



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/fachbuecher/schattauer

Melanie Büttner

Sexualität und Trauma

Mit Beiträgen von

Heike Anderson-Schmidt

Sarah Biedermann

Karoline Bischof

Peer Briken

Melanie Büttner

Fritjof von Franqué

Michaela Huber

Archontula Karameros

David Garcia Nuñez

Karin Paschinger

Vivian Pramataroff-Hamburger

Eva Rittel

Ulrike Schmitz

Andres Ricardo Schneeberger

Jörg Signerski-Krieger

Sexualität und Trauma

Grundlagen und Therapie traumaassoziierter sexueller Störungen

Herausgegeben von
Melanie Büttner

Mit Geleitworten von
Ulrich Clement und Martin Sack

Mit 23 Abbildungen und 23 Tabellen

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.klett-cotta.de

© 2018 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: unter Verwendung einer Abbildung von © Matthias Lehmann

Gesetzt von abavo GmbH, Buchloe

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

ISBN 978-3-608-43188-9

Lektorat: Dipl.-Psych. Mihrican Özdem, Landau

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani, Stuttgart

Auch als E-Book erhältlich

Geleitwort I

Trauma und Sex – die beiden Themen vertragen sich wie Öl und Wasser. Das eine schwimmt auf dem anderen, aber so richtig nachhaltig vermischen sie sich nicht. Und das, obwohl seit der Enttabuisierung des sexuellen Missbrauchs in den 1980er Jahren das Thema ausgiebig politisch, therapeutisch und sozial behandelt wurde. Aber in den meisten Trauma-Büchern werden die erfreulichen Qualitäten von Sex eher am Rande behandelt. So als ob der Blick darauf die schmerzlichen Seiten der Trauma-Perspektive leugnen würde. Und umgekehrt wollen so manche Texte, die sich auf eine sexpositive Eindeutigkeit festgelegt haben (»Sex macht Spaß«), von dem niederträchtigen und quälenden Potential der Sexualität nichts wissen.

Nicht so in diesem Buch. Hier kommt zusammen, was auch zusammengehören kann. Ohne große theoretische Fanfarenstöße wird hier in gut abgegrenzten inhaltlichen Segmenten die Dynamik und Struktur erlittener Gewalt an das therapeutische Tageslicht gebracht.

Ohne das, was bei diesem Thema durchaus naheläge, nämlich Empörung und moralisierende Umwege, setzt das Buch auf Klarheit, wissenschaftliche Transparenz und therapeutische Pragmatik. Das ist beeindruckend gelungen.

Die Herausgeberin Melanie Büttner hat eine Combo ausgezeichnete Autorinnen und Autoren zusammengebracht. Aber sie versteckt sich nicht hinter der Vielfalt der anderen, sondern drückt dem Werk mit fünf eigenen Kapiteln und drei weiteren Koautorenschaften ihren Stempel einer klugen und auf der Höhe der Zeit argumentierenden Psychosomatikerin auf. So hat das gesamte Buch eine klare Linie und verliert sich nicht in einer Vielfalt der Beliebigkeit.

Schwierige Themen werden gern vermieden. Aber gute Bücher zu schwierigen Themen öffnen die Tür, indem sie das bereitstellen, was die Patientinnen und Patienten brauchen, nämlich erfahrungsgestärkte Praxis, plausible Theorie mit Bodenkontakt und eine mutige professionelle Haltung, sich auch den schwer erträglichen und schrecklichen Seiten menschlicher Sexualität zuzuwenden.

»Sexualität und Trauma« leistet genau das. Es gehört in die Hand jeder Traumatherapeutin und jedes Sexualtherapeuten.

Heidelberg, im September 2017

Ulrich Clement

Geleitwort II

Störungen der Sexualität gelten, besonders bei Menschen mit Traumafolgestörungen, immer noch als »schwieriges« Therapiethema, das, wenn überhaupt, nur in einer sehr fortgeschrittenen Phase der Behandlung besprechbar sein soll. Es ist oft gar nicht so klar, für wen das Thema Sexualität eine größere Herausforderung ist – für Betroffene sexueller Gewalt oder für ihre Therapeutinnen und Therapeuten.

Ein nicht zu unterschätzendes Hemmnis, sich im Rahmen von psychotherapeutischen Behandlungen von Betroffenen mit Traumafolgestörungen und Störungen der Sexualität auseinanderzusetzen, liegt daran, dass gut aufbereitete und fachlich qualifizierte Informationen über die Folgen sexueller Gewalt und deren Behandlung bislang nicht verfügbar war. Tatsächlich gibt es nur eine Handvoll verstreut erschienene Artikel mit direktem Bezug zur Psychotherapie, aber noch keine umfassende monografische Darstellung des Themas. Diese Lücke zu schließen und verfügbare Informationen und Erfahrungen in umfassender Weise zu sammeln und bereitzustellen, ist das ausgesprochen verdienstvolle Anliegen der Autorinnen und Autoren dieses Buches.

Zu welchem Zeitpunkt und wie direkt dürfen Probleme der Sexualität in der Therapie traumatisierter Menschen erfragt und thematisiert werden? In den deutschsprachigen Ländern gibt es die Tradition einer schützenden und stabilisierenden – zugespitzt könnte man sagen »palliativen« – psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen. Themen, die potenziell belastend sind und zu einer Aktualisierung traumatischer Erinnerungen führen können, werden dieser Maxime folgend von Therapeuten und Therapeutinnen und Betroffenen eher vermieden, und um die psychische Stabilität nicht zu gefährden, weder detailliert exploriert noch bearbeitet.

Ist es denn vielleicht doch möglich, auch schon zu Beginn einer Therapie und bevor die Ziele einer stabilisierenden Behandlung erreicht sind, offen über Probleme im Bereich der Sexualität zu sprechen, ohne dass Betroffene Schaden nehmen?

Wir waren zunächst ein wenig skeptisch, als Melanie Büttner vorschlug, genau dies auszuprobieren und in unserer Tagesklinik, in der überwiegend Frauen mit komplexen Traumafolgestörungen behandelt werden, ein regelmäßiges Gruppenangebot zum Thema »Sexualität und Partnerschaft« einzuführen. Die überwältigende und anhaltend positive Resonanz an der zur freiwilligen Teilnahme angebotenen Gruppe hat uns sehr beeindruckt. Immer wieder melden unsere Patientinnen zurück, wie wichtig es ihnen ist, sich über Probleme im Zusammenhang mit Partnerschaft und Sexualität austauschen zu können und dass sie psychoedukative Beiträge und die Möglichkeit zur Klärung von Fragen sehr schätzen.

Der Austausch mit Mitpatientinnen in einem geschützten Rahmen über heikle Themen, die sonst vielleicht vorher noch nicht einmal mit dem eigenen Partner besprochen waren, ist ein wichtiger, die Gruppe verbindender Faktor. So fällt uns auf,

dass sich die Patientinnen – die in einem anderen Kontext leicht in konflikthafte Auseinandersetzungen geraten – in der Gruppe »Sexualität und Partnerschaft« sorgsam und in gegenseitiger Wertschätzung miteinander umgehen.

Gibt es Risiken und Nebenwirkungen einer Gruppe, in der Störungen der Sexualität offen angesprochen werden können? Selten kam es, ausgelöst durch die Teilnahme an der Gruppe, zu Aktualisierungen traumatischer Erinnerungen und zu krisenhaften Belastungen. Diese konnten jeweils schnell wieder aufgefangen werden und in der anschließenden Klärung als wichtige Erfahrungen für die Therapie genutzt werden.

Im Behandlerteam der Tagesklinik haben wir seit der Einführung des Gruppenangebots eine größere Aufmerksamkeit für Probleme mit der Sexualität bei unseren Patientinnen gewonnen und wir stellen dieses Thema jetzt wesentlich selbstverständlicher bei Bedarf in den Fokus der Therapie. Darüber hinaus wurde uns schnell deutlich, wie wichtig es ist, Störungen der Sexualität im Zusammenhang mit dem Körpererleben bzw. mit körperlichen Symptomen zu verstehen. Karin Paschinger, die Physiotherapeutin unserer Klinik, nimmt regelmäßig an der Gruppe »Sexualität und Partnerschaft« teil. Hierdurch wird es möglich, den Blick immer auch auf körperliche Zusammenhänge zu richten und diese anschaulich zu machen – beispielsweise wenn Verspannungen und Fehlhaltungen als Folge sexueller Traumatisierungen zu funktionellen Störungen im Bereich der Beckenbodenmuskulatur geführt haben, die dann zu Schmerzen im Genitalbereich führen oder sogar Stressinkontinenz verursachen können. Die beiden ausführlichen Kapitel von Melanie Büttner und Karin Paschinger zur Diagnostik und integrativen psychotherapeutischen und körperpsychotherapeutischen Behandlung sind ein Zeugnis dieser fruchtbaren Zusammenarbeit und belegen nachdrücklich, dass Störungen der Sexualität ein genuin psychosomatisches Thema sind, das einen Zugang sowohl vom Körper wie von der seelischen Seite der Belastungen her erfordert.

Dieses umfangreiche, unter der Mitarbeit von über zwanzig kompetenten Autoren und Autorinnen entstandene Handbuch versammelt eine Vielfalt von Perspektiven und bietet eine Fülle von konkreten Anregungen für die Therapie. Damit ist ein idealer Ausgangspunkt und eine Grundlage geschaffen für die weitere fruchtbare Auseinandersetzung mit Konzepten zur Behandlung von Störungen der Sexualität wie auch mit den Möglichkeiten und Notwendigkeiten der Behandlung von Traumafolgestörungen nach sexuellen Traumatisierungen. Die Autoren und Autorinnen zeigen systematisch und anhand von vielen Praxisbeispielen überzeugend auf, wie hilfreich es sein kann, Störungen der Sexualität als Teil einer komplexen, auch die sexuelle Entwicklung betreffenden Traumafolgesymptomatik zu verstehen. Damit bietet sich eine Chance zu Enttabuisierung und Normalisierung einer oft sehr schambesetzten Thematik, die immer wieder als »dunkler Kontinent« bezeichnet wurde, da es bisher an Wissen und Behandlungskonzepten mangelte.

Es scheint also Zeit zu sein, mit einigen alten Vorurteilen aufzuräumen, z. B. was Ängste bezüglich einer Destabilisierung durch Besprechen »heikler« Therapiethemen betrifft, oder dass Betroffene eine Auseinandersetzung mit Problemen der

Sexualität meiden würden. Damit öffnet sich der Blick für die Möglichkeit, den sinnlichen und lustvollen Bezug zum eigenen Körper und eine selbstbestimmte Sexualität als realistisch erreichbare Therapieziele in der Behandlung von Patienten und Patientinnen mit sexuellen Gewalterfahrungen ernst zu nehmen.

München, im Oktober 2017

Martin Sack

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,
wie ist es zu diesem Buch gekommen?

Ich erinnere mich noch gut an Frau S., die sich in unserer Traumaambulanz vorstellte. Sie war Ende Dreißig und stand mitten im Leben. Sie engagierte sich in ihrem Beruf, pflegte Freundschaften, liebte klassische Musik und das Theater, reiste viel – allein einen Partner gab es nicht. Sie fühlte sich einsam. »Ich hatte noch nie eine richtige Beziehung«, erklärte sie mir. »Mit 17 war ich einmal verliebt. Ich mochte ihn sehr, doch sobald er mich küsste oder berührte, kam alles hoch – der ganze Ekel, die Angst, die Wut. Wir haben es eine Weile miteinander versucht, doch ich war völlig überfordert – und er auch. Schließlich hat er mich verlassen. Ich war total am Ende. Danach habe ich es nie mehr gewagt, mich auf jemanden näher einzulassen.« Sie fing an zu weinen. »Ich habe mir immer eine Familie gewünscht. Drei Kinder, einen netten Mann. Aber wie soll das denn gehen? Der Missbrauch hat meine Lebensträume zerstört.«

Eine andere Patientin kam sehr verzweifelt zu mir und schilderte, dass sie sich schon an zahllose Therapeuten gewandt habe, um jemanden zu finden, der ihr helfen könne. »Seit meiner letzten Schwangerschaft vor 10 Jahren haben mein Mann und ich nicht mehr miteinander geschlafen. Ich liebe ihn, er ist ein guter Mann – sehr rücksichtsvoll. Trotzdem ist der Sex unerträglich für mich. Es fühlt sich an, als würde ich wieder und wieder vergewaltigt. Mein Mann wartet jetzt schon so lange auf mich und ich mache mir nichts vor: Irgendwann wird er mich verlassen, wenn sich nichts ändert. Nicht nur unsere Sexualität, auch den Missbrauch habe ich jahrelang verdrängt. Jetzt merke ich, dass ich soweit bin, mich dem zu stellen. Aber ich finde niemanden, der bereit ist, mit mir zu arbeiten. Kein einziger der vielen Therapeuten, die ich angerufen habe, fühlt sich dafür ausgebildet. Die Traumatherapeuten schicken mich zu den Sexualtherapeuten und die Sexualtherapeuten schicken mich zu den Traumatherapeuten. Und nun?«

Diese Begebenheiten sind nun einige Jahre her. Auch ich konnte den beiden Patientinnen zu diesem Zeitpunkt nicht wirklich weiterhelfen. Ich besaß nicht das nötige Wissen, um mit der Fragestellung umzugehen, und wusste auch niemanden zu empfehlen, der dies tat. Ich hörte mich um, suchte nach Fortbildungsmöglichkeiten – ohne Erfolg. Doch nun war ich aufmerksam geworden und wollte mehr über die Problematik herausfinden. Ich machte es mir zur Gewohnheit, mich im Gespräch mit Betroffenen von sexueller Gewalt auch danach zu erkundigen, ob sie Schwierigkeiten im Umgang mit körperlicher Nähe und Sexualität erlebten. Was ich zu hören bekam, bewegte mich. Nicht nur, dass es mich überraschte, wie viele von ihnen in diesen Bereichen Schwierigkeiten hatten – tatsächlich schien dies mehr die Regel zu sein als die Ausnahme –, mich berührte auch das Leid, das aus ihren Worten sprach. Es ging um das Ertragen von Unaushaltbarem, um Verletzung, Schmerzen und Angst, aber auch um Haltlosigkeit, Selbstschädigung und

Selbsthass. Von einer »erfüllenden Sexualität« schienen diese Frauen und Männer unermesslich weit entfernt – nicht einmal grundlegenden Bedürfnissen nach Sicherheit, Wohlbefinden und Selbstbestimmung war Genüge getan.

Ich bildete mich trauma- und sexualtherapeutisch weiter und begann, die Literatur zu durchforsten. Deutschsprachiges begegnete mir kaum, dafür aber zahlreiche Fachartikel und auch der ein oder andere Selbsthilferatgeber aus den USA. Mehr schien es nicht zu geben. Erst mit der Zeit wurde mir klar, dass das Thema weit umfassender war, als sich mir zunächst erschlossen hatte – kaum ein Bereich von Sexualität schien gegen die schädigenden Auswirkungen von sexuellen Gewalterfahrungen gefeit zu sein (► Kap. 1.2). In nahezu allem, was ich las, stieß ich zudem auf dieselbe Aussage: Sexuelle Probleme nach sexuellen Gewalterfahrungen sind ein bedeutendes Thema, das in der Psychotherapie mehr berücksichtigt werden sollte. Von den 1970er-Jahren bis heute immer wieder dasselbe Fazit. Dennoch schien sich seither nicht viel verändert zu haben.

Sexuelle Gewalt ist bedauerlicherweise alles andere als selten in westlichen Gesellschaften (► Kap. 1.1). Entsprechend ist davon auszugehen, dass auch traumaassoziierte sexuelle Störungen etwas Häufiges sind. Zumal – das wissen wir heute – nicht nur traumatische Erfahrungen, die den Bereich der Sexualität betreffen, sexuelle Probleme verursachen können. Auch sog. nichtsexuelle Traumata (wie z. B. emotionale oder körperliche Gewalt und Vernachlässigung in der Kindheit, aber auch jede andere Art von Trauma) können sich langfristig nachteilig auswirken. Eine eigene klinische Studie, die Patientinnen und Patienten mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung zu ihrer Sexualität befragte, liefert einen deutlichen Hinweis für die Relevanz des Themas: Mehr als drei von vier untersuchten Personen wiesen mindestens eine traumaassoziierte sexuelle Störung auf (Büttner et al. 2014).

Dennoch gelten sexuelle Störungen nach traumatischen Erfahrungen bis heute als unterdiagnostiziert und unterbehandelt (O'Driscoll u. Flanagan 2015). Dass dies so ist, hat sicherlich einiges damit zu tun, dass sowohl die Betroffenen, aber auch viele Therapeutinnen und Therapeuten sich damit zurückhalten, das Thema Sexualität in die gemeinsame Arbeit einzubringen. Sexualität ist für viele Menschen ein »Tabuthema«, über das man nicht einfach so spricht – da bildet eine Psychotherapie meist keine Ausnahme (Hoyer 2013). Bei Menschen mit sexuellen Gewalterfahrungen finden sich allerdings oft noch andere Gründe, die dazu beitragen, dass nicht hingeschaut wird: die Sorge, Intrusionen, Dissoziation oder Krisen auszulösen. Bedenken, traumatische Erfahrungen zu reinszenieren. Das Fehlen einer etablierten Vorgehensweise für Diagnostik und Therapie. Angesichts dieser Argumente wird nachvollziehbar, warum viele Kollegen eher Vorsicht walten lassen. »Primum non nocere« (»Zuerst einmal nicht schaden«) lautet ein alter ärztlicher Grundsatz, der auch hier seine Berechtigung hat.

