

Ärztliche PSYCHOTHERAPIE

Psychosomatische Medizin und Psychosomatische Grundversorgung

Sexualität im Lebenszyklus der Frau

Gewalt

Krankheit und Alter

Dating und Virtualität

Beziehungskonflikte bei Fontanes
Figuren



 **Schattauer**

www.aerztliche-psychotherapie.de

Schriftleiter

M. Neises, Aachen

V. Köllner, Teltow

W. Bertram, Stuttgart

N. Panitz, Berlin

M. Herrmann, Magdeburg

I. Pfaffinger, München

G. Hildenbrand, Lüdenscheid

H. Tegtmeyer-Metzdorf, Lindau

Organschaften



Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie e.V.



Vereinigung psychotherapeutisch
und psychosomatisch tätiger
Kassenärzte e.V.



Berufsverband der Fachärzte
für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie e.V.

Sexuelle Störungen von Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen

Melanie Büttner

Sexualsprechstunde der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum rechts der Isar, München

Schlüsselwörter

sexuelle Gewalt; Sexualität; posttraumatische Belastungsstörung; sexuelles Risikoverhalten; zwanghafte Sexualverhaltensstörung

Zusammenfassung

Sexuelle Gewalt ist häufig und wirkt sich schädigend auf die sexuelle Gesundheit aus. Trotz zum Teil drastischer Folgen für das Wohlergehen der Betroffenen findet das Thema bisher kaum Eingang in die Psychotherapie. Der Beitrag gibt einen Überblick über typische sexuelle Störungsbilder von Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen und zeigt Handlungsbedarfe auf.

Keywords

sexual violence; sexuality; posttraumatic stress disorder; sexual risk taking; compulsive sexual behavior disorder

Abstract

Sexual problems of women who experienced sexual abuse: Sexual abuse is common and has a compromising effect on sexual health. Despite the debilitating consequences for the well-being of those affected, the topic has so far hardly found its way into psychotherapy. The article gives an overview of typical sexual disorders of women with experiences of sexual abuse and points out the need for action.

Cite as Büttner, M. (2020). Sexuelle Störungen von Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen. *Ärztliche Psychotherapie*, 15(1), 13–18. DOI 10.21706/aep-15-1-13

Einleitung

Viele Frauen erfahren im Laufe ihres Lebens sexuelle Gewalt – am häufigsten als Erwachsene und in intimen Beziehungen, oft aber bereits in Kindheit und Jugend (s. Tab. 1). Zumeist bleibt es nicht bei einem einzelnen Übergriff: Etwa zwei von drei Betroffenen erleben wiederholt sexuelle Gewalt (Classen, Palesh & Aggarwal 2005), manche sogar so oft, dass sie es nicht mehr zählen können (de Visser et al. 2014). Zumeist sind sie außerdem noch anderen Formen von körperlicher oder emotionaler Gewalt ausgesetzt, wie beispielsweise für sexuell missbrauchte Kinder (Finkelhor, Ormrod & Turner 2007) und für Betroffene von sexueller Gewalt in intimen Beziehungen (Khalifeh et al. 2013) gezeigt werden konnte.

Wer Sexualität als gewaltvoll kennengelernt hat, hat später oft mit gravierenden Störungen in dem Bereich zu kämpfen – und zwar umso eher, je häufiger und je schwerer die Übergriffe waren (Classen, Palesh & Aggarwal 2005; Lemieux & Byers 2008). Vor allem wenn es dabei zur Penetration gekommen ist oder sich die Übergriffe bereits früh in

der Lebensgeschichte ereigneten – sie womöglich die ersten sexuellen Beziehungserfahrungen überhaupt waren –, ist mit tiefgreifenden Folgen für die psychosexuelle Entwicklung zu rechnen. Auch Betroffene, die außer sexuell noch körperliche oder emotionale Gewalt erlebt haben, weisen oft besonders schwere sexuelle Beschwerdebilder auf, sodass davon auszugehen ist, dass sich die Effekte der verschiedenen Gewalterfahrungen auf die Störungsgenese addieren (Seehuus, Clifton & Rellini 2015).

Welche sexuellen Störungen sind bei sexuell traumatisierten Frauen anzutreffen?

