapazitäten im Umgang damit. So ergeben sich zum Beispiel psychische Stressoren für einen Menschen mit einer sexuellen Identität, die nicht der gesellschaftlichen Norm entspricht wie z.B. Homosexualität. Daraus können dysfunktionale Bewältigungsmuster

wie z.B. der Substanzgebrauch entstehen, der sich auch im Kontext von Sexualität widerspiegelt (vgl. Sander, 2017).

Konsummotive aus dem Kontext „Identitätsbestätigung“:

22. Ich habe konsumiert, um einer sexuellen Rollenerwartung gerecht zu werden (z.B. mich „männlich“ oder „weiblich“ zu verhalten).

23. Ich habe konsumiert, um sexuelle Identitätskonflikte zu lösen (z.B. eine sexuelle Orientierung ausleben zu können).

3.11 Sexuelle Kompetenz

Kenntnisse und Fähigkeiten, die zu einem gelingenden Sexualeben beitragen, können unter sexueller Kompetenz zusammengefasst werden. Dabei gilt es sich seiner Bedürfnisse und Wünsche bewusst zu sein und dies im Sinne der sexuellen Kompetenz ausleben und umsetzen zu können. Kompetenzen können durch eigene Erfahrungen, Gespräche mit Peers, Ratgebern, Sexualaufklärung, das Internet oder sexualpädagogische Maßnahmen erworben werden. Es liegen bislang keine theoretischen Modelle oder Messinstrumente vor, die sexuelle Kompetenzen beschreiben oder erheben können. Einige Einzelkonzepte wie die Fähigkeit zur sexuellen Selbstreflexion, das Erleben einer sexuellen Selbstwirksamkeit oder das Modell der sexuellen Intelligenz und Bildung können als sexuelle Kompetenz zusammengefasst werden (vgl. Döring, 2017).

Substanzen werden nicht selten eingesetzt, um Kompetenz im Sinne der Steigerung von Selbstvertrauen und Selbstwert im sexuellen Kontext zu fördern (u.a. Bourne et al., 2014; Schmitz- Moormann, 1988). Geier (1988) fand heraus, dass Personen unter dem Einfluss von Suchtmitteln besser dazu in der Lage waren, sexuelle Bedürfnisse zu kommunizieren und Grenzen zu setzen. In diesem Kontext sprechen Bochow & Sekuler (2012) von einer Stärkung der sexuellen Autonomie, nämlich „Nein“ zu dem Sex sagen zu können, den eine Person nicht möchte. Substanzen können dabei helfen Scham und Hemmungen zu überwinden, was wiederum eine sexuelle Kommunikation ermöglicht, die dazu beiträgt, die Sexualität den eigenen Wünschen, Bedürfnissen und Zielen entsprechend gestalten zu können (vgl. Linnemann, 2017). Die Teilnehmer an der Chemsex Studie erklärten darüber hinaus, dass sie durch den Substanzkonsum in der Lage waren, ihre Sexualität gewagter und abenteuerlicher zu gestalten (vgl. Bourne et al, 2014).

Konsummotive aus dem Kontext „sexuelle Kompetenz“:

24. Ich habe konsumiert, um meine sexuellen Bedürfnisse oder Wünsche aussprechen und durchsetzen zu können.

25. Ich habe konsumiert, um den Sex vielseitiger, gewagter und abenteuerlicher zu gestalten.

26. Ich habe konsumiert, um mein Selbstwertgefühl und meine Selbstwirksamkeit beim Sex zu steigern.

27. Ich habe konsumiert, um mich sexuell selbstbewusster und attraktiver zu fühlen.

3.12 Ausgeschlossene Aspekte

Das Modell der positiven und negativen Aspekte von Sexualität, das zur systematischen Aufarbeitung der Literaturrecherche genutzt wurde, enthält weitere Kategorien, die bezüglich des Forschungsinteresses nicht miteinbezogen wurden:

- Ungeplante Zeugung
- Elternschaft
- Körperliche und psychische Gesundheitsvorteile sexueller Aktivität

Ein motivationaler Zusammenhang zwischen der Einnahme von Substanzen zum Sex und den hier aufgeführten Aspekten konnte nicht hergestellt werden, weshalb diese ausgeschlossen wurden. Darüber hinaus ist der Aspekt „*sexuelle Zufriedenheit*“ in der Gesamtschau zu unspezifisch. Von sexueller Zufriedenheit kann gesprochen werden, wenn eine Person in der Lage ist eine emotional und kognitiv positive Bilanz über ihr Sexualleben zu ziehen. In diesem Sinne spielen die eigenen sexuellen Standards, die höchst individuell sind, bei der Bilanzierung eine entscheidende Rolle (vgl. Döring, 2017). Aus der Literatur oder der Forschung gehen jedoch keine konkreten Messinstrumente zur Erhebung der sexuellen Zufriedenheit hervor, weshalb dieser Aspekt ebenfalls ausgeschlossen wurde.

3.13 Prostitution

Neben den ausgeschlossenen Aspekten geht aus der Literatur ein weiterer Aspekt hervor, der in dem Modell nach Döring keine Erwähnung gefunden hat, für die weitere Untersuchung jedoch von Bedeutung ist: Sowohl Schmitz-Moormann (1988) als auch Bochow & Sekuler (2012) und Drewes & Kruspe (2013) beschreiben einen Zusammenhang zwischen Prostitution bei Frauen und Männern und ihrem Substanzkonsum.

Sexualität stellt einerseits eine Beschaffungsmöglichkeit für Drogen bzw. Geld für Drogen dar. Andererseits werden die Substanzen auch dafür eingesetzt, um der Prostitution nachgehen zu können. Das Robert Koch Institut konnte in einer Befragung ermitteln, dass 13% der intravenös drogenkonsumierenden Frauen und 1% der Männer Prostitution, also Sex gegen Geld und Drogen, betreiben (RKI, 2016).

Konsummotiv aus dem Kontext „Prostitution“:

28. Ich habe konsumiert, um mich zu prostituieren.

4. Zusammenfassung der bisherigen Ergebnisse

Ausgehend von dem Modell negativer und positiver Aspekte von Sexualität, der kognitiven Verhaltenstheorie von Sucht und einer umfassenden Literaturrecherche, konnten insgesamt 28 Konsummotive im Kontext von Sexualität hergeleitet werden:

Ich habe konsumiert,

- um mich auf Sex einlassen zu können (zur Bewältigung von Anspannung, Missempfindung).
- um negative Erfahrungen aushalten oder ausblenden zu können (Gewalt, Traumatisierung).
- aus Angst mich mit einer sexuell übertragbaren Infektion anzustecken oder diese weiterzugeben.
- da ich unter einer sexuellen Funktionsstörung leide (Erektionsstörung, Vaginismus, Lustlosigkeit).
- um meine sexuellen Vorlieben, Praktiken, Fetische und Phantasien ausleben zu können.
- um hemmende Moralvorstellungen zu überwinden.
- zur sexuellen Leistungssteigerung (Häufigkeit, Dauer, Aktivität, Anzahl der Partner*innen).
- aus Angst und Unsicherheit vor negativer Bewertung durch meine*n Sexualpartner*in.
- um Selbstzweifel und Scham beim Sex zu reduzieren (bezüglich des Körperbilds, Erkrankung/Infektion, Behinderung).
- um meiner sexuellen Erwartungshaltung und der meines/meiner Partner/in gerecht werden zu können.
- zur (sexuellen) Kontaktanbahnung (beim Feiern, für Sexpartys oder für Orte zum Sex).
- weil es mir dann egal war mit wem ich Sex hatte.

- aus sexuellem Frust oder sexueller Unzufriedenheit heraus (bei Trauer wegen Trennung, mangelnder sexueller Fähigkeiten, Zurückweisung).
- um den Sex intensiver zu erleben (z.B. Euphorie, Orgasmuserleben, Lust).
- um sexuell erregbarer bzw. empfindsamer zu sein.
- um mich hingeben, fallen lassen und entspannen zu können.
- um mich auf Nähe und Intimität zu einem anderen Menschen einlassen zu können.
- um Zugehörigkeit zu erfahren (zu einem Menschen oder zu einer Szene).
- meinem Partner bzw. meiner Partnerin zuliebe.
- um sexuelle Grenzerfahrungen zu machen (Kontrollverlust, Selbstauflösung, Trance).
- um körperliche Grenzen zu überwinden (z.B. Schmerzen auszuhalten).
- um einer sexuellen Rollenerwartung gerecht zu werden (z.B. mich „männlich“ oder „weiblich“ zu verhalten).
- um sexuelle Identitätskonflikte zu lösen (z.B. eine sexuelle Orientierung ausleben zu können).
- um meine sexuellen Bedürfnisse oder Wünsche aussprechen und durchsetzen zu können.
- um den Sex vielseitiger, gewagter und abenteuerlicher zu gestalten.
- um mein Selbstwertgefühl und meine Selbstwirksamkeit beim Sex zu steigern.
- um mich sexuell selbstbewusster und attraktiver zu fühlen.
- um mich zu prostituieren.

Der empirische Teil der Arbeit erhebt anhand einer quantitativen Methode mittels Fragebogen, inwiefern die hieraus abgeleiteten Konsummotive einer substanzbezogenen Sexualität zugrunde liegen. Die Ergebnisse werden darüber hinaus geschlechtsspezifisch und nach sexueller Orientierung ausgewertet.

III. Empirischer Teil

5. Untersuchung

Die Datenerhebung fand im Zeitraum vom 24.06.19 bis zum 28.06.19 in der salus klinik Hürth statt. Die Stichprobe bestand aus Personen, die sich wegen ihrer Abhängigkeitserkrankung in stationärer medizinischer Rehabilitation befanden.

In der salus klinik Hürth werden volljährige Rehabilitand*innen mit Störungen durch psychotrope Substanzen (Alkoholabhängigkeit, Medikamentenabhängigkeit inklusive Analgetika vom Opioidtyp oder polyvalenten Substanzmissbrauch ohne Heroinabhängigkeit, insbesondere wenn es sich um einen intravenösen Konsum handelt) behandelt. Zusätzlich können komorbide Erkrankungen (psychischer und psychosomatischer Art) wie Angststörungen, Anpassungsstörungen mit dem Schwerpunkt posttraumatischer Belastungsstörungen, depressive Störungen, Essstörungen, somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen, hyperkinetische Störungen, Schmerzstörungen, Zwangsstörungen und pathologisches Glücksspiel behandelt werden.

Zur Entwöhnungsbehandlung gehören insgesamt drei Häuser, die in die Befragung miteingeschlossen waren:

- Haus A, ein gemischt geschlechtliches Haus mit bis zu 184 Rehabilitand*innen,
- Haus E, eine reine Frauenklinik mit bis zu 48 Behandlungsplätze für Frauen und Mütter mit Begleitkindern,
- Das salus Haus, als angliederte Adaptionseinrichtung mit bis zu 8 Betten.

Vor der Datenerhebung wurde die Forschungsarbeit in der salus klinik vorgestellt und die Bezugstherapeut*innen um Unterstützung bei der Durchführung der Untersuchung gebeten. Am 21.06.2019 fand ein Pre-Test statt, der unter dem Punkt 5.3 näher beschrieben wird.

Die Aufgabe der Bezugstherapeut*innen war es, die Fragebögen an ihre Rehabilitand*innen während der Bezugsgruppentherapie herauszugeben. Die Teilnehmer*innen erklärten schriftlich ihr Einverständnis, dass ihre Angaben anonym und ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet und verwendet werden dürfen. Der zeitliche Rahmen des Ausfüllens des Fragebogens betrug etwa 15-20 Minuten. Die Bezugstherapeut*innen sammelten die ausgefüllten Fragebögen im Anschluss der Bezugsgruppe wieder ein.

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung befanden sich 211 Personen in Behandlung. Die Rücklaufquote betrug 71% (150 Fragebögen). Einige Rehabilitand*innen teilten ihrer Bezugstherapeutin bzw. ihrem Bezugstherapeuten mit, keine Angaben über ihre Sexualität bzw. ihr Sexualverhalten machen zu wollen und entschieden sich gegen die Teilnahme. Weiterer Rehabilitand*innen befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung außer Haus, im so genannten Realitätstraining, oder waren bereits in Entlassvorbereitung.

5.1 Fragestellung und Hypothese

Ausgehend von dem „Chemsex“ Phänomen bei Männern, die Sex mit Männern haben, und der Forderung, dass Suchtbehandlung sich stärker an der (sexuellen) Lebenswelt ihrer Nutzer orientieren soll, untersucht die vorliegende Arbeit, inwieweit Abhängigkeitserkrankte im Laufe ihrer Suchtbiographie Konsumerfahrungen mit psychoaktiven Substanzen im Kontext ihrer Sexualität gemacht haben. Zum einen soll die Prävalenz einer substanzbezogenen Sexualität erhoben werden:

- Wie hoch ist der Anteil der Abhängigen, die Konsumerfahrungen beim Sex gemacht haben?
- Wurden Substanzen dabei gezielt zum Sex eingesetzt oder beiläufig mit konsumiert?

Andererseits sollen die Hintergründe und die Folgen einer substanzbezogenen Sexualität näher geklärt werden:

- Welche Konsummotive liegen einem substanzbezogenen Sexualverhalten zu Grunde?
- Stellt Sexualität ein Rückfallrisiko für Abhängige dar?

Zudem wurden Geschlechterunterschiede sowie Unterschiede in Bezug auf die sexuelle Orientierung untersucht.

5.2 Erhebungsinstrument

Um gleiche Voraussetzungen für die Entstehung von Messwerten innerhalb der Befragung zu gewährleisten, wurde die quantitative Methode vollstandardisiert und strukturiert, d.h. jede*r Befragte bekam möglichst die gleichen Voraussetzungen bei der Beantwortung der Fragen, um die Aussagen der Befragten untereinander vergleichbar zu machen.

Ein Vorteil quantitativer Verfahren ist es, dass die standardisierte Befragungsform große Stichproben untersuchen kann. Die Anwendung statistischer Prüfverfahren ist dabei sehr gut zur objektiven Messung und Quantifizierung von Sachverhalten, zum Testen von Hypothesen und zur Überprüfung statistischer Zusammenhänge geeignet. Je größer die Stichprobengröße, desto repräsentativer sind die Ergebnisse (vgl. Bortz & Döring, 2015)

Der Fragebogen wurde in insgesamt 3 Teile gegliedert: Im ersten Teil wurden sozioökonomische Daten erhoben. Er enthält Angaben über das Geschlecht (1.1), das Alter (1.2), die sexuelle Orientierung (1.3), den Familienstand (1.4), den Schulabschluss (1.5), den Ausbildungsabschluss (1.6) und den Erwerbsstatus (1.7).

Im zweiten Teil wurde die Abhängigkeitserkrankung exploriert, die Gegenstand der Entwöhnungsbehandlung darstellt.

Im dritten Teil wurde zunächst die Verbindung zwischen Substanzkonsum und Sexualität (3.1) erhoben, wobei drei Auswahlmöglichkeiten zur Verfügung standen und Mehrfachnennungen möglich waren: die gezielte Einnahme von Substanzen zum Sex, die ungezielte Einnahme von Substanzen zum Sex und keine Konsumerfahrungen beim Sex.

Anschließend sollten die Teilnehmer*innen die Substanzen auswählen, die sie entweder gezielt (3.2) oder ungezielt (3.3) im Kontext von Sexualität konsumiert haben. Auch hier waren Mehrfachnennungen möglich.

Folgend wurden die 28 Konsummotive in einer Tabelle dargestellt (3.4), die auf einer fünfstufigen Ratingskala (trifft überhaupt nicht zu – trifft kaum zu – trifft etwas zu – trifft mäßig zu – trifft völlig zu) von den Befragten zu beurteilen waren. Die Reihenfolge der Konsummotive wurde im Fragebogen nochmals verändert. In dem beschriebenen Theorieteil wurden Konsummotive beginnend der negativen Aspekte von Sexualität wie z.B. „sexuelle Gewalt bzw. sexualisierte Gewalterfahrung“ abgeleitet. In der Befragung wurde mit den Konsummotiven aus dem Kontext der positiven Aspekte von Sexualität begonnen, um die Teilnehmer*innen nicht abzuschrecken.