Manchmal wird außerdem die Auffassung vertreten, bei sexuellen Problemen handele es sich um ein »Lebensqualitätsthema geringerer Priorität«, um das man sich kümmern könne, wenn nach der Bearbeitung der »im Vordergrund stehenden Symptomatik« noch Zeit dafür sei. Für einen Teil der Fälle mag das stimmen. Angesichts des Ausmaßes an Selbst- und nicht selten auch Fremdschädigung, das den

Umgang vieler Betroffener mit Sexualität kennzeichnet, und des enormen Leidensdrucks, den viele von ihnen empfinden, greift eine solche Haltung jedoch mitunter zu kurz. Traumaassoziierte sexuelle Störungen können als Risikofaktoren zur Entstehung und Aufrechterhaltung schwerer psychischer Störungen beitragen oder Ausdruck einer solchen sein. Manchmal sind sie sogar der Grund für psychische Krisen bis hin zur Suizidalität. Werden sie nicht in die Behandlung einbezogen, können sie die therapeutischen Bemühungen an anderer Stelle unterlaufen und zu Destabilisierungen beitragen.

In der Sexualtherapie und -beratung liegen die Dinge etwas anders. Hier steht das sexuelle Problem von Anfang an im Mittelpunkt, allerdings wird die Frage nach traumatischen Erfahrungen in der Vorgeschichte nicht immer gestellt. Wird jedoch der Einflussfaktor Trauma nicht genügend berücksichtigt und das sexualtherapeutische Vorgehen nicht an die spezifischen Bedürfnisse der Betroffenen angepasst, können Überforderung bis hin zu einer Verschlechterung der psychischen Verfassung, aber auch ein Stagnieren oder Abbruch der gemeinsamen Arbeit die Folge sein.

Mit diesen für mich damals neuen Einsichten wurde mir klar, dass es notwendig ist, etwas zu tun. Ich bot die ersten Behandlungen für Betroffene an und erweiterte mein Vorgehen bald um einen höchst wertvollen körpertherapeutischen Aspekt, indem ich meine Kollegin Karin Paschinger für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit gewann. Gemeinsam widmeten wir uns dieser neuen Aufgabe im einzel- und gruppentherapeutischen Rahmen. Die berührenden, dankbaren und lehrreichen Rückmeldungen unserer Patientinnen ermutigten uns, unsere Arbeitsweise immer weiterzuentwickeln. Das Wissen und die Erfahrung, die ich bis dahin gesammelt hatte, waren gereift und konnten weitergegeben werden. Mit Schattauer fand ich einen Verlag, der das Thema willkommen hieß, mit dem Kreis der Autorinnen und Autoren kompetente und engagierte Mitstreiter. So wurde aus der Idee, ein Buch zu schreiben, ein zweijähriges Projekt, das mich nahezu jeden Tag beschäftigte – wenn nicht immer recherchierend und aktiv schreibend, so doch zumindest überlegend, diskutierend und ausprobierend. Immer ausgerichtet darauf, eine Antwort auf die eine Frage zu finden: Wie sollte die Behandlung von Betroffenen mit traumaassoziierten sexuellen Störungen gestaltet sein? Da bis heute keine evaluierten Behandlungskonzepte vorliegen und wir auch nicht auf eine breite therapeutische Expertise zurückgreifen können, haben einige unserer Autorinnen und Autoren wahre »Pionierarbeit« geleistet. Glücklicherweise konnten sie sich dabei auf wunderbare etablierte Konzepte aus der Trauma-, Sexual- und Körpertherapie stützen und auf dieser Grundlage ein solides, modifiziertes Vorgehen entwickeln.

Ich hoffe, dass das Buch Ihnen interessante neue Einblicke ermöglicht und Ihnen die nötigen Grundlagen und geeignete Werkzeuge an die Hand gibt, um sich in Ihrer therapeutischen Arbeit dieser Problematik annehmen zu können. Bitte lassen Sie mich gern teilhaben an Ihren Erfahrungen und Ideen, damit sich unsere Arbeit weiterentwickeln kann. Vielleicht wird es für Betroffene eines Traumas irgendwann nicht mehr so schwierig sein, Hilfe im Umgang mit sexuellen Schwierigkeiten zu finden.

Ich danke sehr herzlich ...

- allen Autorinnen und Autoren für ihre wertvollen Beiträge und die Mühe und Leidenschaft, die sie eingebracht haben;
- Prof. Martin Sack für seine beständige Unterstützung, das große Zutrauen, das er in mich setzt, und das Viele, das ich bis heute von ihm lernen darf;
- Prof. Ulrich Clement für die Gelegenheit, an seinem einzigartigen Wissensschatz und seiner Erfahrung teilhaben zu dürfen;
- Prof. Peter Henningsen für das in mich gesetzte Vertrauen und die Möglichkeit, mich in einem universitären Umfeld zu entwickeln und zu erproben;
- Dr. Wulf Bertram für die Chance, dieses Buchprojekt bei Schattauer zu verwirklichen;
- Dr. Nadja Urbani für die erstklassige Begleitung durch alle Projektphasen hindurch;
- Mihrican Özdem für das versierte Fachlektorat in aller Klarheit, Ruhe und Freundlichkeit;
- Susanne Böse für ihren Einsatz und ihre Gewissenhaftigkeit bei der ersten Durchsicht mit Adleraugen;
- Matthias Lehmann für das ausdrucksstarke Titelbild und das Portraitfoto;
- meinem Mann und meiner Tochter, ohne die es nie zu diesem Buch gekommen wäre.

München, im Juli 2017

Melanie Büttner
www.melanie-buettner.de

Hinweise zur Schreibweise

Bei einem Thema wie diesem, gendersensibel und trotzdem gut lesbar zu schreiben, ist ein kleines Kunststück. Um den individuellen Erfordernissen jedes einzelnen Beitrags gerecht zu werden, haben wir – d. h. der Verlag, das Lektorat und ich – uns nach einiger Überlegung gegen eine einheitliche Schreibweise für das Gesamtwerk entschieden. Entsprechend liest sich jeder Beitrag etwas anders und enthält, wenn nötig, eine eigene Fußnote, die die jeweilige Schreibweise erläutert.

Zur Verwendung des Begriffs des »sexuellen Missbrauchs«: Diese Wortwahl wird zuletzt immer wieder beanstandet, da »Missbrauch« – so die Kritik – einen fehlgeleiteten »Gebrauch« beschreibe und es ebenso wenig vertretbar sei, einen anderen Menschen zu »gebrauchen« wie ihn zu »missbrauchen«, und zwar insbesondere dann, wenn es sich dabei um ein Kind handle. Diese Argumentation ist wichtig und nachvollziehbar, dennoch taucht der Begriff des sexuellen Missbrauchs in diesem Buch an verschiedenen Stellen auf. Dies hat einerseits damit zu tun, dass die verschiedenen Autorinnen und Autoren ihre sprachlichen Gewohnheiten haben, die wir ihnen lassen möchten. Andererseits hat sich gezeigt, dass es manchmal kaum möglich ist, den Begriff des sexuellen Missbrauchs durch verwandte Begriffe zu ersetzen, ohne eine definitorische Unschärfe oder einen schwer lesbaren Text zu erzeugen. Hier bitten wir freundlichst um Ihre Nachsicht.

Literatur

- Büttner M, Dulz B, Sachsse U et al. Trauma und sexuelle Störungen – Multizentrische Untersuchung von Patienten mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung. *Psychotherapeut* 2014; 59: 385–91.
- Hoyer J. Sexuelle Funktionsstörungen und ambulante Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2013; 4: 371–8.
- O’Driscoll C, Flanagan E. Sexual problems and post-traumatic stress disorder following sexual trauma: A meta-analytic review. *Psychol Psychother* 2016; 89: 351–67.

Anschriften

Herausgeberin

Dr. med. Melanie Büttner

Ambulanz für Traumafolgestörungen
Sprechstunde für sexuelle Störungen
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar, TU München
Langerstr. 3
81675 München
E-Mail: kontakt@melanie-buettner.de
www.melanie-buettner.de

Autorinnen und Autoren

Dr. Heike Anderson-Schmidt

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsmedizin Göttingen
Von-Siebold-Straße 5
37075 Göttingen
E-Mail: heike.anderson-schmidt@med.uni-goettingen.de

Dr. med. Sarah Biedermann

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Ambulanz für Traumafolgestörungen
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
E-Mail: s.biedermann@uke.de

Dr. med. Karoline Bischof

Frauenärztin, Klinische Sexologin
Zürcher Institut für klinische Sexologie und Sexualtherapie (ZISS)
Minervastraße 99
CH-8032 Zürich
E-Mail: karoline.bischof@ziss.ch

Prof. Dr. med. Peer Briken

Direktor des Instituts für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie
Stellv. Ärztlicher Leiter des Zentrums für Psychosoziale Medizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
Martinistraße 52
20246 Hamburg
E-Mail: briken@uke.uni-hamburg.de

Dipl.-Psych. Fritjof von Franqué

Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie
Präventionsambulanz
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
Martinistraße 52
20246 Hamburg
E-Mail: f.von-franque@uke.de

Michaela Huber

Psychologische Psychotherapeutin
Söseweg 26
37081 Göttingen
E-Mail: huber@michaela-huber.com

Dipl.-Psych. Archontula Karameros

Psychologische Psychotherapeutin
Fasanenstraße 48
10719 Berlin
E-Mail: AKarameros@t-online.de

Dr. med. David Garcia Nuñez

Leiter Schwerpunkt für Geschlechtervarianz
Klinik für Plastische, Rekonstruktive, Ästhetische und Handchirurgie
Universitätsspital Basel
Spitalstrasse 21
CH-4031 Basel
E-Mail: david.garcia@usb.ch

Karin Paschinger

Physiotherapeutin
Zentrale Physiotherapie
Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München
Ismaningerstr. 22
81675 München
E-Mail: karin.paschinger@mri.tum.de

Dr. med. Vivian Pramataroff-Hamburger

Frauenärztin, Psychotherapeutin, Sexualmedizinerin
MVZ Dr. Pramataroff / Prof. Dr. Hamburger
Nußbaumstr. 10
80336 München
E-Mail: frauenarztpraxis@pramataroff.de

Dipl.-Psych. Eva Rittel

Systemische Therapeutin, Paar- und Familientherapeutin (DGSF)
Sexualberatungsstelle (SBS)
Clemensstr. 32
80803 München
E-Mail: eva.rittel@web.de

Ulrike Schmitz

Therapeutin für Konzentrierte Bewegungstherapie, Psychotherapie (HPG)
Kühnertsgasse 24
90402 Nürnberg
E-Mail: kbt@schmitz-praxis.de

Dr. med. Andres Ricardo Schneeberger

Chefarzt
Psychiatrische Dienste Graubünden
Loëstrasse 220
CH-7000 Chur
E-Mail: andres.schneeberger@pdgr.ch

Dr. med. Jörg Signerski-Krieger

Ambulanz für Sexualmedizin und Sexualtherapie
der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsmedizin Göttingen
Von-Siebold-Straße 5
37075 Göttingen
E-Mail: joerg.signerski@med.uni-goettingen.de

Inhalt

I Grundlagen

1	Einführung in die Thematik	3
	<i>Melanie Büttner</i>	
1.1	Welche Traumtypen spielen eine Rolle?	3
1.1.1	Sexuelle Gewalt	5
1.1.2	Nichtsexuelle Traumatisierungen	16
1.1.3	Reviktimisierung und Polyviktimisierung	17
1.2	Folgen von Traumatisierungen für die Sexualität	23
1.2.1	Veränderung oder Störung?	23
1.2.2	Folgen von sexueller Gewalt	26
1.2.3	Folgen von Gewalt in intimen Beziehungen	31
1.2.4	Folgen von nichtsexuellen Misshandlungen in der Kindheit	31
1.2.5	Folgen von anderen nichtsexuellen Traumatisierungen	33
1.3	Auf welchen Wegen wirken sich Traumatisierungen auf die Sexualität aus?	37
1.3.1	Einfluss von Lernerfahrungen.	38
1.3.2	Einfluss von psychischen Erkrankungen	49
1.3.3	Einfluss von körperlichen Erkrankungen und Einschränkungen.	49
1.3.4	Einfluss von Medikamenten	51
1.3.5	Einfluss von Stress	52
1.3.6	Einfluss des soziokulturellen Kontextes.	52
1.4	Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?	56
2	Hyposexuelle Störung oder »sexuelle PTBS«?	60
	<i>Melanie Büttner</i>	
3	Traumaassoziierte Körperbeschwerden und Sexualität	68
	<i>Karin Paschinger, Melanie Büttner</i>	
3.1	Schmerzen und Funktionseinschränkungen	70
3.1.1	Beckenbodendysfunktion	74
3.1.2	Bruxismus.	79
3.1.3	Atemdysfunktion	81
3.1.4	Chronische Schmerzen in anderen Körperregionen	81
3.2	Somatoforme Dissoziation	82
3.3	Aversion gegen Berührung	84
3.4	Missempfindungen	85
3.5	Körperbildstörung	86

4	Sexuelles Risikoverhalten	89
	<i>Melanie Büttner</i>	
4.1	Kriterien sexuellen Risikoverhaltens	89
4.2	Störungshypothesen	91
5	Sexuelle Funktionsstörungen nach Traumatisierung	95
	<i>Sarah V. Biedermann</i>	
5.1	Diagnostik von sexuellen Funktionsstörungen	95
5.1.1	Diagnosekriterien nach ICD-10	95
5.1.2	Diagnosekriterien nach DSM-5	97
5.1.3	Ausblick ICD-11.	97
5.1.4	Modell von Hypo- und Hypersexualität.	98
5.2	Häufigkeit von sexuellen Funktionsstörungen	99
5.3	Zusammenhänge von Traumatisierungen und sexuellen Funktionsstörungen	99
5.4	Zusammenhang von PTBS und sexuellen Funktionsstörungen	102
5.5	Erklärungsmodelle für sexuelle Funktionsstörungen nach Traumatisierung	103
5.5.1	Biologische Erklärungsmodelle	104
5.5.2	Lerntheoretische Erklärungsmodelle	108
6	Hypersexuelle Störung bei sexuellen Missbrauchserfahrungen	116
	<i>Fritjof von Franqué, Peer Briken</i>	
6.1	Definitionsversuche hochfrequenten Sexualverhaltens.	117
6.2	Prävalenz sexuellen Missbrauchs bei Hypersexualität	118
6.3	Zusammenhangshypothesen	119
7	Sexuelle Beziehungsaspekte bei sexuellen Missbrauchs- erfahrungen	123
	<i>Melanie Büttner</i>	
7.1	Sexueller Selbst- und Partnerbezug.	123
7.2	Partnerreaktionen.	126
7.3	Beziehungsgestaltung und Paardynamik	130
8	Sexuelle Störungen bei psychischen Erkrankungen	135
	<i>Jörg Signerski-Krieger, Heike Anderson-Schmidt, Melanie Büttner</i>	
8.1	Einführung	135
8.2	Störungsbilder	137
8.2.1	Posttraumatische Belastungsstörung.	137

8.2.2	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung	137
8.2.3	Dissoziative Störungen	138
8.2.4	Depression	139
8.2.5	Bipolare Störungen	140
8.2.6	Angststörungen.	141
8.2.7	Zwangsstörungen.	141
8.2.8	Substanzmissbrauch und -abhängigkeit	143
8.2.9	Essstörungen	145
8.2.10	Persönlichkeitsstörungen	147
8.2.11	Schizophrenie.	150
8.3	Empfehlungen für Diagnostik und Behandlung.	152
9	Sexualdelinquenz	161
	<i>Fritjof von Franqué, Peer Briken</i>	
9.1	Definition und Prävalenz	161
9.2	Einfluss sexueller Missbrauchserfahrungen.	162
9.2.1	Empirische Zusammenhänge	163
9.2.2	Erklärungsversuche.	164
10	Trauma unter dem Regenbogen: Stigmatisierung von Gender- und sexuellen Minderheiten	167
	<i>David Garcia Nuñez, Andres Ricardo Schneeberger</i>	
10.1	Einleitung.	167
10.2	Stigmatisierung.	169
10.2.1	Stigmatisierungsprozesse.	169
10.2.2	Stigmatisierungsebenen	170
10.2.3	Stigmatisierungsgruppen	171
10.3	Minderheitenstress	172
10.3.1	Das Minderheitenstress-Modell.	172
10.3.2	Stressmanagement von stigmatisierten Minderheiten	175
10.3.3	Stresskonflikte und Stigmadynamiken	176
10.4	Stigmatisierte, Stigmatisierende und die Weisen	179
10.4.1	Die Stigmatisierten	179
10.4.2	Gruppenunterscheidung	181
10.4.3	Folgen für die Stigmatisierten	182
10.5	Die Stigmatisierenden	183
10.6	Geschlechtsunterschiede	184
10.7	Die Weisen	185
10.8	Wege aus der iatrogenen Stigmatisierung	186

