„Als würde ich wieder vergewaltigt“ – Sexuelle Probleme von Menschen mit sexueller Gewalterfahrung

Melanie Büttner

„As if I were being raped again“ – Sexual Problems of Victims of Sexual Violence

Abstract

For many people who have experienced sexual violence, sexuality is a „place of injury“. Even years later, many still struggle with severe trauma sequelae that affect their sexuality and entail self-harm, partnership issues or lack of relationships, mental health crises and serious physical illness. With the 2018 decision of the German Council of Physicians (Deutscher Ärztetag) to institute qualified training in sexual medicine, the trauma-associated sexual disorders are now being brought to the attention of doctors, psychotherapists and sex therapists. The article gives an overview of typical symptoms and presents a clinically proven treatment concept.

Keywords: Sexual violence, Sexuality, Posttraumatic Stress Disorder, Sexual risk Taking, Sexual addiction

Zusammenfassung

Für viele Menschen, die sexuelle Gewalt erlebt haben, ist die Sexualität ein „Ort der Verletzung“. Selbst Jahre nach einem Missbrauch oder einer Vergewaltigung hat ein bedeutender Teil der Betroffenen noch immer mit schweren Traumafolgen zu kämpfen, die sich störend auf die Sexualität auswirken und nicht nur Selbstschädigungen, Partnerschaftsprobleme oder Beziehungslosigkeit, sondern auch seelische Krisen und ernste körperliche Erkrankungen nach sich ziehen können. Mit dem 2018 erfolgten Beschluss des Deutschen Ärztetags, eine Zusatz-Weiterbildung „Sexualmedizin“ zu schaffen, rücken die traumaassoziierten sexuellen Störungen nun in das Interesse von Ärzten, Psychotherapeuten und Sexualtherapeuten. Der Beitrag gibt einen Überblick über typische Beschwerdekonstellationen und stellt ein klinisch erprobtes Behandlungskonzept vor.

Schlüsselwörter: Sexuelle Gewalt, Sexualität, posttraumatische Belastungsstörung, sexuelles Risikoverhalten, Sexsucht

Einleitung

Im Mai 2018 hat der Deutsche Ärztetag entschieden, eine Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ in der Musterweiterbildungsordnung zu verankern. Die Inhalte der neuen Weiterbildung sollen unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft (DGSMTW) in Zusammenarbeit mit verschiedenen anderen Fachgesellschaften sowie den Ärztekammern von Bund und Ländern ausgestaltet werden. In der Begründung wird ausgeführt, dass die „aktuelle Situation und Diskussion über sexuelle Missbrauchsfälle innerhalb der Kirche und anderen Institutionen, wie Heimen, Schulen und Jugend-Freizeiteinrichtungen […] die dringende Notwendigkeit einer qualifizierten Weiterbildung für interessierte Ärztinnen und Ärzte“ unterstreiche (Bundesärztekammer, 2018a). Als ein aus medizinischer Sicht zu berücksichtigendes Indikationsgebiet werden im Beschlussprotokoll auch die sogenannten „Störungen der Sexualität im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalterfahrung, Missbrauch oder Traumatisierung“ aufgeführt (Bundesärztekammer, 2018b, 331). Zum einen wird aus präventiven Gründen auf die Täterseite gezielt, indem Menschen mit einer pädophilen Sexualpräferenz eine qualifizierte Behandlung erhalten sollen. Zum anderen ist es aber ebenso von Bedeutung, Menschen, die Opfer von sexueller Gewalt geworden sind, dabei zu unterstützen, bestehende Traumafolgen, die sich störend auf ihre Sexualität und ihre Partnerschaften auswirken, besser zu bewältigen.

Sexuelle Gewalt

Wie häufig ist sexuelle Gewalt?

Eine Repräsentativbefragung hat ergeben, dass 1 von 13 Mädchen in Deutschland vor ihrem 16. Lebensjahr sexuellem Missbrauch mit Körperkontakt ausgesetzt war (Stadler et al., 2012). Einer anderen gesamtdeutschen Studie zufolge musste 1 von 8 Frauen als Jugendliche oder

Erwachsene sexuelle Handlungen über sich ergehen lassen, die mit körperlichem Zwang oder Drohungen gegen ihren Willen durchgesetzt wurden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2004). Männer sind zwar seltener von sexueller Gewalt betroffen, die Stadler-Studie wies jedoch auf, dass immerhin jeder 67. Mann in Deutschland sexuellen Missbrauch in der Kindheit erlebt hat (Stadler et al., 2012). Auch im Erwachsenenalter kommen sexuelle Übergriffe gegen Männer vor: Nach einer repräsentativen Erhebung in den USA erlebt jeder 26. Mann nach dem 18. Lebensjahr sexuelle Gewalt unter Androhung oder Ausübung körperlicher Gewalt (Elliott et al., 2004).

Wer sind die Täter?

Obwohl in Gesellschaft und Medien vor allem dem institutionellen Kindesmissbrauch viel Aufmerksamkeit zuteil wird, kommen Stadler zufolge zwei Drittel der fast immer männlichen Täter aus dem engeren sozialen Umfeld der Betroffenen. In knapp der Hälfte der Fälle (49,1%) sind es Familienmitglieder, gut ein Viertel (27,3%) sind Bekannte (Stadler et al., 2012). Wenn sich sexuelle Übergriffe in öffentlichen Einrichtungen ereignen, handelt es sich bei den Tätern entweder um andere Kinder und Jugendliche oder um erwachsene Bezugspersonen (Langmeyer & Entleitner, 2011; Stadler et al., 2012). Die Täter nutzen die Nähe zum Kind, dessen Arglosigkeit und das ihnen entgegengebrachte Vertrauen für ihre Zwecke aus. Besteht zusätzlich ein Abhängigkeits- oder Machtverhältnis, so macht es dies dem Täter nochmals leichter, das Kind zum Missbrauch zu bewegen. Nur etwa ein Fünftel (19,8%) der Täter sind dem Kind vor dem Ereignis gänzlich unbekannt. Da in diesen Fällen zunächst keine Beziehung zum Kind besteht, haben diese Täter oft weniger Gelegenheit, schwere Übergriffe zu begehen (Stadler et al., 2012). Sexuelle Gewalt in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter hingegen wird überwiegend durch männliche Dating- (Rickert & Wiemann, 1998) oder Intimpartner (Testa et al., 2007) verübt.

Was heißt es, sexuelle Gewalt zu erleben?

Zum Sex gezwungen zu werden, bedeutet den Verlust der Kontrolle. Die Betroffenen sind nicht nur dem Täter[1], sondern auch den Reaktionen ihres eigenen Organismus ausgeliefert. Sie werden überflutet von Angst, Ohnmacht, Ekel, Schmerz oder Scham. Der Körper ist wie gelähmt und wehrlos. Er spürt nichts mehr oder wird als nicht mehr zugehörig erlebt. Manchmal werden durch den Gewaltmechanismus reflektorische Erregung und Orgasmen ausgelöst, obwohl die Betroffenen nur Abscheu empfinden. Überwältigt von diesem verstörenden Erleben blendet sich bei einem Teil der Betroffenen die Wahrnehmung aus – das Bewusstsein „schaltet ab". Das Geschehen wirkt dann seltsam entfernt oder wird überhaupt nicht mehr registriert. Nicht selten besteht hinterher nur noch eine vage Ahnung, dass sich etwas Furchtbares ereignet hat. Eine dissoziative Amnesie schützt diese Betroffenen vor einer erneuten Konfrontation mit den unerträglichen Details des Erlebten. Wer Sexualität auf eine solche Weise kennenlernt, hat später oft mit gravierenden Problemen in diesem Bereich zu kämpfen.

Was erhöht das Risiko für sexuelle Störungen nach sexuellen Gewalterfahrungen?

Grundsätzlich ist bei der Entwicklung von traumaassoziierten sexuellen Störungen von einer Dosis-Wirkungs-Beziehung auszugehen: Je schwerer sich die sexuellen Gewalterfahrungen gestalteten, desto häufiger kommt es zu einer sexuellen Störung (Classen et al., 2005; Lemieux & Byers, 2008) und umso höher ist zumeist die Symptomlast (Hall, 2007). Als besonders schwer gelten sexuelle Gewalterfahrungen dann, wenn sich wiederholt oder gar regelmäßig Übergriffe ereigneten und es dabei zur Penetration in Vagina, Anus oder Mund kam. Auch Personen, die besonders früh in ihrer Lebensgeschichte mit sexueller Gewalt konfrontiert waren, scheinen oft stärker betroffen zu sein. Für ein betroffenes Kind sind die Übergriffe oft seine ersten Erfahrungen mit Sexualität und sexueller Beziehung überhaupt. Anders als bei jemandem, der im Erwachsenenalter zum ersten Mal sexuelle Gewalt erlebt, gab es vorher keine Gelegenheit, gute Erfahrungen mit Sexualität zu sammeln, an die nach dem Ereignis wieder angeknüpft werden kann. Zusätzlich sind bei Kindern die emotionalen und kognitiven Verarbeitungsmechanismen noch nicht ausgereift, was die Bewältigung des Geschehenen erschweren kann. Auch Personen, die zusätzlich zu den sexuellen Gewalterfahrungen emotionaler und körperlicher Gewalt oder Vernachlässigung ausgesetzt waren – was häufig der Fall ist – erscheinen oft besonders beeinträchtigt (Büttner, 2018a). Bei ihnen bestehen zumeist zahlreiche psychische und körperliche Begleiterkrankungen, die sich zusätzlich nachteilig auf die Sexualität auswirken können (Signerski-Krieger et al., 2018).

[1] In diesem Beitrag wird von einer Frau als der Betroffenen und einem Mann als Täter bzw. Partner ausgegangen, da in der Praxis dieser Konstellation am häufigsten begegnet wird. Männer als Betroffene und Frauen als Partnerinnen sowie homosexuelle Partnerschaften sind mitgemeint.

Sexuelle Probleme nach sexuellen Gewalterfahrungen

„Sexuelle posttraumatische Belastungsstörung“ oder Hyposexualität

Für viele Betroffene ist Sexualität fortan untrennbar mit den aversiven Erfahrungen der sexuellen Gewaltsituation verknüpft. Sind sie erneut mit Sex konfrontiert, so werden die Erinnerungen an den Übergriff wieder lebendig und drängen sich in Form von hochbelastenden Gefühlen, Gedanken und Körperempfindungen in die Wahrnehmung. Heute Sex zu haben wird erlebt „wie damals“, obwohl der Übergriff längst vorbei ist. Selbst einvernehmlicher Sex kann sich mitunter anfühlen wie Gewalt (Büttner, 2018b).