Abschließend sollten die Teilnehmer*innen folgende Aussagen ebenfalls auf einer fünfstufigen Ratingskala als Schlussfolgerungen für die Behandlung bewerten (3.5):

- „Meine Wirkungserwartung an die Substanz(en) hat sich beim Sex erfüllt“,
- „In der Behandlung ist es für mich wichtig, über das Thema Sexualität sprechen zu können“,

- „Ich möchte meine substanzbezogene(n) Einstellungen bzgl. meiner Sexualität verändern“,
- „Ich möchte mein substanzbezogenes Sexualverhalten ändern“ und
- „Sexualität stellt ein Rückfallrisiko für mich dar“.

5.3 Statistische Verfahren

Die Datenauswertung erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms *IBM SPSS Statistics* (Version 25). Bei der Datenanalyse wurden folgende statistische Methoden verwendet:

Zunächst wurden deskriptive Statistiken wie Häufigkeiten in Bezug auf u.a. Geschlecht, sexuelle Orientierung und die Abhängigkeitserkrankung der Befragten sowie Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet. Die 28 Items zu Konsummotiven wurden mittels exploratorischer Faktorenanalyse zu 4 Motivkategorien zusammengefasst. Die Faktorenanalyse ist ein Verfahren der multivariaten Statistik, das zur Datenreduktion eingesetzt wird. Es dient dazu, von vielen verschiedenen Variablen (Konsummotive) auf weniger zugrunde liegenden Variablen – also Faktoren (Motivkategorien) – zu schließen.

Anhand von Cronbach's α soll die interne Konsistenz der extrahierten Motivkategorien beurteilt werden. Cronbach's α ist eine nach Lee Cronbach benannte Maßzahl für die interne Konsistenz einer Skala und stellt eine Methode der Reliabilitätsstatistik dar. Sie bezeichnet das Ausmaß, in dem die Items einer Skala miteinander in Beziehung stehen. Cronbach's α kann Werte zwischen minus unendlich und 1 annehmen. Ein psychometrisches Instrument sollte jedoch nur dann verwendet werden, wenn ein Wert für den Cronbach's α von 0.65 oder mehr erreicht wird. Dabei gilt: $\alpha > 0.9$ (exzellent), $\alpha > 0.8$ (gut), $\alpha > 0,7$ (akzeptabel), $\alpha > 0.6$ (fragwürdig), $\alpha > 0.5$ (schlecht) und $\alpha < 0.5$ (inakzeptabel) (vgl. Cronbach, 1951).

Anhand von Korrelationsanalysen nach Pearson wurden u.a. Korrelationen zwischen den Motivkategorien und dem Rückfallrisiko beim Sex zu berechnen. Auf diese Weise können lineare Zusammenhänge zwischen zwei Variablen untersucht werden. Der Wert kann zwischen -1 und 1 liegen, und wird wie folgt interpretiert:

- $r \approx 0$: Wenn zwei Variablen eine Korrelation von ungefähr Null haben, lässt sich kein Zusammenhang erkennen.
- $r > 0$: Positiver Zusammenhang. Wenn r größer als Null ist, spricht man von einer positiven Korrelation. Größere Werte der einen Variablen gehen mit ebenfalls größeren Werten der anderen Variablen einher.

- $r < 0$: Negativer Zusammenhang. Wenn r negativ ist, hängen höhere Werte auf der einen Variablen mit niedrigeren Werten auf der anderen Variablen – und umgekehrt – zusammen.

Bei einem Wert von $|r| \geq 1$ kann von einer geringen Korrelation ausgegangen werden, bei einem Wert von $|r| \geq 3$ von einer moderaten und bei einem Wert von $|r| \geq 5$ von einer starken Korrelation.

Eine Regressionsanalyse gibt Aufschluss darüber, ob die Ausprägung einer abhängigen Variablen (sog. Kriterium) durch eine oder mehrere unabhängige Variable/n (sog. Prädiktoren) vorhergesagt werden kann. Diese Methode wurde verwendet, um nachzuweisen, ob das Rückfallrisiko beim Sex durch die Ausprägung bestimmter Konsummotive vorhergesagt werden kann. Mittels t -Tests für unabhängige Stichproben wurde untersucht, ob signifikante Mittelwertunterschiede zwischen Männern und Frauen und zwischen Personengruppen unterschiedlicher sexueller Orientierung bestehen. Das Signifikanzniveau wurde auf 0.05 festgelegt.

5.4 Durchführung des Pre-Tests

Für den Pre-Test wurde eine Bezugsgruppe ausgewählt, die zum Zeitpunkt der Erhebung aus 11 Rehabilitand*innen bestand. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig, wurde aber von allen Betroffenen in Anspruch genommen. Es wurde kurz das Forschungsvorhaben vorgestellt. Wichtig war der Hinweis auf die Anonymität der Befragung und die absolut vertrauliche Behandlung der Daten.

Das Deckblatt des Fragebogens beinhaltet eine kurze Erklärung der Befragung mit der Bitte eine Einverständniserklärung zur Nutzung der Daten abzugeben. Dabei sollten die Teilnehmer*innen sowohl den Ort, als auch das Datum angeben und mit ihrer Unterschrift unterschreiben. Da das Deckblatt mit dem Fragebogen zusammengeheftet war, befürchteten die Teilnehmer zurecht, dass über ihre Unterschrift Rückschlüsse auf ihre Person erfolgen könnten. Das Deckblatt wurde für die spätere Untersuchung um folgende Information ergänzt „das Deckblatt ist nach dem Ausfüllen des Fragebogens abzutrennen und beides (Deckblatt und Fragebogen) separat voneinander abzugeben“.

Während des Ausfüllens zeigten sich einige der Rehabilitand*innen irritiert bezüglich einiger Begriffe, die im Fragebogen verwendet wurden: „soziodemographische Daten“; „beruflich-schulische Ausbildung“ und „Research Chemicals“. Diesbezüglich wurden Änderungen

vorgenommen für die spätere Erhebung: „persönliche Angaben“ und „schulische Berufsausbildung“. Den meisten Substanzen wie z.B. bei „Research Chemicals“ wurden konkrete Beispiele hinzugefügt: Research Chemicals (z.B. Mephedron, Badesalze), um Unklarheiten auszuschließen.

Unter 3.1 „Substanzkonsum und Sexualität“ wurden je nach Auswahl Pfade ergänzt, um die Weiterbearbeitung zu vereinfachen machen:

- Ich habe eine oder mehrere Substanz(en) gezielt zum Sex eingesetzt (Weiter zu 3.2)
- Ich hatte Sex unter der Wirkung von einer oder mehreren Substanz(en), ohne diese gezielt für Sex eingesetzt zu haben (Weiter zu 3.3)
- Ich habe keine Konsumerfahrungen beim Sex gemacht (Beenden Sie den Fragebogen)

Die Legende der fünfstufigen Ratingskala zur Bewertung der Konsummotive unter 3.4 erschien lediglich auf der ersten Seite. Auf den zwei Folgeseiten der Tabelle fehlte die Legende als obere Spalte, was den Teilnehmer*innen das Beantworten erschwerte. Dies wurde für die Durchführung der Untersuchung ebenfalls geändert.

6. Darstellung der Ergebnisse

6.1 Soziodemographische Daten und Angaben über die Abhängigkeitserkrankung(en)

Die Stichprobengröße umfasste 150 Personen. Tabelle 2 zeigt die soziodemographischen Daten der Stichprobe. 64.0% der Befragten waren männlich und 36.0% weiblich. 8.9% der Rehabilitand*innen definierten sich als homosexuell und 7.5% als bisexuell. Die Teilnehmer*innen waren zwischen 18 und 68 Jahre und im Mittel 36.2 Jahre alt (± 11.5).

Tabelle 2: Soziodemographische Daten

Soziodemographische Daten	%	N
1.1 Geschlecht:	100	150
Männlich	64.0	96
Weiblich	36.0	54
Divers	0	0
1.2 Sexuelle Orientierung:	100	145
Heterosexuell	83.6	122
Homosexuell	8.9	13
Bisexuell	7.5	11
1.3 Alter in Jahren (M; SD)	36.2	11.5
1.4 Familienstand	100	150
Ledig	52.7	79
Partnerschaft	18.7	18
Verheiratet	12.7	19
Eingetragene Lebenspartnerschaft	0.7	1
Geschieden	14.7	22
Verwitwet	0.7	1
1.5 Höchster erreichter Schulabschluss	100	149
Ohne Abschluss	8.7	13
Grundschule	0.7	1
Sonderschule	2.0	3
Hauptschule	26.2	39
Realschule	32.2	48
Höhere Fachschule	16.1	24
Gymnasium	17.1	21
1.6 Höchster erreichter Ausbildungsabschluss	100	144
Ohne Ausbildung	34.0	49
In Ausbildung	5.6	8
Betriebliche Berufsausbildung	36.8	53
Schulische Berufsausbildung	5.6	8
Fach-, Meister-, Technikerschule	12.5	18
Fachhochschule, Studium	5.6	8
1.7 Erwerbsstatus	100	149
Selbständig tätig	0.7	1
Angestellt	28.2	42
Beamtet	0.7	1
Kurzfristig ohne Arbeit	24.2	36
Langfristig ohne Arbeit	38.9	58
Berentet/pensioniert	4.0	6
In Ausbildung	2.0	3
Hausfrau/Hausmann, in Elternzeit	1.3	2

Anmerkung: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung (in Jahren)

Im Kontext der zu beantwortenden Forschungsfragen wurden ausschließlich substanzbezogene Störungen im Sinne „psychoaktiver Substanzen“ ausgewertet. Das pathologische Glücksspiel wurde beispielsweise nicht durch den Fragebogen erhoben, wurde aber von einigen Teilnehmenden unter „Sonstiges“ angegeben (3.3%). Alkohol-, Cannabis- und

Amphetaminabhängigkeiten wurden am Häufigsten genannt (siehe Tabelle 3). Mehrfachnennungen waren möglich bei einer Mehrfachabhängigkeit von verschiedenen Substanzen.

Tabelle 3: Angaben über die Abhängigkeitserkrankung(en)

Abhängigkeit von	%	N = 150
Alkohol	59.3	89
Cannabis	58.7	88
Synthetische Cannabinoide	1.3	2
Amphetamin	46.0	69
MDMA	24.0	36
Kokain	24.7	37
Methamphetamin	10.0	15
Research Chemicals	3.3	5
Opioide	5.3	8
Benzodiazepine	8.7	13
Opiate	4.0	6
Ketamin	8.7	13
GHB/GBL	7.3	11
Halluzinogene	8.7	13
Analgetika	3.3	5
Sonstiges:	5.3	8
Kratom	0.7	1
Methylphenidat	0.7	1
Pathologisches Glücksspiel	3.3	5
NBOMe	0.7	1

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Ergänzende Informationen zu Tabelle 3: Kratom (*Mitragyna speciosa*) ist eine Substanz, die aus Blättern eines tropischen Baums gewonnen wird. Es wirkt ähnlich wie Opioide: Sie sollen unter anderem die Stimmung heben, Schmerzen reduzieren, beim Entzug von Opiaten helfen, die Schlafqualität verbessern und die sexuelle Leistungsfähigkeit fördern. NBOMe ist ein Derivat des – eher bekannteren – 2C-B's und hat eine halluzinogene bzw. psychedelische Wirkung.

6.2 Substanzgebrauch im Kontext von Sexualität

Ein geringer Teil der Stichprobe gab an, keine Erfahrungen bezüglich Substanzgebrauchs im Kontext von Sexualität gemacht zu haben (4.7%). Der überwiegende Anteil hatte Sex unter dem Einfluss von Substanzen, ohne diese für den Sex gezielt eingesetzt zu haben (68.0%). 27.3% der Befragten gaben an, Substanzen gezielt zum Sex eingenommen zu haben. Abbildung 3 veranschaulicht, welche Substanzen gezielt und welche ungezielt zum Sex verwendet wurden.

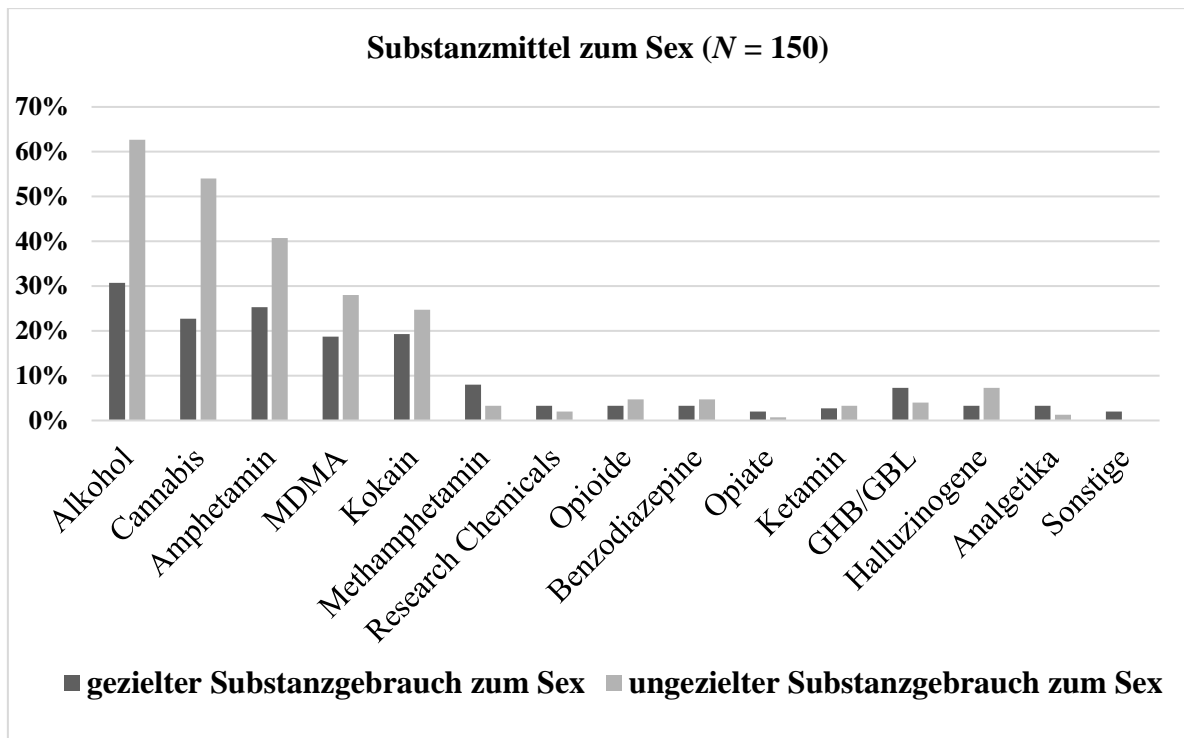


Abbildung 3: Substanzmittel zum Sex

Den Ergebnissen folgend wurden Methamphetamin, Research Chemicals, Opiate, GHB/GBL und Analgetika eher gezielt als ungezielt von den Befragten zum Sex eingesetzt. Bei allen anderen Substanzen überwog hingegen der ungezielte Gebrauch zum Sex. Alkohol, Cannabis und Amphetamine wurden sowohl bei der gezielten als auch bei der ungezielten Einnahme am häufigsten mit Sex assoziiert. Unter „Sonstige“ wurde Viagra genannt, was gezielt zum Sex eingenommen wurde. Da es sich bei Viagra nicht um eine psychoaktive Substanz handelt, wurde dies in der Untersuchung nicht weiter aufgeführt.

6.3 Konsummotive zum Sex

Auf einer 5-stufigen Ratingskala bewerteten die Befragten die im Theorieteil erarbeiteten Konsummotive im Kontext ihrer Sexualität nach: *trifft überhaupt nicht zu* (0), *trifft kaum zu* (1), *trifft etwas zu* (2), *trifft mäßig zu* (3), *trifft völlig zu* (4).

Bildung von Motivkategorien

Anhand des Eigenwert Kriteriums (>1) wurde eine Struktur aus vier Faktoren gefunden, welche inhaltlich wie folgt betitelt wurden: *Lust- und Leistungssteigerung*, *Enthemmung*, *Soziale Faktoren*, *Bewältigung negativer Aspekte*.

Die Kategorie „*Lust- und Leistungssteigerung*“ umfasst die Motive: „*um den Sex intensiver zu erleben*“; „*um sexuell erregbarer bzw. empfindsamer zu sein*“; „*um mich hingeben, fallen lassen und entspannen zu können*“; „*um meiner sexuellen Erwartungshaltung und der meines/meiner Partner*in gerecht zu werden*“ sowie „*zur sexuellen Leistungssteigerung*“.