II Behandlung

11	Gesprächsführung und Diagnostik	199
	<i>Melanie Büttner</i>	
11.1	Gesprächsführung	200
11.2	Diagnostik	202
11.2.1	Traumaorientierte Sexualanamnese	202
11.2.2	Anamnesegespräch mit dem Partner	207
11.2.3	Körpermedizinische Untersuchung	208
12	Integrative psycho- und körpertherapeutische Behandlung von sexuellen Störungen nach sexuellen Gewalterfahrungen	210
	<i>Melanie Büttner und Karin Paschinger</i>	
12.1	Behandlungsrahmen	211
12.1.1	Voraussetzungen	212
12.1.2	Risiken und Nebenwirkungen der Behandlung	218
12.1.3	Ausschlusskriterien	219
12.1.4	Behandlungsziele	220
12.1.5	Behandlungssetting	221
12.1.6	Behandlungsauftrag	226
12.1.7	Gestaltung der therapeutischen Beziehung	226
12.2	Psychotherapie	229
12.2.1	Ein positives Verständnis von Sexualität entwickeln	230
12.2.2	Selbstschädigendes sexuelles Verhalten abbauen	235
12.2.3	Den sexuellen Selbst- und Partnerbezug stärken	241
12.2.4	Traumafolgesymptome bewältigen lernen	251
12.2.5	Eine authentische Sexualität entwickeln	257
12.2.6	Arbeit mit dem Partner	274
12.2.7	Arbeit mit dem Paar	283
12.2.8	Den Freiheitsgrad erhöhen	294
12.3	Körpertherapie	295
12.3.1	Körpertherapeutische Methoden	297
12.3.2	Fallbeispiel 1	300
12.3.3	Fallbeispiel 2	308
13	Traumatherapeutisch modifizierte systemische Sexualtherapie	322
	<i>Eva Rittel</i>	
13.1	Einführung	322
13.2	Typische Paardynamiken in der Sexualtherapie	325
13.2.1	Der Teufelskreis von Bedrängung und Abwehr	325
13.2.2	Die Helferkollusion	327

13.2.3	Ambivalenzdynamiken und Hemmung als kontextintelligente Lösung	329
13.3	Bewältigungsmöglichkeiten und therapeutische Interventionen	333
13.3.1	Sexuelle Profilierung und Differenzierung	335
13.3.2	Ressourcenorientierte Arbeit in der Gegenwart.	338
13.3.3	Selbstgewahrsein und Verbalisation	339
13.3.4	Selbstberuhigung und Stabilisierung	340
13.3.5	Erforschung des selbstbestimmten individuellen Begehrens	344
13.3.6	Erfahrungen mit sinnlicher Wahrnehmung als Kompass	345
14	Sexualpsychotherapie nach dem »Hamburger Modell« bei Traumafolgestörungen	351
	<i>Sarah Biedermann, Jörg Signerski-Krieger</i>	
14.1	Das Hamburger Modell	352
14.2	Durchführung der Behandlung	353
14.3	Möglichkeiten und Grenzen	355
15	Sexocorporel-Sexualtherapie nach sexuellen Gewalterfahrungen . . .	358
	<i>Karoline Bischof</i>	
16	Konzentrierte Bewegungstherapie zur Traumabewältigung – eine Fallvignette aus der Paartherapie	372
	<i>Ulrike Schmitz</i>	
17	Das Gruppentraining »Achtsame Sexualität« (AS)	381
	<i>Archontula Karameros</i>	
17.1	Einführung	381
17.2	Konzeption des Gruppentrainings	383
17.3	Ablauf des Gruppentrainings	387
17.4	Evaluation des Gruppentrainings	393
17.4.1	Die Teilnehmenden	393
17.4.2	Die Fragebögen	394
17.5	Ergebnis der Evaluation.	395
17.6	Berichte der Teilnehmenden	396
17.7	Diskussion	397
18	Erfahrungen mit sexuell traumatisierten Patientinnen in einer gynäkologischen Praxis	399
	<i>Vivian Pramataroff-Hamburger</i>	
18.1	Die vaginale Untersuchung	400
18.2	Schwangerschaft und Trauma.	404

19	»Keine Sexualität kann auch eine prima Alternative sein«	410
	<i>Michaela Huber</i>	
19.1	Sexuelle Traumatisierung und spätere Sexualität	410
19.2	Befragung von Expertinnen und Experten	411
19.3	Erfahrungen aus meiner klinischen Praxis	421
20	Behandlung der hypersexuellen Störung	425
	<i>Fritjof von Franqué, Peer Briken</i>	
20.1	Diagnostik	425
20.2	Empirische Befunde zur Behandlung	427
20.3	Behandlungsempfehlung	428
20.3.1	Stabilisierung	429
20.3.2	Klärung	429
20.3.3	Bewältigung	431
20.3.4	Transfer	432
21	Behandlung von Sexualdelinquenz	434
	<i>Fritjof von Franqué, Peer Briken</i>	
21.1	Rehabilitationstheorien	434
21.1.1	Das RNR-Modell	435
21.1.2	Das GLM	436
21.2	Diagnostik und Therapieplanung	437
21.2.1	Risiko einschätzen	439
21.2.2	Dynamische Risikofaktoren gewichten	440
21.2.3	Funktionalität bestimmen	440
21.2.4	Ansprechbarkeit erhöhen	440
21.3	Sexualforensische Psychotherapie	442
21.3.1	Bearbeitung von Responsivity-Faktoren	442
21.3.2	Bearbeitung dynamischer Risikofaktoren	445
21.3.3	Therapeutischer Umgang mit sexuellem Missbrauch	448
22	Psychopharmaka und sexuelle Störungen	453
	<i>Sarah V. Biedermann</i>	
22.1	Sexuelle Störungen infolge von Psychopharmakotherapie	453
22.2	Pharmakologische Behandlung sexueller Funktionsstörungen	459
	Sachregister	463

I Grundlagen

1 Einführung in die Thematik

Melanie Büttner

»Every person has sexual feelings, attitudes and beliefs but everyone's experience of sexuality is unique because it is processed through an intensely personal perspective. This perspective comes from both private, personal experience, public and social sources. It is impossible to understand human sexuality without recognizing its multidimensional nature.«

(Virginia Johnson, William Masters, Robert Kolodny)

Die Sexualität des Menschen unterliegt einem komplexen Zusammenspiel verschiedener biologischer, psychologischer und sozialer Einflussfaktoren. Diese bestimmen darüber, ob der Körper sexuell funktionsfähig ist und Sexualität positiv erlebt werden kann. Treten im Bereich eines oder mehrerer dieser Einflussfaktoren Störungen auf, so kann es zu Beeinträchtigungen im Bereich der Sexualität kommen (► Abb. 1-1).

Traumatisierungen können sich auf zahlreiche Einflussfaktoren in diesem biopsychosozialen Geschehen störend auswirken. Die Wege, auf denen dies geschieht, sind vielgestaltig und vielschichtig. In Abhängigkeit von den Merkmalen der Traumaerfahrung und den modulierenden Effekten anderer Einflussfaktoren kann sich in der Folge eine individuelle sexuelle Störung herausbilden, die nicht selten sogar mehrere sexuelle Störungsbilder umfasst.

Die folgenden Abschnitte 1.1 bis 1.4 sollen einen Überblick über die Einflussfaktoren vermitteln, die in der Ätiologie von traumabedingten und traumaassoziierten sexuellen Störungen von Bedeutung sind, und die Wege beschreiben, die zu deren Ausbildung führen. Ergänzend wird ein Blick auf den bisherigen Kenntnisstand zur Behandlung von sexuellen Störungen nach Traumatisierung geworfen. Vertiefende Informationen zu den verschiedenen sexuellen Störungsbildern und Vorschläge zu deren Behandlung können den weiterführenden Kapiteln dieses Buchs entnommen werden.

1.1 Welche Traumatypen spielen eine Rolle?

Unter einer psychischen Traumatisierung versteht man eine starke seelische Erschütterung als Reaktion auf eine Extremlastung. Gefühle starker Angst, Ohnmacht und Hilflosigkeit können die traumatische Erfahrung begleiten und wirken bisweilen noch lange nach. Wie gut eine betroffene Person ein traumatisierendes Erlebnis verkraften und überwinden kann, hängt von zahlreichen Faktoren ab. Neben der Art und Schwere des Traumas spielen dabei das subjektive Erleben, persönliche Vulnerabilitäten – wie z. B. frühere traumatische Erfahrungen – aber auch individuelle Bewältigungsressourcen eine wichtige Rolle (Sack 2010).

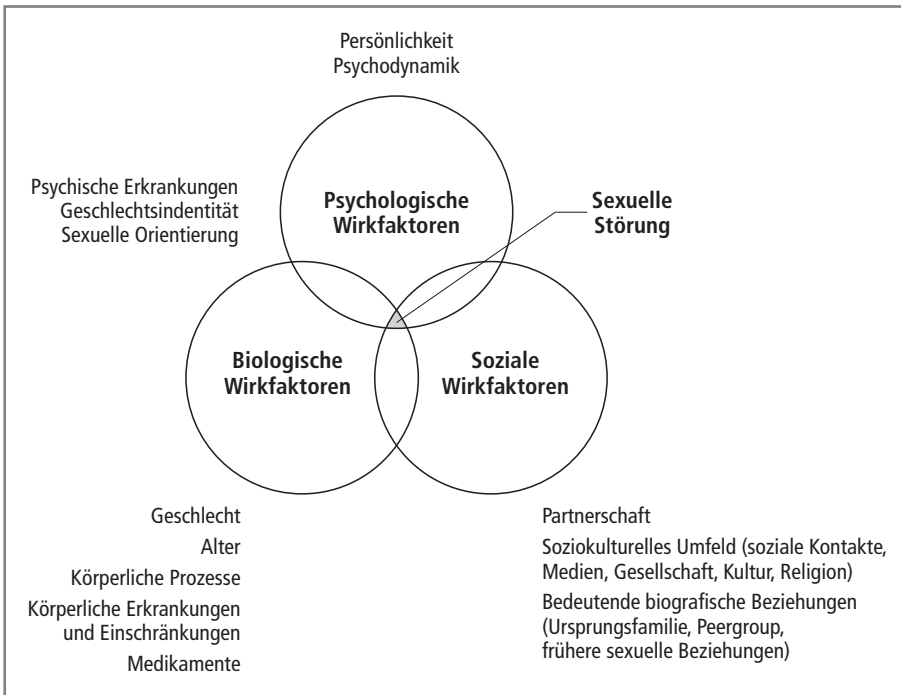


Abb. 1-1 Biopsychosoziales Modell sexueller Störungen

Bis heute existiert keine allgemein anerkannte Definition, die verbindlich festlegen würde, wodurch ein Trauma eigentlich charakterisiert ist. Von Wissenschaftlern und Klinikern werden am häufigsten die Definitionen der ICD-10 und des DSM-5 verwendet (► Kasten S. 5). Diese beiden Definitionen berücksichtigen allerdings v. a. Ereignisse, die mit einer massiven Bedrohung der körperlichen Integrität – durchaus auch in sexueller Hinsicht – einhergehen. Entwicklungs-traumatisierungen in Form von chronischer psychischer und körperlicher Gewalt und Vernachlässigung in der Kindheit finden jedoch keine Berücksichtigung, obwohl deren schädigende Folgen für die psychische und körperliche Entwicklung inzwischen ausführlich belegt sind (Sack 2010). Auch ein Großteil dessen, was unter sexuellem Missbrauch in der Kindheit zu verstehen ist, bildet sich zumindest in der ICD-10 nicht ab. Im DSM-5, der 2013 veröffentlichten Neufassung des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, hat der sexuelle Missbrauch hingegen inzwischen Erwähnung gefunden. Während das DSM-IV-TR nur den Umstand eines »sexuellen Angriffs« (sexual assault) als traumatisch wertete, zeichnet sich die Definition des DSM-5 durch ein erweitertes Traumaverständnis aus, das unter dem Überbegriff »sexuelle Gewalt« (sexual violence) unterschiedliche Arten sexueller Grenzverletzungen zusammenfasst. Neben der gewaltsam erzwungenen oder durch Substanzeinfluss angebahnten sexuellen Penetration und der sexuellen Ausbeutung findet hier nun auch der sexuelle Missbrauch mit und ohne Körperkontakt Erwähnung (Levin et al. 2014).

Traumadefinitionen nach ICD-10 und DSM-5

ICD-10 (Dilling et al. 2006)

Kurz oder lang anhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem tief greifende Verzweiflung auslösen würde.

DSM-5 (APA 2013)

Konfrontation mit dem Tod oder Todesbedrohung, schwerer Verletzung oder sexueller Gewalt über einen der folgenden Wege:

- Direktes Erleben des traumatisierenden Ereignisses
- Miterleben des traumatisierenden Ereignisses als Zeuge
- Kenntnis darüber erlangen, dass einem engen Familienmitglied oder Bekannten ein traumatisierendes Ereignis widerfahren ist (Tod oder Todesbedrohung müssen in diesem Fall gewaltsam oder unfallbedingt sein)
- Wiederholte oder extreme Konfrontation mit aversiven Details eines traumatisierenden Ereignisses (nicht durch Medien, Bilder, TV oder Film, es sei denn im Arbeitskontext)

1.1.1 Sexuelle Gewalt

Sexuelle Gewalt umfasst eine Vielzahl von Handlungen gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Die Nötigung zum ungewollten Sex in einer Partnerschaft gehört ebenso hierzu wie der sexuelle Übergriff durch eine Bekanntschaft, die sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz oder in der Schule, die Vergewaltigung durch einen Fremden, der sexuelle Missbrauch im Kindesalter oder das Gezwungenwerden zur Prostitution oder Mitwirkung an einem Pornofilm. Manipulation, Einschüchterung, Drohungen, Gefügigmachen durch Alkohol und Drogen oder körperliche Gewalt sind die Mittel, die die Täter anwenden, um die Betroffenen zu den sexuellen Handlungen zu bewegen.

Erforschung sexueller Gewalt: methodische Schwierigkeiten

Bereits seit einigen Jahrzehnten bemüht sich die Wissenschaft um ein umfassendes Verständnis der Problematik, gleichzeitig gestaltet sich das Forschungsfeld jedoch äußerst heterogen, sodass es nicht ganz einfach ist, allgemeingültige Aussagen zu formulieren und verlässliche Häufigkeitsangaben zu ermitteln. Dies hat v. a. damit zu tun, dass sich die meisten Studien ganz verschiedener Methoden bedienen und darüber hinaus unterschiedliche Klassifizierungen und Definitionen sexueller Gewalt verwenden. Begriffe wie sexueller Missbrauch, sexuelle oder sexualisierte Gewalt, sexuelle Viktimisierung, sexuelle Nötigung, ungewollter Sex oder auch Vergewaltigung werden nebeneinander verwendet und von den Autoren jeweils mit einem individuellen Begriffsverständnis versehen. Manche Studien untersuchen nur bestimmte Formen sexueller Gewalt (z. B. ungewollten sexuellen Körperkontakt, Vergewaltigung im Sinne einer erzwungenen Penetration), andere beziehen die gesamte Bandbreite ungewollter sexueller Erfahrungen mit ein. Oder sie be-

trachten das Vorhandensein sexueller Gewalterfahrungen über die gesamte Lebensspanne, während andere nur Ereignisse eines bestimmten Altersabschnitts – z. B. der Kindheit, der Adoleszenz oder des Erwachsenenalters – mit einbeziehen. Dies geschieht dann unter Verwendung unterschiedlicher Altersgrenzen oder sogar ganz ohne Definition eines zeitlichen Rahmens. Mal werden klinische, mal studentische Stichproben untersucht, immer häufiger jedoch auch Populationen aus der Allgemeinbevölkerung. Die einen Studien kontrollieren Drittvariablen sehr gründlich, andere kaum oder gar nicht. Um ein Untersuchungsergebnis richtig zu verstehen, ist es also zunächst einmal wichtig, sich mit den zugrunde gelegten Kriterien zu befassen, da es sonst kaum möglich ist, dessen Aussagekraft zu beurteilen.

Häufigkeit sexueller Gewalt

Trotz dieser methodischen Schwierigkeiten wissen wir heute, dass sexuelle Gewalt alles andere als selten ist. Zahlreiche bevölkerungsrepräsentative Untersuchungen der letzten Jahre belegen dies eindrücklich. So gaben in einer Studie aus den USA 19,3 % der Frauen und 1,7 % der Männer an, in ihrem Leben bereits einmal eine Vergewaltigung erlebt zu haben, 43,9 % der Frauen und 23,4 % der Männer wiesen Erfahrungen mit anderen Formen sexueller Gewalt auf (Breiding et al. 2014) (► Tab. 1-1).

Abhängig von den Umständen des sexuellen Übergriffs und dem psychischen Reifestand der Betroffenen können sich sexuelle Gewalterfahrungen unterschiedlich auf die psychosexuelle Entwicklung auswirken. Aus diesem Grund macht es Sinn, die Merkmale von sexuellen Gewalterfahrungen vor dem Hintergrund des Lebensalters zum Zeitpunkt der Ereignisse zu betrachten.