Die sexuellen Probleme von Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen sind sehr vielgestaltig und verhindern in vielen Fällen einen unbelasteten, selbstbestimmten und selbstfürsorglichen Umgang mit Sexualität. Studien, die darüber berichten könnten, wie verbreitet die verschiedenen sexuellen Störungen bei Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen sind, gibt es jedoch nur vereinzelt, zu man-

Sexueller Missbrauch in Kindheit und Jugend (mit Körperkontakt, bis zum 16. Lebensjahr) ^a	7,4%
Sexuelle Gewalt im Erwachsenenalter (durch Androhung oder Anwendung von körperlicher Gewalt zum Sex gezwungen) ^b	22%
Sexuelle Gewalt in Partnerschaften ^c vom aktuellen Partner zum Sex gezwungen von einem Ex-Partner zum Sex gezwungen	6% 25%

Tab. 1 Häufigkeit von sexueller Gewalt gegen Frauen in der Bevölkerung

^a Stadler, Bieneck & Pfeiffer 2012 (Deutschland)

^b Elliott, Mok & Briere 2004 (USA)

^c Müller & Schröttle 2004 (Deutschland)

chen Störungsbildern fehlen sie ganz. In meiner klinischen Tätigkeit in der Sexualsprechstunde und der Tagesklinik für Traumafolgestörungen am Klinikum rechts der Isar begegnen mir die nachfolgenden Beschwerdebilder besonders häufig.

Posttraumatische Belastungsstörung der Sexualität («Sexuelle PTBS»)

Fall 1: Mitte 30-jährige Patientin. Sexuelle Gewalt in Kindheit und Adoleszenz.

»Wenn ich nur eine Kusszene im Fernsehen sehe, ekelt es mich schon. Aber vor allem Sex finde ich abstoßend. Ich empfinde dabei nichts außer Schmerzen. Total angespannt bin ich dann, habe Panik und fühle mich ohnmächtig. Es gibt Tage, an denen macht es »unten« so dicht, dass sich der Penis nicht einmal einführen lässt. Manchmal tauchen auch Bilder vom Missbrauch auf oder Fantasien, in denen ich erniedrigt und gequält werde. Das ist furchtbar, erregt mich aber sehr stark, so dass ich schnell komme. Hinterher hasse ich mich dafür und mache mich fertig: Wie pervers bin ich, dass ich auf sowas reagiere? Ich habe es doch nicht anders verdient als missbraucht zu werden. Lust auf Sex habe ich nie. Stattdessen gehe ich dem so gut es geht aus dem Weg. Manchmal nehme ich vorher eine Tavor oder trinke eine halbe Flasche Wein, damit ich es aushalte. Aber wenn man eine Beziehung möchte, muss man ja mitmachen. Sex gehört schließlich dazu.«

Für einen Teil der Betroffenen ist Sex untrennbar mit den traumatischen Gewalterfahrungen verknüpft. Auslösereize wie das Beobachten von lustvollen Berührungen bei anderen, Gedanken an Sex oder bestimmte sexuelle Handlungen lassen die Erinnerungen daran wieder lebendig werden. Sie triggern schwer erträgliche Gefühle wie Abscheu, Ekel, Angst, Ohnmacht oder Wut und oft auch Bilder oder Gewaltfantasien mit missbrauchsähnlichen Inhal-

ten. Körpernahe Erinnerungen lassen manche Betroffene so fühlen, als seien sie noch immer im Genitalbereich verletzt oder vom Schweiß und Sperma des Täters beschmutzt (Büttner 2018a).

Dieses intrusive Erleben ist oft von starken muskulären Verspannungen im Körper begleitet. Betreffen sie den Beckenboden, wird die vaginale Penetration als schmerzhaft empfunden oder es gelingt nicht, den Penis einzuführen, weil die umliegende Muskulatur verkrampft (Paschinger & Büttner 2018; Ramakers & van Lunsen 2003). Junge Frauen, die eine Vergewaltigung erlitten hatten, wiesen in einer niederländischen Studie 2,7-mal häufiger Beckenbodendysfunktionen (durch Berührung oder Sex auslösbare Vulvodynie, generellen Stress, Beschwerden im unteren Urogenitaltrakt, Reizdarmsyndrome) auf als Frauen ohne Viktimisierungserfahrungen – und zwar, obwohl sie zuvor eine PTBS-Behandlung erhalten hatten (Postma et al. 2013). In einer Übersichtsarbeit wurde das Auftreten von sexuellen Schmerzstörungen (Vaginismus, Dyspareunie) bei Frauen, die in der Kindheit sexuellen Missbrauch erlitten hatten, auf 12 bis 35 % beziffert (Leonard & Follette 2002).