Die Kategorie „*Enthemmung*“ beinhaltet die Motive „*um sexuelle Grenzerfahrung zu machen*“; „*um körperliche Grenzen zu überwinden*“; „*um den Sex vielseitiger, gewagter und abenteuerlicher zu gestalten*“; „*um mich zu prostituieren*“; „*um meine sexuellen Vorlieben, Praktiken, Fetische und Phantasien ausleben zu können*“; „*um hemmende Moralvorstellungen zu überwinden*“ und „*weil es mir dann egal war mit wem ich Sex hatte*“.

Die Kategorie „*soziale Faktoren*“ beinhaltet die Motive: „*um mich auf Nähe und Intimität zu einem anderen Menschen einlassen zu können*“; „*um Zugehörigkeit zu erfahren*“; „*meinem Partner bzw. meiner Partnerin zuliebe*“; „*um einer sexuellen Rollenerwartung gerecht zu werden*“; „*um sexuelle Identitätskonflikte zu lösen*“; „*um meine sexuellen Bedürfnisse oder Wünsche aussprechen und durchsetzen zu können*“; „*aus Angst und Unsicherheit vor negativer Bewertung durch meine*n Sexualpartner*in*“ und „*zur (sexuellen) Kontakthanbahnung*“.

Die Kategorie „*Bewältigung von negativen Aspekten*“ umfasst die Motive: „*um mein Selbstwertgefühl und meine sexuelle Selbstwirksamkeit zu steigern*“; „*um mich selbstbewusster und attraktiver zu fühlen*“; „*um mich auf Sex einlassen zu können*“; „*um negative Erfahrungen aushalten oder ausblenden zu können*“; „*aus Angst mich mit einer sexuell übertragbaren Infektion anzustecken oder diese weiterzugeben*“; „*da ich unter einer sexuellen Funktionsstörung leide*“; „*um Selbstzweifel und Scham beim Sex zu reduzieren*“ und „*aus sexuellem Frust oder sexueller Unzufriedenheit heraus*“.

Die interne Konsistenz der Motivkategorie „*Lust- und Leistungssteigerung*“ liegt bei $\alpha = .83$, bei „*Enthemmung*“ ergibt sich ein Wert von $\alpha = .81$, die Kategorie „*soziale Faktoren*“ liegt bei $\alpha = .80$ und die Kategorie „*Bewältigung von negativen Aspekten*“ zeigt eine interne Konsistenz von $\alpha = .83$. Somit ist in allen Motivkategorien eine gute interne Konsistenz gegeben.

Tabelle 4: Konsummotive im Kontext von Sex

Motivkategorien mit ihren Konsummotiven	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Lust- und Leistungssteigerung	142	1.8	1.2
Intensität steigern	139	2.1	1.6
Erregbarkeit erhöhen	135	1.7	1.5
Hingabe steigern	139	2.3	1.5
Erwartungshaltung erfüllen	140	1.3	1.5
zur Leistungssteigerung	139	1.6	1.6
Enthemmung	140	1.1	0.9
Grenzerfahrungen machen	139	1.2	1.4
körperliche Grenzen überwinden	140	1.1	1.4
Sex gewagter gestalten	138	1.7	1.5
zur Prostitution	137	0.2	0.8
Vorlieben und Phantasien ausleben	139	1.1	1.3
Moralvorstellungen überwinden	139	1.2	1.4
Gleichgültigkeit bzgl. des/der Sexualpartner*innen	139	0.8	1.3
Soziale Faktoren	141	1.0	0.8
Nähe zulassen können	141	1.7	1.5
Zugehörigkeit erleben	138	1.2	1.4
des Partners/der Partnerin zuliebe	136	0.6	1.1
Rollenerwartungen erfüllen	138	0.6	1.2
Identitätskonflikte lösen	140	0.6	1.1
Bedürfnisse aussprechen und durchsetzen	139	1.1	1.3
Angst vor negativer Bewertung	139	1.0	1.3
zur Kontakthanbahnung	137	1.1	1.4
Bewältigung negativer Aspekte	141	1.1	1.0
Selbstwert und -wirksamkeit erhöhen	140	1.7	1.5
Selbstbewusstsein und Attraktivität steigern	139	1.7	1.6
zum Einlassen auf Sex	141	1.1	1.4
negative Erfahrungen bewältigen	140	1.1	1.5
Angst vor einer Infektion	139	0.1	0.5
wegen sexueller Funktionsstörung	140	0.7	1.3
Selbstzweifel und Scham reduzieren	138	1.1	1.5
aus Frust und Unzufriedenheit	138	0.8	1.2

Anmerkung: Minimum = 0.0; Maximum = 4.0

In der Gesamtstichprobe ist die Motivkategorie „*Lust- und Leistungssteigerung*“ am stärksten ausgeprägt ($M = 1.8$, $SD = 1.2$). Mit Blick auf die einzelnen Konsummotive zeigt sich, dass das Motiv „*um mich hingeben, fallen lassen und entspannen zu können*“ ($M = 2.3$, $SD = 1.5$) die höchsten Ausprägungen aufweist. Darauf folgen die Motive „*um den Sex intensiver zu erleben (z.B. Euphorie, Orgasmuserleben, Lust)*“ ($M = 2.1$, $SD = 1.6$), „*um den Sex vielseitiger, gewagter und abenteuerlicher zu gestalten*“ ($M = 1.7$, $SD = 1.5$) und „*um sexuell erregbarer*

bzw. empfindsamer zu sein“ ($M = 1.7$, $SD = 1.5$). Abbildung 4 veranschaulicht die beschriebenen Ergebnisse zur besseren Übersichtlichkeit als Diagramm.



Abbildung 4: Konsummotive im Kontext von Sexualität

Abschließend wurden durch den Fragebogen Schlussfolgerungen für die Behandlung erhoben (siehe Tabelle 5). Am deutlichsten zeigt sich hierbei, dass sich die Wirkungserwartung der Befragten an die Substanz beim Sex erfüllt hat ($M = 2.2$, $SD = 1.4$)

Tabelle 5: Schlussfolgerungen für die Behandlung

Schlussfolgerungen für die Behandlung	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Die Wirkungserwartung der Substanz(en) hat sich erfüllt	139	2.2	1.4
Es ist wichtig über Sexualität zu sprechen	141	1.9	1.5
Wunsch „substanzbezogene Einstellung(en)“ zu ändern	138	2.0	1.7
Wunsch „substanzbezogenes Verhalten“ zu ändern	139	2.0	1.7
Sexualität stellt ein Rückfallrisiko dar	139	1.0	1.4

Anmerkung: Minimum = 0.0; Maximum = 4.0

6.4 Zusammenhänge zwischen „Sex stellt ein Rückfallrisiko dar“ und den Motivkategorien

Tabelle 6 zeigt, dass das Ausmaß des Rückfallrisikos mit allen vier Motivkategorien signifikant korreliert. Die stärkste Korrelation besteht zwischen der Motivkategorie „Lust- und Leistungssteigerung“ und dem „Rückfallrisiko beim Sex“ $|r| = .511$; $p < .001$. Die anderen Motivkategorien korrelieren moderat.

Tabelle 6: Korrelationsanalyse zwischen „Sex stellt ein Rückfallrisiko dar“ und den Motivkategorien

		Lust- und Leistungssteigerung	Enthemmung	Soziale Faktoren	Bewältigung negativer Aspekte
Sex stellt ein Rückfallrisiko dar	<i>r</i>	0.511***	0.388***	0.440***	0.383***
	<i>p</i>	<.001	<.001	<.001	<.001
	<i>n</i>	138	138	138	138

Anmerkung: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

In einer Regressionsanalyse wurde das Item „Sex stellt ein Rückfallrisiko dar“ als Kriterium ausgewählt, wohingegen die einzelnen Motivkategorien die Prädiktoren darstellten. Die Kategorie „Lust- und Leistungssteigerung“ erwies sich dabei als signifikanter Prädiktor des Rückfallrisikos ($\beta = 0.39$; $p = <.001$).

6.5 Vergleich der Ergebnisse nach Geschlecht

Mit Blick auf die Motivkategorien konnte ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen in Bezug auf die „Bewältigung negativer Aspekte“ nachgewiesen werden: Frauen ($M = 1.4$, $SD = 1.0$) zeigen dabei eine höhere Ausprägung als Männer ($M = 0.9$, $SD = 0.8$), $t(139) = -3.63$, $p = <.001$.

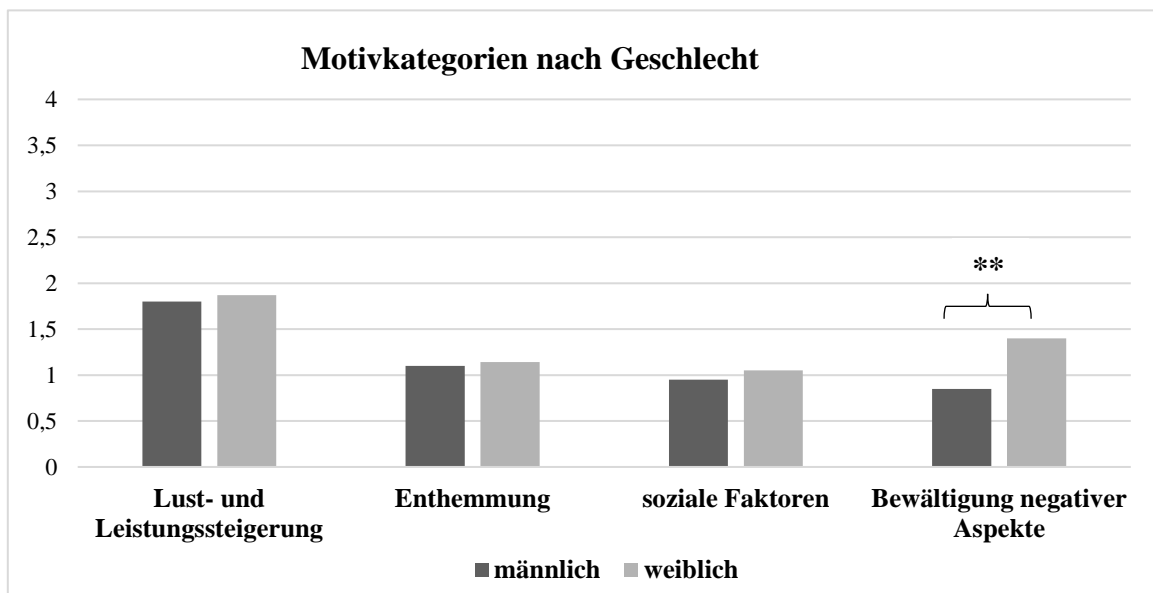


Abbildung 5: Vergleich der Motivkategorien nach Geschlecht

In Bezug auf die weiteren Motivkategorien konnten keine signifikanten, geschlechtsspezifischen Unterschiede nachgewiesen werden. Mit Blick auf die einzelnen Konsummotive, ergeben sich folgende Ergebnisse (Tabelle 7).

Tabelle 7: Vergleich der Konsummotive nach Geschlecht

Konsummotive nach Geschlecht		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Intensität steigern	m	88	2.1	1.6
	w	51	2.1	1.4
Erregbarkeit erhöhen	m	86	1.7	1.5
	w	49	1.8	1.5
Hingabe steigern	m	89	2.1	1.5
	w	50	2.7	1.4
Nähe zulassen können	m	89	1.5	1.4
	w	52	2.0	1.6
Zugehörigkeit erleben	m	88	1.1	1.4
	w	50	1.3	1.4
dem Partner/der Partnerin zuliebe	m	87	0.5	1.0
	w	49	0.7	1.2
Grenzerfahrungen machen	m	88	1.2	1.4

Körperliche Grenzen überwinden	w	51	1.2	1.5
	m	89	1.0	1.4
Rollenerwartungen erfüllen	w	51	1.2	1.5
	m	87	0.7	1.2
Identitätskonflikte lösen	w	51	0.6	1.1
	m	89	0.6	1.0
Bedürfnisse aussprechen und umsetzen	w	51	0.6	1.1
	m	88	1.0	1.2
Sex gewagter gestalten	w	51	1.3	1.4
	m	88	1.6	1.5
Selbstwert und -wirksamkeit erhöhen	w	50	1.8	1.5
	m	89	1.4	1.4
Selbstbewusstsein und Attraktivität steigern	w	51	2.1	1.5
	m	88	1.5	1.5
Erwartungshaltung erfüllen	w	51	2.0	1.6
	m	89	1.2	1.5
zur Prostitution	w	51	1.7	1.5
	m	87	0.1	0.6
zum Einlassen auf Sex	w	50	0.3	1.0
	m	90	0.8	1.1
negative Erfahrungen bewältigen	w	51	1.8	1.7
	m	89	0.7	1.2
Angst vor einer Infektion	w	51	1.7	1.8
	m	89	0.2	0.5
sexueller Funktionsstörung	w	50	0.1	0.2
	m	89	0.6	1.2
Vorlieben und Phantasien ausleben	w	51	1.0	1.3
	m	88	1.1	1.3
Moralvorstellungen überwinden	w	51	1.2	1.4
	m	88	1.1	1.3
Leistungssteigerung	w	51	1.4	1.5
	m	88	1.9	1.6
Angst vor negativer Bewertung	w	51	1.2	1.4
	m	88	0.8	1.2
Selbstzweifel und Scham reduzieren	w	51	1.2	1.5
	m	87	0.8	1.2
zur Kontaktabahnung	w	51	1.7	1.6
	m	86	1.4	1.4
Gleichgültigkeit bzgl. Sexualpartner*innen	w	51	0.7	1.3
	m	88	0.8	1.4
aus Frust und Unzufriedenheit	w	51	0.7	1.1
	m	87	0.8	1.2
	w	51	0.9	1.3

Anmerkung: (m) = männlich; (w) = weiblich

Mittels *t*-Tests bei unabhängigen Stichproben zeigten sich folgende signifikante, geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der einzelnen Konsummotive zum Sex:

Frauen ($M = 2.7, SD = 1.4$) zeigten ein stärker ausgeprägtes Konsummotiv im Sinne „um mich hingeben, fallen lassen und entspannen zu können“ als Männer ($M = 2.1, SD = 1.5$), $t(137) = -2.73, p = .015$. Frauen zeigten darüber hinaus ein stärker ausgeprägtes Konsummotiv bezüglich „um mein Selbstwertgefühl und meine Selbstwirksamkeit beim Sex zu steigern“ ($M = 2.1, SD = 1.5$) als Männer ($M = 1.4, SD = 1.4$), $t(138) = -2.446, p = .016$. Die Teilnehmerinnen ($M = 1.8, SD = 1.7$) wiesen außerdem ein höher ausgeprägtes Konsummotiv „um mich auf Sex einlassen zu können“ auf, als Männer ($M = 0.8, SD = 1.1$), $t(139) = -3.575; p = .001$. Die weiblichen Befragten ($M = 1.7; SD = 1.8$) zeigten ein stärker ausgeprägtes Konsummotiv bezüglich „um negative Erfahrungen aushalten oder ausblenden zu können“ als Männer ($M = 0.7, SD = 1.2$); $t(138) = -3.554, p = .001$. Und abschließend zeigten Frauen eine höhere Ausprägung bezüglich des Konsummotivs „um Selbstzweifel und Scham beim Sex zu reduzieren“ ($M = 1.7, SD = 1.6$) als Männer ($M = 0.8, SD = 1.2$), $t(136) = -3.69, p = <.001$. Männer ($M = 1.9, SD = 1.6$) zeigten hingegen ein stärker ausgeprägtes Konsummotiv „zur sexuellen Leistungssteigerung“ als Frauen ($M = 1.2, SD = 1.4$), $t(137) = 2.33, p = .022$. Darüber hinaus wiesen Männer ($M = 1.4, SD = 1.4$) bezüglich des Konsummotivs „zur (sexuellen) Kontakthanbahnung“ höhere Ausprägungen als Frauen nach ($M = 0.7, SD = 1.3$), $t(135) = 2.908, p = .004$.

Hinsichtlich der „Schlussfolgerungen für die Behandlung“ konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen nachgewiesen werden (siehe Abbildung 6).