Sexueller Missbrauch in der Kindheit

Sexueller Missbrauch in der Kindheit ist der am besten untersuchte Teilbereich sexueller Gewalt. Angelehnt an die Definition der WHO lässt sich hierunter das »*Involvieren eines Kindes in eine sexuelle Handlung*« verstehen, »*zu der es keine Zustimmung geben kann, da es diese nicht voll versteht und dafür aufgrund seiner Entwicklung noch nicht vorbereitet ist. Diese Handlungen erfolgen zwischen dem betroffenen Kind und einem Erwachsenen oder einem anderen Kind, das sich aufgrund seines Alters oder Entwicklungsstands in einer verantwortlichen, vertrauten oder überlegenen Position befindet. Die Handlungen zielen auf die Befriedigung der Bedürfnisse der Person, die sie ausübt, und können Zwang und Ausbeutung einschließen, z. B. im Rahmen von Prostitution oder Pornographie*« (WHO 1999).

Sexuelle Missbrauchserfahrungen werden dann als besonders schwerwiegend betrachtet, wenn (Beitchman et al. 1992; Zoldbrod 2015)

- sie wiederholt oder über einen längeren Zeitraum stattfanden,
- es dabei zur Penetration kam,
- die Übergriffe sich innerhalb der Familie ereigneten,
- es mehrere Täter gab oder
- es dabei zur Anwendung körperlicher Gewalt kam.

Tab. 1-1 Häufigkeit verschiedener Formen sexueller Gewalt (Breiding et al. 2014)

	Frauen	Männer
Vergewaltigung (erzwungene Penetration durch Einsatz körperlicher Gewalt)		
Prävalenz	19,3 %	1,7 %
Tätergeschlecht	99 % männlich	79,3 % männlich
Tätertyp		
• aktueller oder früherer Intimpartner	45,4 %	29 %
• Familienmitglied	12,1 %	–
• Bekanntschaft	46,7 %	44,9 %
• unbekannt	12,9 %	–
Erzwungene Penetration ohne Einsatz körperlicher Gewalt		
Prävalenz	12,5 %	5,8 %
Tätergeschlecht	94,7 % männlich*	80,0 % weiblich
Tätertyp		
• aktueller oder früherer Intimpartner	74,1 %	69,5 %
• Familienmitglied	8,1 %	–
• Bekanntschaft	25,5 %	26,7 %
• unbekannt	–	–
Nötigung zur Penetration eines Täters/einer Täterin		
Prävalenz	0,6 %	6,7 %
Tätergeschlecht	94,7 % männlich*	82,6 % weiblich
Tätertyp		
• aktueller oder früherer Intimpartnerin	53,2 %	54,5 %
• Familienmitglied	–	–
• Bekanntschaft	–	43 %
• unbekannt	–	8,6 %

Tab. 1-1 Fortsetzung

	Frauen	Männer
Ungewollter sexueller Körperkontakt		
Prävalenz	27,3 %	10,8 %
Tätergeschlecht	94,7 % männlich*	54,7 % weiblich
Tätertyp		
• aktueller oder früherer Intimpartner	23,4 %	22,6 %
• Familienmitglied	22,1 %	6,1 %
• Bekanntschaft	47,2 %	51,8 %
• unbekannt	21,1 %	23,7 %
Ungewollte sexuelle Erfahrungen ohne Körperkontakt		
Prävalenz	32,1 %	13,3 %
Tätergeschlecht	94,7 % männlich*	46 % männlich; 43,6 % weiblich
Tätertyp		
• aktueller oder früherer Intimpartnerin	26,6 %	30,9 %
• Familienmitglied	15,1 %	7,2 %
• Bekanntschaft	33,5 %	39,2 %
• unbekannt	49,3 %	30,9 %

Tätergeschlecht: Häufigkeit ausschließlich männlicher bzw. weiblicher Täter

Tätertyp: Häufigkeit mindestens eines Übergriffs durch den jeweiligen Tätertyp

– Fallzahl zu gering, Angabe einer statistisch reliablen Häufigkeitsangabe nicht möglich

* Häufigkeitsangabe kumulativ für alle Formen sexueller Gewalt ohne Vergewaltigung

Die Kindheit ist eine äußerst vulnerable Phase im Hinblick auf die psychosexuelle Entwicklung. Die neurobiologischen und psychischen Fähigkeiten zur Bewältigung von belastenden Einflüssen sind noch nicht ausgereift, eine emotionale und kognitive Verarbeitung auf einer reflektierenden Ebene kann noch nicht im ausreichenden Maß stattfinden. Unter Umständen stellen die sexuellen Gewalterfahrungen für das betroffene Kind sogar die ersten Erfahrungen mit Sexualität überhaupt dar. Noch besteht kein positiver Bezugsrahmen, der die Übergriffe als »Ausnahme von der Regel« verstehen lässt. Vielen betroffenen Kindern ist deshalb zunächst nicht bewusst, dass ihnen Gewalt und Unrecht widerfährt. Vor allem solche Kinder, die

wiederholt oder regelmäßig sexuelle Gewalt erleben müssen, beginnen die grenzüberschreitende Art und Weise, wie mit ihnen umgegangen wird, und die unangenehmen Empfindungen, die die Missbrauchshandlungen in ihnen auslösen, vielmehr als »Normalität von Sexualität« zu begreifen. Vor allem dann, wenn der sexuelle Missbrauch ohne Anwendung körperlicher Gewalt stattfand, das Kind auch positive Aspekte damit verband – wie z. B. eine besondere Aufmerksamkeit und Zuwendung zu erhalten – oder es dabei zu einer unwillkürlichen körperlichen Erregungsantwort kam, ist oft eine anhaltende Verstörung im Bezug auf Sexualität die Folge.

Häufigkeit sexuellen Missbrauchs Erfreulicherweise war das Vorkommen sexuellen Missbrauchs in der Kindheit in Deutschland zuletzt rückläufig. Eine bevölkerungsrepräsentative Untersuchung im Auftrag der Deutschen Bundesregierung ermittelte für die 20 Jahre vor ihrer Durchführung einen Rückgang von sexuellem Missbrauch mit Körperkontakt bis zum 16. Lebensjahr von 5,7 % auf 1,8 % (speziell bei den Frauen von 9,4 % auf 2,9 %)¹ bzw. von 9,6 % auf 7,4 % bei den Frauen und von 3,2 % auf 1,5 % bei den Männern². Diese positive Entwicklung ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass es inzwischen seltener zu sexuellen Übergriffen im familiären Umfeld kommt (Stadler et al. 2012).

Begleitumstände sexuellen Missbrauchs Sexueller Missbrauch findet ganz überwiegend im vertrauten sozialen Umfeld der betroffenen Kinder statt. In der oben genannten Untersuchung beispielsweise wurden die Missbrauchshandlungen zu 49,1 % durch männliche Familienangehörige (v. a. Väter, Stiefväter, Onkel und Brüder) und zu 27,3 % durch männliche Bekannte verübt. Unbekannte Täter spielten nur in 19,8 % der Fälle eine Rolle. Die Täter nutzen die Nähe zum Kind, seine Arglosigkeit und das ihnen entgegengebrachte Vertrauen, um sexuelle Grenzüberschreitungen zu begehen. Oft besteht ein Abhängigkeits- oder Machtverhältnis, das es dem Täter erleichtert, das Kind – das die Bedeutung der sexuellen Handlungen noch nicht in vollem Umfang verstehen kann – zu manipulieren und zum Missbrauch zu bewegen. Fremde Täter hingegen haben aufgrund der fehlenden Beziehung zum Kind weniger Gelegenheit, schwere sexuelle Übergriffe zu begehen (Stadler et al. 2012). In etwa einem Drittel der Missbrauchsfälle handelt es sich um männliche Täter oder weibliche Täterinnen in der Adoleszenz (UBSKM 2016). Aber auch Kinder unter 14 Jahren sind eine relevante Tätergruppe. Vor allem ältere Kinder zwischen 12 und 14 Jahren fallen durch sexuell grenzverletzendes Verhalten auf (Mosser 2012).

Da der Einfluss auf das Kind und seine »Verfügbarkeit« für den Täter innerhalb der eigenen Familie am größten sind, kommt es in diesen Fällen besonders oft zu wiederholten oder sogar jahrelangen Übergriffen (Finkelhor u. Browne 1988). Eine Familie, in der sexuelle Gewalt stattfindet, verliert ihre haltgebende und schützende Funktion für das Kind. Die engsten Bezugspersonen, zu denen naturgemäß tiefe Bindungen bestehen, sind gleichzeitig diejenigen, die es verletzen und für

1 Vergleich dreier Alterskohorten (16–20 Jahre, 21–30 Jahre, 31–40 Jahre)

2 Vergleich der Gesamtstichprobe mit einer Vorläuferstudie von 1992

die Befriedigung ihrer eigenen Bedürfnisse ausnutzen. Muss ein Kind solche Erfahrungen machen, so verursacht dies einen tiefen Vertrauensbruch und hinterlässt verstörende Gefühle. Nicht selten wird ihm zudem durch den Täter suggeriert, es sei selbst für das Geschehene verantwortlich. Es wird zur Verschwiegenheit verpflichtet, indem der Täter ihm vermittelt, dass man es auslachen, bestrafen oder ihm schlichtweg nicht glauben wird, wenn es anderen Personen davon erzählen sollte. Nicht selten werden auch Einschüchterungen oder Drohungen ausgesprochen. Scham- und Schuldgefühle und die Angst vor Strafe halten das Kind schließlich davon ab, sich seinen Bezugspersonen anzuvertrauen und sich Hilfe zu suchen. Meist sind die betroffenen Kinder zudem bemüht, das Familiensystem – und damit auch den Täter – zu schützen, und bewahren das schlimme Geheimnis aus diesem Grund für sich. Kommt hinzu, dass enge Bezugspersonen – oft sogar die eigene Mutter – zwar von den Übergriffen wissen, aber dennoch nichts unternehmen, um es zu schützen, stellt dies einen weiteren empfindlichen Vertrauensbruch dar.

Auch in öffentlichen Institutionen wie Schulen, Sportvereinen, Freizeiteinrichtungen, Internaten und Heimen kommt es immer wieder zu sexuellen Übergriffen an Kindern. Die Täter sind in diesen Fällen entweder andere Kinder und Jugendliche oder erwachsene Bezugspersonen (Langmeyer u. Entleitner 2011; Stadler et al. 2012). Aufgrund der familienähnlichen Gestaltung des Zusammenlebens und der belastenden Vorerfahrungen und problematischen Familienverhältnisse vieler dort lebender Kinder scheint es in Heimen im Vergleich zu anderen Institutionen besonders häufig zu sexuellen Übergriffen zu kommen (Langmeyer u. Entleitner 2011). Sind die Täter Beschäftigte der Institution, so nutzen sie das Vertrauen, das ihrem Beruf und der Einrichtung von den Kindern und deren Eltern entgegengebracht wird, für sich aus. Indem sie auf einzelne Kinder besonders eingehen, binden sie sie an sich und bauen eine Nähe zu ihnen auf, die es ihnen ermöglicht, sexuelle Grenzüberschreitungen zu begehen.

Zu den schwersten Formen sexuellen Missbrauchs zählt die organisierte bzw. rituelle sexuelle Gewalt. In diesen Fällen sind die Täter mehrköpfige Gruppierungen, die Kinder aus ideologischen oder habgierigen Beweggründen systematisch und oft über Jahre hinweg sexuell ausbeuten und oft auch emotional und körperlich quälen. Unter diesen Gruppierungen finden sich Sekten, die Kinder in gewalttätigen Kultritualen misshandeln, wie auch kriminelle Organisationen, die Kinder für die Erstellung von pornografischem Material ausnutzen oder zur Prostitution zwingen. Oft sind die Familien der Kinder in die Handlungen involviert, sodass bereits ab der frühen Kindheit eine zielgerichtete Erziehung zum Gehorsam und zur Mitwirkung an den Gewalttaten erfolgt. Ein Schweigegebot und die kontinuierliche Präsenz der Täter im Leben der Betroffenen, die nicht selten bedroht, erpresst und verfolgt werden, verhindern den Ausstieg aus der kriminellen Gemeinschaft oft bis weit ins Erwachsenenalter hinein (Fliss u. Igney 2010).

Risikofaktoren für sexuellen Missbrauch Wie man den oben aufgeführten Prävalenzen bereits entnehmen kann, sind Mädchen sehr viel häufiger von sexuellem Missbrauch betroffen als Jungen. Kinder, die psychische und körperliche Misshandlungen oder Vernachlässigung erleben oder erlebt haben, tragen außerdem ein besonders hohes Risiko, zum Opfer sexueller Übergriffe zu werden. Die Täter haben

leichtes Spiel mit ihnen, weil sich diese Kinder ganz besonders nach Nähe und Zuwendung sehnen und gleichzeitig Grenzüberschreitungen gar nicht als solche begreifen. Sie freuen sich, dass ihnen Interesse entgegengebracht wird, und sind deshalb leichter zu sexuellen Handlungen zu verleiten. Ähnlich geht es Kindern, die sich in ihrer Peergroup als Außenseiter fühlen. Kinder, die sehr autoritär erzogen wurden, haben zudem gelernt, sich erwachsenen Bezugspersonen unterzuordnen, und wagen es deshalb nicht, sich gegen sexuelle Übergriffe zur Wehr zu setzen (UBSKM 2016). Weitere familiäre Bedingungen, die dazu beitragen können, dass ein Kind zum Opfer sexuellen Missbrauchs wird, sind z. B. eine geringe Unterstützung durch die Familie, das Beobachten häuslicher Gewalt, psychische Erkrankungen und Substanzmissbrauch der Eltern (Perez-Fuentes et al. 2013), das Fehlen eines oder beider Elternteile, mangelnde Wärme, ein geringes familiäres Einkommen und ein niedriger Bildungsstand der Mutter (Butler 2013). Eine weitere Gruppe, die ein besonders hohes Risiko für sexuelle Missbrauchserfahrungen trägt, sind Kinder mit Entwicklungs- und Verhaltensproblemen, die beispielsweise externalisierende und internalisierende Verhaltensweisen zeigen, Lernschwierigkeiten haben (Butler 2013) oder Intelligenzgemindert sind (Fergusson et al. 2013). Das Gleiche gilt für Kinder mit Behinderungen (BMFSFJ 2013). Hat ein Kind in der Vergangenheit schon einmal sexuellen Missbrauch erlebt, so ist das Risiko sehr hoch, dass es zu weiteren Übergriffen kommt (UBSKM 2016).

Geschlechtsspezifika sexuellen Missbrauchs Die sexuellen Missbrauchserfahrungen von Mädchen und Jungen scheinen sich in mehrerer Hinsicht voneinander zu unterscheiden. Bei Mädchen findet der sexuelle Missbrauch häufiger als bei Jungen im familiären Umfeld statt (Stadler et al. 2012), was möglicherweise auch erklärt, warum die sexuellen Übergriffe in einem jüngeren Alter beginnen (Najman et al. 2005) und über einen längeren Zeitraum andauern, während gleichzeitig die Altersdifferenz zum Täter größer ist als bei Jungen (Hall 2007). Zudem sind die Mädchen fast immer mit einem männlichen – und damit gegengeschlechtlichen – Täter konfrontiert, während Jungen es überwiegend mit gleichgeschlechtlichen und zu einem gewissen Anteil auch mit weiblichen Täterinnen zu tun haben. In der oben erwähnten Studie von Stadler z. B. gaben 98,4 % der betroffenen Frauen an, die Täter seien männlich gewesen, demgegenüber hatten 15,3 % der betroffenen Männer auch sexuelle Grenzüberschreitungen durch weibliche Täterinnen erlebt. Die betroffenen Frauen berichteten außerdem häufiger, der Täter habe den sexuellen Missbrauch initiiert, indem er »es einfach getan« habe (63,9 % gegenüber 43,3 %), während die betroffenen Männer sich häufiger dazu »verleitet« fühlten (39,2 % gegenüber 16,1 %). Weshalb Männer das Tätervorgehen anders beschreiben als Frauen, mag auch daran liegen, dass sie das Verhalten weiblicher Täterinnen anders empfinden als das männlicher Täter. Andererseits ist auch denkbar, dass dasselbe Täterverhalten durch Männer und Frauen verschieden bewertet wird (Stadler et al. 2012). Soziale Normen von Maskulinität machen es Männern mitunter schwer, sich selbst als Opfer zu betrachten, weshalb sie einen sexuellen Missbrauch unter Umständen nicht als solchen bezeichnen (Hall 2008). Handelt es sich um sexuell grenzüberschreitendes Verhalten unter Kindern, so beobachtet man Übergriffe von Kindern beider Geschlechter gegen Kinder beider Geschlechter (Mosser 2012).