Der chronische Stresszustand, in dem das Nervensystem von Menschen mit Traumafolgestörungen verharret, scheint für diese Reaktion mitverantwortlich zu sein. Um den Organismus zu schützen, spannt sich die Muskulatur stark an und ermöglicht so eine »Freeze, flight, fight, or fright«-Reaktion (Gray 1988). Zwar sind Flucht und Kampf in der Regel keine Option für die Betroffenen, nicht wenige »erstarren« beim Sex jedoch angstvoll und fühlen sich unfähig, zu handeln oder mitzubestimmen, was geschieht.

Fall 2: Ende 20-jährige Patientin. Sexuelle Gewalt in Kindheit und Erwachsenenalter.

»Ich kriege wenig von dem mit, was beim Sex passiert. Zwar funktioniere ich dabei wie ein Roboter, bin aber wie ferngesteuert. Manchmal stockt mir der Atem und ich werde ganz steif – das nenne ich den »Totstellreflex«. Alles erscheint mir weit weg, als hätte ich nichts damit zu tun. Den Körper spüre ich nicht. Und wirklich gut erinnern kann ich mich hinterher auch nicht. Manchmal bin ich anschließend richtig entsetzt über mich, wenn mir der andere erzählt, was ich alles mitgemacht habe. Es ist auch schon passiert, dass ich hinterher Verletzungen an Vagina oder Po hatte, weil der Sex wohl sehr heftig war.«

Dissoziation spielt bei vielen Betroffenen eine Rolle, wenn es um Sex geht. Derealisation, Depersonalisation und Abwesenheitszustände mit anschließender Amnesie stellen Distanz zu dem überfordernden Erleben her (Büttner 2018a). Gefühlosigkeit und Taubheit im Intim- oder Be-

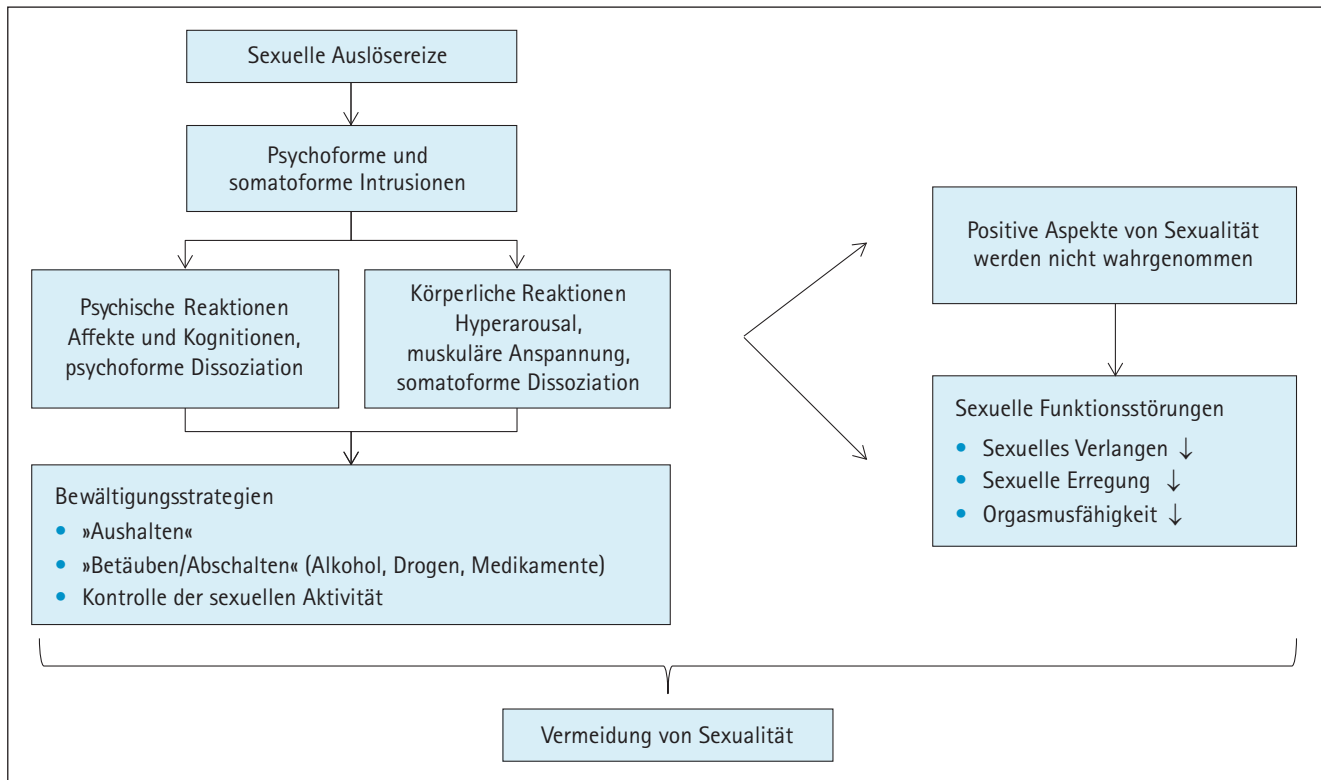


Abb. 1 »Sexuelle PTBS« (modifiziert nach Büttner 2018a)