Fallbeispiel 1

Anfang 40-jährige Patientin. Wiederholte sexuelle und körperliche Misshandlung durch verschiedene Täter in der Kindheit:

> „Meine Gefühle sind beim Sex wie abgeschnitten. Das Wenige, das ich spüre, ist schwer zu benennen. Ohnmacht trifft es am besten. Gedanken schießen mir in den Kopf: ‚Ich habe kein Recht zu sagen, dass ich das nicht möchte‘. ‚Ich bin selbst schuld, wenn ich schlecht behandelt werde“. ‚Ich bin es nicht wert, dass man gut mit mir umgeht‘.
> Mein Unterleib fühlt sich währenddessen an wie abgetrennt – gefühllos und taub. Ich spiele einfach mit, was von mir verlangt wird. So habe ich es gelernt. Es ist wie ein Automatismus. Oft bin ich gar nicht richtig anwesend und kann anschließend nicht sagen, was passiert ist.
> Manchmal spüre ich auch einen starken Schmerz im Genital. So als würde jemand mit einem Messer in mein rohes Fleisch fahren. Doch dieser Schmerz ist nicht nur körperlich. Es ist, als würde etwas auf verletzende Weise in meine Seele eindringen. In solchen Momenten kann es passieren, dass der Körper zumacht. Alles verkrampft sich und erstarrt. Der Atem stockt. Nichts kommt mehr in mich hinein. Ich nenne das den ‚Totstellreflex‘. Nach dem Sex fühle ich mich beschmutzt, benutzt und verachte mich selbst.
> Meistens gehe ich dem Sex aus dem Weg. Ich hatte auch schon jahrelange ‚Nonnenphasen‘. Aber ich wünsche mir ja eine Beziehung mit einem Mann. Da ist Sex die Währung, die man zu zahlen hat. Sonst bin ich als Frau nichts wert und stehe bald wieder alleine da.“

Die Schilderung der Patientin legt nahe, dass sie unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leidet. Sexuelle Aktivität ist dabei der Auslösereiz, der ein Wiedererleben von verschiedenen Aspekten der sexuellen Gewalterfahrungen triggert. Ohnmacht, Ekel, Angst oder Wut machen sich breit. Bilder, Filme oder Fantasien mit belastenden Inhalten besetzen die Wahrnehmung und blenden das Hier und Jetzt aus. Körpernahe Erinnerungen lassen manche Betroffenen noch Jahre nach dem Ereignis so fühlen, als seien sie körperlich verwundet, könnten den Schweiß des Täters riechen oder seien von dessen Sperma beschmutzt (Büttner, 2018b). Das autonome Nervensystem ist übererregt, was seinen Ausdruck in einem Symptombild findet, das an „Freeze, flight, fight, or fright“ (Gray, 1988) denken lässt. Betroffene berichten, wie beim Sex das Herz rast, der Atem flach wird und die Muskulatur des gesamten Körpers sich stark anspannt. Da die Verhaltensoptionen Flucht und Kampf jedoch in der Regel nicht in Frage kommen, „erstarren“ sie – gelegentlich bis zur Bewegungsunfähigkeit. Ist der Beckenboden von der Verspannung betroffen, kann es bei Frauen u.a. zu Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Vaginismus und Vulvodynie, bei Männern zu Schmerzen in Penis, Hoden, Damm, Prostata oder Anus kommen (Paschinger & Büttner, 2018, Ramakers & van Lunsen, 2003). Tatsächlich treten Beckenbodendysfunktionen (Postma et al., 2013), Dyspareunie (Lampe & Söllner, 2015; Weaver, 2009) und Vaginismus (Lampe & Söllner, 2015; Reissing et al., 2003) bei Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen häufiger auf als bei anderen. Das Denken der Betroffenen spiegelt ebenfalls die Erfahrungen aus der sexuellen Gewaltsituation und ist zumeist geprägt von Selbstablehnung und Machtlosigkeit. Bei vielen von ihnen kommt es beim Sex früher oder später zur Dissoziation. Auf diese Weise versucht der Organismus, sich vor einer Überforderung durch das aversive Erleben zu schützen (Büttner, 2018b). Derealisation, Depersonalisation und Abwesenheitszustände mit anschließender Amnesie kommen ebenso vor wie Empfindungslosigkeit und Taubheit bestimmter Körperteile oder des gesamten Körpers (Paschinger & Büttner, 2018, vgl. Abb. 1).

Sexuelle Funktionsstörungen sind nach sexuellen Gewalterfahrungen zwar besonders häufig, andererseits fühlen sich viele betroffene Frauen hierdurch nicht besonders beeinträchtigt. Stattdessen ist so manche Betroffene sogar erleichtert, wenn sie kein sexuelles Verlangen spürt und körperliche Lust und Orgasmen ausbleiben. Deren Auftreten wird von den Betroffenen nämlich nicht selten als Beleg dafür gewertet, dass sie den sexuellen Übergriff eigentlich gewollt oder sogar selbst verschuldet haben – und zwar vor allem dann, wenn es dabei zu unwillkürlichen Erregungsgefühlen oder Orgasmen gekommen ist (Büttner, 2018b). Ganz ähnlich verhält es sich mit dem intrusiven Auftreten von erregenden Missbrauchs- oder Gewaltfantasien.

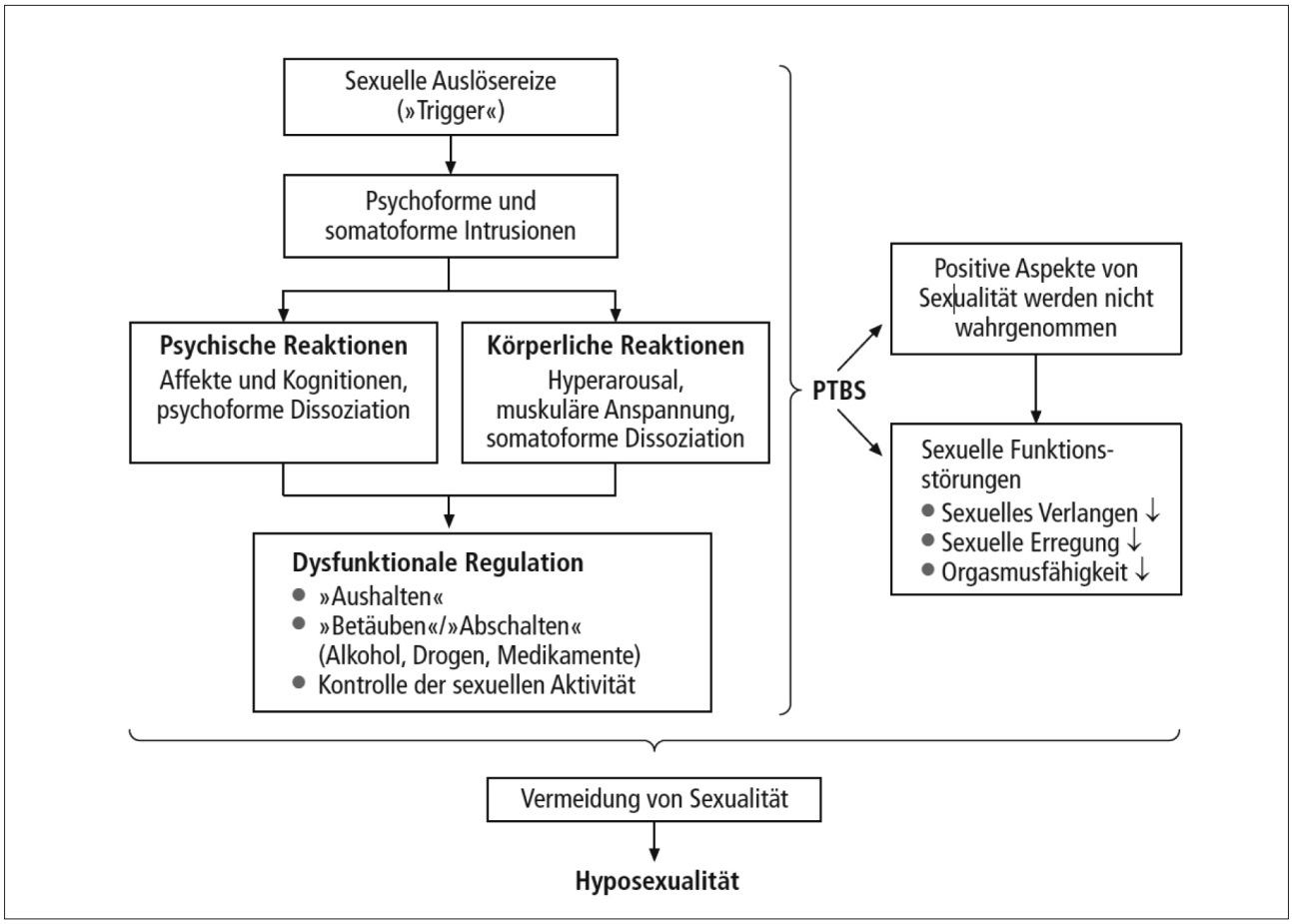

Abb. 1: Hyposexuelle Störung und „sexuelle PTBS“ (Büttner, 2018a)

Fallbeispiel 2

Ende 20-jährige Patientin. Sexuelle und körperliche Misshandlung durch den Vater in der Kindheit:

> „Wenn mein Freund mich am Genital berührt, zieht es mich oft in eine Fantasie, in der mein Vater oder andere Männer mich vergewaltigen. Das erregt mich sehr heftig und ich bekomme ziemlich schnell einen Orgasmus. Danach ekle ich mich vor mir selbst und schäme mich zutiefst. Wie abartig bin ich eigentlich, dass so etwas mir Lust macht?
> Eine zeitlang habe ich es mit SM-Sex probiert. Ich dachte, das ist halt meine Neigung. Erniedrigt zu werden und mich immer wieder auszuliefern. Dadurch ist alles aber immer schlimmer geworden. Irgendwann habe ich nur noch dissoziiert, den ganzen Tag. Gespürt habe ich mich nur noch im Schmerz. Geschlagen werden, mich tätowieren lassen, meine Schamlippen ritzen“.

Um sich diesem schwer erträglichen Erleben nicht jedes Mal aufs Neue auszusetzen, gehen viele Betroffene sexuellen Begegnungen so gut es geht aus dem Weg. Manchmal ist die Aversion gegen Sex und Intimität so ausgeprägt, dass eine Partnerschaft einfach nicht in Frage kommt. Andere Betroffene gehen zwar Beziehungen ein, kommen darin aber früher oder später unter Druck. Weil sie Angst davor haben, betrogen, zurückgewiesen und verlassen zu werden, zwingen sie sich immer wieder dazu, Sex mitzumachen. Ihren Beschwerden begegnen sie, indem sie diese so gut es geht aushalten oder sie mit Alkohol, Beruhigungsmitteln oder Drogen betäuben. Ein Teil der Betroffenen setzt den Ohnmachtsgefühlen Kontrolle entgegen, indem sie das „Drehbuch“ der sexuellen Begegnung restriktiv um ihre schlimmsten Trigger herum gestalten. Andere verabreden sich zu vereinbarten Zeiten zum Sex mit dem Partner, bitten sich aber aus, sonst von körperlichen und sexuellen Annäherungen verschont zu bleiben. Auf diese Weise können die Betroffenen in der übrigen Zeit für ein ausreichendes Sicherheitsgefühl sorgen.

Solche vermeidenden Abwehrstrategien führen zwar kurzfristig zu einer Entlastung, können aber auch dazu beitragen, dass die Beschwerden aufrechterhalten werden oder sich auf die Dauer sogar verstärken. Außerdem kann es auf diese Weise nicht zu korrigierenden, positiven Erfahrungen mit Sex und sexuellen Beziehungen kommen.