Tab. 1-2 Alter der ersten sexuellen Gewalterfahrung

Erste Nötigung zum Sex mittels Zwang oder Einschüchterung (de Visser et al. 2014)			Erste Vergewaltigungserfahrung (Frauen) bzw. erste Nötigung zur Penetration eines Täters/einer Täterin (Männer) (Breiding et al. 2014)		
	Frauen	Männer		Frauen	Männer
< 9 Jahre	17,1 %	10,1 %	vor dem 18. Lj	40,4 %	21,3 %
9–12 Jahre	9,2 %	18,4 %	< 11 Jahre	12,1 %	k.A.
13–16 Jahre	25,0 %	19,7 %	11–17 Jahre	28,3 %	18,6 %
17–20 Jahre	30,4 %	28,7 %	18–24 Jahre	38,2 %	49,7 %
21–24 Jahre	9,6 %	11,6 %	25–34 Jahre	15,2 %	15,3 %
≥ 25 Jahre	8,6 %	11,3 %	35–44 Jahre	4,6 %	7,9 %
			≥ 45 Jahre	1,5 %	–

k.A. = keine Angabe

– Fallzahl zu gering, Angabe einer statistisch reliablen Häufigkeitsangabe nicht möglich

Sexuelle Gewalt in der Adoleszenz

Die Adoleszenz³ ist das Alter, in dem es am häufigsten zum ersten Mal zu einer sexuellen Gewalterfahrung kommt (► Tab. 1-2). Das Risiko für Frauen, Opfer eines sexuellen Übergriffs zu werden, liegt in der Adoleszenz viermal höher als in jeder anderen Altersgruppe (Rickert u. Wiemann 1998). Angesichts dieser Sachlage überrascht es, dass sich bisher vergleichsweise wenige Untersuchungen genauer mit dieser Risikogruppe befasst haben.

In der Mehrzahl der Fälle von sexueller Gewalt in der Adoleszenz sind die Täter den Betroffenen bekannt (Rickert u. Wiemann 1998). Oft ereignen sich die Grenzüberschreitungen im Rahmen von sogenannten »Dates« (WHO 2010), wobei die Betroffenen meist weiblich und die Täter meist männlich sind (Harner 2003). Ist es in der Kindheit bereits zu sexuellen Übergriffen gekommen – was das Risiko für sexuelle Gewalterfahrungen in der Adoleszenz erhöht (Lalor u. McElvaney 2010) –, so entgehen viele Betroffene im Zuge der fortschreitenden Ablösung vom Elternhaus nun immer mehr dem Zugriff der damaligen Täter. Dementsprechend reduziert sich die Zahl der innerfamiliären sexuellen Gewalterfahrungen mit zunehmendem

3 Es existiert keine allgemein verbindliche Festlegung der Altersgrenzen dieser Entwicklungsphase. Hier wird unter Adoleszenz der Zeitraum von Beginn der Pubertät bis zum vollen Erwachsensein verstanden.

Alter der Betroffenen, während es gleichzeitig immer häufiger zu sexuellen Übergriffen durch Datingpartner und Bekannte kommt (Macdowall et al. 2013).

Angesichts soziokulturell definierter Geschlechterrollen, die dem Mann die sexuelle Initiative und der Frau die Entscheidung über Zustimmung oder Ablehnung einer sexuellen Annäherung zuschreiben, müssen Frauen in der Lage sein, eigene Wünsche und Grenzen im Bezug auf Sexualität deutlich zum Ausdruck zu bringen und zu vertreten. Gelingt ihnen dies nicht, so können sexuelle Grenzverletzungen, ungewollte Schwangerschaften und sexuell übertragbare Erkrankungen die Folge sein (Morokoff et al. 1997). Junge Frauen in der Adoleszenz, die gerade beginnen, sich für Sexualität und intime Beziehungen zu interessieren, verfügen oft noch nicht über das nötige Wissen und die Erfahrung, die es braucht, um sexuelle Begegnungen selbstbestimmt zu gestalten. Dies macht sie vulnerabel für sexuelle Übergriffe (Rickert et al. 2002). In einer Untersuchung mit Mädchen und jungen Frauen im Alter von 14 bis 26 Jahren waren z. B. 18 % der Teilnehmerinnen der Überzeugung, kein Recht darauf zu haben, den Sex mit ihrem Partner zu unterbrechen. 19 % sagten nichts, wenn er zu grob mit ihnen umging, und 16 % meldeten sich nicht, wenn sie sich beim Sex etwas anderes wünschten (Rickert et al. 2002). Auch die Übernahme sogenannter »traditioneller Geschlechterrollen«, die von Frauen Unterordnung unter das männliche Geschlecht fordern, sowie bestimmte Vergewaltigungsmymthen (wie z. B. »Vergewaltiger sind Unbekannte, die ihren Opfern auf der Straße auflauern« oder »Wenn eine Frau sich aufreizend kleidet, kann der Mann nichts dafür, wenn er sich nicht beherrschen kann«), scheinen dazu beizutragen, dass junge Frauen in der Adoleszenz sexuell übergriffiges Verhalten unter Umständen zunächst gar nicht als einen sexuellen Gewaltakt begreifen (Harner 2003).

Mädchen und junge Frauen, die Alkohol oder Drogen konsumieren, sind besonders gefährdet, sexuelle Übergriffe zu erleiden (Rickert u. Wiemann 1998). In einer Untersuchung mit amerikanischen College-Studentinnen, die eine Vergewaltigung erlebt hatten, berichteten 41 % der Betroffenen, sich zum Zeitpunkt des Ereignisses durch Alkohol oder Drogen »deutlich beeinträchtigt« gefühlt zu haben, 21 % seien sogar »völlig außer Gefecht gesetzt« gewesen (Littleton et al. 2009). Auch Adoleszente mit Entwicklungs- und Verhaltensproblemen oder Behinderungen tragen ein erhöhtes Risiko, zum Opfer sexueller Übergriffe zu werden (BMFSFJ 2013).

Wenig ist bisher bekannt über die Situation von jungen Männern, die sexuelle Gewalt erleben. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass auch sie in einem relevanten Ausmaß hiervon betroffen sind und dass in diesen Fällen fast immer weibliche Täterinnen – zumeist die eigenen Partnerinnen – die Übergriffe verüben (Ybarra u. Mitchell 2013).

Sexuelle Gewalt im Erwachsenenalter

Auch im Erwachsenenalter kommt es überwiegend in Partnerschaften oder im Rahmen von Bekanntschaften zu sexuellen Grenzüberschreitungen. Unbekannte Personen treten weniger oft als Täter in Erscheinung (Testa et al. 2007) und auch Übergriffe durch Familienmitglieder spielen nur noch eine untergeordnete Rolle (Macdowall et al. 2013). Dabei ist sexuelle Gewalt im Erwachsenenalter keinesfalls

selten, wie eine bevölkerungsrepräsentative Studie aus den USA belegt: Immerhin 22 % der weiblichen und 3,8 % der männlichen Teilnehmer dieser Erhebung gaben an, im Erwachsenenalter sexuelle Gewalt unter Androhung oder Ausübung körperlicher Gewalt erlebt zu haben (Elliott et al. 2004). Generell ist davon auszugehen, dass Personen, die in der Kindheit oder Adoleszenz bereits sexuelle Gewalt erlebt haben, ein besonders hohes Risiko tragen, im Erwachsenenalter erneut sexuelle Übergriffe zu erleiden (Classen et al. 2005; Lalor u. McElvaney 2010).

Vor allem wenn es um sexuelle Grenzüberschreitungen durch weniger gut bekannte Täter geht, scheinen Alkoholkonsum und eine größere Anzahl früherer Sexualpartner bedeutende Risikofaktoren zu sein. Frauen, die sich immer wieder auf neue Sexualpartner einlassen, laufen Gefahr, dass sie irgendwann jemandem begegnen, der sich ihnen gegenüber übergriffig verhält (Testa et al. 2007). Der Alkoholkonsum beeinträchtigt außerdem die Fähigkeit, sich gegenüber ungewollten sexuellen Annäherungen wirkungsvoll abzugrenzen, und begünstigt auf diese Weise sexuelle Gewalterfahrungen (WHO 2010). Zu übermäßigem Alkoholkonsum kommt es typischerweise außerhalb des eigenen Zuhauses, wo Frauen zumeist auch auf ihre potenziellen Täter treffen, die den Alkohol womöglich sogar als Strategie nutzen, um ihre Opfer gefügig zu machen (Testa et al. 2007).

Auch im Erwachsenenalter stellen Personen mit Behinderungen eine besondere Risikogruppe dar. In einer bevölkerungsrepräsentativen deutschen Befragung von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen hatte mehr als jede dritte bis fünfte Teilnehmerin sexuelle Übergriffe im Erwachsenenalter erlebt (BMFSFJ 2013). Frauen mit stark einschränkenden Behinderungen (Casteel et al. 2008) und kognitiven Beeinträchtigungen (Martin et al. 2006) scheinen in besonderem Maße hiervon betroffen zu sein.

Sexuelle Gewalt gegen Männer ist ebenfalls ein relevantes Thema, das in der Literatur jedoch bisher wenig Beachtung findet, obwohl immerhin – so die Angaben der US-amerikanischen National Crime Victimization Survey – 9 % aller sexuellen Gewalttaten Männer betreffen (U. S. Department of Justice BoJS 2003). Dass es diese Forschungslücke gibt, scheint verschiedenen gesellschaftlichen, politischen und rechtlichen Umständen geschuldet zu sein, die gemeinsam dazu beitragen, dass das Thema in der wissenschaftlichen Wahrnehmung kaum präsent ist. So vermitteln zahlreiche Mythen und Geschlechterstereotypen bereits ein unzutreffendes Bild von sexueller Gewalt gegen Männer. Die Vorstellungen, dass ein Mann nicht vergewaltigt werden könne (Peterson et al. 2011), und es nicht möglich sei, dass eine Frau einen Mann zum Sex zwingt (Ybarra u. Mitchell 2013), führen etwa zur Negierung des Phänomens durch Frauen verübter sexueller Gewalt. Über mehr als drei Jahrzehnte ist das Thema sexuelle Gewalt zudem von feministischen Organisationen und Aktivistinnen bedeutend mitgeprägt worden, sodass in der öffentlichen Wahrnehmung die Rollen des weiblichen Opfers und männlichen Täters festgeschrieben erscheinen (Weiss 2010). Wird ein Mann durch einen gleichgeschlechtlichen Täter zum Sex gezwungen, so wird oft unterstellt, dass das Opfer homosexuell sei und den sexuellen Kontakt gewollt habe. Tatsächlich sind viele männliche Täter aber heterosexuell und in ihrer Motivation für den Übergriff weniger sexuell getrieben – vielmehr geht es um das Ausagieren von Macht, Wut

Tab. 1-3 Verteilung des Tätergeschlechts bei sexueller Gewalt gegen Männer in Abhängigkeit von der Art der Beziehung zwischen Opfer und Täter (Choudhary et al. 2010)

	Männlich	Weiblich
Aktuelle Intimpartner	1,49 %	13,26 %
Frühere Intimpartner	0 %	23,98 %
Freunde, Bekannte oder Kollegen	40,49 %	55,32 %
Eltern oder Stiefeltern	23,15 %	1,60 %
Unbekannt	34,87 %	5,84 %

und sadistischen Impulsen durch eine sexuelle Erniedrigung des Opfers (Bullock u. Beckson 2011). Selbst das Auftreten einer Erektion oder Ejakulation bei dem Betroffenen spricht nicht dafür, dass er den Handlungen zugestimmt hat oder sie ihm gar gefallen haben, denn eine Beteiligung körperlicher Sexualfunktionen kann rein reflexogen und ohne emotionales Lusterleben erfolgen (Bullock u. Beckson 2011). Gemeinsam mit der Annahme, dass sexuelle Gewalt gegen Männer kaum vorkomme, haben solche Vorstellungen dazu beigetragen, dass das Thema in der Vergangenheit sowohl wissenschaftlich als auch juristisch praktisch nicht von Belang war. So bezogen sich etwa die in der Gesetzgebung verankerten juristischen Definitionen sexueller Gewalt in den meisten US-amerikanischen Staaten bis in die 1980er-Jahre (Weiss 2010), in Großbritannien sogar bis 1994 (Bullock u. Beckson 2011), ausschließlich auf weibliche Opfer. Ein Grund dafür, dass das Thema sexuelle Gewalt gegen Männer auch im klinischen Bereich wenig präsent ist, mag darin liegen, dass betroffene Männer angesichts von gesellschaftlichen und kulturellen Normvorstellungen und persönlichen Überzeugungen zu Männlichkeit und Stärke meist nicht über das Geschehene sprechen (Weiss 2010). Vor allem heterosexuelle Männer scheinen damit Probleme zu haben, während es homosexuellen Männern offenkundig etwas leichter fällt, einer Person ihres Vertrauens von den belastenden Erfahrungen zu erzählen (Choudhary et al. 2010).

Sexuelle Gewalt gegen Männer wird sowohl von männlichen als auch von weiblichen Tätern verübt und findet in ähnlichen Kontexten statt wie sexuelle Gewalt gegen Frauen. Wie die National Crime Victimization Survey berichtet, handelt es sich bei der Mehrheit der versuchten und vollzogenen Vergewaltigungen um sogenannte »Date Rapes« durch zumeist weibliche Intimpartnerinnen oder Verabredungen (Weiss 2010). Eine andere bevölkerungsrepräsentative Studie aus den USA untersuchte die Verteilung des Tätergeschlechts in Abhängigkeit von der Art der Beziehung zwischen Opfer und Täter bei Männern, die Vergewaltigungen erlebt hatten (► Tab. 1-3).

Ein besonders hohes Risiko sexuell viktimisiert zu werden, tragen offenbar homo- und bisexuelle Männer, Patienten in Einrichtungen zur Behandlung psychischer Erkrankungen, Gefängnisinsassen sowie Veteranen (Peterson et al. 2011).

1.1.2 Nichtsexuelle Traumatisierungen

Zunehmend wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass auch nichtsexuelle Traumatisierungen sich nachteilig auf die Sexualität auswirken können. Entsprechende Zusammenhänge wurden bisher für nichtsexuelle Misshandlungen in der Kindheit, aber auch für andere nichtsexuelle Traumatisierungen beschrieben.

Nichtsexuelle Misshandlungen in der Kindheit

Nichtsexuelle Misshandlungen lassen sich folgendermaßen definieren (in Anlehnung an Wöller 2006).

- *Körperliche Gewalt*: Direkte Gewalteinwirkung auf das Kind durch Schlagen, Prügeln, Treten, Verbrennen, Verbrühen oder andere körperliche Schädigungen.
- *Emotionale Gewalt*: Entwerten, Erniedrigen, Beschuldigen, Ignorieren, Isolieren, Einschüchtern oder Quälen des Kindes.
- *Körperliche Vernachlässigung*: Unzureichende Versorgung und Gesundheitsfürsorge, die schwerwiegende Gedeih- und Entwicklungsstörungen zur Folge haben kann.
- *Emotionale Vernachlässigung*: Unzureichendes Beziehungsangebot durch die Eltern und ständige Wechsel der Bezugspersonen, mangelnde Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung, fehlende elterliche Aufsicht sowie Bagatellisieren der emotionalen Probleme des Kindes.

Wöller fasst die hier erwähnten Formen emotionaler Gewalt und Vernachlässigung unter dem Begriff Bindungs- und Beziehungstraumatisierung zusammen. Dazu führt er aus, dass emotionale Traumatisierung letztlich eine Missachtung aller elementaren psychischen Bedürfnisse eines Kindes darstellt – wie z. B. des Bedürfnisses danach, wahrgenommen zu werden, des Bedürfnisses nach Gespiegelt- und Gehaltenwerden und des Bedürfnisses, Schutz zu erfahren. Auch die Ausbeutung der psychologischen Angewiesenheit des Kindes zur eigenen Bedürfnisbefriedigung gehört hierzu (Wöller 2006).

Trotz teilweise rückläufiger Prävalenzen – etwa was das Auftreten körperlicher Gewalt im Elternhaus betrifft (Hellmann 2014) – kommen nichtsexuelle Misshandlungen in der Kindheit noch immer regelmäßig vor. Eine bevölkerungsrepräsentative deutsche Studie ermittelte z. B. die in Tabelle 1-4 dargestellten Häufigkeiten.

Die verschiedenen Misshandlungsformen lassen sich nicht eindeutig trennen und treten oft gemeinsam auf (Wöller 2006). Beispielsweise ist fast immer auch emotionale Gewalt im Spiel, wenn ein Kind geschlagen wird, außerdem ist der Gewaltakt selbst bereits ein Ausdruck fehlender Wärme und mangelnden Schutzes.

Emotionale Gewalt und Vernachlässigung erzeugen schwerwiegende Störungen der emotionalen Bindung an die Bezugspersonen, die sich in späteren zwischenmenschlichen Beziehungen durch eine erhöhte Ängstlichkeit, Misstrauen, Rückzug, Aufsässigkeit oder andere Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung äußern. Ein dauerhaft fehlendes oder unbeständiges Beziehungsangebot kann zudem zu chronischen Spannungszuständen mit extremer Angst, Hilflosigkeit und Verzweif-

Tab. 1-4 Häufigkeit von nichtsexuellen Misshandlungen in Kindheit und Jugend (Häuser et al. 2011)

Schweregrad	Emotionaler Missbrauch	Körperlicher Missbrauch	Emotionale Vernachlässigung	Körperliche Vernachlässigung
Kein/minimal	84,8 %	87,8 %	50,3 %	51,4 %
Gering/mäßig	10,3 %	6,5 %	35,5 %	19,6 %
Mäßig/schwer	3,0 %	2,8 %	7,3 %	18,0 %
Schwer/extrem	1,6 %	2,7 %	6,5 %	10,8 %

lung sowie dissoziativen Begleitsymptomen führen. Affektregulationsstörungen und ein desorganisierter Bindungsstil sind die Folge. Im späteren Leben weisen die Betroffenen oft eine erhöhte Stressempfindlichkeit auf, die v. a. den Umgang mit Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen – z. B. bei Partnerschaftskonflikten – und anderen Alltagsbelastungen erschwert (Sack 2010).