ckenbereich, an Brüsten, Händen, Mund, Gesicht oder sogar dem gesamten Körper schützen vor einer Konfrontation mit Triggern. Oft waren die betroffenen Körperregionen in sexuelle Gewalthandlungen involviert. Wird heute erneut dorthin gespürt, löst das Ekel, Abscheu, Scham oder Angst aus. Auch sich dort berühren zu lassen, ist für viele Betroffene problematisch.

Dazu kommen Kognitionen, die Aufschluss darüber geben, wie stark sich die Betroffenen für das ablehnen, was sie erleben und wie ohnmächtig sie sich dabei fühlen: »Ich bin abartig«, »Ich bin selbst schuld an dem Missbrauch«, »Ich habe es nicht verdient, dass jemand auf meine Bedürfnisse eingeht« – Überzeugungen dieser Art machen es den Betroffenen zusätzlich schwer, Sexualität selbstfürsorglich und selbstbestimmt zu gestalten.

Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen in der Kindheit haben zudem öfter als andere mit Einschränkungen der sexuellen Funktion zu tun (Stephenson, Pulverman & Meston 2014). Leonard und Follette beschreiben beispielsweise in ihrer Übersichtsarbeit, dass 50–59 % der betroffenen Frauen ein verringertes Verlangen nach Sex aufweisen, 49–84 % Probleme mit der sexuellen Erregung und 18–45 % Schwierigkeiten haben, zum Orgasmus zu kommen

(Leonard & Follette 2002). Für viele von ihnen ist dieser Umstand jedoch nicht mit einem klinisch relevanten Leidensdruck verbunden, sodass auch nicht in jedem Fall eine sexuelle Funktionsstörung zu diagnostizieren ist. Stattdessen ist es die »normale« sexuelle Funktion, also das Vorhandensein von sexuellem Verlangen, Erregung und Orgasmen, das diese Frauen in Bedrängnis bringt (Stephenson, Hughan & Meston 2012). Viele Betroffene mussten in der Missbrauchssituation erleben, wie ihr Körper unwillkürlich mit Erregung und Orgasmen reagierte, und zwar trotz aversiver Gefühle und gegen ihren Willen. Empfinden sie heute erneut Lust und Erregung, so werten die Betroffenen dies nicht selten als Beleg dafür, dass sie »schlecht« sind und den Missbrauch gewollt oder sogar verdient haben. Nachvollziehbar, dass nicht wenige betroffene Frauen eher erleichtert sind, wenn sie nicht mit verstörenden Empfindungen dieser Art konfrontiert werden.

Wer Beschwerden wie die hier beschriebenen erlebt, ist in der Sexualität zumeist hochbelastet und meidet intime Kontakte, so gut es geht. Manche Betroffene verzichten deshalb sogar ganz auf eine Partnerschaft und Familiengründung. Andere wünschen sich zwar jemanden an ihrer Seite, haben Sex aber nur dann, wenn es sich nicht umgehen lässt. Oder wenn die Angst, sonst vom Partner verlassen zu werden,

stärker ist als die Angst vor der unangenehmen und verstörenden Sexualität. Einige Betroffene nehmen vorher Alkohol, Beruhigungsmittel oder Drogen zu sich, um besser ertragen zu können, was auf sie zukommt. Andere kontrollieren das sexuelle Geschehen bis in die kleinste Einzelheit, um Trigger zu umgehen (Büttner 2018a).

Diagnostisch fassen lassen sich diese Beschwerden zumeist unter der Diagnose einer (komplexen) posttraumatischen Belastungsstörung, die sich im Bereich der Sexualität äußert. Nach Ausschluss organmedizinischer Ursachen können zusätzlich eines oder mehrere der folgenden Krankheitsbilder vorliegen:

- Nichtorganische Dyspareunie oder Vaginismus (nach ICD-11 zukünftig »sexuelle Schmerzstörung«)
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
- Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung

Sexuelles Risikoverhalten

Fall 3: Anfang 40-jährige Patientin. Sexuelle Gewalt in der Kindheit.