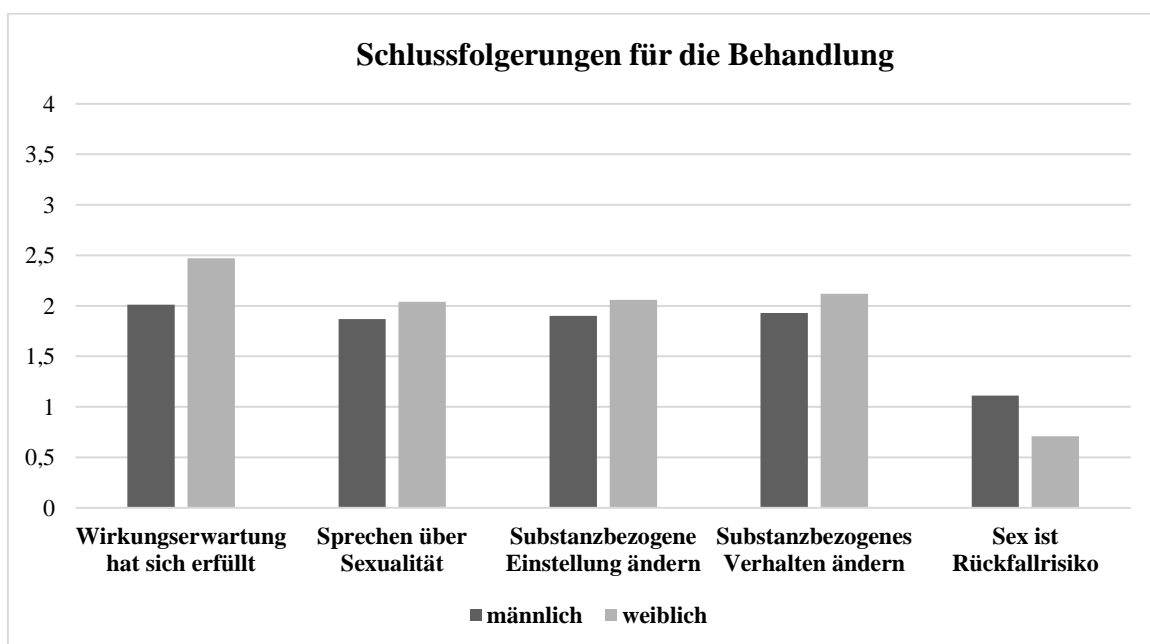


Abbildung 6: Schlussfolgerungen für die Behandlung nach Geschlecht

Eine geschlechtsspezifische Korrelationsanalyse zwischen der Variablen „Sex stellt ein Rückfallrisiko dar“ und den Motivkategorien ergab für beide Geschlechter einen signifikanten Zusammenhang zwischen allen Motivkategorien und der Einschätzung des Risikos beim Sex mit Substanzen rückfällig zu werden (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Korrelationsanalyse zwischen „Sex stellt ein Rückfallrisiko dar“ und den Motivkategorien nach Geschlecht

		Lust- und Leistungssteigerung	Enthemmung	Soziale Faktoren	Bewältigung negativer Aspekte
Männer					
Sex stellt ein Rückfallrisiko dar	<i>r</i>	0.548***	0.428***	0.448***	0.413***
	<i>p</i>	<.001	<.001	<.001	<.001
	<i>n</i>	87	87	87	87
Frauen					
Sex stellt ein Rückfallrisiko dar	<i>r</i>	0.459***	0.349*	0.475***	0.540***
	<i>p</i>	<.001	.012	<.001	<.001
	<i>n</i>	51	51	51	51

Anmerkung: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Bei der Regressionsanalyse erwies sich die Motivkategorie „Lust- und Leistungssteigerung“ als signifikanter Prädiktor des Rückfallrisikos im Kontext von Sexualität bei Männern ($\beta = 0.55$, $p = <.001$), bei Frauen hingegen stellte die Motivkategorie „Bewältigung negativer Aspekte“ einen signifikanten Prädiktor dar ($\beta = 0.54$, $p = <.001$). In einem *t*-Test bei unabhängigen Stichproben konnte kein signifikanter Unterschied bezüglich des Rückfallrisikos im Kontext von Sex zwischen Männern und Frauen nachgewiesen werden, $t(137) = 1.77$, $p = .008$.

6.6 Vergleich der Ergebnisse nach „sexueller Orientierung“

Mit Blick auf die Motivkategorien konnte ein signifikanter Unterschied zwischen homo- und bisexuellen Personen und der heterosexuellen Vergleichsgruppe in Bezug auf alle Motivkategorien nachgewiesen werden: Homo- und bisexuelle Personen ($M = 2.5$, $SD = 1.1$) zeigten eine stärkere Ausprägung in der Motivkategorie „Lust- und Leistungssteigerung“ als heterosexuelle Rehabilitand*innen ($M = 1.7$, $SD = 1.2$), $t(136) = -2.96$, $p = .004$.

Außerdem zeigten homo- und bisexuelle Personen ($M = 1.4$, $SD = 0.9$) eine stärkere Ausprägung in der Kategorie „Enthemmung“ als die heterosexuelle Vergleichsgruppe ($M = 1.0$, $SD = 0.9$), $t(135) = -2.134$, $p = .035$. Auch in der Kategorie „soziale Faktoren“ zeigten homo- und bisexuelle Personen ($M = 1.3$, $SD = 0.7$) im Gegensatz zu heterosexuellen Menschen

($M = 0.9$, $SD = 0.8$), $t(135) = -2.217$, $p = .028$ eine stärkere Ausprägung. Abschließend zeigte sich auch ein signifikanter Unterschied bezüglich der Motivkategorie „*Bewältigung negativer Aspekte*“ bei homo- und bisexuellen Personen ($M = 1.5$; $SD = 0.9$) im Vergleich zu heterosexuellen Personen ($M = 0.9$, $SD = 0.9$), $t(136) = -2.695$; $p = .008$.

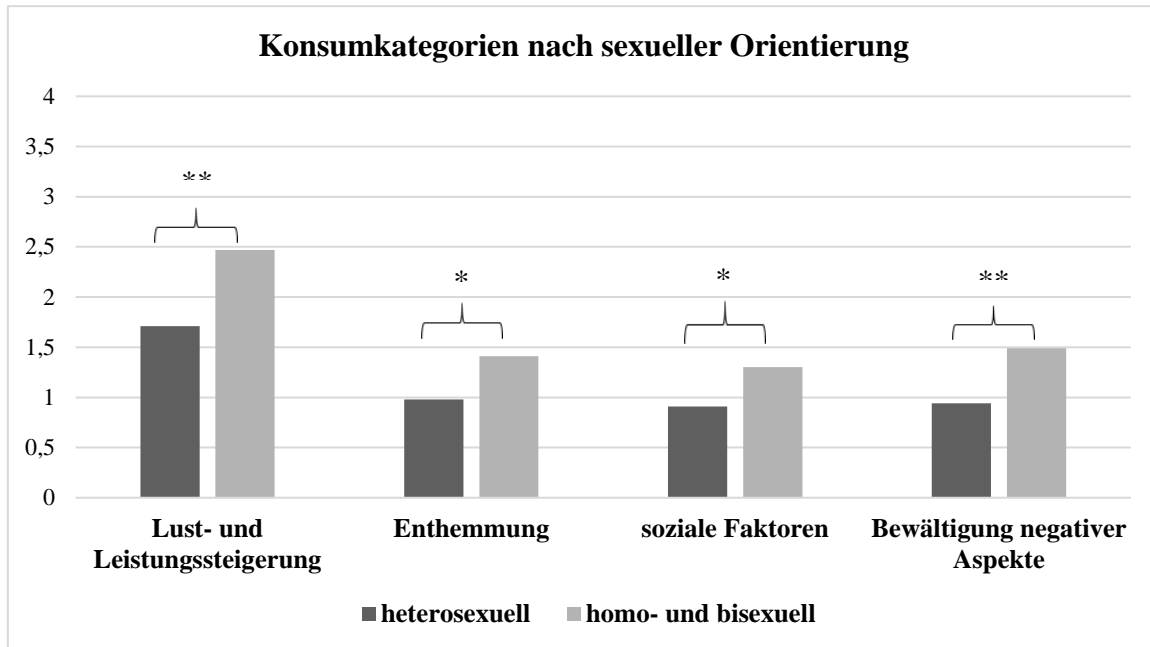


Abbildung 7: Vergleich der Motivkategorien nach sexueller Orientierung

Mittels t -Tests bei unabhängigen Stichproben zeigten sich folgende signifikante Unterschiede nach der sexuellen Orientierung bezüglich der einzelnen Konsummotive zum Sex:

Homo- und bisexuelle Personen ($M = 2.9$, $SD = 1.3$) zeigten ein stärker ausgeprägtes Konsummotiv „*um den Sex intensiver zu erleben*“ als heterosexuelle Personen ($M = 2.0$, $SD = 1.6$), $t(133) = -2.583$, $p = .011$. Die homo- und bisexuelle Stichprobe ($M = 2.4$, $SD = 1.6$) zeigte darüber hinaus ein stärker ausgeprägtes Konsummotiv „*um sexuell erregbarer bzw. empfindsamer zu sein*“ als die heterosexuelle Vergleichsgruppe ($M = 1.6$, $SD = 1.4$), $t(131) = -2.431$, $p = .016$. Ebenso ist das Konsummotiv „*um mich hingeben, fallen lassen und entspannen zu können*“ bei den homo- und bisexuellen Befragten ($M = 3.1$, $SD = 1.2$) deutlicher ausgeprägt als bei den heterosexuellen Teilnehmenden ($M = 2.2$; $SD = 1.5$), $t(134) = -2.801$, $p = .006$.

Ein weiterer Unterschied ergab sich bezüglich des Konsummotivs „*um mich auf Nähe und Intimität zu einem anderen Menschen einlassen zu können*“. Auch hier zeigten sich stärkere Ausprägungen bei der homo- und bisexuellen Stichprobe ($M = 2.6$, $SD = 1.5$) als bei den heterosexuellen Befragten ($M = 1.5$, $SD = 1.4$), $t(135) = -3.569$, $p < .001$. Das Konsummotiv

„um mich sexuell selbstbewusster und attraktiver zu fühlen“ zeigte sich höher ausgeprägt in der homo- und bisexuellen Stichprobe ($M = 2.3$, $SD = 1.6$) als bei der heterosexuellen Vergleichsgruppe ($M = 1.5$, $SD = 1.5$), $t(134) = -2.371$, $p = .019$.

Bezüglich des Motivs „um meiner sexuellen Erwartungshaltung und der meines/meiner Partner*in gerecht zu werden“ zeigten sich bei den homo- und bisexuellen Befragten ($M = 2.0$, $SD = 1.7$) ebenfalls stärkere Ausprägungen als bei den heterosexuellen Rehabilitand*innen ($M = 1.2$; $SD = 1.4$), $t(135) = -2.257$, $p = .026$. Es zeigte sich ein deutlicher Unterschied zwischen homo- und bisexuellen Personen ($M = 1.8$, $SD = 1.8$) und der heterosexuellen Vergleichsgruppe ($M = 0.8$, $SD = 1.1$) bezogen auf das Motiv „um negative Erfahrungen aushalten oder ausblenden zu können“, wobei homo- und bisexuelle Rehabilitand*innen eine stärkere Ausprägung aufwiesen $t(135) = -2.661$, $p = .009$.

Ähnliche Ergebnisse zeigten sich bezogen auf das Konsummotiv „aus Angst und Unsicherheit vor negativer Bewertung durch meine*n Sexualpartner*in“, wobei auch hier homo- und bisexuelle Personen ($M = 1.7$, $SD = 0.8$) eine stärkere Ausprägung vorwiesen als heterosexuelle Personen ($M = 0.8$, $SD = 1.2$), $t(134) = -3.082$, $p = .002$. Weiter zeigte sich das Konsummotiv „um Selbstzweifel und Scham beim Sex zu reduzieren“ in der homo- und bisexuellen Stichprobe ($M = 1.8$, $SD = 1.7$) erhöht verglichen mit den heterosexuellen Befragten ($M = 1.0$, $SD = 1.3$), $t(133) = -2.78$, $p = .006$. „Weil es mir dann egal war mit wem ich Sex hatte“ war ebenfalls stärker ausgeprägt bei den homo- und bisexuell Befragten ($M = 1.4$, $SD = 1.4$) als bei heterosexuellen Personen ($M = 0.7$, $SD = 1.2$), $t(134) = -2.42$, $p = .017$.

Abschließend ist auch das Konsummotiv „aus sexuellem Frust oder sexueller Unzufriedenheit heraus“ stärker bei homo- und bisexuellen Personen ($M = 1.3$, $SD = 1.4$) ausgeprägt als bei der heterosexuellen Vergleichsgruppe ($M = 0.7$, $SD = 1.2$), $t(133) = -2.177$, $p = .031$. Bei den übrigen Konsummotiven zum Sex zeigten sich zwischen heterosexuellen und homo- bzw. bisexuellen Personen keine signifikanten Unterschiede.

Bezüglich der „Schlussfolgerungen für die Behandlung“ ergaben sich bei allen Aussagen signifikant höhere Werte für die Gruppe der homo- und bisexuellen Personen (Abbildung 8).

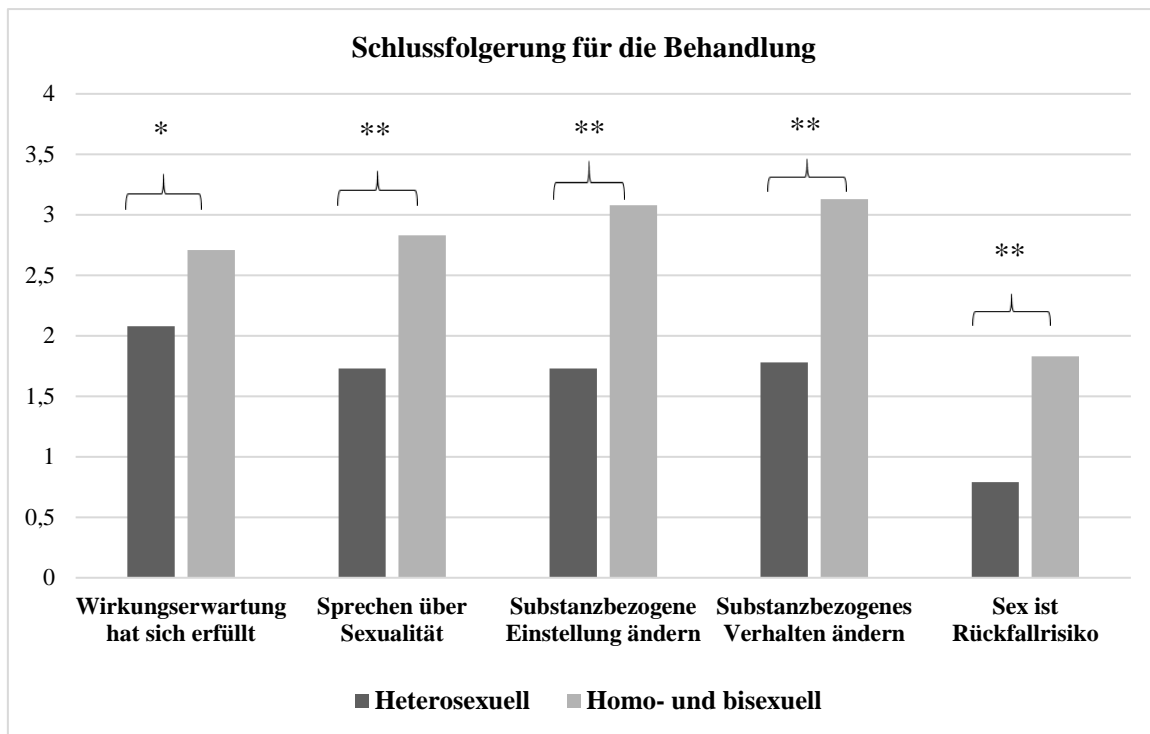


Abbildung 8: Schlussfolgerung für die Behandlung nach sexueller Orientierung

„Die Wirkungserwartung der Substanz hat sich beim Sex erfüllt“ war in der homo- und bisexuellen Stichprobe ($M = 2.7$, $SD = 1.2$) höher als in der heterosexuellen ($M = 2.1$; $SD = 1.4$), $t(134) = -2.031$, $p = .044$. Ebenso zeigte sich eine stärkere Ausprägung bezüglich des „Wunschs über Sexualität im Kontext der Behandlung zu sprechen“ bei homo- und bisexuellen Personen ($M = 2.8$, $SD = 1.4$) als bei heterosexuellen Rehabilitand*innen ($M = 1.7$, $SD = 1.5$), $t(135) = -3.423$, $p = .001$. Der „Wunsch substanzbezogene Einstellungen bezüglich der Sexualität ändern zu wollen“ war bei der homo- und bisexuellen Stichprobe ($M = 3.1$, $SD = 1.3$) ebenfalls stärker ausgeprägt als bei der heterosexuellen Patientenschaft ($M = 1.7$, $SD = 1.7$), $t(133) = -4.421$, $p < .001$.