Andere nichtsexuelle Traumatisierungen

Eher vereinzelt sind in der Literatur auch Zusammenhänge von sexuellen Problemen und anderen nichtsexuellen Traumaerfahrungen beschrieben. Erwähnung finden z. B. sexuelle Störungen nach *Kriegs-* (Beaulieu et al. 2015; Kuwert et al. 2014), *Terror-* (Chiasson et al. 2005) und *Foltererfahrungen* (Theilade 2002), *Unfällen* (Deliramich u. Gray 2008) oder dem Erleben einer *nichtsexuellen Straftat gegen die eigene Person* (Letourneau et al. 1996). Auch nach *traumatischen Geburtserfahrungen* (McKenzie-McHarg et al. 2015) oder anderen *gynäkologischen Eingriffen* wie z. B. einem traumatisch verarbeiteten Schwangerschaftsabbruch (Bianchi-Demicheli et al. 2002) kann es mitunter zu sexuellen Schwierigkeiten kommen.

1.1.3 Reviktimisierung und Polyviktimisierung

Etwa zwei von drei Personen, die sexuelle Gewalt erlebt haben, erleiden im Verlauf ihres weiteren Lebens erneut sexuelle Übergriffe. Viele Betroffene geraten sogar immer wieder in Situationen, in denen ihre Grenzen nicht respektiert werden, sodass es zu *sexuellen Reviktimisierungen* kommt. Begannen die sexuellen Gewalterfahrungen in der Kindheit oder in der Adoleszenz, so setzen sie sich häufig bis ins Erwachsenenalter fort. Je häufiger es dabei in der Vergangenheit zu sexuellen Übergriffen kam und je schwerer sich diese gestalteten, desto höher ist das Risiko, erneut Opfer sexueller Gewalt zu werden – am höchsten ist es, wenn der letzte sexuelle Übergriff erst vor Kurzem stattfand (Classen et al. 2005). Emotionale und körperliche Gewalterfahrungen in der Kindheit (Van Bruggen et al. 2006) wie auch

ein problematischer familiärer Hintergrund (Classen et al. 2005) tragen zusätzlich zum Reviktimisierungsrisiko bei.

Wie häufig es bei Betroffenen mit sexuellen Gewalterfahrungen zu Reviktimisierungen kommt, hat eine bevölkerungsrepräsentative australische Studie untersucht: 32,7 % der betroffenen Frauen bzw. 35,3 % der betroffenen Männer hatten in ihrem Leben bisher zwei- bis fünfmal sexuelle Gewalt erlebt, 13,4 % bzw. 10,8 % mehr als sechsmal und 12,1 % bzw. 5,3 % waren zu oft viktimisiert worden, um es noch zählen zu können. Die Frauen und Männer, bei denen es bei einer einzigen sexuellen Gewalterfahrung geblieben war, machten weniger als die Hälfte der befragten Personen aus (de Visser et al. 2014).

Welche intrapersonellen, interpersonellen und soziokulturellen Faktoren ineinanderwirken, damit es zur sexuellen Reviktimisierung kommt, hat Grauerholz in einem Modell zusammengetragen (► Kasten).

Ökologisches Modell zu sexueller Reviktimisierung (Grauerholz 2000)

- Ontogenetische Entwicklung
 - *Folgen der initialen Viktimisierung*: Traumatische Sexualisierung, Ohnmacht und Stigmatisierung, geringer Selbstwert, erlernte Erwartung viktimisiert zu werden, dissoziative Störung, Alkohol- und Drogenkonsum, soziale Isolation, Weglaufen von zu Hause, frühe Schwangerschaft, Delinquenz
 - *Erfahrungen in der Familie*: Dysfunktion, Desorganisation und Auseinanderbrechen der Familie, Dysfunktion der elterlichen Beziehung, fehlende Unterstützung der Eltern, patriarchale Familienstruktur
- Mikrosystem
 - *Expositionsrisiko*: Traumatische Sexualisierung, Stigmatisierung, geringer Selbstwert, dissoziative Störung, Alkoholkonsum, Delinquenz
 - *Risikofaktoren für aggressives Täterverhalten*: Wahrnehmung des Opfers als »leichte Beute« infolge von Stigmatisierung, Ohnmacht, geringem Selbstwert, geringer sozialer/familiärer Unterstützung und dem Wissen um frühere sexuelle Übergriffe
 - *Gefühl des Täters, zur Aggression berechtigt zu sein* infolge traumatischer Sexualisierung, Wissen um frühere sexuelle Übergriffe, Betrachten des Widerstands als vorgespielt
 - *Unfähigkeit des Opfers, sich effektiv abzugrenzen*: reduzierte Fähigkeit zur Abgrenzung durch erlernte Erwartungen, Stigmatisierung, Ohnmacht und Alkoholkonsum
- Exosystem
 - *Mangel an Ressourcen*: Geringer sozioökonomischer Status, unsichere Lebensbedingungen, frühe Schwangerschaft, alleinerziehend, Scheidung
 - *Mangel an Alternativen* aufgrund von sozialer Isolation und geringer familiärer Bindung und Unterstützung
- Makrosystem
 - Kulturelle Tendenz, Opfern die Schuld für die Übergriffe zu geben
 - »Good-girl/bad-girl«-Verständnis von Femininität

Betroffene von sexueller Gewalt berichten zudem regelmäßig von weiteren, meist interpersonellen Traumaerfahrungen. Sogenannte *Polyviktimisierungen* sind dabei keine Seltenheit, was bedeutet, dass die Betroffenen in ihrem bisherigen Leben

bereits einer Vielzahl unterschiedlicher Gewalterfahrungen ausgesetzt waren. In einer bevölkerungsrepräsentativen US-amerikanischen Studie hatten z. B. 86 % der Kinder und Jugendlichen, die sexuelle Gewalterfahrungen aufwiesen, innerhalb eines Jahres mindestens vier, 45 % sogar mindestens sieben verschiedene Arten von Viktimisierung erlebt (Finkelhor et al. 2007). Nichtsexuelle Misshandlungserfahrungen in der Kindheit erhöhen sogar das Risiko, zusätzlich sexuelle Gewalt zu erleiden (Perez-Fuentes et al. 2013; WHO 2010). Dabei lässt sich eine Dosis-Wirkungs-Beziehung beobachten: Je mehr Formen nichtsexueller Misshandlung gleichzeitig vorliegen, desto schwerer gestalten sich in der Regel die sexuellen Gewalterfahrungen der Betroffenen (Dong et al. 2003).

Finden sexuelle Übergriffe innerhalb einer intimen Beziehung statt, so sind diese ebenfalls sehr oft von anderen Formen von Gewalt begleitet (Khalifeh et al. 2013). Die WHO definiert *Gewalt in intimen Beziehungen* deshalb als körperliche, psychische oder sexuelle Gewalt oder Kontrollverhalten durch einen aktuellen oder früheren Intimpartner (Heise u. Garcia-Moreno 2002). Immerhin 22,3 % der Frauen und 14,0 % der Männer berichteten in der bereits erwähnten Untersuchung von Breidung von schweren körperlichen Gewalterfahrungen, 8,8 % der Frauen und 0,5 % der Männer von Vergewaltigungen durch einen Intimpartner (Breiding et al. 2014). Ist es in der Vergangenheit bereits zu Gewalt in einer intimen Beziehung gekommen, so ist das Risiko erhöht, dass sich dies wiederholt (WHO 2010). Das legt auch eine weitere repräsentative Studie aus den USA nahe: 41,8 % der hier befragten Frauen, die innerhalb eines Untersuchungszeitraums von 2 Jahren sexuelle Gewalt durch einen Intimpartner erlebt hatten, gaben an, bereits früher vergleichbare Erfahrungen gemacht zu haben. Darüber hinaus hatten 45,6 % dieser Frauen sexuellen Missbrauch in der Kindheit, 37 % andere Formen sexueller Gewalt erlebt (Testa et al. 2007).

In heterosexuellen Gewaltbeziehungen sind die Opfer typischerweise Frauen und die Täter Männer, wobei immer wieder beobachtet wird, dass Opfer gleichzeitig auch als Täter in Erscheinung treten (Coker et al. 2002). Meist sind die Partner miteinander in einer gegenseitigen Abhängigkeit verstrickt (Cobia et al. 2008) und halten die Beziehung trotz Unzufriedenheit, Konflikten und sexuellen Außenkontakten aufrecht (WHO 2010). Dabei richten sie sich an sozialen Normen und Geschlechterrollen aus, die dem Mann eine dominante Position innerhalb der Beziehung einräumen und Gewalt gegenüber Frauen tolerieren (Abramsky et al. 2011). Kommt es zu sexuellen Übergriffen, so geschieht dies zumeist unter Anwendung von verbalem Druck und Manipulation. Dabei macht eine geringe Selbstbehauptungsfähigkeit es den Frauen einerseits schwer, sich gegenüber ungewolltem Sex abzugrenzen, und trägt andererseits auch dazu bei, dass sie sich nicht aus der Gewaltbeziehung lösen (Testa et al. 2007).

Auch für homo- und bisexuelle Personen ist Gewalt in intimen Beziehungen ein relevantes Thema. Bisexuelle Personen scheinen sogar eine besondere Risikogruppe darzustellen (► Tab. 1-5).

Tab. 1-5 Lebenszeitprävalenz von Vergewaltigung, körperlicher Gewalt und/oder Stalking durch einen Intimpartner (Walters et al. 2013)

	Frauen	Männer
Heterosexuell	35,0 %	29,0 %
Homosexuell	43,8 %	26,0 %
Bisexuell	61,1 %	37,3 %

Literatur

- Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health* 2011; 109. <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-109> (Zugriff am 23.1.2017).
- APA, American Psychological Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, D. C.: American Psychiatric Publishing 2013.
- Beaulieu GR, Latini DM, Helmer DA et al. An exploration of returning veterans' sexual health issues using a brief self-report measure. *Sexual Medicine Open Access* 2015. doi: 10.1002/sm2.92.
- Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE et al. A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1992; 1: 101–18.
- Bianchi-Demicheli F, Perrin E et al. Termination of pregnancy and women's sexuality. *Gynecol Obstet Invest* 2002; 1: 48–53.
- Breiding MJ, Smith SG, Basile KC et al. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization – national intimate partner and sexual violence survey, United States, 2011. *MMWR Surveill Summ* 2014; 8: 1–18.
- Bullock CM, Beckson M. Male victims of sexual assault: phenomenology, psychology, physiology. *J Am Acad Psychiatry Law* 2011; 2: 197–205.
- BMFSFJ, Bundesministerium für Familie Senioren, Frauen und Jugend. *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* 2013.
- Butler AC. Child sexual assault: risk factors for girls. *Child Abuse Negl* 2013; 9: 643–52.
- Casteel C, Martin SL, Smith JB et al. National study of physical and sexual assault among women with disabilities. *Inj Prev* 2008; 2: 87–90.
- Chiasson MA, Hirshfield S, Humberstone M et al. Increased high risk sexual behavior after September 11 in men who have sex with men: an Internet survey. *Arch Sex Behav* 2005; 5: 527–35.
- Choudhary E, Coben J, Bossarte RM. Adverse health outcomes, perpetrator characteristics, and sexual violence victimization among U. S. adult males. *J Interpers Violence* 2010; 8: 1523–41.
- Classen CC, Palesh OG, Aggarwal R. Sexual revictimization: a review of the empirical literature. *Trauma Violence Abuse* 2005; 2: 103–29.

- Cobia DC, Robinson K, Edwards L. Intimate Partner Violence and Women's Sexual Health: Implications for Couples Therapists. *Fam J* 2008; 3: 249–53.
- Coker AL, Davis KE, Arias I et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med* 2002; 4: 260–8.
- De Visser RO, Badcock PB et al. Experiences of sexual coercion in a representative sample of adults: the Second Australian Study of Health and Relationships. *Sex Health* 2014; 5: 472–80.
- Deliramich AN, Gray MJ. Changes in women's sexual behavior following sexual assault. *Behav Modif* 2008; 5: 611–21.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Bern: Huber 2006.
- Dong M, Anda RF, Dube SR et al. The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child Abuse Negl* 2003; 6: 625–39.
- Elliott DM, Mok DS, Briere J. Adult sexual assault: prevalence, symptomatology, and sex differences in the general population. *J Trauma Stress* 2004; 3: 203–11.
- Fergusson DM, McLeod GF, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse Negl* 2013; 9: 664–74.
- Finkelhor D, Browne A. Assessing the long-term impact of child sexual abuse: a review and conceptualization. In: Hotaling GT, Finkelhor D, Kirkpatrick JT, Straus MA (eds). *Family Abuse and Its Consequences: New Directions in Research*. London: Sage 1988; 270–84.
- Finkelhor D, Hotaling G, Lewis IA, Smith C. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse Negl* 1990; 1: 19–28.
- Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child Abuse Negl* 2007; 1: 7–26.
- Fliss C, Igney C. *Handbuch Rituelle Gewalt: Erkennen – Hilfe für Betroffene – Interdisziplinäre Kooperation*. Lengerich: Pabst Science 2010.
- Grauerholz L. An ecological approach to understanding sexual revictimization: linking personal, interpersonal, and sociocultural factors and processes. *Child Maltreat* 2000; 1: 5–17.
- Hall K. Sexual Dysfunction and Childhood Sexual Abuse – Gender Differences and Treatment Implications. In: Leiblum SR (Hrsg). *Principles and Practice of Sex Therapy*. New York: Guilford Publications 2007.
- Hall K. Childhood sexual abuse and adult sexual problems: a new view of assessment and treatment. *Fem Psychol* 2008; 4: 546–56.
- Harner H. *Sexual Violence and Adolescents: National Online Ressource Center on Violence Against Women* 2003. https://ncfy.acf.hhs.gov/sites/default/files/docs/17690-Sexual_Violence_and_Adolescents.pdf (Zugriff am 31.1.2017).
- Häuser W, Schmutzter G, Brahler E, Glaesmer H. Misshandlungen in Kindheit und Jugend. Ergebnisse einer Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 17: 287–94.
- Heise L, Garcia-Moreno C. *Violence by intimate partners. World report on violence and health: Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2002.*
- Hellmann DF. *Repräsentativbefragung zu Viktimisierungserfahrungen in Deutschland*. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e. V. (KfN) 2014.
- Khalifeh H, Hargreaves J, Howard LM, Birdthistle I. Intimate partner violence and socioeconomic deprivation in England: findings from a national cross-sectional survey. *Am J Public Health* 2013; 3: 462–72.

- Kuwert P, Glaesmer H, Eichhorn S et al. Long-term effects of conflict-related sexual violence compared with non-sexual war trauma in female World War II survivors: a matched pairs study. *Arch Sex Behav* 2014; 6: 1059–64.
- Lalor K, McElvaney R. Child sexual abuse, links to later sexual exploitation/high-risk sexual behavior, and prevention/treatment programs. *Trauma Violence Abuse* 2010; 4: 159–77.
- Langmeyer A, Entleitner C. Ein erschreckend häufiger Verdacht. *DJI Impulse* 2011; 3: 4–8.
- Letourneau EJ, Resnick HS, Kilpatrick DG et al. Comorbidity of sexual problems and posttraumatic stress disorder in female crime victims. *Behav Ther* 1996; 3: 321–36.
- Levin AP, Kleinman SB, Adler JS. DSM-5 and posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Psychiatry Law* 2014; 2: 146–58.
- Littleton H, Grills-Taquechel A, Axsom D. Impaired and incapacitated rape victims: assault characteristics and post-assault experiences. *Violence Vict* 2009; 4: 439–57.
- Maddowall W, Gibson LJ, Tanton C et al. Lifetime prevalence, associated factors, and circumstances of non-volitional sex in women and men in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet* 2013; 9907: 1845–55.
- Martin SL, Ray N, Sotres-Alvarez D et al. Physical and sexual assault of women with disabilities. *Violence Against Women* 2006; 9: 823–37.
- McKenzie-McHarg K, Ayers S, Ford E et al. Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research. *J Reproduct Infant Psychol* 2015; 3: 219–37.
- Messman-Moore TL, Brown AL. Child maltreatment and perceived family environment as risk factors for adult rape: is child sexual abuse the most salient experience? *Child Abuse Negl* 2004; 10: 1019–34.
- Morokoff PJ, Quina K, Harlow LL et al. Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: development and validation. *J Pers Soc Psychol* 1997; 4: 790–804.
- Mosser P. Sexuell grenzverletzende Kinder – Praxisansätze und ihre empirischen Grundlagen. Eine Expertise für das Informationszentrum Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung (IzKK). Deutsches Jugendinstitut e. V. 2012.
- Najman JM, Dunne MP, Purdie DM et al. Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: an Australian population-based study. *Arch Sex Behav* 2005; 5: 517–26.
- Perez-Fuentes G, Olsson M, Villegas L et al. Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. *Compr Psychiatry* 2013; 1: 16–27.
- Peterson ZD, Voller EK, Polusny MA, Murdoch M. Prevalence and consequences of adult sexual assault of men: review of empirical findings and state of the literature. *Clin Psychol Rev* 2011; 1: 1–24.
- Rickert VI, Sanghvi R, Wiemann CM. Is lack of sexual assertiveness among adolescent and young adult women a cause for concern? *Perspect Sex Reprod Health* 2002; 4: 178–83.
- Rickert VI, Wiemann CM. Date rape among adolescents and young adults. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1998; 4: 167–75.
- Rind B, Tromovitch P, Bauserman R. A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychol Bull* 1998; 1: 22–53.
- Sack M. *Schonende Traumatherapie: Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen*. Stuttgart: Schattauer 2010.
- Stadler L, Bieneck S, Pfeiffer C. *Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch 2011*. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e. V. (KFN) 2012.
- Testa M, VanZile-Tamsen C, Livingston JA. Prospective prediction of women's sexual victimization by intimate and nonintimate male perpetrators. *J Consult Clin Psychol* 2007; 1: 52–60.
- Theilade LD. [Sexual dysfunction in torture victims]. *Ugeskr Laeger* 2002; 41: 4773–6.