»Wenn die Einsamkeit nicht mehr auszuhalten ist, sehe ich mich online um. Auf Sexkontakt-Seiten findet man am ehesten jemanden, mit dem man sich treffen kann. Ich habe immer die Hoffnung, dass sich mal einer in mich verliebt und bei mir bleibt. Deshalb versuche ich soweit es geht, auf die Wünsche des anderen einzugehen und nicht zu zimperlich zu sein. Wenn er sieht, dass ich mich beim Sex gut um ihn kümmere, will er mich vielleicht wiedersehen. Ich denke mir zwar manchmal, dass es gut wäre, ein Kondom zu nehmen, und analsex mag ich auch nicht. Aber wenn ich dem anderen das sage, lässt er mich vielleicht sitzen. Ein paarmal ist das schon schiefgegangen. Einer der Männer, die ich getroffen habe, hat beim Sex plötzlich angefangen, mich zu schlagen. Ich konnte nur mit Mühe und Not weglaufen. Ein andermal war ich mit einem Mann in dessen Wohnung verabredet, als plötzlich noch ein zweiter auftauchte. Ich wollte nicht mit beiden schlafen, konnte aber auch nicht richtig Nein sagen, als sie mich plötzlich angefasst haben.«

Wer sexuelle Gewalt erlebt hat, hat nicht selten Schwierigkeiten damit, Risiken in der Sexualität richtig einzuschätzen, seine persönlichen Grenzen gegenüber einem Partner zu vertreten und so für eine ausreichende Sicherheit zu sorgen. Manche Betroffene lassen sich immer wieder auf ungeschützten Sex und riskante Sexpraktiken mit wechselnden und wenig bekannten Partnern ein und konsumieren größere Mengen Alkohol oder Drogen im Zusammenhang mit Sex. Dadurch steigt jedoch ihr Risiko, beim Sex Ver-

letzungen davonzutragen, sich mit einer sexuell übertragbaren Erkrankung zu infizieren und ungewollt schwanger oder erneut Opfer von sexueller Gewalt zu werden. Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen sind außerdem öfter als andere als Sexarbeiterinnen tätig und in dieser Tätigkeit nicht selten besonderen Gefahren ausgesetzt. Hinter dem riskanten Umgang mit Sex stehen oft ungestillte Beziehungsbedürfnisse wie Wünsche nach Zuwendung und Aufmerksamkeit oder Ängste, ignoriert und verlassen zu werden, wenn die Betroffenen die Ansprüche des anderen nicht erfüllen. Auch selbstschädigende Impulse und Selbsthass können Triebfeder für ein solches Verhalten sein. Werden zusätzlich Alkohol oder Drogen konsumiert, fällt es den Betroffenen noch schwerer, Gefahren zu erkennen und sich angemessen davor zu schützen (Büttner 2018b).

Fall 4: Ende 40-jährige Patientin. Sexuelle Gewalt in der Kindheit und Jugend.

»Diese Gewaltsex-Fantasien begleiten mich schon seit der Kindheit. Früher habe ich mich selbst dafür bestraft, dass ich sie hatte. Dann habe ich jemanden kennengelernt, der mir erklärt hat, dass ich wohl auf sadomasochistischen Sex stehe. Er hat mich in die Szene eingeführt. Ich habe mich ausgeliefert und quälen lassen, Regeln und Grenzen gab es nicht. Das fühlte sich unglaublich intensiv und vertraut an, aber hinterher war ich immer völlig fertig. Ich hatte einen psychischen Zusammenbruch nach dem anderen und habe immer mehr dissoziiert. Erst als ich mich meiner Therapeutin anvertraut habe, ist mir allmählich klargeworden, dass ich im SM mein Trauma jedesmal aufs Neue durchmache.«

Zwanghafte Sexualverhaltensstörung

Fall 5: Anfang 40-jährige Patientin. Sexuelle Gewalt in der Kindheit.

»Es gab Tage, da brauchte ich drei oder vier verschiedene Männer. Nach dem Sex setzte immer diese Leere ein, so ein dumpfes, drückendes Gefühl, sodass der nächste Mann hermusste. Ich war wie getrieben, konnte mich gar nicht mehr wirklich kontrollieren und kam kaum hinterher damit, die Treffen zu organisieren. Außerdem kostete es immer mehr Zeit. Immer öfter habe ich mich in der Arbeit krankgemeldet. Der Schritt, damit mein Geld zu verdienen, lag deshalb irgendwann auf der Hand. Inzwischen arbeite ich in einem Sexclub und schlafe mit 10 bis 15 Männern am Tag. Abends bin ich ausgepowert und spüre nichts mehr. Und wenn ich mich trotzdem down fühle, trinke ich, damit die Gefühle weggehen.«

