

Melanie Büttner



Sexualität und Trauma

Grundlagen und Therapie
traumaassoziierter sexueller Störungen

Mit Geleitworten von Ulrich Clement und Martin Sack

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.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Schattauer

www.schattauer.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

Dateikonvertierung: Eberl & Koesel Studio GmbH, Krugzell

Printausgabe: ISBN 978-3-608-43188-9

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-29016-5

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

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 ausgezeichneten 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 Patiententinnen 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 post-traumatischer 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

Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Sexualtherapeutin und Sexualmedizinerin (DGfS)

Clemensstraße 32

80803 München

E-Mail: office@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 Konzentrative 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 Traumatypes 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 Helfer kollusion	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

This page intentionally left blank

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).

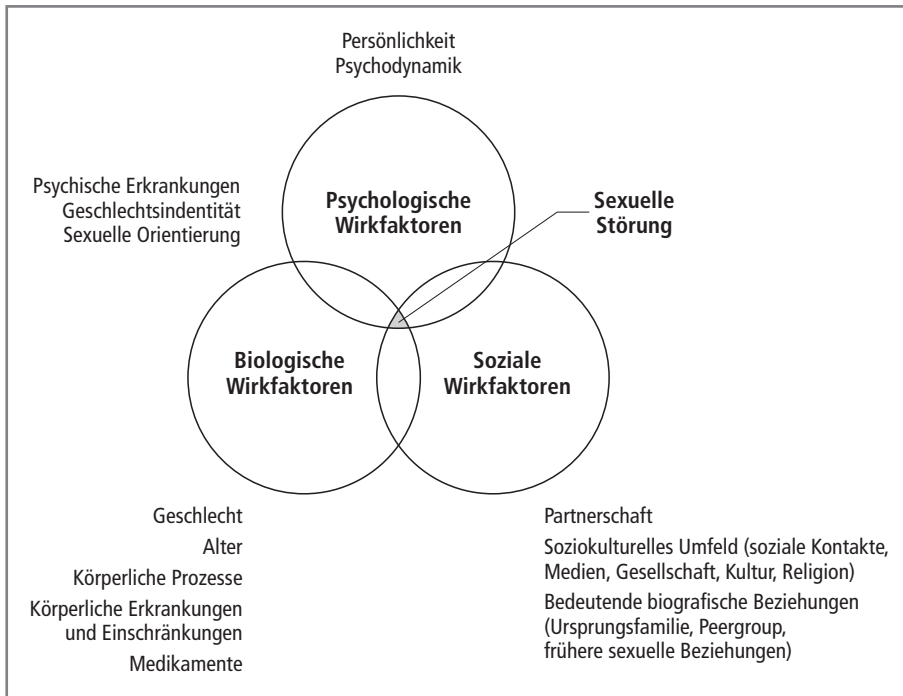


Abb. 1-1 Biopsychosoziales Modell sexueller Störungen

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 %