Stattdessen ist das Vermeidungsverhalten der Betroffenen nicht selten ein Grund für Probleme und Unzufriedenheit in einer bestehenden Partnerschaft.

Fallbeispiel 3

Mitte 30-jährige Patientin. Sexuelle Misshandlung durch einen Sporttrainer in der Kindheit:

> „Mit der Zeit ist es mir zunehmend schwerer gefallen, mit meinem Mann zu schlafen. Immer häufiger habe ich nach Gründen gesucht, warum es gerade nicht geht. Am Anfang war er verständnisvoll, mit der Zeit wuchs aber die Enttäuschung. Er fühlte sich zurückgewiesen und dachte, ich habe das Interesse an ihm verloren. Immer häufiger kam es zum Streit. Irgendwann hat er aufgehört nach Sex zu fragen. Einerseits war ich froh darüber, andererseits wusste ich nicht, was das zu bedeuten hat. Hat er jemand anderen? Stehe ich bald alleine da? Wir haben uns immer weiter entfremdet. Irgendwann habe ich mir ein Herz gefasst und ihm von dem Missbrauch erzählt. Er war schockiert, aber auch erleichtert. Zumindest emotional sind wir uns wieder nähergekommen. Nach und nach ist ihm aber auch klargeworden, dass unser Sex für mich nie schön war. Das ist wirklich bitter für ihn.“

In der Praxis sieht man regelmäßig Betroffene, die intrusiv oder dissoziativ anmutende sexuelle Beschwerden zeigen, ohne sich jedoch an einen sexuellen Übergriff erinnern zu können. Neben einer dissoziativen Amnesie kann bei Personen, die im Säuglings- oder Kleinkindalter missbraucht wurden, auch die physiologische frühkindliche Amnesie ein möglicher Grund dafür sein, dass das Erlebte nicht im deklarativen Gedächtnis gespeichert wurde. Andere Betroffene standen unter Alkoholeinfluss oder der Wirkung von K.O.-Tropfen, als es zum Übergriff kam. Dennoch können in solchen Fällen implizite Erinnerungsfragmente vorhanden sein, die sich als emotionale Zustände, konditionierte Reaktionen oder körperliche Empfindungen äußern. Der Hintergrund dieses Erlebens ist den Betroffenen zumeist nicht bewusst, kann sich in manchen Fällen aber eines Tages erschließen. Nicht selten geschieht dies während einer Psychotherapie, Sexualtherapie oder Physio-/Körpertherapie, wenn die Wahrnehmung erneut auf einen Aspekt gelenkt wird, der eine Rolle in der Gewalterfahrung spielte.

Fallbeispiel 4

Mitte 40-jährige Patientin. Sexueller Missbrauch im Grundschulalter:

> „Ich habe mich immer gefragt, wieso ich beim Sex so heftigen Ekel empfinde und immer wieder Panikattacken erlebe. Mit Vaginismus habe ich ja auch schon von Anfang an zu tun. Meine jetzige Gynäkologin hat mich deshalb an eine Beckenbodentherapeutin verwiesen. Durch die Übungen, die wir dort machten, wurde viel Ekel ausgelöst. Ein paarmal musste ich sogar unterbrechen, weil ich zu zittern begann und nicht mehr atmen konnte. Während dem dritten Termin tauchte plötzlich ein Bild vor meinem inneren Auge auf. Ich bin im Gartenhaus meiner Großeltern. Ein schwer atmender Mann hält mir den Mund zu und drückt mich in ein altes Sofa. Heute weiß ich, dass das ein Flashback war. Die Beckenbodentherapeutin hat das erkannt und mir eine Traumatherapie empfohlen. Durch die Beschäftigung mit dem Thema wurde mir vieles klarer. Auch die Erinnerungen wurden mit der Zeit deutlicher. Es war mein Onkel, der mich als Kind missbraucht hat. Ich habe mir ein Herz gefasst und es meiner Schwester erzählt. Die wurde ganz bleich und sagte nur ‚Du etwa auch?‘“

In der wissenschaftlichen Literatur werden Aversion gegen Sexualität und das Vermeiden von sexueller Aktivität nach sexuellen Gewalterfahrungen manchmal unter dem Begriff „Hyposexualität“ zusammengefasst (u.a. Rellini, 2008; Schwartz, 2008; vgl. Abb. 1). Im Hinblick darauf, dass Sexualität sich nicht an einem quantitativen Normwert messen lässt (Wieviel Sex ist „normal“? Und wie wenig ist dann „hypo“?), ist der Begriff zwar nicht besonders günstig gewählt, andererseits ist er nützlich, um eine Polarität in der sexuellen Symptomatik von Menschen mit sexuellen Gewalterfahrungen zu beschreiben. Denn es gibt auch Betroffene, die ein gesteigertes und/oder hochriskantes Sexualverhalten zeigen, was sich in der Logik der genannten Autoren als Ausdruck einer „Hypersexualität“ verstehen lässt. Nicht wenige Betroffene lassen sich außerdem als „sexuell ambivalent“ beschreiben, da sich bei ihnen Vermeidung und exzessive/riskante Sexualität abwechseln (Rellini, 2008, vgl. Abb. 2).

Sexuelles Risikoverhalten

Betroffene, die in der Kindheit sexuell missbraucht wurden, bringen sich in der Sexualität nicht selten selbst in Gefahr – oft unbewusst und ungewollt, manchmal auch mit Absicht. Lebensgeschichtlich sehr frühe Sexualkontakte, häufige Partnerwechsel, ungeschützter Sex, Alkohol- und Drogenkonsum, aber auch Prostitution sind bei diesen Personen verbreiteter als bei anderen (Senn et al., 2008). Auf diese Weise steigt das Risiko für die Betroffenen – aber auch für deren Sexpartner – sich mit einer sexuell übertragbaren Erkrankung zu infizieren. Auch zu unerwünschten Schwangerschaften und erneuten sexuellen Übergriffen kann es so leicht kommen.

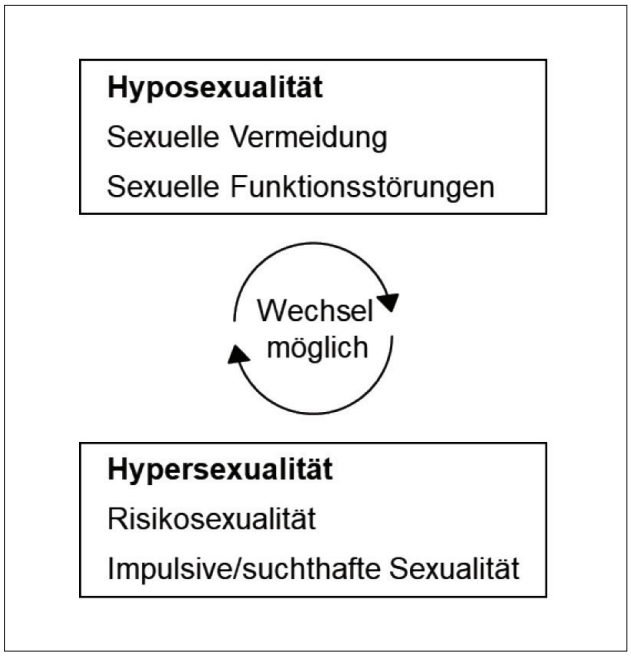

Abb. 2: Polarität sexueller Störungen nach sexuellem Missbrauch (nach Rellini, 2008)

Fallbeispiel 5

Anfang 30-jährige Patientin. Sexueller Missbrauch bis zum 13. Lebensjahr:

> „Ich war gerade 14 geworden, da lernte ich meinen ersten Freund kennen. Schon beim ersten Treffen wollte er mit mir schlafen. Ich war es durch den Missbrauch ja gewöhnt, also habe ich mitgemacht. Danach gab es viele verschiedene Männer. Oft war Alkohol im Spiel. Ich wusste, wie man einen Mann auf sich aufmerksam macht, war mir für nichts zu schade und habe sexuell alles gegeben – auch ohne Kondom – weil ich dachte, nur dann bin ich gut genug. Mit 17 bin ich dann auch noch vergewaltigt worden. Als mir später angeboten wurde, in einem Sexclub zu arbeiten, dachte ich: ‚Ich bin doch sowieso schon so kaputt – das macht jetzt auch nichts mehr aus.'"

Weil es den Betroffenen in der Kindheit nicht in ausreichendem Maße zugestanden wurde, ihre Bedürfnisse und Grenzen wahrzunehmen und zum Ausdruck zu bringen, können sie sich später in der Sexualität nicht gut schützen. Sie sind es gewohnt, sich unterzuordnen. Sich selbst zu behaupten, etwa auf Safer Sex zu bestehen oder ungewollte sexuelle Annäherungen abzuwehren, fällt ihnen schwer. Viele Betroffene sind davon überzeugt, dass es ihnen nicht zustehe, sexuelle Forderungen zurückzuweisen. Dissoziatives Erleben oder der Konsum von Alkohol, Drogen und Beruhigungsmitteln können dieses Problem zusätzlich verstärken.

Ein Teil der Betroffenen machte während des Missbrauchs außerdem die Erfahrung, dass ihnen im Gegenzug für Sex menschliche Zuwendung zuteil wurde. Später erhoffen sie sich, über sexualisiertes Verhalten Aufmerksamkeit und Zuneigung zu erfahren. Vor allem wenn sie als Kind wenig Beachtung und Liebe erfahren haben, empfinden sie oft ein großes Bedürfnis nach Beziehung, das sie auf diese Weise zu stillen versuchen. Auch selbst- oder fremdschädigende Impulse können manchmal der Grund dafür sein, dass Betroffene hohe Risiken beim Sex in Kauf nehmen (Büttner, 2018c).

Fallbeispiel 6

Mitte 50-jährige Patientin. Sexueller Missbrauch durch verschiedene Täter in der Kindheit:

> „Beim Sex bin ich nicht wählerisch. Die Männer finde ich online. Ich will es heftig und schnell, ohne Gummi. Wenn einer mich mies behandelt, fühle ich mich dreckig. Aber ich weiß, ich bekomme, was ich verdiene. Ich habe es geradezu darauf angelegt, mir HIV zu fangen. Ein Selbstzerstörungsprogramm – so sehr hasse ich mich. Aber auch die Kerle verabscheue ich. Wenn sich einer bei mir etwas fängt, ist das nur gerecht."

Die Situation von geistig behinderten Menschen bedarf in diesem Kontext einer erhöhten Aufmerksamkeit. Geistig Behinderte sind häufiger als andere Personen sexueller Gewalt ausgesetzt, und zwar in der Kindheit wie auch im Erwachsenenalter (Byrne, 2017). Zusätzlich sind sie häufig kaum aufgeklärt. Sie kennen sich mit Verhütung und Safer Sex nicht aus und wissen nicht, wie man sich im Umgang mit Sexualität angemessen verhält. Durch ihre geistigen Einschränkungen können sie das Verhalten anderer oft nicht richtig deuten und erfassen nicht, was genau geschieht. Es fällt ihnen deshalb besonders schwer, sich gegen ungewollte Annäherungen abzugrenzen (Dusome & Melrose, 2015). Kommen nun noch eine Sexualisierung durch Missbrauchserfahrungen hinzu oder eine übermächtige Sehnsucht nach Liebe und Körperkontakt, macht das die Betroffenen sehr vulnerabel. Geistig behinderte Menschen benötigen deshalb eine spezialisierte Unterstützung im Umgang mit dem Thema Sexualität.