Wenn ein unkontrollierbarer Drang danach besteht, Sex zu haben – mit demselben oder mit wechselnden Partnern – Pornos zu schauen oder zu masturbieren, wird oft von

Sexsucht oder Hypersexualität gesprochen. Zugrunde liegt meist eine Impulskontrollstörung mit suchartigen, zwanghaften oder dissoziativen Zügen (Bancroft 2008), die dazu dient, belastende Gefühle und depressive Verstimmungen zu regulieren (Hartmann 2017). Außer sexuellen Gewalterfahrungen wurden auch Vernachlässigung (Hall 2011) und körperliche oder emotionale Gewalt in der Kindheit (von Franqué & Briken 2018a) als Risikofaktoren für die Entwicklung beschrieben. In der ICD-11 wird das Beschwerdebild zukünftig als »Zwanghafte Sexualverhaltensstörung« vertreten sein. Eine bevölkerungsrepräsentative Studie aus den USA beobachtete bei 7 % aller befragten Frauen einen klinisch relevanten Leidensdruck oder Einschränkungen im Zusammenhang mit Problemen, sexuelle Gefühle, Impulse und Verhalten zu kontrollieren (Dickenson, Gleason & Coleman 2018). Eine andere Studie untersuchte auch Frauen, die in der Kindheit sexueller Gewalt ausgesetzt waren. Bei 5 % von ihnen fanden sich schwerwiegende Problemen im Zusammenhang mit sexueller Zwanghaftigkeit (Vaillancourt-Morel et al. 2015).

Verunsicherung bezüglich der sexuellen Orientierung und des Geschlechterlebens

Einige Frauen, die in der Vergangenheit sexueller Gewalt durch männliche Täter ausgesetzt waren, fühlen sich in der Beziehung zu einem Mann nicht sicher und wählen deshalb weibliche Partnerinnen. Manche dieser Frauen teilen Körperlichkeit und Sexualität mit ihrer Partnerin, für andere ist das nicht von Bedeutung. Auch das Geschlechtererleben kann verändert sein, beispielsweise wenn eine Frau mit sexuellen Gewalterfahrungen lieber ein Mann wäre und die Brüste operativ entfernen lassen möchte, weil sie in ihrem Empfinden dadurch zur Zielscheibe für weitere Übergriffe wird. Belastet sind die Betroffenen vor allem, wenn sie hierdurch in ihrer Identität verunsichert sind, Schwierigkeiten im Coming-out-Prozess erleben oder für ihr »Andersein« stigmatisiert werden. Eine bevölkerungsrepräsentative Studie aus den USA, die der Frage nachging, ob sexuelle Missbrauchserfahrungen bei der Entwicklung der sexuellen Orientierung eine Rolle spielen können, schätzte deren Einfluss für das Eingehen gleichgeschlechtlicher sexueller Kontakte auf 21 %, für die homosexuelle Anziehung auf 9 % und für die homo- oder bisexuelle Identität auf 23 % (Roberts, Glymour & Koenen 2013).

Wo besteht Handlungsbedarf?

Trotz des Leidensdrucks und der Einschränkungen, die für viele Betroffene damit einhergehen, sind Traumafolgestörungen im Bereich der Sexualität bis heute unterdiagnostiziert und unterbehandelt (O'Driscoll & Flanagan 2016). Über

das »Tabuthema« Sexualität wird in Psychotherapien generell wenig gesprochen (Hoyer 2013). Die Patientinnen sind sich zumeist unsicher, ob »das dahin gehört«, schämen sich vielleicht und wollen keinen schlechten Eindruck hinterlassen. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wiederum fassen sexuelle Störungen noch zu oft als »Lebensqualitätsthema« auf, das nicht so bedeutsam ist, und um das man sich vielleicht kümmern kann, wenn nach der Bearbeitung der Probleme »im Vordergrund« noch Zeit dafür ist.

Manchmal mag das auch stimmen. Angesichts des Ausmaßes an Selbstschädigung, das den Umgang von gewaltbetroffenen Frauen mit Sexualität oft kennzeichnet, greift eine solche Haltung jedoch zu kurz. Traumabezogene sexuelle Störungen tragen als Risikofaktoren zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen bei oder können Ausdruck einer solchen sein. Finden sie in der Behandlung keine ausreichende Berücksichtigung, können wiederkehrende Destabilisierungen die Folge sein.