Abschließend konnte auch ein signifikanter Unterschied in Bezug auf den „Wunsch, das substanzbezogene Sexualverhalten verändern zu wollen“ zwischen der homo- und bisexuellen Personengruppe ($M = 3.1$, $SD = 1.3$) und der heterosexuellen Vergleichsgruppe festgestellt werden ($M = 1.8$, $SD = 1.7$), $t(134) = -4.456$; $p < .001$, wobei die homo- und bisexuelle Stichprobe höhere Ausprägungen zeigte. Zudem stellte Sexualität für homo- und bisexuelle Personen ($M = 1.8$, $SD = 1.7$) ein höheres Rückfallrisiko dar als für heterosexuelle Personen ($M = 0.8$, $SD = 1.3$), $t(134) = -2.775$, $p = .01$.

Eine Korrelationsanalyse nach sexueller Orientierung zwischen der Variablen „Sex stellt ein Rückfallrisiko dar“ und den Motivkategorien ergab für hetero-, als auch für bi- und homosexuelle Personen einen signifikanten Zusammenhang zwischen allen Motivkategorien und der Einschätzung des Risikos beim Sex mit Substanzen rückfällig zu werden (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Korrelationsanalyse zwischen „Sex stellt ein Rückfallrisiko dar“ und den Motivkategorien nach sexueller Orientierung

		Lust- und Leistungssteigerung	Enthemmung	Soziale Faktoren	Bewältigung negativer Aspekte
Heterosexuell					
Sex stellt ein Rückfallrisiko dar	<i>r</i>	0.431***	0.278**	0.388***	0.332***
	<i>p</i>	<.001	.003	<.001	<.001
	<i>n</i>	111	111	111	111
Homo-/Bisexuell					
Sex stellt ein Rückfallrisiko dar	<i>r</i>	0.631**	0.635**	0.585**	0.408*
	<i>p</i>	.001	.001	.003	.048
	<i>n</i>	24	24	24	24

Anmerkung: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

In der Regressionsanalyse erwies sich die Motivkategorie „Lust- und Leistungssteigerung“ als signifikanter Prädiktor des Rückfallrisikos im Kontext von Sexualität bei heterosexuellen Personen ($\beta = 0.34$; $p = .004$). Bei homo- und bisexuellen Personen erwies sich keine der Konsumkategorien als signifikanter Prädiktor.

7. Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurde der Zusammenhang von Sexualität und Substanzkonsum bei Abhängigkeitserkrankten untersucht. Auswertungen zur Prävalenz in einer Befragung von 150 Abhängigkeitserkrankten ergaben, dass ein Großteil der Abhängigkeitserkrankten (95.3%) im Kontext ihres Suchtverlaufs, Konsumerfahrungen beim Ausleben ihrer Sexualität gemacht hat. Substanzen wurden von den Befragten überwiegend ungezielt zum Sex eingenommen.

Die Untersuchung von Konsummotiven ergab, dass – bezogen auf die Gesamtstichprobe – die Befragten Substanzen zum Sex eingenommen haben, um die Hingabe zu steigern, die Intensität des sexuellen Erlebens zu intensivieren, den Sex gewagter zu gestalten, die sexuelle Erregbarkeit zu erhöhen, Nähe und Intimität zu einem oder mehreren Menschen beim Sex zu vereinfachen, das sexuelle Selbstbewusstsein sowie die Attraktivität zu steigern und das Selbstwertgefühl sowie die sexuelle Selbstwirksamkeit zu verbessern. Insgesamt schätzten die Teilnehmenden der Befragung das Rückfallrisiko im Kontext von Sex als eher gering ein. Nach Angaben der Befragten, spielte die Motivkategorie „Lust- und Leistungssteigerung“ bei der Einnahme von Substanzen zum Sex eine entscheidende Rolle für das Rückfallrisiko.

Bei der geschlechtssensiblen Betrachtung der Ergebnisse ließen sich signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen feststellen: Frauen zeigten eine höhere Motivation zum Sex Substanzen zu konsumieren bezogen auf die Steigerung der sexuellen Hingabe, die Erhöhung des Selbstwertes und der Selbstwirksamkeit, das Einlassen auf Sex, die Bewältigung von negativen Erfahrungen und die Überwindung von Selbstzweifeln und Scham. Männer hingegen zeigten eine höhere Konsummotivation in den Bereichen der sexuellen Leistungssteigerung und zur sexuellen Kontaktabahnung. Männer tendierten zu einer Rückfälligkeit im Kontext von Sex, wenn Substanzen funktional zur Lust- und Leistungssteigerung eingesetzt wurden und Frauen bezüglich der Bewältigung von negativen Aspekten.

Homo- und bisexuelle Personen nahmen Substanzen vorrangig zum Sex ein, um das sexuelle Erleben zu intensivieren, die sexuelle Erregbarkeit zu erhöhen, die Hingabefähigkeit zu steigern, Intimität und Nähe zu einem oder mehreren Menschen beim Sex zu vereinfachen, das sexuelle Selbstbewusstsein sowie die Attraktivität zu erhöhen, die sexuelle Erwartungshaltung zu erfüllen, die Angst vor negativer Bewertung zu bewältigen, Selbstzweifel sowie Scham zu reduzieren, die Gleichgültigkeit bezüglich des Sexualpartners oder der Sexualpartnerin zu erwirken und um Frust sowie sexuelle Unzufriedenheit zu bewältigen. Mit Blick auf die Motivkategorien konnten signifikante Unterschiede zwischen homo- und bisexuellen Personen

und der heterosexuellen Vergleichsgruppe in Bezug auf die Motivkategorien Lust- und Leistungssteigerung, Enthemmung, soziale Faktoren und Bewältigung negativer Aspekte gefunden werden. Homo- und bisexuelle Personen waren im Kontext von Sexualität insgesamt stärker rückfallgefährdet, als die heterosexuelle Vergleichsgruppe.

In Übereinstimmung mit einer Studie von Ralf Demmel (2010) gaben die Befragten an, dass sie es als wichtig für ihre Suchtbehandlung erachten, über Sexualität sprechen zu können, wobei mehrheitlich der Wunsch darin bestand, substanzbezogenes Sexualverhalten verändern zu wollen. Suchtbehandlung sollte sich demnach an der sexuellen Lebenswelt ihrer Nutzer*innen orientieren (vgl. Deimel & Stöver, 2015).

Die bisher umfassendste Studie zu einem substanzgebundenen Sexualverhalten stellt die Chemsex Studie aus 2014 dar. Daraus ging hervor, dass Methamphetamin, GHB/GBL, Mephedron, Kokain und Ketamin mit Sex assoziiert wurden (vgl. Bourne et al., 2014). Die vorliegenden Ergebnisse dieser Arbeit zeigen starke Ähnlichkeiten in Form von Substanzen, die von den Befragten gezielt zum Sex konsumiert wurden: Methamphetamin, Research Chemicals, Opiate und GHB/GBL. Da an der Chemsex Studie ausschließlich Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), teilnahmen, war bisher unklar, in welchem Umfang und in welcher Form andere Zielgruppen von Chemsex betroffen sein könnten. Die Stichprobe der vorliegenden Befragung hingegen bestand aus Personen unterschiedlicher sexueller Orientierung (hetero-, bi- und homosexuelle Teilnehmende). Mehr als ein Viertel der Befragten gaben an, dass sie Substanzen für Sex eingesetzt hatten, woraus schlussgefolgert werden kann, dass die gezielte Einnahme von Substanzen zum Sex ein Thema für Abhängigkeitserkrankte über die Zielgruppe der MSM hinaus darstellt.

Bezüglich der Konsummotive der Gesamtstichprobe ähneln die hiesigen Ergebnisse, denen der Studie von Bourne et al. (2014), aus der hervorging, dass die befragten Männer im Kontext von Sex Substanzen zur Steigerung des Selbstwerts, Erhöhung des Selbstvertrauens, Intensivierung des sexuellen Erlebens, Vereinfachung zwischenmenschlicher Begegnungen, Steigerung der sexuellen Leistung, Überschreitung sexueller Grenzen und Steigerung des sexuellen Abenteuers konsumierten. Auch die Studie von Eu1 & Verres (2016), die sich mit der Wirkung psychoaktiver Substanzen auf das Bedürfnis nach Liebe, Zärtlichkeit und Sex sowie auf die sexuelle Performance befasste, zeigte ähnliche Ergebnisse.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass gerade abhängigkeiterkrankte Frauen oftmals Schwierigkeiten haben, Sexualität ohne Substanzkonsum zu bewältigen: So konsumierten Frauen im Kontext von Sexualität signifikant häufiger zur Bewältigung negativer Aspekte wie beispielsweise Traumata als Männer. Die Auseinandersetzung mit traumatischen Erfahrungen, wie z.B. sexualisierte Gewalt und ihre Auswirkungen auf die Sexualität, ist in der Literatur unterrepräsentiert. Bisher befassen sich nur wenige Studien, wie z.B. Wieland & Klein (2018) oder Simpson & Miller (2002), mit dem Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und Drogenabhängigkeit.

Bei Männern hingegen könnten die stärker ausgeprägten Konsummotive zur sexuellen Leistungssteigerung und zur sexuellen Kontakthanbahnung möglicherweise auf die unter 3.10 beschriebenen männliche Rollenzuschreibungen im Sinne von Leistung, Härte, Macht, Distanz und Konkurrenz (vgl. Altgeld, 2006) zurückzuführen sein. Unter Umständen leiden Männer mehr als Frauen unter einem Leistungs- und Selbstoptimierungsdruck hinsichtlich ihrer sexuellen Performance. Wie Mehtry et al. (2013) in ihrer Untersuchung zeigten, können Substanzen genutzt werden, um die Anzahl der Sexualpartner*innen zu steigern. Bourne et al. (2014) fanden heraus, dass sich die Ausdauer beim Sex durch den Konsum erhöhen lässt bzw. es ermöglicht, nach einer kurzen Erholungsphase erneut Sex haben zu können. In diesem Sinne gehen möglicherweise männliche Selbstkonzepte, wie „seinen Mann zu stehen“, mutig, aggressiv und leistungsstark zu sein, auf (vgl. Altgeld, 2006).

Eine mögliche Schlussfolgerung für die Behandlung könnte darin bestehen, dass Männern die Möglichkeit geboten werden sollte, Leistungsansprüche im Kontext ihrer Sexualität kritisch zu hinterfragen und für sich neue Maßstäbe zu finden. Frauen hingegen sollte Unterstützung bei der Bewältigung negativer Erfahrungen im Kontext von Sex insbesondere in Bezug auf Schamerleben, Grenzüberschreitungen und Gewalterfahrungen angeboten werden.

Im Unterschied zur Gesamtstichprobe zeigten homo- und bisexuelle Personen stärker ausgeprägte Konsummotive, die sich auf die Bewältigung von Unsicherheit, Angst, Scham und Frust beim Sex beziehen. Bochow & Sekuler (2012) untersuchten in ihrer Studie „bisexuell aktive Männer 2010“ Hintergründe der sexuellen Unzufriedenheit und konnten unter anderem herausfinden, dass sich Selbstunsicherheit, Zurückweisung und partnerschaftliche Konflikte negativ auf die sexuelle Zufriedenheit von bisexuell aktiven Männern auswirken (vgl. Bochow & Sekuler, 2012). Drewes & Kruspe (2016) konnten darauf aufbauend nachweisen, dass homo- und bisexuelle Männer eine besonders vulnerable Gruppe darstellen, was Schamerleben und Selbstunsicherheit angeht. Hintergrund dieser besonderen Vulnerabilität sind internalisierte

Homonegativität und antihomosexuelle Gewalterfahrungen. Möglicherweise könne diese Erkenntnisse die hier vorliegenden Ergebnisse erklären. Zu homo- und bisexuellen Frauen liegen hierzu keine Forschungsergebnisse vor. Ein spezifisches Behandlungsangebot, das Sexualität in die Suchtbehandlung der Zielgruppe miteinbezieht, ist empfehlenswert.

Folgt man der Einschätzung der Rehabilitand*innen, dass Sexualität ein eher geringes Rückfallrisiko darstellt, ist kritisch zu diskutieren, ob „Sexualität“ ein relevantes Thema für die Entwöhnungsbehandlung sein sollte. Ziele der medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitserkrankte sind die gesellschaftliche Teilhabe und die (Wieder-)Eingliederung in das Erwerbsleben. Zur Erreichung der Ziele bedarf es in erster Linie eine Abstinenz bzw. eine Abstinenzfähigkeit. Wenn nun „Sexualität“ die Abstinenz nur wenig gefährdet, so wäre es als Thema für die Behandlung eher nachrangig hinter „behandlungsbedürftigeren“ Themen zu behandeln. Jedoch wurde von den Teilnehmenden in der Befragung auch häufig der Wunsch, über Sexualität zu sprechen sowie der Bedarf substanzbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen im Kontext von Sex zu verändern, angegeben. Zudem ist die Prävalenz sexualbezogener Konsumerfahrungen hoch, was eine Mitbehandlung von Sexualität im Kontext einer Entwöhnungsbehandlung rechtfertigen könnte. Darüber hinaus gaben die Befragten in einem hohen Maße an, dass sich ihrer Erfahrung nach, die Wirkungserwartung an die Substanz beim Sex erfüllt hat. Nach der kognitiven Suchttheorie von Marlatt (1985) kann eine sich bestätigende Wirkungserwartung mit einem erhöhten Rückfallrisiko einhergehen. Aus diesem Grund bleibt die Einschätzung der an der Befragung teilgenommenen Personen kritisch zu bewerten.

In der Literatur fehlte bislang ein Erhebungsinstrument zur umfassenden, zielgruppenübergreifenden und differenzierten Erfassung von Konsummotiven beim Sex. So beleuchteten Studien, wie z.B. Eul & Verres (2016) und Mehtry et al. (2013), nur bestimmte Konsumaspekte zum Sex (z.B. der Wunsch nach Intimität). Andere Untersuchungen wie z.B. Bourne et al. (2014) und Bron (1982) befassten sich mit einer bestimmten Zielgruppe (z.B. MSM und Jugendliche). Milin et al. (2016) und Bellendorf (1988) hingegen führten substanzbezogene Forschungen durch (z.B. Stimulanzien und Alkohol). Der für diese Forschungsarbeit entwickelte Fragebogen kann für künftige Untersuchungen genutzt werden und schließt somit eine bisher vorhandene Forschungslücke.

Kritisch anzumerken ist, dass in der Befragung die Häufigkeit bzw. Regelmäßigkeit des Sex unter Konsum nicht erhoben wurde. Es bleibt unklar, ob es sich bei den Angaben der Teilnehmenden um einmalige oder zufällige Konsumerfahrungen zum Sex handelte bzw. wie eng der Zusammenhang zwischen „Sexualität“ und „Substanzkonsum“ tatsächlich war. Es könnte z.B. sein, dass Betroffene, Sex unter der Wirkung von Substanzmitteln praktiziert hatten, was aber vor dem Hintergrund ihrer Abhängigkeitserkrankung bewertet werden sollte. Möglicherweise gab es Teilnehmende, die in ihrem Alltag mehr berauscht als nüchtern waren, wobei dem Substanzgebrauch im Kontext von Sex in diesem Zuge keine hohe, funktionale Rolle zukäme. Darüber hinaus können durch die vorliegenden Ergebnisse keine Aussage darüber getroffen werden, welche Substanz am häufigsten mit einem Rückfallrisiko einhergeht oder welche Substanz mit welchem Konsummotiv beim Sex verknüpft war. Aufgrund der Häufigkeit von Mehrfachabhängigkeiten bei den Befragten, ließen sich bei der Auswertung keine Zusammenhänge analysieren.