Fallbeispiel 7

Anfang 20-jährige Patientin. Intelligenzminderung aufgrund einer frühkindlichen Entwicklungsstörung. Wiederholte sexuelle Gewalterfahrungen ab dem 15. Lebensjahr, schwere emotionale und körperliche Vernachlässigung in der Kindheit:

> Die Patientin berichtete, dass ihr in der Vergangenheit beim Sex „immer wieder wehgetan worden" sei,

> und zwar durch verschiedene Männer. Oft würden dabei Dinge von ihr verlangt, die sie gar nicht tun wolle – sie mache aber fast alles mit. Nur als einer sie mal habe würgen wollen, habe sie es mit der Angst bekommen und nein gesagt. Weil sie gerne einen Freund hätte, suche sie im Internet nach Männern. In den Chats gehe es dann oft ganz schnell um Sex. Einen guten Teil dieser Männer treffe sie auch. Nach dem Sex gehe es ihr oft schlecht, sie wisse aber nicht warum. Manchmal spreche sie auch Männer auf der Straße an und freue sich, wenn einer sich für sie interessiere. Oft fasse sie die Männer auch an. Mit einigen gehe sie nachhause oder „in eine Ecke“, es sei denn, sie bezeichneten sie „als Nutte oder so“. Aber selbst dann gebe sie den Männern oft noch eine zweite Chance. Was Safer Sex sei, wisse sie nicht so genau.

Auch Frauen, die Sex gegen Bezahlung anbieten, sind eine besonders belastete Risikogruppe. In einer deutschen Studie hatten 43% der befragten Prostituierten in der Kindheit sexuellen Missbrauch erlebt – 80% von ihnen wiederholt, fast ein Viertel mehr als 100-mal. 52% waren häufig oder gelegentlich geschlagen oder körperlich gezüchtigt worden. Oft zieht sich bei diesen Betroffenen die Gewalt durch das gesamte Leben. 9 von 10 sind nach dem 16. Lebensjahr körperlicher Gewalt ausgesetzt, 6 von 10 sexueller Gewalt. Vor allem im Arbeitskontext kommt es leicht zu Übergriffen. Jede 3. Prostituierte hat während der Ausübung ihrer Arbeit schon körperliche Gewalt erlitten, jede 3. bis 4. sexuelle Gewalt. Jede 5. hat dabei schon schwerere Verletzungen wie Knochenbrüche, Verstauchungen, Muskelrisse, Gesichtsverletzungen, Brandwunden und ausgekugelte Gelenke davongetragen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2004).

„Sexsucht“ (nicht-paraphile hypersexuelle Störung)

Manche Personen, die sexuelle Gewalt erlebt haben, leiden unter einer Impulskontrollstörung, die sich im Umgang mit Sexualität äußert. Sie spüren einen ständigen, nur schwer beherrschbaren Drang zu masturbieren, Pornos oder Cybersex zu konsumieren oder Sex zu haben. Neben sexueller Gewalt gelten auch andere traumatische Erfahrungen als Risikofaktoren für die Entwicklung eines solchen Beschwerdebilds, so zum Beispiel Vernachlässigung (Hall, 2011) und emotionale oder körperliche Gewalt in der Kindheit (von Franqué & Briken, 2018a).
Die Impulskontrollstörung kann zwanghafte, suchthafte oder dissoziative Züge tragen (Bancroft, 2008) und ist oft Ausdruck eines dysfunktionalen Versuchs, unangenehme affektive Zustände wie depressive Verstimmungen oder belastende Gefühle zu regulieren (Hartmann, 2017).

Fallbeispiel 8

Ende 40-jährige Frau. Sexueller Missbrauch durch verschiedene Täter in der Kindheit:

> „Vor allem wenn es mal wieder zu einer Trennung gekommen ist, ist es ganz extrem. Dann brauche ich manchmal drei, vier verschiedene Männer am Tag. Streicheln oder schmusen finde ich abstoßend, schließlich will ich nicht, dass mir einer zu nah kommt. Hinterher schmeiße ich die Typen raus. Wenn ich niemanden finde, reagiere ich mich durch Masturbieren ab.“

In vielen Fällen besteht zusätzlich eine Beziehungsstörung, die es den Betroffenen schwermacht, Sexualität in eine intime Partnerschaft zu integrieren. Um sexuelles Interesse oder Erregung zu wecken, brauchen sie einen stärkeren Reiz als jenen, der Sex in einer dauerhaften Beziehung bieten kann – z.B. immer neue, oft auch sehr spezielle pornographische Bilder oder ständig wechselnde Sexpartner_innen (Hartmann, 2017).

Fallbeispiel 9

Mitte 30-jähriger Patient. Sexueller Missbrauch durch eine weibliche Täterin in der Jugend:

> „Jede halbwegs interessante Frau kann das in mir auslösen. Ich sehe sie und sofort läuft ein Film bei mir ab. Ich MUSS sie ansprechen und sehen, wie weit sie mitgeht. Es ist wie ein Zwang. Auch im Internet bin ich unterwegs, oft in drei, vier Kontaktportalen gleichzeitig. Wenn sie sich auf mich einlässt, läuft das immer gleiche Programm ab, das auf Verführung zielt. Kaum dass ich mit ihr geschlafen habe, ist es aber schon wieder vorbei. Dann kommt diese unfassbare Leere und ich muss flüchten. Kürzlich hat meine Frau meine Kreditkartenabrechnungen vom letzten Jahr gefunden mit Dutzenden Hotelaufenthalten drauf. Da ist alles aufgeflogen. Ich denke, ich brauche Hilfe. Ich ruiniere meine Ehe, meine Familie und unsere finanzielle Existenz.“

Leben die Betroffenen ihr suchthaftes Verhalten innerhalb einer Partnerschaft aus, kann es vorkommen, dass sie immer extremere Spielarten fordern.

Fallbeispiel 10

Ende 40-jähriger Patient. Als Kind jahrelang Zeuge sexueller Handlungen der Mutter mit wechselnden Partnern. Sexueller Missbrauch im Alter von 12 Jahren:

> „Keine Frau hat es lange mit mir ausgehalten. Jeder wird es irgendwann zu viel. Am Anfang genügt es mir, zwei- dreimal am Tag Sex zu haben. Aber bald brauche ich mehr als das. Beim Swingen zu sehen, wie sie von vielen Männern genommen wird. Ihr dabei zuzuschauen, wie sie sich für mich prostituiert. Und ich masturbiere dazu. Wer nicht total abhängig ist von mir, macht das nicht mit. Ich frage mich, warum ich das immer wieder durchspielen muss. Wem will ich wehtun, den Frauen oder mir?“

Die Partnerschaften von Personen, die unter einer Sexsucht leiden, sind oft erheblich belastet. Die Partner erleben sich sexuell unter Druck gesetzt und benutzt, oft genug aber auch verantwortlich dafür, die Betroffenen sexuell zu befriedigen, und schuldig, wenn ihnen das nicht gelingt. Nicht selten besteht eine Co-Abhängigkeit. Kommt die gemeinsame Sexualität zum Erliegen, weil die Betroffenen Pornos oder sexuelle Außenkontakte vorziehen, empfinden sich die Partner unter Umständen als nicht gut genug und mit ihren Bedürfnissen alleingelassen. Werden die sexuellen Außenkontakte offenbar, sind sie oft enttäuscht und fühlen sich betrogen. Viele Partnerschaften geraten so früher oder später in eine tiefe Krise, die mitunter in eine Trennung münden kann.

Auch Probleme im Arbeitsleben können durch das Beschwerdebild verursacht werden, z.B. wenn die Symptomatik so viel Zeit frisst, dass das Arbeitspensum nicht mehr bewältigt werden kann. Oder wenn das Verhalten am Arbeitsplatz auffällt. Das Sozialleben kann leiden, wenn es zum Rückzug in die Welt von virtuellem und realem Sex kommt. Außerdem sind für Pornos, Cybersex, Prostitution und Dates oft hohe Ausgaben fällig, so dass es zu finanziellen Schwierigkeiten kommen kann. Depression ist eine häufige Folge von Sexsucht, kann aber auch wiederum sexsüchtiges Verhalten fördern, so dass sich viele Betroffene mit der Zeit in einer „Abwärtsspirale“ verfangen (Hartmann, 2017).

Exkurs

Vom Opfer zum Täter

Personen, die anderen Menschen sexuelle Gewalt zufügen, waren als Kinder nicht selten selbst sexuellen Übergriffen ausgesetzt. Diese Beobachtung macht man in allen Tätergruppen, unabhängig davon, ob das Ziel der Übergriffe Kinder sind (Whitaker et al., 2008) oder Adoleszente und Erwachsene (Tharp et al., 2013). Ob eigene sexuelle Gewalterfahrungen aber tatsächlich das Risiko erhöhen, später zum Sexualtäter zu werden, ist nicht abschließend geklärt. Eine prospektive Studie, die Betroffene von sexuellem Missbrauch bis weit ins Erwachsenenalter begleitete, fand hierfür keinen Beleg (Widom, 2015). Möglicherweise handelt es sich bei eigenen sexuellen Gewalterfahrungen also um einen Risikofaktor, der für einige Täter-Personen relevant ist, aber bei weitem nicht um den einzigen (Whitaker et al., 2008). Als Kind körperliche Gewalt oder Vernachlässigung erfahren zu haben, scheint demgegenüber ein stärkerer Risikofaktor für spätere sexuelle Täterschaft zu sein (Widom, 2015).

Etwa die Hälfte der Täter, die Kinder sexuell missbrauchen, ist pädophil. Der Rest fühlt sich sexuell nicht besonders zu Kindern hingezogen. Unter diesen Tätern finden sich Personen, die Impulskontrollstörungen und antisoziale Persönlichkeitszüge aufweisen, aber auch geistig Behinderte und sexuell unerfahrene Jugendliche und junge Erwachsene. Oft fehlt es ihnen an den notwendigen sozialen Fertigkeiten, um eine emotionale und sexuelle Beziehung mit einer Person aufzubauen, die vom Alter angemessen wäre. In solchen Fällen wird das missbrauchte Kind für die Täter zum Partnerersatz (Tenbergen et al., 2015).

Wer gegenüber Adoleszenten und Erwachsenen sexuell gewalttätig wird, hat häufig eine unpersönliche Einstellung gegenüber Sex, einen hohen Sex Drive (Tharp et al., 2013) und beschäftigt sich intensiv mit Pornos und gewalttätigen Darstellungen in den Medien (Ybarra et al., 2013).

Sexualität bei (komorbiden) psychischen Erkrankungen

Menschen mit sexuellen Gewalterfahrungen leiden oft an psychischen Erkrankungen, die ebenfalls mit sexuellen Störungen einhergehen können:

- **Depression:** Sexuelle Funktionsstörungen wie ein reduziertes sexuelles Verlangen, Erregungs- und Orgasmusstörungen (Clayton et al., 2009), aber auch Sexsucht (Schultz et al., 2014) sind bei depressiven Personen häufiger als bei anderen Menschen.
- **Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS):** Während ein einzelnes Trauma bereits eine PTBS auslösen kann, tritt die kPTBS nur als Folge von chronischen Traumatisierungen wie z.B. anhaltender sexueller und körperlicher Gewalt in der Kindheit auf. Aber auch nach wiederholten Traumatisierungen im Erwachsenenalter (wie etwa jahrelanger sexueller und körperlicher Gewalt in der Partnerschaft) ist sie anzutreffen. Außer zu PTBS und Dissoziation kommt es bei der kPTBS auch zu Störungen der Affektregulation, Selbstwahrnehmung und Beziehungsfähigkeit (Maercker & Hecker, 2016). In der ICD-11, der Neufassung der International Classification of Diseases, soll dieses Symptombild erstmals unter der Diagnose „Komplexe posttraumatische Belastungsstörung“ zusammengefasst werden (Hecker & Maercker, 2015).

Alle hier aufgeführten Teilaspekte der kPTBS können Beeinträchtigungen in der Sexualität nach sich ziehen (Büttner, 2018b, 2018d). In den bisherigen Forschungskriterien der kPTBS werden außerdem einige sexuelle Symptome genannt. Diese kamen in einer Multicenter-Studie mit 189 kPTBS-Patienten in folgenden Häufigkeiten vor: Aversion gegen Berührung 55%, Vermeiden von Sexualität 50%, sexuelles Risikoverhalten 19% und zwanghafte Sexualität 10%. Mehr als 3 von 4 kPTBS-Patienten wiesen mindestens eine sexuelle Störung auf, die Hälfte hatte sexuelle Gewalt erlebt. Das Vorhandensein von sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit stand im Zusammenhang mit dem Auftreten von sexueller Vermeidung (Büttner et al., 2014).

- **Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS):** Sexuelle Vermeidung, Dissoziation, Selbstverletzen und Suizidalität im Zusammenhang mit Sexualität (Zanarini et al., 2003) treten bei BPS ebenso vermehrt auf wie sexuelles Risikoverhalten (Sansone & Sansone, 2011) und sexuelle Funktionsstörungen wie Probleme mit der Erregung, der Lubrikation, dem Orgasmus, der Befriedigung oder Schmerzen beim Sex (Schulte-Herbrüggen et al., 2009). Auch Unsicherheiten bezüglich der eigenen sexuellen Orientierung sowie der sexuellen, teils aber auch der geschlechtlichen Identität (Genderdyshorie/Geschlechtsinkongruenz) sind bei BPS besonders häufig (Frías et al., 2016). Dass das sexuelle Symptomprofil der BPS Ähnlichkeiten mit den oben beschriebenen Beschwerden aufweist, überrascht nicht, wenn man bedenkt, dass sehr viele Borderline-Patienten sexuellen Missbrauch in der Kindheit erlebt haben (de Aquino Ferreira et al., 2018).
- **Essstörungen:** Sexuelle Funktionsstörungen treten bei Essstörungen vermehrt in Erscheinung (Castellini et al., 2016). Bulimie ist bisweilen mit impulsivem und riskantem Sexualverhalten verbunden, anorektisches Essverhalten eher mit einer restriktiven Sexualität (Westen & Harnden-Fischer, 2001, Eddy et al., 2004).
- **Substanzmissbrauch:** Sexuelle Funktionsstörungen (Bitzer, 2013) und sexuelles Risikoverhalten (s.o.) sind häufige Begleiterscheinungen von starkem Alkoholkonsum (Vallejo-Medina & Sierra, 2013). Auch zwischen sexueller Täterschaft und Substanzmissbrauch bestehen Zusammenhänge (WHO, 2010).
- **Angststörungen:** Einzelne Studien weisen darauf hin, dass Panikstörungen, Agoraphobie, generalisierte Angststörungen und soziale Phobie oft mit sexuellen Problemen einhergehen (Laurent & Simons, 2009).
- **Zwangsstörungen:** Zwangsgedanken mit ego-dystonen sexuellen Inhalten, wie z.B. Befürchtungen, sich sexuell übergriffig zu verhalten, oder Sex mit Tieren zu praktizieren (Real, 2013), Ängste beim Sex kontaminiert zu werden (Bloch et al., 2008) und zwanghaftes sexuelles Verhalten sind bei diesen Erkrankungen anzutreffen. Sexuelle Funktionsstörungen treten ebenfalls gehäuft auf (Real, 2013).

Beeinträchtigung der Sexualität durch Psychopharmaka

Sexuell traumatisierte Menschen, die psychisch erkrankt sind, werden oft mit Psychopharmaka behandelt. Viele der eingesetzten Substanzen wirken sich aber nachteilig auf die Sexualität aus. Unter den Antidepressiva sind v.a. SSRI, SSNRI und Trizyklika dafür bekannt, dass sie die sexuelle Funktion hemmen können. Dasselbe gilt für Antipsychotika wie Risperidon, Haloperidol, Olanzapin oder Quetiapin, aber auch für Stimmungsstabilisatoren wie Carbamazepin, Valproinsäure und Lithium. Auch Anxiolytika wie Gabapentin und Pregabalin oder auch Benzodiazepine wirken sich oft ähnlich aus. Zu hypersexuellen Beschwerden kann es hingegen z.B. unter dem Antipsychotikum Aripiprazol und dem Stimmungsstabilisator Lamotrigin kommen (Biedermann, 2018, z.T. unter Verweis auf Benkert & Hippius, 2014). Manchmal können Psychopharmaka sexuelle Störungen, die im Rahmen einer psychischen Erkrankung auftreten (z.B. bei PTBS), weiter verschlechtern (Tran et al., 2015).

Was sind die Folgen trauma-assoziierter sexueller Störungen?

Sexuelle Probleme nach sexuellen Gewalterfahrungen sind in vielen Fällen durch schwerwiegende Selbstschädigungen charakterisiert. Zum Teil besteht eine große Gefahr, weitere Übergriffe zu erleiden. Wird dies nicht erkannt, bleibt das Risiko, erneut Opfer von Gewalt zu werden, oft ein Leben lang erhöht. Viele Betroffene erleben außerdem einen hohen Leidensdruck, weil sie sich als Beziehungspartner wertlos fühlen und Angst haben, von ihrem Partner verlassen zu werden. Tatsächlich ist es nicht ungewöhnlich, dass sich bei Betroffenen um das Thema Sexualität hartnäckige Partnerschaftsprobleme entwickeln, die sich zu schweren Beziehungskrisen oder Trennungen auswachsen können. In anderen Fällen verhindern die traumabedingten sexuellen Probleme gar das Entstehen von intimen Beziehungen, so dass Wünsche nach einer Partnerschaft oder Familiengründung für immer unerfüllt bleiben. Einsamkeit und eine tiefe Enttäuschung darüber, dass der Missbrauch die eigenen Lebenspläne zerstört hat, sind keine Seltenheit. Sexuel-

le Probleme nach sexuellen Gewalterfahrungen können deshalb eine im Verborgenen wirkende Ursache für psychische Destabilisierungen sein und depressive Phasen, selbstverletzendes Verhalten, Alltagsdissoziation, vermehrten Substanzkonsum oder suizidale Krisen auslösen.

Exkurs
Auswirkungen auf die sexuelle Orientierung

Wer psychotraumatologisch arbeitet, kennt meistens auch Berichte von Betroffenen, die von sich sagen, dass ihre traumatischen Erfahrungen einen maßgeblichen Einfluss auf ihre sexuelle Orientierung hatten. Bisweilen trifft man z.B. auf sexuell missbrauchte Frauen, die eine gleichgeschlechtliche Partnerin wählen, weil sie es als zu bedrohlich empfinden, eine enge Beziehung mit einem Mann einzugehen. Diese Frauen haben Männer vor allem von einer gewalttätigen Seite kennengelernt. Eine Übergeneralisierung hat nun zur Folge, dass Tätereigenschaften auf Männer insgesamt übertragen werden. So entwickelt sich eine Aversion gegen das andere Geschlecht. Der nähere Kontakt mit Männern wird fortan vermieden. Manche dieser Frauen leben Sexualität mit ihren Partnerinnen, für andere kommt das nicht in Frage.

Eine andere Thematik betrifft Männer, die in der Kindheit von Männern sexuell missbraucht wurden. Manche von ihnen leben hetero-, andere homo- und wieder andere bisexuell. Das Gewahrwerden der sexuellen Traumatisierung und die Beschäftigung damit können bei einigen dieser Männer dazu führen, dass sie in ihrem Identitätsgefühl verunsichert werden. Es drängt sich ihnen die Frage auf, ob ihre bisherige sexuelle Orientierung etwa durch den Missbrauch bestimmt wurde. „Dachte ich nur, ich sei homosexuell, weil es ein Mann war, der mich missbraucht hat?“ oder „Lebe ich vielleicht deshalb heterosexuell, weil ich Sex mit einem Mann als abstoßend kennengelernt habe?“

Es wäre therapeutisch nicht sinnvoll und zudem ethisch nicht vertretbar, wenn man diese Schilderungen zum Anlass nähme, um auf eine heteronormative Ausrichtung der sexuellen Orientierung hinzuarbeiten. Sich selbst besser zu verstehen, die eigene sexuelle Identität zu klären, Akzeptanz dafür zu entwickeln und einen Umgang mit den oft wenig verständnisvollen Reaktionen des Umfelds zu finden sind allerdings wichtige Therapiebedürfnisse, denen man sich in einer Psycho- oder Sexualtherapie zuwenden kann, sofern die Betroffenen dies wünschen.

2013 erschien in den USA eine bevölkerungsrepräsentative Studie, die sich mit der Frage beschäftigte, ob traumatische Kindheitserfahrungen bei der Entstehung der sexuellen Orientierung eine Rolle spielen (Roberts et al., 2013). Der Einfluss von sexuellem Missbrauch auf die homosexuelle Anziehung wurde darin auf 9% geschätzt, für das Eingehen gleichgeschlechtlicher sexueller Kontakte auf 21% und für die homo- oder bisexuelle Identität auf 23%. Somit ist die Studie einer der wenigen wissenschaftlichen Hinweise darauf, dass für einzelne Betroffene von sexuellem Missbrauch Homo- oder Bisexualität Ausdruck eines Bewältigungsversuchs sein kann.

Traumaorientierte Sexualtherapie

Stand der Dinge

Um die sexuellen Schwierigkeiten von Menschen mit sexuellen Gewalterfahrungen rankt sich für Therapeuten und Ärzte ein doppeltes Tabu. Nicht nur die Sexualität der Patienten wird in der Praxis zumeist ausgeblendet, dasselbe gilt auch für sexuelle Traumatisierungen. Oft sind Unsicherheiten im Umgang mit diesen Themen und eine Fokussierung auf die im Vordergrund stehende Symptomatik (z.B. die Depression, mit der der Patient in die Behandlung kommt) der Grund dafür, dass die Problematik nicht zur Kenntnis genommen wird. Zusätzlich wahren viele Therapeuten lieber Zurückhaltung, weil sie befürchten, die Betroffenen durch genaueres Nachfragen zu „retraumatisieren“.

Auch viele Patientinnen fühlen sich unsicher oder gehen einfach nicht davon aus, dass sie mit ihren Behandlern[2] über ihre Sexualität sprechen können. Finden Betroffene jedoch den Mut, das Thema anzusprechen, machen sie oft die Erfahrung, dass sie von einem zum nächsten geschickt werden. Sie bleiben mit ihren Problemen alleine, weil weder Ärzte noch Psychotherapeuten noch Sexualtherapeuten sich zuständig fühlen.

Ein bedeutender Teil der sexuellen Störungen, die nach sexuellen Gewalterfahrungen angetroffen werden können, findet in ICD oder DSM keine (oder keine ausreichende) Berücksichtigung. Es gibt nur wenig Fachliteratur zu dem Thema und auch in den psychotherapeutischen und ärztlichen Ausbildungen wird kaum etwas dazu vermittelt. Weder auf empirisch überprüfte Behandlungskonzepte noch auf eine breite klinische Erfahrung können wir zum jetzigen Zeitpunkt zurückgreifen. Auch deshalb ist es erfreulich, dass die Bundesärztekammer die Aufmerksamkeit der Ärzteschaft nun in diese Richtung lenkt. Im nächsten Schritt wäre es wichtig, die verfügbare Expertise zusammenzutragen, um qualifizierte Weiterbildungsmöglichkeiten zu schaffen.

---

2 Im Folgenden wird im Interesse der Lesbarkeit die maskuline Form von Berufsbezeichnungen – Behandler, Arzt, Therapeut u.a. benutzt. Selbstverständlich sind auch Frauen, die diese Berufe ausüben – und gerade in diesen Berufen oft die Mehrheit bilden –, mitgemeint.

Zu der Frage, wie die Behandlung von Menschen mit sexuellen Störungen nach sexuellen Gewalterfahrungen gestaltet sein sollte, existieren bisher nur vereinzelte Erfahrungswerte. Eine Empfehlung zielt beispielsweise darauf ab, bei Vorliegen einer PTBS die Behandlung nicht alleine darauf zu beschränken. Die Vorstellung, dass eine erfolgreiche Traumatherapie auch dazu führen werde, dass die sexuelle Symptomatik verschwindet, hat sich nicht bestätigt (Cohen & Hien, 2006; Postma et al., 2013; O'Driscoll & Flanagan, 2016; Schnurr et al., 2009; Yehuda et al., 2015). Vielmehr werde eine spezifische Therapie benötigt, die auch auf die sexuellen Faktoren eingehe – so der Hinweis einiger Autoren. Auf der anderen Seite scheinen klassische sexualtherapeutische Verfahren wie Sensate Focus für diese Patientengruppe nicht geeignet zu sein (Hall, 2007; Hall, 2008; Yehuda et al., 2015; Zoldbrod, 2015). Und auch neuere Ansätze wie die differenzierungsbasierte (Schnarch, 2009, 2011) oder die systemische Sexualtherapie (Clement, 2006) eignen sich in ihrer ursprünglichen Form nur für einen Teil der Betroffenen. Dies hat u.a. damit zu tun, dass so mancher Mensch, der sexuelle Gewalt erlitten hat, in einer solchen Therapie schnell überfordert ist. Vor allem für Betroffene, die schwereren Formen sexueller Gewalt ausgesetzt waren, kann die intensive Hinwendung zur eigenen Sexualität und zum eigenen Körper bereits eine so hohe Belastung darstellen, dass es zu einer anhaltenden Verschlechterung der psychischen Verfassung kommt. Aufgrund der schweren Beziehungstraumatisierungen, denen viele Betroffene in der Kindheit ausgesetzt waren, verfügen sie außerdem nicht über die notwendigen Fähigkeiten zur Selbst- und Beziehungsregulation. Stagnierende Behandlungsverläufe, Behandlungsabbrüche oder psychische Krisen sind die Folge.

Eine modifizierte Sexualtherapie kann nach Ansicht verschiedener Autoren aber durchaus von Nutzen sein, nämlich z.B. dann, wenn zuvor eine ausführliche Psychoedukation erfolgt ist und eine genügende Regulationsfähigkeit erworben wurde (Courtois, 1997). Zusätzlich sollte die Sexualtherapie in eine störungsspezifische Behandlung eingebunden sein (O'Driscoll & Flanagan, 2016) und sehr kleinschrittig und behutsam durchgeführt werden (Maltz, 1988; Maltz, 2002). Auch Körpertherapie kann ein wichtiges Behandlungselement sein (Haines, 2007; Zoldbrod, 2015).

Von O'Driscoll und Flanagan werden in einer Übersichtsarbeit (2016) die folgenden Behandlungselemente empfohlen:

- psychosexuelle Edukation,
- Techniken zur Reorientierung bei Intrusionen oder Dissoziation,
- Fördern der Fähigkeit zur Unterscheidung von Vergangenheit und Gegenwart,
- Achtsamkeit,
- Entspannungsverfahren,
- Kognitives Reframing/Restrukturieren,
- einen positiven Bezug zu Sexualität entwickeln,
- Einbeziehen des Partners in die Behandlung,
- Lernen, gegenüber dem Partner eigene Grenzen zu vertreten,
- Identifikation von Triggern und Verringern der Triggerexposition,
- Sensate Focus (modifiziert) zur graduierten Triggerexposition.

Erfahrungen aus der klinischen Arbeit

Diese Hinweise haben wir bei der Ausarbeitung unseres Behandlungskonzepts in der *Psychosomatischen Klinik am Klinikum rechts der Isar* beherzigt und durch unsere eigene Expertise ergänzt. Seit einigen Jahren arbeiten wir mit unseren sexuell traumatisierten Patienten auch am Thema Sexualität – und zwar sowohl ambulant in Einzelsitzungen als auch stationär im Gruppensetting. Unser integrativer Behandlungsansatz umfasst neben traumatherapeutischen, sexualtherapeutischen und systemischen auch physio- und körpertherapeutische Behandlungselemente (Büttner & Paschinger, 2018). Bei Bedarf ziehen wir gynäkologische bzw. urologische Fachkollegen hinzu.

Eine Behandlung betrachten wir dann als sinnvoll, wenn die sexuelle Symptomatik Leidensdruck verursacht, mit Selbstschädigungen einhergeht oder zur Schädigung anderer Personen führt. Zusätzlich bedarf es einer geeigneten Motivationslage. Vor allem Betroffene mit sexueller PTBS/„hyposexuellen“ Beschwerden möchten häufig deshalb an dem Thema arbeiten, weil sie wieder „sexuell funktionieren“ und „normal werden“ möchten. Die Angst verlassen zu werden oder alleine bleiben zu müssen ist so groß, dass sie auch die Missachtung ihrer persönlichen Bedürfnisse und Grenzen in Kauf nehmen. Letztlich stehen hinter einer solchen Motivationslage aber fremdbestimmte Vorstellungen, die sich nicht nur an gesellschaftlichen und medialen Stereotypen, sondern auch an den Erwartungen der Partner der Betroffenen orientieren. Eine Arbeit unter diesen Voraussetzungen kann leicht dazu führen, dass das Wohlergehen der Betroffenen aus dem Blick gerät und der Anpassungsdruck in der Sexualität weiter steigt – was wiederum das Risiko einer Reinszenierung traumatischer Beziehungskonstellationen birgt. Fremdbestimmte Beweggründe spielen aber gerade zu Beginn der Behandlung sehr oft eine Rolle. Deren Vorhandensein spricht deshalb auch nicht grundsätzlich dagegen, sich mit dem Thema Sexualität zu befassen. Mit Betroffenen, bei denen (zumindest zusätzlich) eine authentischere Motivationslage besteht,

die z.B. auf eine „Wiederinbesitznahme der eigenen Sexualität“ oder auf mehr Freiheit, Selbstbestimmung und Freude im Umgang damit zielt, ist es jedoch wahrscheinlicher, dass man in der Therapie gut vorankommt.

Beschäftigen sich die Betroffenen mit ihrer Sexualität, so ist es kaum vermeidbar, dass sie dabei auch auf Trigger treffen und indirekt mit ihren sexuellen Gewalterfahrungen konfrontiert werden. Es bedarf daher eines behutsamen, wohldosierten Vorgehens und der Beachtung einiger „Sicherheitsvorkehrungen“:

Offenbaren sich z.B. so große Schwierigkeiten in der Selbstregulation, dass die Betroffenen trotz Hilfestellung des Behandelnden in den Sitzungen immer wieder von Intrusionen und Dissoziation überwältigt werden, oder befürchtet werden muss, dass es ihnen durch die Behandlung anhaltend schlechter gehen wird, sollte die Arbeit an der Sexualität vorerst zurückgestellt werden. Dies empfiehlt sich insbesondere dann, wenn Komorbiditäten wie z.B. eine schwere Depression, Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten oder Substanzkonsum vorliegen. In diesen Fällen besteht das Therapieziel zunächst darin, eine ausreichende Regulationsfähigkeit und Symptomstabilität zu etablieren. Je nach Schweregrad der zugrundeliegenden Traumafolgestörung ist es deshalb am besten, wenn die Arbeit an der Sexualität in eine traumaorientierte Psychotherapie eingebunden wird oder im Schulterschluss mit einem Traumatherapeuten stattfindet.

Zusätzlich ist es von Vorteil, wenn man in der Gesprächsführung darauf achtet, stets etwas Abstand zu den Traumaerinnerungen zu wahren. Distanzierungstechniken wie z.B. das Pendeln zwischen belastenden und neutralen/ressourcenhaften Gesprächsinhalten sind dabei hilfreich. Vor Beginn der Behandlung sollten zudem einige Eckdaten der sexuellen Gewalterfahrung erfragt werden (Wie alt war die Betroffene, als es passierte? Kam es öfter dazu? Wann war es vorbei? Wer war der/waren die Täter?). Ein überschriftenartiges Benennen, ohne in die Einzelheiten der traumatischen Ereignisse einzusteigen, hilft dabei, auch hier auf „sicherem Terrain“ zu bleiben.

Ist ein Partner vorhanden, so ist es zumeist von großem Wert, wenn dieser in den Therapieprozess miteinbezogen werden kann. Oft haben die Partner ebenfalls einen hohen Leidensdruck und sind dankbar für Unterstützung. Entgegen der Vorstellung vieler Paare, dass das Problem alleine bei derjenigen liege, die sexuelle Gewalt erlebt hat, ist es unserer Erfahrung nach meistens doch eher ein Geschehen, das durch beide Partner aufrechterhalten wird. Eine Veränderung ist oft besser möglich, wenn beide sich dafür verantwortlich fühlen und sich aktiv daran beteiligen. Dabei hat sich in unserer Arbeit ein Wechsel von Paar- und Einzelsitzungen bewährt.

Die Einzelarbeit mit den Betroffenen umfasst die folgenden Behandlungselemente:

- **Ein positives Verständnis von Sexualität entwickeln:** Für viele Betroffene ist Sexualität untrennbar mit den sexuellen Gewalterfahrungen verknüpft. Sprechen sie darüber, was Sexualität für sie bedeutet, hat man oft den Eindruck, es gehe um Missbrauch. Dass Sexualität auch ganz anders sein kann, muss vielen Betroffenen erst nähergebracht werden. Hierzu wird gemeinsam erarbeitet, was eine selbstfürsorgliche und selbstbestimmte Sexualität ausmacht: Respekt und Achtung füreinander, ein gegenseitiges Interesse daran, dass es dem/der anderen gut geht. Bedürfnisse und Grenzen werden klar geäußert, Wünsche gleichberechtigt und auf Augenhöhe verhandelt. Entscheidungen werden einvernehmlich getroffen. Ein Nein wird jederzeit respektiert, Grenzen werden nicht überschritten. Dies sind wichtige Voraussetzungen dafür, dass Vertrauen in der Beziehung wachsen und Sex eines Tages als etwas Positives empfunden werden kann.
- **Den sexuellen Körperbezug verbessern:** In der Physiotherapie- und Feldenkrais-gestützten Körperarbeit reduziert sich die körperliche Dissoziation zumeist deutlich, so dass das Spüren von Bedürfnissen und Grenzen des Körpers besser gelingt. Verspannungen, die zu Schmerzen beim Sex oder Vaginismus führen, lösen sich. Aber auch viele andere belastende Körperempfindungen wie Erstarrung, Ekel und Beschmutzungsgefühle werden weniger, während sich allmählich eine Toleranz gegenüber behutsamen Berührungen aufbaut. Nicht wenige Betroffene machen durch diese Arbeit zum ersten Mal in ihrem Leben die Erfahrung, dass sie ihren Körper auf eine angenehme Weise spüren können.
- **Den sexuellen Selbst- und Partnerbezug stärken.** Auch in diesem Behandlungsteil geht es darum, grundlegende Fähigkeiten zu entwickeln, die für die Sexualität von Bedeutung sind:

    - Selbstwahrnehmung und -regulation – Gefühle und Bedürfnisse wahrnehmen, benennen und regulieren können,
    - Selbstbild – sich selbst verständnisvoll, einfühlend und akzeptierend begegnen können,
    - Selbstbehauptung – eigene Bedürfnisse ernstnehmen und im Kontakt mit dem Partner vertreten können,
    - Kommunikation – mit dem Partner über Sexualität und die eigenen Bedürfnisse und Grenzen sprechen können.

Betroffene, die in der Vergangenheit schon Psychotherapieerfahrung gesammelt haben, bringen hier oft schon Vorkenntnisse mit, auf die aufgebaut werden kann:

- **Selbstschädigendes Sexualverhalten abbauen:** Da viele Betroffene Bedrohungen nicht richtig einschätzen können, müssen sie erst einmal dafür sensibilisiert werden, dass sie sich mit bestimmten Aspekten ihrer Sexualität selbst Schaden zufügen. Ihnen nahezubringen, dass sie einerseits das Recht, andererseits aber auch eine Verpflichtung haben, gut für sich zu sorgen, ist der nächste Schritt. Gemeinsam zu klären, was die innerpsychische Funktion des selbstschädigenden Verhaltens ist und welche seelische Not dahintersteht, kann den Betroffenen helfen, nach und nach andere Wege zu finden, ihre Beziehungsbedürfnisse zu stillen, belastende Gefühle zu regulieren und für Sicherheit zu sorgen. Interventionen zum Umgang mit sexuellen Gewaltphantasien oder auch die integrative Behandlung einer Sexsucht (von Franqué & Briken, 2018b) können ergänzend ebenso hilfreich sein wie eine ausführliche Aufklärung über Safer Sex und Verhütung.
- **Traumafolgesymptome bewältigen:** Eine Traumakonfrontation kann Intrusionen, Dissoziation, Hyperarousal und Vermeidungsverhalten deutlich reduzieren. Hierfür besonders geeignete Verfahren wie z.B. EMDR, Bildschirmtechnik oder Prolonged Experiencing werden in spezialisierten Ausbildungen vermittelt. Alternativ kann ein Traumatherapeut hinzugezogen werden. Eine Traumakonfrontation durchlaufen zu haben, stellt zwar keine notwendige Voraussetzung dar, kann aber die Arbeit an der Sexualität erleichtern. Für den Umgang mit Triggern beim Sex werden zudem Distanzierungs- und Selbstberuhigungstechniken eingeübt, die im Ernstfall helfen. Zusätzlich werden die Trigger nach und nach aufgespürt und dort ausgeschaltet, wo es ohne größere Einschränkungen für die Sexualität möglich ist. Die verbleibenden Trigger können imaginativ (z.B. mit EMDR-Sitzungen, in denen eine aktuelle sexuelle Situation bearbeitet wird) und „in-vivo“ in der Selbstexploration oder in der Sexualität mit dem Partner desensibilisiert werden.
- **Eine authentische Sexualität entwickeln:** Für viele Betroffene sind ihre sexuellen Bedürfnisse erst einmal „wie eine weiße Leinwand“. Sie benötigen Unterstützung darin, für sich zu klären, welche Aspekte von Sexualität für sie in Frage kommen und was ihnen überhaupt gefallen könnte. Für diese Arbeit ist es hilfreich, sich bewusst von gesellschaftlich transportierten Stereotypen und Normvorstellungen zu lösen und die Betroffenen dabei zu begleiten, ihre eigene Definition von Sexualität zu finden – jenseits von „Intercourse-or-nothing-Prinzip“ und Lust- und Orgasmus-Zwang. Auf diese Weise können die Betroffenen entdecken, worum es ihnen in der Sexualität geht und welche Vielfalt ihnen zur Verfügung steht, um sich zu erleben und auszudrücken. Anschließend können diese Erkenntnisse imaginativ und in einer traumasensiblen sinnlich-sexuellen Selbstexploration auf der Erlebensebene vertieft werden. Dabei gehen wir schrittweise vor, so wie man es aus anderen Sexualtherapien, wie z.B. dem Hamburger Modell (Hauch, 2013) kennt, und stützen uns dabei auf verschiedene Distanzierungs- und Selbstberuhigungstechniken. Alternativ oder im Anschluss kann der Partner in diese Arbeit miteinbezogen werden, nachdem im Vorfeld ein Weg erarbeitet wurde, wie das Paar mit Triggersituationen umgehen kann.

Fazit

Sexuelle Gewalterfahrungen sind häufig, die Folgen für die sexuelle, psychische und körperliche Gesundheit oft drastisch. Dennoch wird die Problematik bis heute in vielen Fällen nicht erkannt oder nicht behandelt. Selbst Betroffene, die sich aktiv um eine psycho- oder sexualtherapeutische Unterstützung bemühen, finden diese oft nicht. Nachdem es bisher an geeigneten Therapiekonzepten fehlte, legt dieser Beitrag nun einen Vorschlag vor, wie in einer traumamodifizierten Psycho- oder Sexualtherapie an den sexuellen Beschwerden von Betroffenen mit sexuellen Gewalterfahrungen gearbeitet werden kann. Für die Zukunft wäre es wichtig, die Berufsgruppen, die regelmäßig mit Betroffenen in Berührung kommen (u.a. Psychotherapeuten, Sexualtherapeuten, Gynäkologen, Urologen, [Beckenboden-]Physiotherapeuten, Körperpsychotherapeuten) für dieses Thema zu sensibilisieren, geeignete Behandlungsstrategien zu vermitteln und das bisherige Wissen zu erweitern.

Literatur

de Aquino Ferreira, L.F., Queiroz Pereira, F.H., Neri Benevides, A.M.L., Aguiar Melo, M.C., 2018. Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. Psychiatry Research 262, 70–77.

Bancroft, J., 2008. Sexual Behavior that is „Out of Control“: A Theoretical Conceptual Approach. Psychiatr Clin N Am 31, 593–601.

Benkert, O., Hippius, H., 2014. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. 10. Aufl. Springer, Berlin.

Biedermann, S.V. 2018. Psychopharmaka und sexuelle Störungen. In: Büttner, M. (Hg.), Sexualität und Trauma. Schattauer, 453ff.

Bitzer, J., 2013. Somatische Faktoren und sexuelle Probleme der Frau. In: Briken, P., Berner, M. (Hg.), Praxisbuch Sexuelle Störungen. Thieme, Stuttgart, 127–136.

Bloch, M.H., Landeros-Weisenberger, A., Rosario, M.C., Pittenger, C., Leckman, J.F., 2008. Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 165 (12), 1532–42.

Bundesärztekammer, 2018a. 121. Deutscher Ärztetag Beschlussprotokoll. https://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/beschlussprotokolle-ab-1996/113-daet-2010/top-iii/neue-bezeichnungen/60-sexualmedizin

Bundesärztekammer, 2018b. 121. Deutscher Ärztetag Beschlussprotokoll. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/121.DAET/121_Beschluss protokoll.pdf

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland (BMFSFJ), 2004. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Interdisziplinäres Zentrum für Frauen und Geschlechterforschung der Universität Bielefeld.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2013. Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland: Kooperation des Interdisziplinären Zentrums für Frauen- und Geschlechterforschung und Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, des SOKO Institut GmbH Sozialforschung und Kommunikation Bielefeld, der Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Frauen- und Genderforschung e.V. Frankfurt, des Sozialwissenschaftlichen FrauenForschungsInstituts Freiburg und des Instituts für Soziales Recht der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften. Fachhochschule Köln.

Büttner, M., Dulz, B., Sachsse, U., Overkamp, B., Sack, M., 2014. Trauma und sexuelle Störungen – Multizentrische Untersuchung von Patienten mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung. Psychotherapeut 59, 385–91.

Büttner, M., 2018a. Einführung in die Thematik. In: Büttner, M. (Hg.), Sexualität und Trauma. Schattauer, Stuttgart, 3–59.

Büttner, M., 2018b. Hyposexuelle Störung oder „sexuelle PTBS"? In: Büttner, M. (Hg.), Sexualität und Trauma. Schattauer, Stuttgart, 60–67.

Büttner, M., 2018c. Sexuelles Risikoverhalten. In: Büttner, M. (Hg.), Sexualität und Trauma. Schattauer, Stuttgart, 89–94.

Büttner, M., 2018d. Sexuelle Beziehungsaspekte bei sexuellen Missbrauchserfahrungen. In: Büttner, M. (Hg.), Sexualität und Trauma. Schattauer, Stuttgart, 123–134.

Büttner, M., Paschinger, K., 2018. Integrative psycho- und körpertherapeutische Behandlung von sexuellen Störungen nach sexuellen Gewalterfahrungen. In: Büttner, M. (Hg.), Sexualität und Trauma. Schattauer, Stuttgart, 210–321.

Byrne, G., 2017. Prevalence and psychological sequelae of sexual abuse among individuals with an intellectual disability. A review of the recent literature. Journal of Intellectual Disabilities. DOI: 10.1177/1744629517698844

Castellini, G., Lelli, L., Ricca, V., Maggi, M., 2016. Sexuality in eating disorders patients: Etiological factors, sexual dysfunction and identity issues. A systematic review. Horm Mol Biol Clin Investig 25 (2), 71–90.

Classen, C.C., Palesh, O.G., Aggarwal, R., 2005. Sexual revictimization: A review of the empirical literature. Trauma Violence Abuse 6 (2), 103–29.