Auch die Sorge, Intrusionen und Dissoziation auszulösen, gar zu »retraumatisieren«, spielt bisweilen eine Rolle, wenn das Thema Sexualität in der Arbeit mit traumatisierten Patientinnen ausgeklammert wird. Unser klinischer Eindruck zeigt jedoch, dass Gespräche über Sexualität mit vielen Betroffenen gut möglich sind, wenn man dabei traumasensibel und behutsam vorgeht, und dass die Arbeit mit dem Thema von ihnen zwar mitunter als fordernd, oft aber vor allem als entlastend erlebt wird.

In der Psychosomatischen Klinik am Klinikum rechts der Isar behandeln wir Betroffene im Einzel- und Gruppensetting. Unser Ansatz integriert traumatherapeutische, sexualtherapeutische, systemische, aber auch physio- und körpertherapeutische Elemente (Büttner & Paschinger 2018). Wir machen dabei die Erfahrung, dass die betroffenen Frauen in der Regel sehr dankbar sind, therapeutische Unterstützung im Umgang mit ihren sexuellen Problemen zu erhalten, und dass sie gut von einer Behandlung profitieren, die die sexuelle Selbstfürsorge und Selbstbestimmung in den Mittelpunkt rückt.

Bis heute gibt es keine empirisch validierten Behandlungskonzepte und auch keine breite klinische Behandlungserfahrung, auf die Therapeuten zurückgreifen können, die sich in diesem Bereich fortbilden wollen. Auch in die Fort- und Weiterbildungen für Psychotherapeuten und Ärzte ist das Thema bisher nicht eingebunden. Deshalb ist es erfreulich, dass der Deutsche Ärztetag 2018 entschieden hat, eine Zusatzbezeichnung »Sexualmedizin« in der Musterweiterbildungsordnung zu verankern, die auch die »Störungen der Sexualität im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalterfahrung, Missbrauch oder Traumatisierung« als ein Indika-

tionsgebiet festlegt. Aktuell befasst sich die Arbeitsgruppe »Trauma und Sexualität« der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) damit, einen Unterrichtsblock »Traumafolgestörungen der Sexualität« für das zukünftige Curriculum auszuarbeiten. Damit wird Ärztinnen und Ärzten deutschlandweit ermöglicht, nicht nur eine zertifizierte sexualmedizinische Ausbildung zu erwerben, sondern auch Zugang zu traumasensiblen Therapiemethoden zu erhalten.

Um die Versorgungssituation von Betroffenen zu verbessern, braucht es jedoch noch mehr: Psychotherapeutinnen, die sich des Themas annehmen, Aus- und Weiterbilder, die es vermitteln, und Forscherinnen, die uns fundierte Erkenntnisse für das therapeutische Vorgehen liefern. Es wäre schön, wenn sich das in der Zukunft entwickeln ließe.

Interessenskonflikt

Nach Angabe der Autorin besteht kein Interessenskonflikt.

Literatur

- Bancroft, J. (2008). Sexual Behavior that is »Out of Control«: A Theoretical Conceptual Approach. *Psychiatr Clin N Am* 31, 593–601. DOI 10.1016/j.psc.2008.06.009.
- Büttner, M. (2018a). Hyposexuelle Störung oder »sexuelle PTBS«? In: Büttner, M. (Hg.). *Sexualität und Trauma*. Stuttgart: Schattauer, 60–67.
- Büttner, M. (2018b). Sexuelles Risikoverhalten. In: Büttner, M. (Hg.). *Sexualität und Trauma*. Stuttgart: Schattauer, 89–94.
- Büttner, M. & Paschinger, K. (2018). Integrative psycho- und körpertherapeutische Behandlung von sexuellen Störungen nach sexuellen Gewalterfahrungen. In: Büttner, M. (Hg.). *Sexualität und Trauma*. Stuttgart: Schattauer, 210–321.
- Classen, C.C., Palesh, O.G. & Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: a review of the empirical literature. *Trauma Violence Abuse* 2, 103–29. DOI 10.1177/1524838005275087.
- De Visser, R.O., Badcock, P.B., Rissel, C., Richters, J., Smith, A.M., Grulich, A.E. & Simpson, J.M. (2014). Experiences of sexual coercion in a representative sample of adults: the Second Australian Study of Health and Relationships. *Sex Health* 5, 472–480. DOI 10.1071/SH14103.
- Dickenson, J.A., Gleason, N. & Coleman, E. (2018). Prevalence of Distress Associated With Difficulty Controlling Sexual Urges, Feelings, and Behaviors in the United States. *JAMA Network Open* 1(7). DOI 10.1001/jamanetworkopen.2018.4468.
- Elliott, D.M., Mok, D.S. & Briere, J. (2004). Adult sexual assault: prevalence, symptomatology, and sex differences in the general population. *J Trauma Stress* 3, 203–211. DOI 10.1023/B:JOTS.0000029263.11104.23.
- Finkelhor, D., Ormrod, R.K. & Turner, H.A. (2007). Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child Abuse Negl* 1, 7–26. DOI 10.1016/j.chiabu.2006.06.008.
- Hoyer J. Sexuelle Funktionsstörungen und ambulante Psychotherapie (2013). *Psychotherapeut*; 4: 371–8. DOI 10.1007/s00278-012-0919-7.
- von Franqué, F. & Briken, P. (2018a). Hypersexuelle Störung bei sexuellen Missbrauchserfahrungen. In: Büttner, M. (Hg.). *Sexualität und Trauma*. Stuttgart: Schattauer, 116–122.
- Gray, J.A. (1988). *The Psychology of Fear and Stress*. 2nd ed. New York: Cambridge University Press.
- Hall, P. (2011). A biopsychosocial view of sex addiction. *Sexual and Relationship Therapy* 26(3), 217–228. DOI 10.1080/14681994.2011.628310.
- Hartmann, U. (2017). Nicht-paraphile hypersexuelle Störungen (Sexsucht). In: Hartmann, U. (Hg.). *Sexualtherapie: Ein neuer Weg in Theorie und Praxis*. Berlin: Springer, 369–386. DOI 10.1007/978-3-662-54415-0_16.
- Khalifeh, H., Hargreaves, J., Howard, L.M. & Birdthistle, I. (2013). Intimate partner violence and socioeconomic deprivation in England: findings from a national cross-sectional survey. *Am J Public Health* 3, 462–472. DOI 10.2105/AJPH.2012.300723.
- Lemieux, S.R. & Byers, E.S. (2008). The sexual well-being of women who have experienced child sexual abuse. *Psychol Women Q* 2, 126–144. DOI 10.1111/j.1471-6402.2008.00418.x.
- Leonard, L.M. & Follette, V.M. (2002). Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: review of the empirical literature and clinical implications. *Annu Rev Sex Res* 13, 346–388.
- Müller, U. & Schröttle, M. (2004). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine representative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. BMFSFJ.
- O'Driscoll, C. & Flanagan, E. (2016). Sexual problems and post-traumatic stress disorder following sexual trauma: A meta-analytic review. *Psychol Psychother* 89, 351–367. DOI 10.1111/papt.12077.
- Paschinger, K. & Büttner, M. (2018). Traumaassoziierte Körperbeschwerden und Sexualität. In: Büttner, M. (Hg.). *Sexualität und Trauma*. Stuttgart: Schattauer, 68–88.
- Postma, R., Bicanic, I., Vaart, H. & Laan, E. (2013). Pelvic floor muscle problems mediate sexual problems in young adult rape victims. *J Sex Med* 10, 1978–1987. DOI 10.1111/jsm.12196.
- Ramakers, M.J. & van Lunsen, R.H.W. (2003). Psychosoziale Einflüsse. In: Carrière, B. (Hg.). *Beckenboden: Physiotherapie und Training*. Stuttgart: Thieme, 102–112.
- Roberts, A.L., Glymour, M.M. & Koenen, K.C. (2013). Does maltreatment in childhood affect sexual orientation in adulthood? *Arch Sex Behav* 42(2), 161–171.
- Seehuus, M., Clifton, J. & Rellini, A.H. (2015). The role of family environment and multiple forms of childhood abuse in the shaping of sexual function and satisfaction in women. *Arch Sex Behav* 6, 1595–1608.
- Stadler, L., Bieneck, S. & Pfeiffer, C. (2012). Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch 2011. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN).
- Stephenson KR, Hughan CP, Meston CM (2012). Childhood sexual abuse moderates the association between sexual functioning and sexual distress in women. *Child Abuse Negl* 2, 180–189. DOI 10.1016/j.chiabu.2011.09.015.
- Stephenson, K.R., Pulverman, C.S. & Meston, C.M. (2014). Assessing the association between childhood sexual abuse and adult sexual experiences in women with sexual difficulties. *J Trauma Stress* 3, 274–282. DOI 10.1002/jts.21923.
- Vaillancourt-Morel, M.P., Godbout, N., Labadie, C., Runtz, M., Lussier, Y. & Sabourin, S. (2015). Avoidant and compulsive sexual behaviors in male and female survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl* 48–59. DOI 10.1016/j.chiabu.2014.10.024.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Melanie Büttner
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar
Langerstr. 3
81675 München
E-Mail: m.buettner@tum.de