Auch ist zu benennen, dass die homo- und bisexuelle Stichprobengröße mit $n = 24$ gering ausfiel, weshalb die Repräsentativität der Ergebnisse eingeschränkt ist. Die Gruppe der homo- und bisexuellen Personen war außerdem in sich sehr heterogen, wobei sich auf Grund des „Chemsex“- Behandlungsschwerpunktes der Klinik, ein großer Anteil von Männern, die Sex mit Männern haben, und Substanzen mit Sex kombinieren, befand, die wiederum einen hohen Anteil in der Stichprobe ausmachten und die Ergebnisse dadurch möglicherweise verfälscht bzw. verzerrt sein könnten. Es ist jedoch anzunehmen, dass homo- und bisexuelle Personen besonders vulnerabel für den Einsatz von psychoaktiven Substanzen zum Sex und dem damit verbundenen Rückfallrisiko sind. Das legen vor allem die Schlussfolgerungen für die Behandlung nahe, wonach homo- und bisexuelle Personen einen hohen Bedarf anmeldeten über ihre Sexualität sprechen zu wollen und substanzbezogene Einstellungen sowie Verhalten ändern zu wollen.

Da es sich bei dieser Untersuchung um eine Querschnittserhebung handelt, können keine kausalen Aussagen getroffen, sondern nur Zusammenhänge festgestellt werden. Aus diesem Grund wäre eine längsschnittliche Untersuchung wünschenswert. An welcher Stelle „Sexualität“ in die Behandlung eingebunden werden sollte, bleibt darüber hinaus offen. In einigen Einrichtungen gibt es hierzu bereits indikativen Gruppen wie z.B. „Männer und Sucht“ und „Frauen und Sucht“. Es obliegt zudem den Bezugstherapeut*innen, ob sie das Thema „Sexualität“ in die Einzeltherapie aufnehmen oder in der Gruppentherapie bearbeiten. Hilfreich

wäre die Anwendung standardisierter Sexualanamnesen – auch zur Nutzung für das ärztliche Personal – zur Erhebung von Informationen und Einbindung in einen individuellen Behandlungsplan.

Die Ergebnisse zeigen, dass der Substanzgebrauch und das Erleben von Sexualität bei Abhängigkeitserkrankten miteinander in Verbindung stehen. Es konnte gezeigt werden, dass einer substanzbezogenen Sexualität, Grundannahmen und positive Wirkungserfahrungen als Verhaltensmotive zugrunde liegen. Der Substanzkonsum findet dabei eher ungezielt zum Sex statt. Insbesondere Motive, die der Lust- und Leistungssteigerung dienen, spielen bei der Einnahme von Substanzen und bezüglich eines Rückfallrisikos eine Rolle. Es konnten geschlechtsspezifische Unterschiede gefunden. Frauen konsumierten Substanzen zum Sex eher vor dem Hintergrund zur Bewältigung von negativen Aspekten wie Scham, Trauma, Selbstzweifel, Anspannung und Missempfindungen als Männer und sind in diesem Kontext stärker rückfallgefährdet. Männer hingegen nahmen Substanzen eher zum Sex ein, um die sexuelle Lust- und Leistungsfähigkeit zu steigern. In diesem Rahmen ergab sich auch ein erhöhtes Rückfallrisiko für Männer. Homo- und bisexuelle Personen zeigten sich in allen Motivkategorien signifikante Unterschiede zur heterosexuellen Vergleichsgruppe. Für dieses Zielgruppe stellt das Ausleben von Sexualität insgesamt ein erhöhtes Risiko dar rückfällig zu werden.

Die Ergebnisse machen somit deutlich, dass das Thema „Sexualität“ einen Platz in der Suchtbehandlung finden sollte. In diesem Zusammenhang sollte die medizinische Rehabilitation für Abhängigkeitserkrankte einen Rahmen bieten, in dem Konsummotive beim Sex exploriert und diese durch entsprechende Verfahren verändert werden, um die Abstinenzfähigkeit ihrer Rehabilitand*innen zu fördern.

IV. Literaturverzeichnis

- Abrams, D.B. & Niaura, R.S. (1987). Social learning theory. In Blane, H.T. & Leonard, K.E. (Eds.), *Psychological theories of drinking and alcoholism*, (S.133-178). New York: Guilford.
- Acworth, A.; Roos de, N.; Katayama, H. (2007). *The causal effect of substance use on adolescent sexual activity*. Online verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/232841384_Substance_use_and_adolescent_sexual_activity [13.09.2019]
- Ahmad, A.-N. & Langer, P.C. (2017). Chronische Erkrankungen und Männlichkeit – Eine intersektionale Perspektive. In Stiftung Männergesundheit (Hrsg.), *Sexualität von Männern. Dritter Deutsche Männergesundheitsbericht* (S.339-348). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Aidshilfe NRW e.V. (Hrsg.). (2017). *Lust und Rausch. Kölner Fachtag „Substanzkonsum und Sexualität 2016 (Dokumentation)*. Online verfügbar unter: https://www.ahnrw.de/aidshilfe-nrw/upload/PDF/Dokumentationen/2017_final_rz_doku_lust_und_rausch_online.pdf [13.09.2019]
- Altgeld, T. (2006). Warum Gesundheit noch kein Thema für „richtige“ Männer ist und wie es eines werden könnte. In Jacob, J. & Stöver, H. (Hrsg.), *Sucht und Männlichkeiten* (S. 79-97). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 97, 122-147.
- Beck, A.T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T.; Wright, F.D.; Newman, C.F.; Liese, B.S. (1997). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Becker, S. (2013). Bisexuelle Omnipotenz als »Leitkultur«? Sexuelle Verhältnisse im gesellschaftlichen Wandel. In *Psychoanalyse im Widerspruch*, 49, 7-25.
- Beier, K. & Loewit, K. (2011). *Praxisleitfaden Sexualmedizin - Von der Theorie zur Therapie*. Berlin: Springer.

- Bellendorf, J. (1988). Damit wir wieder ganz Mensch sein können. Zum Geschlechtsleben Alkoholabhängiger und zur Einbeziehung der Sexualität in der Alkoholikerbehandlung. *Sucht und Geschlechtlichkeit*, 17, 51-63.
- Bilitza, K.W. (2008). *Psychodynamik der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Theorie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- Bochow, M.; Lenuweit, S.; Sekuler, T.; Schmidt, A.J. (2012). *Schwule Männer und HIV/AIDS. Lebensstile, Sex, Schutz- und Risikoverhalten*. Berlin: dia° Netzwerk für Kommunikation.
- Bochow, M. & Sekuler, T. (2012). *Bisexuell aktive Männer 2010. Schutz und Risikoverhalten vor dem Hintergrund von HIV/Aids*. Berlin: dia° Netzwerk für Kommunikation.
- Böhnisch, L. & Winter, R. (1993). *Männliche Sozialisation: Bewältigungsprobleme männlicher Geschlechtsidentität im Lebenslauf*. Weinheim: Juventa.
- Borchert, J. (2017). Männliche Sexualität im Gefängnis. In Stiftung Männergesundheit (Hrsg.), *Sexualität von Männern. Dritter Deutsche Männergesundheitsbericht* (S.415-423). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Bornemann, E. (1993). Sexualität als Sucht – Stellenwert und Funktion der menschlichen Geschlechtlichkeit. *Bad Tönissteiner Blätter. Beiträge zur Suchtforschung und -therapie. Sucht und Sexualität*, 5, 7-16.
- Borowski, Y., Iking, A. (2017). Erfahrungsbericht aus der Behandlung von MSM (Männer, die Sex haben mit Männern) mit „Chemsex“- Konsummustern in der stationären Entwöhnungsbehandlung der salus klinik Hürth. *Rausch: Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 6 (1), 343-350.
- Bortz, J. & Döring, N. (2015). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin: Springer Verlag.
- Bourne, A.; Reid, D.; Hickson, F.; Torres Rueda, S.; Weatherburn, P. (2014a). *The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham*, London: Sigma Research.

- Bourne, A.; Reid, D.; Hickson, F.; Torres Rueda, S.; Weatherburn, P. (2014b). *Die Chemsex-Studie: Drogenkonsum in sexuellen Umfeldern unter schwulen und bisexuellen Männern in Lambeth, Southwark & Lewisham*. Deutsche Zusammenfassung der Kurzfassung. In *HIVreport 2014*, 3. Online verfügbar unter: https://www.hivreport.de/sites/default/files/documents/2014_03_hiv_report.pdf. [12.02.2019]
- Brenk-Franz, K. & Strauß, B. (2011). Der Multidimensionale Fragebogen zur Sexualität (MFS). Erste Evaluation der deutschsprachigen Version des Multidimensional Sexuality Questionnaire (MSQ). *Zeitschrift für Sexualforschung*, 24, 256-271.
- Bron, B. (1982). Drogenabusus und Sexualität - Über den Einfluß von Rauschdrogen auf die Sexualität junger Menschen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 31, 2, 64-75.
- Bron, B. (1988). Sexmißbrauch beim Suchtkranken – Sexsucht beim „Gesunden“. Sexualitätsgefährdung zwischen Mißbrauch, Krankheit, Sucht und Therapie. *Sucht und Geschlechtlichkeit*, 17, 25-40.
- Brown, S.A.; Goldman, M.S.; Inn, A.; Anderson, L.R. (1980). Expectations of reinforcement from alcohol: Their domain and relation to drinking patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 419-426.
- Brunner, H. (1988). Ansätze zu einer Geschichte der Sexualtherapie. In Fuchtmann, E. (Hrsg.), *Identität und Sexualität: Süchtige zwischen Selbstheilung und Selbstzerstörung* (S.57-70). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Caspar, F. (1996). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Huber.
- Cavazos-Rehg P.A.; Krauss M.J.; Spitznagel E.L.; Schootman M.; Cottler L.B.; Bierut L.J. (2011). Substance use and the risk for sexual intercourse with and without a history of teenage pregnancy among adolescent females. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72 (2), 194-198.
- Cloninger, C.R.; Sigvardsson, S.; Bohmann, M. (1996). Type I and Type II Alcoholism: An Update. *Alcohol Health & Research World*, 20 (1), 18-23.

- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Deimel, D. (2018). *Substanzkonsum und Sexualität – Sexualität und Substanzkonsum*. Online verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/333747044_Substanzkonsum_und_Sexualitat [13.09.2019]
- Deimel, D. (2017). Editorial. Themenschwerpunkt Chemsex: Drogenkonsum bei Männern, die Sex mit Männern haben. *Rausch: Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 6 (1), 255.
- Deimel, D. (2017). Chemsex: Zur Phänomenologie des Drogenkonsums bei Männern, die Sex mit Männern haben. *Rausch: Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 6 (1), 256-265.
- Deimel, D.; Gebhardt V.; Stöver, H. (2017). Drogenkonsum bei Männern, die Sex mit Männern haben. Eine Übersichtsarbeit zum Gesundheitsverhalten und syndemischer Faktoren. In Heinzen-Voß, D. & Stöver, H. (Hrsg.), *Geschlecht und Sucht* (S. 143-164). Lengerich: Pabst.
- Deimel, D. & Stöver H. (2015). Drogenkonsum und Gesundheitsverhalten in der homo- und bisexuellen Community. In akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe, JES e.V. (Hrsg.), 2. *Alternativer Drogen- und Suchtbericht*, 66-70. Lengerich: Pabst.
- Deimel, D.; Stöver, H.; Hößelbarth, S.; Dicht, A.; Graf, N., Gebhardt, V. (2016) Drug use and health behavior among German men who have sex with men: Results of a qualitative, multi-centre study. *Harm Reduction Journal*, 13, 36.
- Dekker, A. (2013). Was heißt: Sexualität ist „bio-psycho-soziales“? *Sexualforschung*, 26, 34-43.
- Demmel, R. (2010). Sexualität und Substanzabhängigkeit – eine Befragung alkohol- und drogenabhängiger Patienten. Abschlussbericht. In LWL Koordinationsstelle für Sucht (Hrsg.) *Sexualität und Substanzabhängigkeit*. Materialien M6. Online verfügbar unter: https://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/M6/Materialie_6.pdf. [12.02.2019]
- Dichtl, A.; Graf, N.; Sander, D. (2016). *Modellprojekt „Qualitätsentwicklung in der Beratung und Prävention im Kontext von Drogen und Sexualität bei schwulen Männern*

- (QUADROS)“. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe. Online verfügbar unter: <https://www.aidshilfe.de/shop/pdf/8221>. [12.02.2019]
- Dichtl, A.; Graf, N.; Sander, D. (2017). Drogengebrauch von Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), in sexuellen Kontexten: Erfahrungen aus dem QUADROS-Projekt. *Rausch: Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 6 (1), 56-64.
- Diekmann, A. (2017). *Sexualität und Sucht – ein Tabubruch*. Online verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/322520410_Sexualitat_und_Sucht__ein_Tabubruch [13.09.2019]
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2014). *Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2014*. Online verfügbar unter: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/9718a50ed8b2676ad117b7a241cce2f60a54f06e/1_Anhang_Drogen_und_Suchtbericht_2014.pdf. [12.02.2019]
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2014). *Expertenaustausch zum Konsum von „Crystal Meth“ in Deutschland*. Online verfügbar unter: <https://www.drogenbeauftragte.de/themen/suchtstoffe-und-abhaengigkeiten/amphetamine-und-methamphetamine/konsum-von-crystal-meth-in-deutschland.html?L=0>. [12.02.2019]
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung & Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2016). *S3-Leitlinie. Methamphetaminbezogene Störungen*. Berlin: Springer.
- Dirks, H.; Esser, S.; Specka, M.; Scherbaum, N. (2012). Suchtmittelkonsum bei homo- und bisexuellen Männern. *Sucht*, 58 (4), 237-246.
- Doege, P. (2011). *Männer – die ewigen Gewalttäter? Gewalt von und gegen Männer in Deutschland*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Döring, N. (2017). Männliche Sexualität im Digitalzeitalter: Aktuelle Diskurse, Trends und Daten. In Stiftung Männergesundheit (Hrsg.), *Sexualität von Männern. Dritter Deutsche Männergesundheitsbericht* (S.39-75). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Drewes, J. & Kruspe, M. (2016). *Schwule Männer und HIV/AIDS 2013. Schutzverhalten und Risikomanagement in den Zeiten der Behandelbarkeit von HIV*. Berlin: dia° Netzwerk für Kommunikation.

- Ellis, A. (1979 d). Das ABC der rational-emotiven Therapie. In Queckelberghe, v.R. (Hrsg.) *Modelle kognitiver Therapie*. München: Schwarzenberg.
- Eu1, J. & Verres, R. (2016). Wirkungen psychoaktiver Substanzen auf das Bedürfnis nach Liebe, Zärtlichkeit und Sex sowie auf die sexuelle Performance – Ergebnisse einer Umfragestudie bei 1 616 Personen mit überwiegend multipler Drogenkonsumerfahrung. *Suchttherapie, 17*, 153-160.
- Faltermaier, T. (2004). Männliche Identität und Gesundheit. In Altgeld, T. (Ed.), *Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 11-33). Weinheim: Juventa.
- Fliegel, S. & Thiemann, K. (2006). *Diagnostik in der Psychotherapie sexueller Störungen*. Online verfügbar unter: <https://www.dgvt-fortbildung.de/interaktive-fortbildung/archiv-der-fachartikel/archiv/fliegel-s-thiemann-k-2006-diagnostik-in-der-psychotherapie-sexueller-stoerungen/> [07.07.2019]
- Franzkowiak, P. (1987). Risikoverhalten als Entwicklungsaufgabe. Zur „subjektiven Vernunft“ von Zigarettenrauchen und Alkoholkonsum in der Adoleszenz. In Laaser, U.; Sassen, G.; Murza, G.; Sabo, P. (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitserziehung* (S. 63-84). Bielefeld: Springer Verlag.
- Funke, J. (2006). Heidelberger Fragebogen zu Schamgefühlen (HFS). In Fay, E. (Hrsg.), *Tests unter der Lupe 5. Aktuelle psychologische Testverfahren - kritisch betrachtet* (S. 41-51). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Galedary, G. & Rethemeier, A. (2013). Sexualanamnese nach dem Hamburger Modell. In Hauch, M. (Hrsg.), *Paartherapie bei sexuellen Störungen. Das Hamburger Modell: Konzept und Technik* (S.46-62). Weinheim: Juventa.
- Gammer, C. (1993). Sexualität als Thema in der Psychotherapie – Chancen und Fallstricke. *Bad Tönissteiner Blätter. Beiträge zur Suchtforschung und -therapie. Sucht und Sexualität, 5*, 39-47.
- Geier, R. (1988). Die Rolle der Sexualität in der Therapie suchtkranker Frauen. In Fuchtmann, E. (Hrsg.), *Identität und Sexualität: Süchtige zwischen Selbstheilung und Selbstzerstörung* (S. 83-94). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2013). Partydrogen. *PSYCH up2date 2013*, 7(02), 73-88.
- Gouzoulis-Mayfrank, E. & Bilke, O. (2011): Psychostimulanzien. In Batra, A. & Bilke, O. (Hrsg): *Praxisbuch Sucht* (S.181-187). Stuttgart: Thieme.
- Grawe, K., Grawe- Gerber, M., Heiniger, B., Ambühl, H. & Caspar, F. (1996). Schematheoretische Fallkonzeption und Therapieplanung. Eine Anleitung für Therapeuten. In Caspar, F. (Hrsg.), *Psychotherapeutische Problemanalyse* (S.189-224). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Gross, W. & Dersch, B. (1992). *Was ist das Süchtige an der Sucht*. Frankfurt: Neuland-V.-G
- Hagemann-White, C. (2002). Gewalt im Geschlechterverhältnis als Gegenstand sozialwissenschaftlicher Forschung und Theoriebildung: Rückblick, gegenwärtiger Stand, Ausblick. In Dackweiler, R.M. & Schäfer, R. (Hrsg.) *Gewalt-Verhältnisse. Feministische Perspektiven auf Geschlecht und Gewalt*, (S. 29–52). Frankfurt/M.: Campus.
- Hartmann, U. (2016). Hypersexuelle Störungen – Teil 1: Kategorisierung bleibt schwierig. In *DNP Der Neurologe und Psychiater*, 17 (1), 28-33.
- Hartmann, U. (2016). Hypersexuelle Störungen – Teil 2: Diagnostik und Therapie der „Sexsucht“. In *DNP Der Neurologe und Psychiater*, 17 (1), 34-39.
- Hashemi, F.; Linke, T.; Voß, H.J. (2017). Migration, Flucht und sexuelle Gesundheit von Männern. In Stiftung Männergesundheit (Hrsg.), *Sexualität von Männern. Dritter Deutsche Männergesundheitsbericht* (S.211-220). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Heinz, A. & Batra, A. (2003). *Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Heinzen-Voß, D. & Ludwig, K. (2017). Empfehlungen: Genderaspekte in Institutionen der Suchthilfe. In Heinzen-Voß, D. & Stöver, H. (Hrsg.), *Geschlecht und Sucht* (S. 9-48). Lengerich: Pabst.
- Hettich, M. (2017). Sexuelle Störungen bei psychischen Erkrankungen. In Stiftung Männergesundheit (Hrsg.), *Sexualität von Männern. Dritter Deutsche Männergesundheitsbericht* (S.321-327). Gießen: Psychosozial Verlag.

- Hoy, M.; Strauß, B.; Kröger, C.; Brenk-Franz, K. (2019). Überprüfung der deutschen Kurzversion der „New Sexual Satisfaction Scale“ (NSSS-SD) in einer repräsentativen Stichprobe. *Psychter Psych Med*, 69, 129-135.
- Hoyndorf, S. (1999). Sexualberatung. Was Therapeuten wissen sollten, die keine Sexualtherapie anbieten. *Psychotherapeut*, 44, 327-336.
- Kilmartin, C. T. (1994). *The masculine self*. New York: Macmillan.
- Kirby, T. & Thomber-Dunwell, M. (2012). High-risk drug practices tighten grip on London gay scene“. *Lancet*, 381, 101-102.
- Klingemann, H. (2006). Sucht, Männergesundheit und Männlichkeit – ein neu entdecktes Thema. *abhängigkeiten*, 02 (06), 19-40.
- Klotz, T. (2017). Erektile Dysfunktion und Ejaculatio praecox. In Stiftung Männergesundheit (Hrsg.), *Sexualität von Männern. Dritter Deutsche Männergesundheitsbericht* (S.311-320). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Köhnlein, R. & Pfliegensdörfer, M. (2016). Zusammenhänge zwischen Sexualität und Substanzkonsum bei Männern, die Sex mit Männern (MSM) haben: Die zielgruppenspezifische Ausrichtung von Angeboten der Drogenhilfe auf die Lebenswelt und Sexualität von MSM. In akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe, JES e.V. (Hrsg.), 3. *Alternativer Drogen- und Suchtbericht* (S. 214-219). Lengerich: Pabst.
- Krebs, B. (1988). Essstörungen und einige Probleme bei der Entwicklung des weiblichen Körper-Ichs. In Fuchtmann, E. (Hrsg.), *Identität und Sexualität: Süchtige zwischen Selbstheilung und Selbstzerstörung* (S. 71-82). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Kürbitz, L.I.; Becker, I.; Nieder, T.O. (2018). Substanzgebrauch im Kontext von Trans*: Diagnostik und Implikationen. *Suchttherapie*, 2018 (4), 176-185.
- Landschaftsverband Westfalen Lippe (Hrsg.) (2011). *Männlichkeiten und Sucht*. Forum Sucht. Sonderband 4.
- Langer, P.C. (2013). Zurück in die Zukunft: Zum Umgang mit Crystal Meth im Kontext von HIV. *Projekt Information*, 21 (2), 8-11.

- Langer, P.C. (2014). Get to the Point – Fragmente zum Verstehen der Faszination von „Slammig“. *Projekt Information*, 22 (5), 5-8.
- Leeners, B. (2017). Weibliche Sexualität und sexuelle Störungen. *Der Gynäkologe*. 2017 (1), 56-67.
- Lenz, C. (2008). Süchtiges Verhalten – Systemische Erklärungsmodelle und Behandlungsgrundlagen. *Systemisch Notizen*, 2008 (4), 46-52.
- Lenz, H.J. (2017). Mann oder Opfer? Erkundungen im Feld von männlicher Gewaltbetroffenheit, der Verdeckung männlicher Verletzbarkeit und deren Bedeutung für das Helfersystem – auch im Suchtbereich. In Heinzen-Voß, D. & Stöver, H. (Hrsg.), *Geschlecht und Sucht* (S. 165-189). Lengerich: Pabst.
- Levin, S.B. (1992). *Sexual Life: A clinician's Guide*. New York: Plenum Press.
- Linnemann, K. (2017). Sexualität und Lebensformen – BDSM-Variationen. In Stiftung Männergesundheit (Hrsg.), *Sexualität von Männern. Dritter Deutsche Männergesundheitsbericht* (S.269-280). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Lowry, R.; Holtzman, D.; Truman, B.I.; Kann, L.; Collins, J.L.; Kolbe, J.L. (1994). Substance Use and Hiv-Related Sexual Behaviors among Us High-School-Students - Are They Related. *American Journal of Public Health* 84 (7), 16-20.
- Marlatt, G.A. (1978). Craving for alcohol, loss of control, and relapse: A cognitive-behavioral analysis. In Nathan, P.E.; Marlatt, G.A.; Loberg, T. (Eds.), *Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment* (S.271-314). New York: Plenum.
- Marlatt, G.A. (1985). Cognitive factors in the relapse process. In Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (S.128-200). New York: Guildford.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guildford Press.
- McDermut, W.; Haaga, D.A.F.; Shayne, V.T. (1991). Schemata and smoking relapse. *Behavior Therapy*, 22, 423-434.

- Mehtry, V.; Kumar, K.; Shetty, N.J.; Bhandary, S.A.; Adappa, K.; Soans, S.T.; Maben, E.V.S.; Hegde, A. (2013). Substance use and sexual dysfunction. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 2013 (2), 620-628.
- Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations. Conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129, 674-697.
- Milin, S.; Kleinau, C.; Lüdorf, T.; Lotzin, A.; Degkwitz, P.; Verthein, U.; Schäfer, I. (2016). Konsummotive bei Stimulanzienkonsum. Ein Vergleich von Amphetamin- und Methamphetaminkonsumenten. *Suchttherapie* 2016, 17, 17–21.
- Müller, H. (2006). Männerspezifische Suchtarbeit am Beispiel der casa fidelio in Niederbuchseiten Schweiz. In Jacob, J. & Stöver, H. (Hrsg.), *Sucht und Männlichkeiten* (S. 165-188). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Nagel, S. (2015). *Lust und Rausch. Psychologische Aspekte*. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/QUADROS_Abschlussbericht_260516.pdf [07.07.2019]
- Neisser, U. (1967). *Cognitive psychology*. New York: Appleton.
- Neubauer, G. (2017). Sexuelle Gesundheit von Jungen bis zur Pubertät. In Stiftung Männergesundheit (Hrsg.), *Sexualität von Männern. Dritter Deutsche Männergesundheitsbericht* (S.93-112). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Ott, A. & Garcia-Nunez, D. (2018) Der Substanzkonsum von trans*Personen aus der Minoritätenstressperspektive. *Suchttherapie*, 2018 (4), 193-198.
- Pfliegensdörfer, M. (2017) Suchtberatung mit drogenkonsumierenden MSM. Erfahrungen aus der zielgruppenspezifischen (Sucht-) Beratung der Aidshilfe Köln. *Rausch: Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 6 (1), 335-342.
- Pfliegensdörfer, M. & Schuhmacher, M. (2015). Crystal Meth bei MSM. *HIV & more*, 2015 (4), 22-27.

- Ribeiro, S.; Negreiros, J.; Oliveira, J.; Teixeira, P. (2015). Substance use and sexual behaviour survey: a validation study. *Psicologia, Saúde & Doenças* 2015, 16 (2), 207-216
- Richter, D.; Brähler, E.; Strauß, B. (2014) (Hrsg.). *Diagnostische Verfahren in der Sexualwissenschaft*. Göttingen: Hogrefe.
- Robert Koch Institut. (2016). *Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland - DRUCK-Studie*. Berlin: RKI Hausdruck. Online verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Studien/DRUCK-Studie/Abschlussbericht.pdf?__blob=publicationFile [07.07.2019]
- Röben, S. (2006). „Kerle wie wir!?“ – Mannsbilder in der Suchttherapie. Erste Gedanken und Erfahrungen zu geschlechtsspezifischen Aspekten in der Arbeit in einer stationären Rehabilitationseinrichtung für suchtmittelabhängige Männer. In Jacob, J. & Stöver, H. (Hrsg.), *Sucht und Männlichkeiten* (S. 153-163). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sander, D. (2017) Die besondere Vulnerabilität schwuler und bisexueller Männer. Wie Diskriminierung die Gesundheitschancen sexueller Minderheiten beeinflusst. *Rausch: Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 6 (1), 266-272.
- Santrock, J.W. (2003). *Adolescence (9th ed.)*. Bosten: McGraw-Hill.
- Sauer, A. & Güldenring, A. (2017). Die Gesundheitsversorgung für Trans*-Männlichkeiten: Stand, Bedarfe, Empfehlungen. In Stiftung Männergesundheit (Hrsg.), *Sexualität von Männern. Dritter Deutsche Männergesundheitsbericht* (S.239-252). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Schabdach, M. (2009). *Soziale Konstruktionen des Drogenkonsums und Soziale Arbeit*. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Schneider, B. & Schiffels, W. (1993). Geschlechtsrollenkonflikt und Suchtentwicklung: Transsexualität aus der Sicht einer Betroffenen. *Bad Tönissteiner Blätter. Beiträge zur Suchtforschung und -therapie. Sucht und Sexualität*, 5, 67-70.
- Schneider, W. (1988). „Da läuft doch was – das macht doch Spaß?!“. Sexualitätsprobleme und Drogenabhängigkeit. *Sucht und Geschlechtlichkeit*, 17, 41-50.

- Schmidt, A.J. & Marcus, U. (2014). Drogengebrauch bei MSM in Deutschland. In *HIVreport, 2014 (4)*. Online verfügbar unter: https://www.hivreport.de/sites/default/files/documents/2014_04_hiv_report.pdf [07.07.2019]
- Schmidt, M.; Wurm, M.; Zimmermann, N. (2014). Die „Lust und Rausch“- Studie. In: *HIVreport, 2014 (4)*. Online verfügbar unter: https://www.hivreport.de/sites/default/files/documents/2014_04_hiv_report.pdf [07.07.2019]
- Schmitz-Moormann, K. (1988). Wenn Sex und Sucht miteinander zu tun bekommen. Grundsätzliche Zusammenhänge – Forschungsüberblick – Therapierelevanzen. *Sucht und Geschlechtlichkeit, 17*, 7-24.
- Seikowski, K. (2017). Sexuelle Gesundheit im Alter – Beratung und Therapie. In Stiftung Männergesundheit (Hrsg.), *Sexualität von Männern. Dritter Deutsche Männergesundheitsbericht* (S.199-207). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Sierck, U. (2017). Sexualität von behinderten Männern. In Stiftung Männergesundheit (Hrsg.), *Sexualität von Männern. Dritter Deutsche Männergesundheitsbericht* (S.181-188). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Simpson T.L. & Miller W.R. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clinical Psychology Review, 22 (1)*, 27-77.
- Stacy, A.W.; Newcomb, M.D.; Bentler, P.M. (1991). Cognitive motivation and drug use: A 9-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 100 (4)*, 501-515.
- Starke, K. (2017). Sexualität im mittleren Lebensalter. In Stiftung Männergesundheit (Hrsg.), *Sexualität von Männern. Dritter Deutsche Männergesundheitsbericht* (S.167-179). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Stöver, H. (2017). Der gesellschaftliche Umgang mit Sexualstraftätern. In Stiftung Männergesundheit (Hrsg.), *Sexualität von Männern. Dritter Deutsche Männergesundheitsbericht* (S.401-414). Gießen: Psychosozial Verlag.

- Stöver, H. (2018). *Gender und psychoaktive Substanzen*. Online verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/320838014_Gender_und_psychoaktive_Substanzen [14.09.2019]
- Stöver, H. (2017). Männlichkeiten und Sucht. *Rausch: Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 6 (1), 286-294.
- Stöver, H. (2015). *Risikolust am Rausch – doing gender with drugs!* Online verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/283322658_Risikolust_am_Rausch_-_doing_gender_with_drugs [14.09.2019]
- Stöver, H. (2006). Mann, Rausch, Sucht: Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten. In Jacob, J. & Stöver, H. (Hrsg.), *Sucht und Männlichkeiten* (S. 21-39). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Stoiber, I. (1988). Sexualprobleme suchtkranker Männer. In Fuchtmann, E. (Hrsg.), *Identität und Sexualität: Süchtige zwischen Selbstheilung und Selbstzerstörung* (S. 95-107). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Stumpe, H. (2017). Bisexualität im Kontext von Hetero- und Homosexualität – Sexuelle Vielfalt und Gesundheit. In Stiftung Männergesundheit (Hrsg.), *Sexualität von Männern. Dritter Deutsche Männergesundheitsbericht* (S.221-228). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Teunißen, S. & Voigt, W. (2017). Geschlechterbezogene Behandlung von süchtigen Frauen mit Traumafolgestörung. In Heinzen-Voß, D. & Stöver, H. (Hrsg.), *Geschlecht und Sucht* (S. 219-228). Lengerich: Pabst.
- Tiffany, S.T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and non-automatic processes. *Psychological Review*, 97, 147-168.
- Timmermanns, S. (2017): Straight and gay – Anforderungen und Schwierigkeiten in Bezug auf Homosexualität in der männlichen Identitätsfindung. In Stiftung Männergesundheit (Hrsg.), *Sexualität von Männern. Dritter Deutsche Männergesundheitsbericht* (S.143-154). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Tkocz, E. (1993). Sexualität und Sucht: Einführung. *Bad Tönissteiner Blätter. Beiträge zur Suchtforschung und -therapie. Sucht und Sexualität*, 5, 4-6.