- U. S. Department of Justice BoJS. National Crime Victimization Survey (NCVS), 1992–2000. Ann Arbor, MI 2003.
- UBSKM, Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs. Was ist sexueller Missbrauch? <https://beauftragter-missbrauch.de/praevention/was-ist-sexueller-missbrauch/> (Zugriff am 1.4.2016).
- Van Bruggen LK, Runtz MG, Kadlec H. Sexual revictimization: the role of sexual self-esteem and dysfunctional sexual behaviors. *Child Maltreat* 2006; 2: 131–45.
- Walters ML, Breiding MJ, Chen D. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 findings on victimization by sexual orientation. National Center for Injury Prevention and Control of the Centers for Disease Control and Prevention 2013.
- Weiss KG. Male Sexual Victimization. Examining men's experiences of rape and sexual assault. *Men and Masculinities* 2010; 3: 275–98.
- WHO. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29–31 March 1999. Genf 1999.
- WHO. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Genf: World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine 2010.
- Widom CS, Czaja SJ, Dutton MA. Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse Negl* 2008; 8: 785–96.
- Wöller W. Was ist ein psychisches Trauma? Das psychotraumatologische Paradigma. In: Wöller W (Hrsg). *Trauma und Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Schattauer 2006; 11–24.
- Ybarra ML, Mitchell KJ. Prevalence rates of male and female sexual violence perpetrators in a national sample of adolescents. *JAMA Pediatr* 2013; 12: 1125–34.
- Zoldbrod AP. Sexual Issues in Treating Trauma Survivors. *Curr Sex Health Rep* 2015; 1: 3–11.

1.2 Folgen von Traumatisierungen für die Sexualität

Im Zusammenspiel mit anderen biopsychosozialen Einflüssen kann es nach traumatischen Erfahrungen zu individuellen Veränderungen kommen, die den Bereich der Sexualität betreffen. In der Literatur finden u. a. die in Tabelle 1-6 aufgeführten Veränderungen Erwähnung.

1.2.1 Veränderung oder Störung?

Nach Briken ist dann von einem sexuellen Symptom bzw. einer sexuellen Störung zu sprechen, wenn ein *Leidensdruck* oder eine *Gefährdung anderer Personen* besteht (Briken 2013). Aber auch wenn von einer erhöhten *Selbstgefährdung* auszugehen ist – wie etwa bei sexuellem Risikoverhalten –, kann dies durchaus als störungswertig und behandlungsbedürftig betrachtet werden. Umgekehrt bedeutet dies, dass das Auftreten einer bestimmten Veränderung, die den Bereich der Sexualität betrifft, nicht automatisch als Ausdruck einer sexuellen Störung zu werten ist. Dies ist von besonderer Bedeutung, wenn es z. B. um Fragen der sexuellen Orientierung geht. Obwohl es Hinweise darauf gibt, dass Homosexualität in einigen Fällen Ausdruck eines Versuchs sein kann, Misshandlungserfahrungen in der Kindheit zu bewältigen (► Exkurskasten S. 25), wäre es unzutreffend – wenn nicht sogar stigmatisierend –, an dieser Stelle von einer sexuellen Störung zu sprechen.

Tab. 1-6 Zusammenhänge zwischen Traumtypen und Veränderungen im Bereich der Sexualität

	Sexueller Missbrauch in der Kindheit	Sexuelle Gewalt im Erwachsenenalter	Nichtsexuelle Misshandlungen in der Kindheit	Andere nichtsexuelle Traumatisierungen
Hyposexualität bzw. Posttraumatische Belastungsstörung im Bereich der Sexualität	x	x	?	x
Hypersexualität	x	x	x	x
Risikosexualität	x ^a	x ^a	x	x
Sexuelle Funktionsstörungen	x	x	x	x
Sexuelle Orientierung	x ^b	x ^c	x ^b	x ^c
Sexuelle Aggression bzw. Täterschaft	x	x	x	x
Pädophilie	x	?	x	?
Sexuelle Störungen im Rahmen von psychischen Erkrankungen	x	x	x	x
Sexuelle Störungen im Rahmen von körperlichen Einschränkungen und Erkrankungen	x	x	x	x

x = Zusammenhang beschrieben

x^a = Vermutlich besteht ein bidirektionaler Zusammenhang (sexuelle Gewalt kann sexuelles Risikoverhalten bedingen, umgekehrt kann sexuelles Risikoverhalten sexuelle Viktimisierung zur Folge haben).

x^b = Möglicherweise besteht ein bidirektionaler Zusammenhang (sexuelle und nichtsexuelle Misshandlungen in der Kindheit nehmen vermutlich in einigen Fällen Einfluss auf die sexuelle Orientierung, umgekehrt kann die sexuelle Orientierung Anlass für Misshandlungen in der Kindheit sein).

x^c = Infolge einer homo- oder bisexuellen Orientierung kommt es vermehrt zu traumatischen Erfahrungen.

? = Datenlage unklar

Alle Angaben beruhen auf Daten, die in den verschiedenen Beiträgen des vorliegenden Buchs vorgestellt wurden (mit Ausnahme des Zusammenhangs von Pädophilie und sexuellem Missbrauch in der Kindheit – diese Angabe stützt sich auf eine Untersuchung von Lee [2002]).

Exkurs

In einer Kausalitätsstudie auf der Grundlage einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe ($n = 34.653$) schätzten Roberts et al. (2013) den Einfluss von sexuellem Missbrauch in der Kindheit auf die homosexuelle Anziehung auf 9%, für das Eingehen gleichgeschlechtlicher Partnerschaften auf 21% und für die homo- oder bisexuelle Identität auf 23%. Auch für nichtsexuelle Misshandlungen wurde ein Effekt auf die homo- oder bisexuelle Identität und das Eingehen gleichgeschlechtlicher Partnerschaften beobachtet. Grundsätzlich vermuten die Autorinnen einen bidirektionalen Zusammenhang von sexueller Orientierung und Misshandlungen in der Kindheit, der abhängig von der Art der Misshandlung und dem Geschlecht der Betroffenen variiert. Die Studie löste eine Kontroverse unter Experten aus, in deren Rahmen die Autorinnen wiederholt zu ihrem methodischen Vorgehen Stellung bezogen (Roberts et al. 2014; Roberts et al. 2015). Bis heute ist die Erkenntnislage bezüglich dieser Fragestellung uneindeutig bis widersprüchlich. Nicht wenige Autoren vertreten die Auffassung, dass Traumatisierungen keinerlei Einfluss auf die sexuelle Orientierung nehmen (► Kap. 10). Andererseits begegnen uns in der traumatherapeutischen Arbeit immer wieder Frauen, für die das männliche Geschlecht vor dem Hintergrund jahrelanger sexueller Missbrauchserfahrungen generell eine Bedrohung darstellt und die eine gleichgeschlechtliche Partnerin wählen, um sich in einer Partnerschaft sicher fühlen zu können (► Kap. 12.3, Fallbeispiel 3). Manchmal spielt in solchen Beziehungen Sex eine Rolle, manchmal geht es aber auch einfach darum, eine Gefährtin zu haben, mit der man das Leben teilen kann. Gelegentlich sehen wir zudem auch Männer, die in der Kindheit durch männliche Täter sexuell missbraucht wurden und später männliche Sexualpartner bevorzugen, irgendwann jedoch in eine Krise über ihre eigene sexuelle Identität und Orientierung geraten – nicht selten dann, wenn die Erinnerungen an den sexuellen Missbrauch eines Tages bewusster werden. Weitere Untersuchungen sind erforderlich, um diesen Sachverhalt genauer aufzuklären und herauszufinden, ob tatsächlich von einer bidirektionalen kausalen Beziehung von sexueller Orientierung und Misshandlungen in der Kindheit auszugehen ist – und wenn ja, über welche Einflusswege diese vermittelt wird.

In der Literatur wird überwiegend nicht unterschieden, ob eine traumaassoziierte Veränderung, die den Bereich der Sexualität betrifft, die o. g. Störungskriterien erfüllt oder nicht. Geht es um Risikosexualität, sexuelle Aggression bzw. Täterschaft oder Pädophilie, so ist dies zumeist offensichtlich. Bei der sogenannten »Hypo-sexualität« oder den sexuellen Funktionsstörungen hingegen kann aus dem Vorhandensein einer Veränderung nicht automatisch darauf geschlossen werden, dass sie auch klinisch relevant ist. Hinter einer geringen sexuellen Aktivität kann nämlich durchaus eine selbstbestimmte Entscheidung stehen, wenn die betreffende Person z. B. lieber auf Sex verzichtet, weil dieser für sie nicht attraktiv oder einfach nicht interessant ist. Auch sexuelle Funktionsstörungen stellen längst nicht immer eine Schwierigkeit für die Betroffenen oder ihre Beziehungen dar, sodass von dem körperlichen Funktionsausfall nicht selbstverständlich auf eine psychische Belastung (Stephenson et al. 2012) oder gar eine Behandlungsbedürftigkeit zu schließen ist. Eine bevölkerungsrepräsentative Studie aus den USA verdeutlicht diesen Aspekt, indem sie die Relevanz der Frage nach dem Leidensdruck aufzeigt: Bei 43,1% der Frauen, die an der Erhebung teilnahmen, lag mindestens ein sexuelles Problem vor, nur bei 12% war jedoch zusätzlich eine Belastung in Bezug auf die Sexualität feststellbar (Shifren et al. 2008). Anders als in der Literatur, wo die Begriffe »sexuelles Symptom« und »sexuelle Störung« oftmals übergreifend für störungswertige und

nicht störungswertige Veränderungen der Sexualität verwendet werden, macht es in der Praxis also Sinn, eine genauere Unterscheidung vorzunehmen, um einschätzen zu können, wann eine Behandlung angebracht ist und wann nicht (► Kap. 12.1.1).

1.2.2 Folgen von sexueller Gewalt

Folgen von sexuellem Missbrauch in der Kindheit

Ein Großteil der Literatur, die sich mit den Folgen von Traumatisierungen für die Sexualität befasst, konzentriert sich auf die Zusammenhänge von sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit und Veränderungen der Sexualität im Erwachsenenalter. Eine ganze Bandbreite sexueller Veränderungen und Störungsbilder wird mit sexuellen Missbrauchserfahrungen in Verbindung gebracht (► Tab. 1-6). Das individuelle Erscheinungsbild dieser Veränderungen berührt zumeist mehrere der folgenden Aspekte von Sexualität:

- den Bezug zu Sexualität
- den sexuellen Selbstbezug
- den sexuellen Körperbezug
- den sexuellen Partnerbezug und die sexuelle Beziehungsgestaltung
- das sexuelle Erleben
- die sexuelle Funktion
- das sexuelle Verhalten
- die sexuelle Zufriedenheit

Seit vielen Jahren konzentriert sich die Forschung v. a. auf die Folgen von sexuellem Missbrauch für die sexuelle Funktion, obwohl von verschiedenen Autoren immer wieder darauf hingewiesen wurde, dass die Betroffenen in der Regel unter einem viel breiteren Spektrum an sexuellen Veränderungen leiden, das über Probleme wie Lustlosigkeit, Erregungs- oder Orgasmusstörungen weit hinausgeht (Davis u. Petretic-Jackson 2000; O'Driscoll u. Flanagan 2015). Diese Einseitigkeit hat vermutlich auch damit zu tun, dass die sexuellen Funktionsstörungen anders als viele andere sexuelle Störungsbilder recht klar definiert und im DSM und in der ICD repräsentiert sind (► Kap. 5.1). Dabei scheinen sexuelle Funktionsstörungen zumindest bei weiblichen Betroffenen von sexuellem Missbrauch gar nicht so sehr im Vordergrund der sexuellen Schwierigkeiten zu stehen. Zwar sind sie nach sexuellen Missbrauchserfahrungen sehr häufig anzutreffen, sie lösen jedoch oftmals gar keinen nennenswerten Leidensdruck bei den Betroffenen aus (► Kap. 2), weshalb es in der Behandlung dann auch häufig um ganz andere Themen geht.

Risikofaktoren für die Entwicklung einer sexuellen Störung Ob es nach einer sexuellen Missbrauchserfahrung zu einer sexuellen Störung kommt, wie schwer diese ausfällt und ob sie chronifiziert, ist von verschiedenen Rahmenbedingungen abhängig: Neben der Art, der Schwere und den Umständen des Missbrauchs und dem Geschlecht der Betroffenen spielen in diesem Zusammenhang auch deren persönliche und familiäre Vulnerabilitäten sowie die Qualität der familiären, sozialen und professionellen Unterstützung, die nach dem Missbrauch zur Verfügung stand, eine Rolle (Vaillancourt-Morel et al. 2015).

Betroffene, die *Reviktimisierungen* – also wiederholte sexuelle Übergriffe – erlebt haben, weisen offenkundig schwerere sexuelle Störungen auf als Betroffene, bei denen dies nur ein einziges Mal der Fall war (Classen et al. 2005; Lemieux u. Byers 2008): Sie zeigen mehr sexuelle Probleme (Classen et al. 2005; Lemieux u. Byers 2008), mehr sexuelle Ängste und Schuldgefühle, mehr Orgasmusschwierigkeiten, eine geringere sexuelle Zufriedenheit (Mackey et al. 1991), einen geringeren sexuellen Selbstwert (Lemieux u. Byers 2008), mehr sexuelles Risikoverhalten (Classen et al. 2005; Senn et al. 2008) und auch mehr intra- und interpersonelle Schwierigkeiten (Classen et al. 2005). Verschiedene psychische Erkrankungen, die sich nachteilig auf die Sexualität auswirken können, wie z. B. posttraumatische Belastungsstörungen, dissoziative Störungen, depressive Störungen, Angststörungen und Suchterkrankungen, treten nach sexuellen Reviktimisierungen ebenfalls gehäuft auf (Classen et al. 2005). Auch wenn es im Rahmen der Missbrauchshandlungen zur *Penetration* kam, ist mit schwereren sexuellen Störungen zu rechnen (Lemieux u. Byers 2008; Najman et al. 2005; Stephenson et al. 2012).

Das *Geschlecht* der Betroffenen scheint insofern eine Rolle zu spielen, als dass Frauen sich durch einen sexuellen Missbrauch offenbar stärker in ihrer Sexualität beeinträchtigt fühlen als Männer, die nicht selten gar keine Verbindung zwischen ihrer aktuellen Sexualität und dem sexuellen Missbrauch herstellen (Hall 2007). Entsprechend entwickeln Frauen nach sexuellem Missbrauch auch häufiger sexuelle Probleme als Männer (Meston et al. 1999; Najman et al. 2005). Dies mag einerseits damit zusammenhängen, dass sich die sexuellen Missbrauchserfahrungen der beiden Geschlechter doch in wesentlichen Punkten unterscheiden (mehr wiederholter und intrafamiliärer Missbrauch bei den Frauen, mehr weibliche Täterinnen bei den Männern), andererseits reagieren Mädchen und Jungen aufgrund ihrer biologischen und gesellschaftlichen Prägung offenbar verschieden. So beschreibt Rind, dass betroffene Mädchen sexuellen Missbrauch in der Regel als einen bedrohlichen und unmoralischen Übergriff empfinden, auf den sie ängstlich und beschämt reagieren, während betroffene Jungen nicht selten etwas Abenteuerliches darin zu sehen scheinen, das eine gewisse Neugierde befriedigt und sogar angenehme Gefühle hervorrufen kann – v. a. dann, wenn der Missbrauch durch eine Frau verübt wird (Rind et al. 1998). Ob man jedoch davon sprechen kann, dass Männer durch sexuelle Missbrauchserfahrungen generell weniger Beeinträchtigungen davontragen als Frauen, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beurteilen, denn es gibt in der Literatur auch andere Befunde. So scheinen männliche Betroffene die negativen Auswirkungen sexueller Missbrauchserfahrungen auf ihr Leben nämlich vor sich und anderen Menschen eher zu leugnen, um den herrschenden Normen von Maskulinität gerecht zu werden – wodurch sie unter Umständen einen unzutreffenden Eindruck von sich und ihrer psychischen Situation vermitteln (Holmes et al. 1997). Grundsätzlich lässt sich der Literatur entnehmen, dass alle oben erwähnten sexuellen Veränderungen (► Tab. 1-6) sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit sexuellen Missbrauchserfahrungen auftreten können, wenn auch noch keine verlässlichen Angaben existieren, in welchem Verhältnis sie jeweils bei Frauen und Männern vorkommen.