Clayton, A.H., Balon, R., 2009. The impact of mental illness and psychotropic medications on sexual functioning: The evidence and management. J Sex Med 6 (5), 1200–11; quiz 1212–13.

Clement, U., 2006. Systemische Sexualtherapie. Klett-Cotta, Stuttgart.

Cohen, L.R., Hien, D.A., 2006. Treatment outcomes for women with substance abuse and PTSD who have experienced complex trauma. Psychiatr Serv 57 (1), 100–06.

Courtois, C., 1997. Treating the sexual concerns of adult incest survivors and their partners. J Aggress Maltreat Trauma 1, 293–310.

Dusome, D., Melrose, S., 2015. Sexuality – promoting healthy sexual expression. In: Melrose, S. (Ed.), Supporting Individuals with Intellectual Disabilities and Mental Ilnesses. BCcampus, Victoria/Vancouver, Canada.

Eddy, K.T., Novotny, C.M., Westen, D., 2004. Sexuality, personality, and eating disorders. Eat Disord 12 (3), 191–208.

Elliot, D.M., Mok, D.S., Briere, J., 2004. Adult sexual assault: Prevalence, symptomatology, and sex differences in the general population. J Trauma Stress 17 (3), 203–11.

von Franqué, F., Briken, P., 2018a. Hypersexuelle Störung bei sexuellen Missbrauchserfahrungen. In: Büttner, M. (Hg.), Sexualität und Trauma. Schattauer, Stuttgart, 116–22.

von Franqué, F., Briken, P., 2018b. Behandlung der hypersexuellen Störung. In: Büttner, M. (Hg.), Sexualität und Trauma. Schattauer, Stuttgart, 425–33.

Frías, Á., Palma, C., Farriols, N., González, L., 2016. Sexuality-related issues in borderline personality disorder: A comprehensive review. Personality and Mental Health 10 (3), 216–231.

Gray, J.A., 1988. The Psychology of Fear and Stress. 2nd ed. Cambridge University Press, New York.

Haines, S., 2007. Healing Sex. Cleis Press, San Francisco.

Hall, K., 2007. Sexual dysfunction and childhood sexual abuse – gender differences and treatment implications. In: Leiblum, S.R. (Ed.), Principles and Practice of Sex Therapy. Guilford Publications, New York.

Hall, K., 2008. Childhood sexual abuse and adult sexual problems: A new view of assessment and treatment. Fem Psychol 4, 546–56.

Hall, P., 2011. A biopsychosocial view of sex addiction. Sexual and Relationship Therapy 26 (3), 217–228.

Hartmann, U. (Hg.), 2017. Nicht-paraphile hypersexuelle Störungen (Sexsucht). In: Hartmann, U. (Hg.), Sexualtherapie: Ein neuer Weg in Theorie und Praxis. Springer, Berlin, 369–386.

Hauch, M., 2013. Paartherapie bei sexuellen Störungen. Das Hamburger Modell: Konzept und Technik. Thieme, Stuttgart.

Hecker, T., Maercker, A., 2015. Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. Psychotherapeut 60 (6), 547–61.

Lampe, A., Söllner, W., 2015. Pelvipathie bei Frauen. In: Egle, U.T., Joraschky, P., Lampe, A., Seiffge-Krenke, I., Cierpka, M. (Hg.), Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. 4. Aufl., Schattauer, Stuttgart, 426–40.

Langmeyer, A., Entleitner, C., 2011. Ein erschreckend häufiger Verdacht. DJI Impulse 95 (3), 4–8.

Laurent, S.M., Simons, A.D., 2009. Sexual dysfunction in depression and anxiety: Conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. Clin Psychol Rev 29 (7), 573–85.

Lee, J.K., Jackson, H.J., Pattison, P., Ward, T., 2002. Developmental risk factors for sexual offending. Child Abuse Negl 26 (1), 73–92.

Lemieux, S.R., Byers, E.S., 2008. The sexual well-being of women who have experienced child sexual abuse. Psychol Women Q 32 (2), 126–44.

Maercker, A., Hecker, T., 2016. Trauma- und Gewaltfolgen – psychische Auswirkungen. Bundesgesundheitsblatt Gesund-

heitsforschung Gesundheitsschutz 59 (1), 28–34.
Maltz, W., 1988. Identifying and treating the sexual repercussions of incest: A couples therapy approach. J Sex Marital Ther 14 (2), 142–70.
Maltz, W., 2002. Treating the sexual intimacy concerns of sexual abuse survivors. Sex Relation Ther 17 (4), 321–27.
O'Driscoll, C., Flanagan, E., 2016. Sexual problems and post-traumatic stress disorder following sexual trauma: A meta-analytic review. Psychol Psychother 89 (3), 351–67. E-published 2015.
Paschinger, K., Büttner, M., 2018. Traumaassoziierte Körperbeschwerden und Sexualität. In: Büttner, M. (Hg.). Sexualität und Trauma. Schattauer, Stuttgart, 68–88.
Postma, R., Bicanic, I., van der Vaart, H., Laan, E., 2013. Pelvic floor muscle problems mediate sexual problems in young adult rape victims. J Sex Med 10 (8), 1978–87.
Ramakers, M.J., van Lunsen, R.H.W., 2003. Psychosoziale Einflüsse. In: Carrière, B. (Hg), Beckenboden: Physiotherapie und Training. Thieme, Stuttgart, 102–12.
Real, E., 2013. Sexuality and obsessive-compulsive disorder: The hidden affair. Neuropsychiatr 3 (1), 23–31.
Reissing, E.D., Binik, Y.M., Khalife, S., Cohen, D., Amsel, R., 2003. Etiological correlates of vaginismus: Sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual selfschema, and relationship adjustment. J Sex Marital Ther 29 (1), 47–59. DOI: 10.1080/713847095
Rellini, A., 2008. Review of the empirical evidence for a theoretical model to understand the sexual problems of women with a history of CSA. J Sex Med 5 (1), 31–46.
Rickert, V.I., Wiemann, C.M., 1998. Date rape among adolescents and young adults. J Pediatr Adolesc Gynecol 11 (4), 167–75.
Roberts, A.L., Glymour, M.M., Koenen, K.C., 2013. Does maltreatment in childhood affect sexual orientation in adulthood? Arch Sex Behav 42 (2), 161–171.
Sansone, R.A., Sansone, L.A., 2011. Sexual behavior in borderline personality: A review. Innov Clin Neurosci 8 (2), 14–18.
Schnarch, D., 2009. Passionate Marriage: Keeping Love and Intimacy Alive in Committed Relationships. Norton, New York.
Schnarch, D., 2011. Intimacy and Desire: Awaken the Passion in Your Relationship. Beaufort Books, New York.
Schnurr, P.P., Lunney, C.A., Forshay, E. et al., 2009. Sexual function outcomes in women treated for posttraumatic stress disorder. J Womens Health 18 (10), 1549–57.
Schulte-Herbrüggen, O., Ahlers, C.J., Kronsbein, J.M., Ruter, A., Bahri, S., Vater, A., Roepke, S., 2009. Impaired Sexual Function in Patients with Borderline Personality Disorder is Determined by History of Sexual Abuse. J Sex Med. 6 (12), 3356–63.
Schultz, K., Hook, J.N., Davis, D.E., Penberthy, J.K., Reid, R.C., 2014. Nonparaphilic hypersexual behavior and depressive symptoms: A meta-analytic review of the literature. J Sex Marital Ther 40 (6), 477–87.
Schwartz, M.F., 2008. Developmental psychopathological perspectives on sexually compulsive behavior. Psychiatr Clin North Am 31 (4), 567–86.
Senn, T.E., Carey, M.P., Vanable, P.A., 2008. Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: Evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. Clin Psychol Rev 28 (5), 711–35.
Signerski-Krieger, J., Anderson-Schmidt, H., Büttner, M., 2018. Sexuelle Störungen bei psychischen Erkrankungen. In: Büttner, M. (Hg.), Sexualität und Trauma. Schattauer, Stuttgart.
Stadler, L., Bieneck, S., Pfeiffer, C., 2012. Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e. V. (KFN).
Tenbergen, G., Wittfoth, M., Frieling, H., Ponseti, J., Walter, M., Walter, H., Beier, K.M., Schiffer, B., Kruger, T.H., 2015. The Neurobiology and Psychology of Pedophilia: Recent Advances and Challenges. Front Hum Neurosci 9, 344.
Testa, M., VanZile-Tamsen, C., Livingston, J.A., 2007. Prospective prediction of women's sexual victimization by intimate and non-intimate male perpetrators. J Consult Clin Psychol 75 (1), 52–60.
Tharp, A.T., DeGue, S., Valle, L.A., Brookmeyer, K.A., Massetti, G.M., Matjasko, J.L., 2013. A systematic qualitative review of risk and protective factors for sexual violence perpetration. Trauma Violence Abuse 14 (2), 133–67.
Tran, J.K., Dunckel, G., Teng, E.J. (2015). Sexual dysfunction in veterans with post-traumatic stress disorder. J Sex Med 12 (4), 847–55.
Vallejo-Medina, P., Sierra, J.C., 2013. Effect of drug use and influence of abstinence on sexual functioning in a Spanish male drug-dependent sample: A multisite study. J Sex Med 10 (2), 333–41.
Weaver, T.L., 2009. Impact of rape on female sexuality: Review of selected literature. Clin Obstet Gynecol 52 (4), 702–11.
Westen, D., Harnden-Fischer, J., 2001. Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between axis I and axis II. Am J Psychiatry 158 (4), 547–62.
Whitaker, D.J., Le, B., Karl Hanson, R., Baker, C.K., McMahon, P.M., Ryan, G., Klein, A., Rice, D.D., 2008. Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: A review and meta-analysis. Child Abuse Negl 32 (5), 529–48.
WHO, World Health Organization, 2010. Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence. World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine, Geneva.
Widom, C.S., Massey, C.A., 2015. Prospective Examination of Whether Childhood Sexual Abuse Predicts Subsequent Sexual Offending. JAMA Pediatr. 169 (1), e143357. DOI:10.1001/jamapediatrics.2014.3357
Ybarra, M.L., Mitchell, K.J., 2013. Prevalence rates of male and female sexual violence perpetrators in a national sample of adolescents. JAMA Pediatr 167 (12), 1125–34.
Yehuda, R., Lehrner, A., Rosenbaum, T.Y., 2015. PTSD and Sexual Dysfunction in Men and Women. J Sex Med 12 (5), 1107–19.
Zanarini, M.C., Parachini, E.A., Frankenburg, F.R., Holman, J.B., Hennen, J., Reich, D.B., Silk, K.R., 2003. Sexual relationship difficulties among borderline patients and axis II comparison subjects. J Nerv Ment Dis 191 (7), 479–82.
Zoldbrod, A.P., 2015. Sexual issues in treating trauma survivors. Curr Sex Health Rep 7 (1), 3–11.

Autorin

Dr. med. Melanie Büttner, Sexual- und Traumatherapeutin, Psychosomatische Klinik des Universitätsklinikums der TU München (Klinikum rechts der Isar), Langerstr. 3, 81675 München, e-mail: m.buettner@tum.de