- Tuider, E. (2017). Sichtweisen auf sexualisierte Gewalt und sexualisierte Grenzüberschreitung unter Jugendlichen. In Stiftung Männergesundheit (Hrsg.), *Sexualität von Männern. Dritter Deutsche Männergesundheitsbericht* (S.361-374). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Vogelsang, M. (2017). Frauen und Substanzabhängigkeit. In Heinzen-Voß, D. & Stöver, H. (Hrsg.), *Geschlecht und Sucht* (S. 191-218). Lengerich: Pabst.
- Vogt, I. (2018). Sexuelle Identität, der Konsum von Alkohol und anderen Drogen, gesundheitliche Probleme und Behandlungsansätze: Ein unsystematischer Forschungsüberblick. *Suchttherapie*, 2018 (4), 168-175.
- Vogt, I. (2009). *Frauen und Sucht. Prävalenzen, Ursachen, Hintergründe*. Dokumentation: Tagung des Instituts Suchtprävention, Linz. Online verfügbar unter: https://www.praevention.at/fileadmin/user_upload/09_Infobox/Tagungsunterlagen/Vogt.pdf [07.07.2019]
- Von Hillner, A. & Deimel, D. (2017). Heterogen, hedonistisch und digital: Drogenkonsumierende Männer, die Sex mit Männern haben, in Berlin. *Rausch: Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 6 (1), 319-323.
- Vom Schleidt, J. (1988). Ich bin viele – überfordertes Dasein und Identität in der Rollenvielfalt. In Fuchtmann, E. (Hrsg.), *Identität und Sexualität: Süchtige zwischen Selbstheilung und Selbsterstörung* (S. 9-22). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Voß, H.J. & Bardehle, D. (2017). Zum Begriff „Sexuelle Gesundheit“. In Stiftung Männergesundheit (Hrsg.), *Sexualität von Männern. Dritter Deutsche Männergesundheitsbericht* (S.79-91). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Vosshagen, A. (2006). Anmerkungen zur Psychologie männlichen Suchtverhaltens. In Jacob, J. & Stöver, H. (Hrsg.), *Sucht und Männlichkeiten* (S. 129-142). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Vosshagen, A. (2017). Männersensible Elemente in der Suchtberatung und Suchtbehandlung. In Heinzen-Voß, D. & Stöver, H. (Hrsg.), *Geschlecht und Sucht* (S. 119-141). Lengerich: Pabst.

- WHO (World Health Organization). *Defining Sexual Health*. Genf, 2006. Online verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>. [12.02.2019]
- Wieland, N. & Klein, M. (2018). Substanzbezogene Störungen und traumatische Erfahrungen in der Kindheit. Ein Überblick. *Suchttherapie* 2018, 19 (02), 66-75.
- Wilson, G.T. (1987a). Cognitive studies in alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (3), 325-331.
- Wilson, G.T. (1987b). Cognitive processes in addiction. *British Journal of Addiction*, 82, 343-353.
- Winter, R. (2017). Sexuelle Gesundheit männlicher Jugendlicher – Indikatoren männlicher sexueller Jugendgesundheit. In Stiftung Männergesundheit (Hrsg.), *Sexualität von Männern. Dritter Deutsche Männergesundheitsbericht* (S.127-142). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Wolf, G. (2018). Trans* und Substanzgebrauch: Bedingungen und Behandlungsempfehlungen. *Suchttherapie*, 2018 (4), 186-192.
- Wulf, H. (2006). Die Entdeckung der Männlichkeit in der Suchtkrankenhilfe – Männerspezifische Themen in der ambulanten Rehabilitation: Beobachtungen und Beispiele methodischer Umsetzung aus der Fachstellenarbeit. In Jacob, J. & Stöver, H. (Hrsg.), *Sucht und Männlichkeiten* (S. 119-128). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Zenker, C. (2017). Genderbewusste Arbeit mit Suchtstörungen. In Heinzen-Voß, D. & Stöver, H. (Hrsg.), *Geschlecht und Sucht* (S. 71-91). Lengerich: Pabst.
- Zilbergeld, B. (1983). *Männliche Sexualität: Was (nicht) alle schon immer über Männer wußten...* Tübingen: DGV.

V. Anhang

Fragebogen

Sehr geehrte*r Teilnehmer*in,

mein Name ist Marcus Pfliegensdörfer und ich arbeite als Bezugstherapeut in der Salus Klinik Hürth. Im Rahmen meiner Ausbildung zum Suchttherapeuten gehe ich einem Thema nach, bei dem ich auf Ihre Unterstützung angewiesen bin: **Sexualität und Substanzgebrauch**. Es handelt sich um eine Befragung zu Konsummotiven psychoaktiver Substanzen im Kontext von Sexualität.

Hintergrund: Eine Studie aus dem Jahr 2010 zeigt, dass das Thema Sexualität für alkohol- und/oder drogenabhängige Patient*innen eine große Rolle spielt¹. Von Behandler*innen wird dieses Thema jedoch oft nachrangig angesprochen und bearbeitet. Daher können Ihre Aussagen heute helfen Behandlungsprozesse zu verbessern und an Ihre Bedürfnisse anzupassen.

Im Anhang befindet sich ein Fragebogen, den ich Sie bitten würde auszufüllen. Neben Fragen zu Ihren Lebensverhältnissen und zu Ihren Suchtmitteln, folgen Aussagen, die sich auf den Suchtmittelkonsum im Kontext von Sexualität beziehen. Bitte erinnern Sie sich an Ihre Konsumzeit zurück. Vielleicht haben Sie ganz gezielt Substanzen zum Sex eingenommen, vielleicht haben Sie auch nur zufällig Erfahrungen damit gemacht. Es spielt dabei keine Rolle, wie regelmäßig, wie oft oder wie gezielt Sie die Substanzen zum Sex konsumiert haben. Es geht ausschließlich um Ihre Erfahrungen, die Einfluss genommen haben auf Ihre Motivation und Ihre Einstellungen bezüglich einer substanzbezogenen Sexualität.

Mir ist bewusst, dass Sexualität ein sehr persönliches Thema ist, deswegen weise ich Sie ausdrücklich darauf hin, dass Ihre Daten anonym erhoben und vertraulich behandelt werden. Die Ergebnisse werden ausschließlich für die Erstellung meiner Abschlussarbeit verwendet.

Die erste Seite sollten Sie bitte unterschreiben, dabei handelt es sich um Ihr Einverständnis an der Teilnahme und der Weiterverarbeitung Ihrer Daten. Nachdem Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, können Sie die erste Seite vom restlichen Fragebogen abtrennen und separat bei Ihrem bzw. Ihrer Bezugstherapeut*in abgeben, damit keine Rückschlüsse auf Personen gezogen werden können.

Ich bedanke mich vielmals für Ihre Offenheit und Ihr Engagement!

Marcus Pfliegensdörfer

Ort/Datum, Unterschrift

¹ Demmel, R. (2010). Sexualität und Substanzabhängigkeit – eine Befragung alkohol- und drogenabhängiger Patienten. Abschlussbericht, in: LWL Koordinationsstelle für Sucht (Hrsg.) Sexualität und Substanzabhängigkeit. Materialien M6. Online verfügbar unter: https://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/M6/Materialie_6.pdf.

1. Persönliche Angaben

1.1 Ich bezeichne mich als

- Männlich Weiblich Divers (weder eindeutig männlich noch weiblich)

1.2 Mein Alter:

_____ Jahre

1.3 Ich bezeichne mich als

- Heterosexuell Homosexuell Bisexuell

1.4 Mein Familienstand bzw. mein Partnerschaftsverhältnis:

- Ich bin ledig
 Ich lebe in einer Partnerschaft
 Ich bin verheiratet
 Ich lebe in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft
 Ich bin geschieden
 Ich bin verwitwet

1.5 Ich habe folgenden - höchsten - Schulabschluss erreicht:

- Ich habe keinen Abschluss erreicht
 Ich habe die Grundschule abgeschlossen
 Ich habe die Hauptschule bzw. Volksschule abgeschlossen
 Ich habe die Realschule abgeschlossen
 Ich habe das Fachabitur oder die Fachschulreife erreicht
 Ich habe das Gymnasium (Abitur) abgeschlossen

1.6 Ich habe folgenden - höchsten - Ausbildungsabschluss erreicht:

- Ich befinde mich in einer beruflichen Ausbildung (Auszubildende*r, Studierende*r)
 Ich habe keine berufliche Ausbildung abgeschlossen
 Ich habe eine betriebliche Berufsausbildung (Lehre) abgeschlossen
 Ich habe eine schulische Berufsausbildung (Berufs- oder Handelsschule) abgeschlossen
 Ich habe eine Ausbildung an einer Fachschule, Meister- bzw. Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen
 Ich habe einen (Fach-) Hochschulabschluss (z.B. Bachelor, Master oder Diplom)

1.7 Ich befinde mich in folgendem Erwerbsstatus:

- Ich bin selbstständig tätig
 Ich bin in einem Angestelltenverhältnis
 Ich bin beamtet
 Ich bin kurzfristig ohne Arbeit (Krankengeld, ALG I, Übergangsgeld)
 Ich bin längerfristig ohne Arbeit (ALG II, Grundsicherung)

- Ich bin berentet oder pensioniert
- Ich befinde mich noch Ausbildung (Lehre, Studium)
- Ich bin Hausfrau/Hausmann oder in Elternzeit

2. Angaben zur Abhängigkeitserkrankung

Bezüglich welcher der hier genannten Substanzen haben Sie eine Abhängigkeit entwickelt und befinden sich in Behandlung? (Mehrfachauswahl möglich bei Mehrfachabhängigkeit)

- Alkohol
- Cannabis
- Synthetische Cannabinoide (z.B. „Spice“)
- Amphetamin
- MDMA
- Kokain
- Methamphetamin
- Research Chemicals (z.B. Mephedron, Alpha PVP, „Badesalz“)
- Opioide (z.B. Tilidin, Tramadol)
- Benzodiazepine (z.B. Diazepam, Tavor)
- Opiate (z.B. Heroin)
- Ketamin
- GHB/GBL
- Chemische und pflanzliche Halluzinogene (z.B. LSD, 2-CB, Pilze, Salvia)
- Analgetika (z.B. flüchtige Lösungsmittel wie „Poppers“, Eisspray, Lachgas)
- Sonstige: _____

3. Substanzkonsum und Sexualität

3.1 Bitte unterscheiden Sie und kreuzen zutreffendes an: (Mehrfachauswahl möglich)

- Ich habe eine oder mehrere Substanz(en) gezielt zum Sex eingesetzt. (Weiter zu **3.2**)
- Ich hatte Sex unter der Wirkung von einer oder mehreren Substanz(en), ohne diese gezielt für Sex eingesetzt zu haben. (Weiter zu **3.3**)
- Ich habe keine Konsumerfahrungen beim Sex gemacht. (Beenden Sie den Fragebogen)

3.2 Wenn Sie eine oder mehrere Substanz(en) gezielt, d.h. vor und während des Sex eingesetzt haben, um welche handelte es sich dabei? (Mehrfachauswahl möglich)

- Alkohol
- Cannabis
- Synthetische Cannabinoide (z.B. „Spice“)
- Amphetamin
- MDMA
- Kokain
- Methamphetamin
- Research Chemicals (z.B. Mephedron, Alpha PVP, „Badesalz“)
- Opioide (z.B. Tilidin, Tramadol)

- Benzodiazepine (z.B. Diazepam, Tavor)
- Opiate (z.B. Heroin)
- Ketamin
- GHB/GBL
- Chemische und pflanzliche Halluzinogene (z.B. LSD, 2-CB, Pilze, Salvia)
- Analgetika (z.B. flüchtige Lösungsmittel wie „Poppers“, Eisspray, Lachgas)
- Sonstige: _____

3.3 Wenn Sie Sex unter der Wirkung von einer oder mehreren Substanz(en) hatten, ohne diese gezielt für Sex eingesetzt zu haben, um welche handelte es sich dabei: (Mehrfachauswahl möglich)

- Alkohol
- Cannabis
- Synthetische Cannabinoide (z.B. „Spice“)
- Amphetamin
- MDMA
- Kokain
- Methamphetamin
- Research Chemicals (z.B. Mephedron, Alpha PVP, „Badesalz“)
- Opioide (z.B. Tilidin, Tramadol)
- Benzodiazepine (z.B. Diazepam, Tavor)
- Opiate (z.B. Heroin)
- Ketamin
- GHB/GBL
- Chemische und pflanzliche Halluzinogene (z.B. LSD, 2-CB, Pilze, Salvia)
- Analgetika (z.B. flüchtige Lösungsmittel wie „Poppers“, Eisspray, Lachgas)
- Sonstige: _____

3.4 In der Tabelle finden Sie 28 Motive bezüglich des Gebrauchs von psychoaktiven Substanzen zum Sex. Ich bitte Sie über Ihre Erfahrungen nachzudenken und anzukreuzen welchen der hier genannten Aussagen Sie zustimmen können:

Ich habe konsumiert, ...	Trifft gar nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft etwas zu	Trifft mäßig zu	Trifft völlig zu
1. um den Sex intensiver zu erleben (z.B. Euphorie, Orgasmuserleben, Lust).					
2. um sexuell erregbarer bzw. empfindsamer zu sein.					
3. um mich hingeben, fallen lassen und entspannen zu können.					

Ich habe konsumiert, ...	Trifft gar nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft etwas zu	Trifft mäßig zu	Trifft völlig zu
4. um mich auf Nähe und Intimität zu einem anderen Menschen einlassen zu können.					
5. um Zugehörigkeit zu erfahren (zu einem Menschen oder zu einer Szene).					
6. meinem Partner bzw. meiner Partnerin zuliebe.					
7. um sexuelle Grenzerfahrungen zu machen (Kontrollverlust, Selbstauflösung, Trance).					
8. um körperliche Grenzen zu überwinden (z.B. Schmerzen auszuhalten).					
9. um einer sexuellen Rollenerwartung gerecht zu werden (z.B. „männlich“ oder „weiblich“ zu sein).					
10. um sexuelle Identitätskonflikte zu lösen (z.B. eine sexuelle Orientierung ausleben zu können).					
11. um meine sexuellen Bedürfnisse oder Wünsche aussprechen und durchsetzen zu können.					
12. um den Sex vielseitiger, gewagter und abenteuerlicher zu gestalten.					
13. um mein Selbstwertgefühl und meine Selbstwirksamkeit beim Sex zu steigern.					
14. um mich sexuell selbstbewusster und attraktiver zu fühlen.					
15. um meiner sexuellen Erwartungshaltung und der meines/meiner Partner*in gerecht zu werden.					
16. um mich zu prostituieren.					
17. um mich auf Sex einlassen zu können (zur Bewältigung von Anspannung, Missempfindung).					
18. um negative Erfahrungen aushalten oder ausblenden zu können (Gewalt, Trauma).					
19. aus Angst mich mit einer sexuell übertragbaren Infektion anzustecken oder diese weiterzugeben.					
20. da ich unter einer sexuellen Funktionsstörung leide (Erektionsstörung, Vaginismus, Lustlosigkeit).					

Ich habe konsumiert, ...	Trifft gar nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft etwas zu	Trifft mäßig zu	Trifft völlig zu
21. um meine sexuellen Vorlieben, Praktiken, Fetische und Phantasien ausleben zu können.					
22. um hemmende Moralvorstellungen zu überwinden.					
23. zur sexuellen Leistungssteigerung (Häufigkeit, Dauer, Aktivität, Anzahl der Partner*innen).					
24. aus Angst und Unsicherheit vor negativer Bewertung durch meine*n Sexualpartner*in.					
25. um Selbstzweifel und Scham beim Sex zu reduzieren (bezüglich des Körperbilds, Erkrankung/Infektion, Behinderung).					
26. zur (sexuellen) Kontakthanbahnung (beim Feiern, für Sexpartys oder für Orte zum Sex).					
27. weil es mir dann egal war mit wem ich Sex hatte.					
28. aus sexuellem Frust oder sexueller Unzufriedenheit heraus (bei Trauer wegen Trennung, mangelnder sexueller Fähigkeiten, Zurückweisung).					

3.5 Bewerten Sie nun abschließend folgende Aussagen:

	Trifft gar nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft etwas zu	Trifft mäßig zu	Trifft völlig zu
Meine Wirkungserwartung an die Substanz(en) hat sich beim Sex erfüllt.					
In der Behandlung ist es für mich wichtig, über das Thema Sexualität sprechen zu können.					
Ich möchte meine substanzbezogene(n) Einstellung(en) bzgl. meiner Sexualität verändern.					
Ich möchte mein substanzbezogenes Sexualverhalten ändern.					
Sexualität stellt ein Rückfallrisiko für mich dar.					

Erklärung

Hiermit versichere ich, die vorliegende Arbeit eigenständig und nur unter Benutzung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt zu haben. Alle zitierten oder sinngemäß übernommenen Textstellen sind entsprechend gekennzeichnet und die Originalquellen vollständig angegeben. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

Köln, den 02.10.2019

Marcus Pfliegensdörfer