Polarität sexueller Störungen nach sexuellem Missbrauch Ein Teil der sexuellen Störungen, die nach sexuellen Gewalterfahrungen anzutreffen sind, bewegt sich innerhalb einer Polarität, die auf der einen Seite durch eine *Aversion gegen Sexualität und das Vermeiden von sexueller Aktivität*, auf der anderen Seite hingegen durch ein *gesteigertes und oftmals riskantes Sexualverhalten* gekennzeichnet ist. Eine solche Symptomverteilung wird sowohl im Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit (Davis u. Petretic-Jackson 2000; Finkelhor u. Browne 1985; Lemieux u. Byers 2008; Vaillancourt-Morel et al. 2015) als auch nach sexuellen Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter (Campbell et al. 2004; Lemieux u. Byers 2008) beobachtet.

Entsprechend beschreiben viele Autoren die sexuellen Störungen von Betroffenen mit sexuellen Gewalterfahrungen im Lichte dieser Gegensätzlichkeit. Dabei werden Begriffe wie »Hypo- und Hypersexualität« (Rellini 2008; Schwartz 2008), »Unter- und Übersexualisierung« (Najman et al. 2005), »internalisierte und externalisierte sexuelle Symptome« (Aaron 2012; Colangelo u. Keefe-Cooperman 2012), »verminderte und gesteigerte Sexualität« (Lacelle et al. 2012b), »vermeidendes und zwanghaftes Sexualverhalten« (Vaillancourt-Morel et al. 2015) oder »sexuelle Aversion und übermäßige Beschäftigung mit Sexualität« (Noll et al. 2003) nebeneinander verwendet.

Auch ein alternierendes Auftreten dieser widersprüchlich anmutenden Symptombilder bei ein und derselben Person wird in der Literatur beschrieben. So gibt es Betroffene, bei denen sich Phasen sexueller Vermeidung und geringer sexueller Aktivität mit Phasen sexueller Überaktivität abwechseln (Davis u. Petretic-Jackson 2000; Najman et al. 2005; Noll et al. 2003; Rellini 2008; Vaillancourt-Morel et al. 2015). Noll spricht deshalb in diesem Zusammenhang auch von *sexueller Ambivalenz*.

Was die Gründe dafür sind, dass Betroffene von sexueller Gewalt auf so verschiedenartige Weise reagieren, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abschließend geklärt. Es existieren in der Literatur jedoch einige Hypothesen zu dieser Frage:

Noll machte z. B. die Beobachtung, dass die sexuelle Symptomatik bei Frauen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen abhängig von der *Art und Schwere der Missbrauchserfahrungen* variierte. So trat sexuelle Aversion bei den Teilnehmerinnen dieser Untersuchung v. a. dann auf, wenn die sexuellen Übergriffe in einem sehr jungen Alter begonnen und über einen längeren Zeitraum angedauert hatten und wenn sie ohne Anwendung von Gewalt verübt worden waren. Zu einer übermäßigen Beschäftigung mit Sexualität kam es hingegen, wenn der Beginn der Missbrauchserfahrungen später lag, die Dauer kürzer war, der Täter eine einzelne Person war, jedoch nicht der Vater, und wenig körperliche Gewalt im Spiel war. Sexuelle Ambivalenz wiederum wurde vorwiegend bei Betroffenen beobachtet, die zu Dissoziationen neigten. Das Oszillieren der sexuellen Symptome lässt sich deshalb möglicherweise als Wechsel von einem Ich-Anteil (»State«) in einen anderen verstehen (Noll et al. 2003).

Anders als Noll kam Aaron (2012) zu dem Schluss, dass v. a. das *Geschlecht* und das *Alter zum Zeitpunkt des Missbrauchs* darüber entscheiden, auf welche Weise die Betroffenen reagieren. Unterschiedliche kulturelle Prägungen von Mädchen und

Jungen und auch der psychische Entwicklungsstand des Kindes entscheiden nach Aarons Verständnis darüber, ob es bevorzugt den Täter oder aber sich selbst als »schlecht« wahrnimmt. Ein junges Kind, das die Fähigkeit noch nicht entwickelt hat, gut und schlecht in sich oder in anderen Personen zu integrieren, erlebt sich selbst als schlecht und reagiert mit externalisiertem Verhalten, indem es das Trauma zwanghaft nachstellt. Ein Teenager fasst das Geschehen jedoch schon anders auf. Er macht das Schlechte im Täter oder in der Sexualität fest, zeigt eher internalisierte Verhaltensweisen und entwickelt möglicherweise eine Phobie gegen Sexualität. Diese kindlichen Reaktionen manifestieren sich im Erwachsenenalter schließlich als hypersexuell-zwanghaftes Verhalten (externalisiert) bzw. als sexueller Rückzug und sexuelle Funktionsstörungen (internalisiert). Aaron stellte außerdem fest, dass sich hypersexuell-zwanghaftes Verhalten v. a. bei Männern, sexueller Rückzug und sexuelle Funktionsstörungen v. a. bei Frauen finden. In Übereinstimmung mit seiner Hypothese von Externalisierung und Internalisierung vermutet er den Grund für diese geschlechtsabhängige Verteilung darin, dass der sexuelle Missbrauch von Jungen überwiegend in der früheren Kindheit stattfindet, da Jungen in der Adoleszenz bereits in der Lage seien, sich gegen ungewollte Übergriffe zu wehren (Aaron 2012).

Büttner untersuchte in einer Stichprobe von Frauen und Männern mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung die geschlechtsabhängige Verteilung von hyposexuellen Störungen (i. S. v. »Vermeidung von Sexualität« und »Aversion gegen Berührung«) und hypersexuellen Störungen (i. S. v. »zwanghafter Sexualität« und »Risikosexualität«) und fand, dass hyposexuelle Störungen bei beiden Geschlechtern generell häufiger waren als hypersexuelle und zudem hyposexuelle Störungen bei den Frauen, hypersexuelle Störungen dagegen bei den Männern öfter auftraten als beim jeweils anderen Geschlecht. Allerdings war allein der Symptombereich »Vermeidung von Sexualität« signifikant mit sexuellen Missbrauchserfahrungen assoziiert (Büttner et al. 2014).

Rellini (2008) stellte ein Modell vor, das *physiologische, affektive und kognitive Komponenten der sexuellen Erregungsantwort* berücksichtigt. Vor dem Hintergrund empirischer Forschungsergebnisse erläutert die Autorin, dass bei Frauen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen im Vergleich zu anderen Frauen die sexuelle Erregungsantwort durch sexuelle Stimuli eher gehemmt und weniger gefördert wird. Die Gründe hierfür scheinen einerseits darin zu liegen, dass das sympathische Nervensystem, dessen Aufgabe es ist, die sexuelle Erregungsantwort zu bahnen, dies bei den Betroffenen nicht in ausreichendem Maße tut. Eine verstärkte Aktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse wirkt sich zusätzlich hemmend aus. Gleichzeitig reagieren Betroffene von sexuellem Missbrauch auch weniger als andere Frauen mit erregenden Affekten und Kognitionen auf sexuelle Stimuli, stattdessen schildern sie negative oder auch fehlende Reaktionen. Das Zusammenspiel dieser Mechanismen führt nach Auffassung von Rellini schließlich zur Hyposexualität. Zur Hypersexualität, so erklärt sie weiter, komme es dann, wenn intrusive sexuelle Gedanken ständig – auch ohne Anwesenheit sexueller Stimuli – eine physiologische Erregung auslösten und die Betroffenen aufgrund einer Impulsregulationsstörung keinen anderen Umgang damit fänden, als sich

immer wieder sexuell zu betätigen. Zu ambivalentem sexuellem Verhalten könne es entsprechend dann kommen, wenn beide Reaktionsmuster nebeneinander auftreten (Rellini 2008).

Wyatt befasste sich mit dem Einfluss der *sexuellen Sozialisierung innerhalb der Familie* und machte die Beobachtung, dass Betroffene von sexuellem Missbrauch als Erwachsene wenig Notwendigkeit sahen, sexuelles Verlangen zu kontrollieren, wenn in der Familie ein sehr offener Umgang mit Körperlichkeit, Nacktheit und Sexualität gepflegt wurde. Diese Betroffenen zeigten in sexuellen Situationen häufig ein besonders offensives Auftreten, das nicht selten in sexuelle Reviktimisierungen mündete. Waren die Betroffenen hingegen in Familien aufgewachsen, die den Themen Körperlichkeit und Sexualität mit Missachtung oder Verboten begegneten, so reagierten die sie eher mit einem starken Kontrollbedürfnis, was ihre sexuellen Impulse und das Ausleben von Sexualität betraf. Diese Betroffenen gehen nach Einschätzung der Autorin häufig davon aus, dass sie den Missbrauch durch ihr Verhalten provoziert haben, und fühlen sich deshalb wertlos und schuldig. Indem sie ihre sexuellen Bedürfnisse unterdrücken, versuchen sie, dafür zu sorgen, dass es nicht erneut zu sexuellen Übergriffen kommt (Wyatt et al. 1993).

Desorganisierte Bindungsmuster und eine *Neigung zu schnellen Wechseln der mentalen Zustände* bei Betroffenen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen werden ebenfalls mit sexueller Ambivalenz in Verbindung gebracht, und auch die *Entwicklungsphase, in der sich die Beziehung der Betroffenen befindet*, scheint eine Rolle zu spielen. Typischerweise weisen die Betroffenen zu Beginn einer Beziehung ein starkes sexuelles Interesse und eine hohe sexuelle Aktivität auf, die jedoch in eine sexuelle Vermeidung umschlagen kann, wenn sich die Bindung zum Partner vertieft (Vaillancourt-Morel et al. 2015). Auch der *Beziehungsstatus* der Betroffenen scheint mit dem Auftreten bestimmter sexueller Störungen in Verbindung zu stehen. Vaillancourt konnte z. B. in einer Untersuchung zeigen, dass die Missbrauchsschwere bei alleinstehenden Betroffenen mit mehr zwanghafter Sexualität, bei verheirateten Betroffenen mit mehr sexueller Vermeidung und bei Betroffenen, die mit einem Partner unverheiratet zusammenlebten, mit beidem – mehr zwanghafter Sexualität und mehr sexueller Vermeidung – assoziiert war (Vaillancourt-Morel et al. 2016).

Folgen von sexueller Gewalt im Erwachsenenalter

Sexuelle Gewalt im Erwachsenenalter scheint z. T. mit ähnlichen sexuellen Veränderungen verbunden zu sein wie sexueller Missbrauch in der Kindheit. Auch bei diesen Betroffenen finden sich sexuelles Vermeidungsverhalten, eine verringerte sexuelle Zufriedenheit (Lemieux u. Byers 2008), sexuelle Funktionsstörungen (Elliott et al. 2004; Lemieux u. Byers 2008), sexuelles Risikoverhalten sowie eine vermehrte sexuelle Aktivität (Campbell et al. 2004; Deliramich u. Gray 2008). Die meisten Studien unterscheiden allerdings nicht zwischen Betroffenen, bei denen es erstmals im Erwachsenenalter zu sexuellen Übergriffen gekommen ist, und solchen, die bereits in der Kindheit oder Adoleszenz Erfahrungen mit sexueller Gewalt gemacht haben. Entsprechend können sie oft nur bedingt eine Aussage darüber treffen, auf welche sexuellen Gewalterfahrungen die beobachtete sexuelle Symptomatik nun

tatsächlich zurückzuführen ist (Lemieux u. Byers 2008). Aus diesem Grund führte Lemieux eine Untersuchung durch, in der sexuelle Missbrauchserfahrungen in der Kindheit mitbetrachtet wurden, und fand, dass bestimmte sexuelle Symptome wie sexueller Rückzug, ein geringerer sexueller Selbstwert, mehr Gelegenheitssex und mehr ungeschützter Sex auch dann auftraten, wenn es in der Kindheit nicht zu sexuellen Übergriffen gekommen war. Obwohl diese Erkenntnisse aus wissenschaftlicher Sicht als vorläufig zu betrachten sind, so legen sie doch nahe, dass von einem unabhängigen Effekt sexueller Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter auf die Sexualität auszugehen ist.

1.2.3 Folgen von Gewalt in intimen Beziehungen

Auch Arbeiten, die die Auswirkungen von Gewalt in intimen Beziehungen auf die Sexualität spezifisch betrachtet hätten, finden sich kaum. Zwar wird gelegentlich erwähnt, dass Gewalt durch Intimpartner zu sexuellen Schwierigkeiten führen kann – und dies nicht nur innerhalb der Gewaltbeziehung selbst, sondern auch in Folgebeziehungen (Cobia et al. 2008), dieser Umstand ist jedoch bisher nicht eingehender untersucht worden. Darüber hinaus unterscheidet die Forschung nicht zwischen nichtsexuellen und sexuellen Formen von Gewalt in der Partnerschaft. Andere Arbeiten berichten, dass Erfahrungen von Gewalt durch Intimpartner im Zusammenhang stehen mit der Nichtanwendung von Verhütungsmethoden, sexuell übertragbaren Erkrankungen, der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen (Coker 2007; Laanpere et al. 2013), nichtmonogamem Verhalten, sexueller Dysfunktion (Coker 2007) und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (Laanpere et al. 2013). Außerdem ist bekannt, dass viele Betroffene von Gewalt in intimen Beziehungen psychische Erkrankungen wie Traumafolgestörungen, Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, Substanzabusus, somatoforme Störungen oder auch körperliche Erkrankungen entwickeln (WHO 2013), die sich auf indirektem Weg auf die Sexualität auswirken können.

1.2.4 Folgen von nichtsexuellen Misshandlungen in der Kindheit

Obwohl auch zu den sexuellen Folgen nichtsexueller Misshandlungen in der Kindheit bisher verhältnismäßig wenige Daten existieren, so werden in einzelnen Arbeiten doch zumindest einige Zusammenhänge beschrieben:

Nichtsexuelle Misshandlungen in der Kindheit und Veränderungen der Sexualität

Sexuelle Veränderungen bei Frauen

- assoziiert mit emotionaler Gewalt:
 - sexuelle Probleme (Davis et al. 2001; Lemieux u. Byers 2008; van Bruggen et al. 2006)
 - geringer sexueller Selbstwert (Lemieux u. Byers 2008; van Bruggen et al. 2006)
 - geringer »sexueller Gewinn« (i. S. eines angenehmen und befriedigenden sexuellen

tauschs, der Anstrengung erfordert oder Schmerz, Beschämung oder Angst erzeugt) (Lemieux u. Byers 2008)

- geringe sexuelle Zufriedenheit (Lemieux u. Byers 2008)
- sexuelle Funktionsstörungen (Lutfey et al. 2008)
- Angst vor Intimität (Davis et al. 2001)
- geringe sexuelle Aktivität (Lemieux u. Byers 2008)
- dysfunktionales sexuelles Verhalten (van Bruggen et al. 2006)
- Gelegenheitssex (van Bruggen et al. 2006)
- assoziiert mit körperlicher Gewalt:
 - sexuelle Probleme (Davis et al. 2001)
 - geringer sexueller Selbstwert (Lemieux u. Byers 2008)
 - sexuelle Außenbeziehungen (Colman u. Widom 2004)
 - Gelegenheitssex (Lemieux u. Byers 2008)
 - ungeschützter Sex (Lemieux u. Byers 2008)
- Nichtsexuelle Misshandlungen können möglicherweise in einigen Fällen die Entwicklung einer homo- bzw. bisexuellen Identität und das Eingehen gleichgeschlechtlicher Partnerschaften beeinflussen (Roberts et al. 2013)

Sexuelle Veränderungen bei Männern

- assoziiert mit emotionaler Gewalt:
 - sexuelle Unzufriedenheit (Meston et al. 1999)
 - sexuelle Gewalt gegen Erwachsene und Adoleszente (Tharp et al. 2013)
 - Pädophilie, Exhibitionismus oder multiple Paraphilien (Lee et al. 2002)
- assoziiert mit körperlicher Gewalt:
 - geringere sexuelle Aktivität (DiLillo et al. 2009)
 - sexuelle Gewalt gegen Erwachsene und Adoleszente (Tharp et al. 2013), gegen Frauen (WHO 2010) und gegen Kinder (Whitaker et al. 2008)
- Nichtsexuelle Misshandlungen können möglicherweise in einigen Fällen die Entwicklung einer homo- bzw. bisexuellen Identität beeinflussen (Roberts et al. 2013)

Sexuelle Veränderungen ohne Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede

- Sexuelles Risikoverhalten steht im Zusammenhang mit emotionaler Gewalt, Vernachlässigung (Norman et al. 2012; Thompson et al. 2016) und körperlicher Gewalt (Norman et al. 2012).

Zusätzlich werden in der Literatur einige Zusammenhänge beschrieben, die allgemeine partnerschaftliche Aspekte betreffen:

Nichtsexuelle Misshandlungen in der Kindheit und Partnerschaftsprobleme

Interpersonelle Probleme bei Frauen

- assoziiert mit emotionaler Gewalt:
 - geringes Vertrauen in den Partner (DiLillo et al. 2009)
 - partnerschaftliche Aggression (DiLillo et al. 2009)
- assoziiert mit Vernachlässigung: