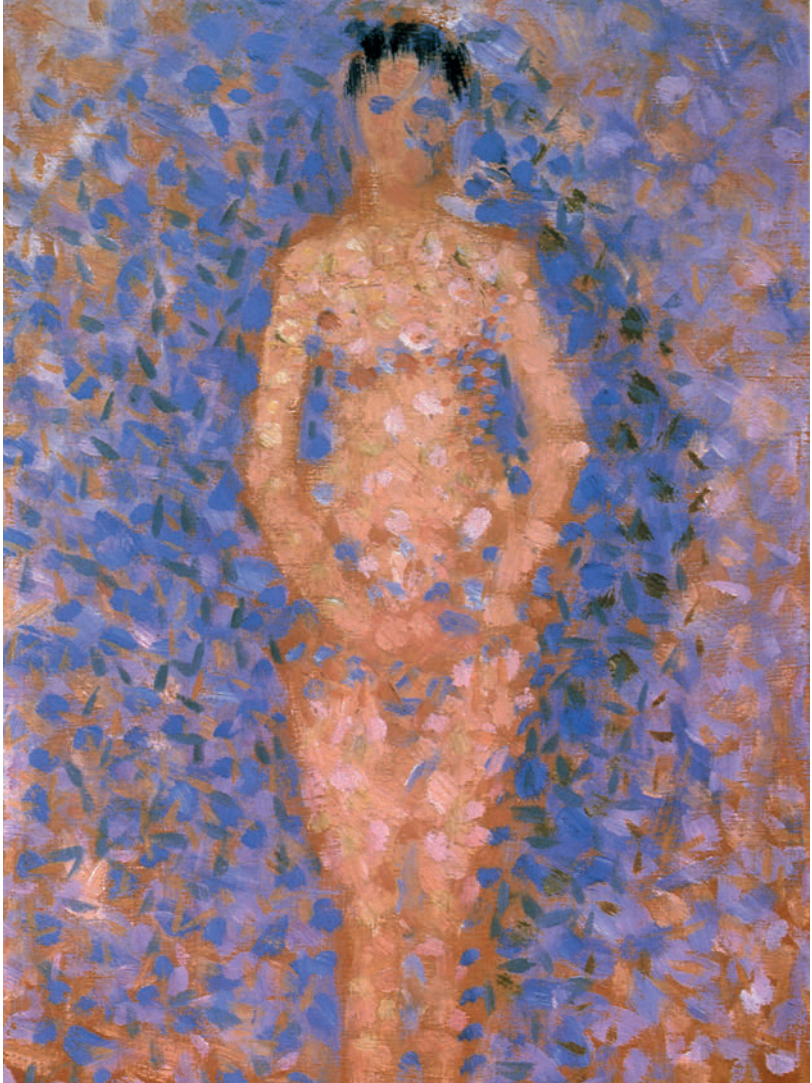




Persönlichkeitsstörungen

THEORIE UND THERAPIE

2 | 2019



Der Körper

Heftherausgeber: Birger Dulz, Peer Briken

Herausgeber:
Otto F. Kernberg, New York
Götz Berberich, Windach
Peer Briken, Hamburg
Anna Buchheim, Innsbruck
Stephan Doering, Wien
Birger Dulz, Hamburg
Maya Krischer, Köln
Martin Sack, München



Verbandsorgan der Gesellschaft
zur Erforschung und Therapie
von Persönlichkeitsstörungen (GePs) e.V.

 **Schattauer**

© Klett-Cotta Verlag, J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

Trauma, Borderline und Sexualität

Melanie Büttner

Zusammenfassung

Traumatisierungen spielen nicht nur bei der Entstehung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen eine wichtige Rolle, sie können sich auch auf die Sexualität auswirken. Einige klinische und wissenschaftliche Beobachtungen deuten außerdem darauf hin, dass bestimmte sexuelle Probleme, über die Borderline-Patienten¹ typischerweise berichten, wahrscheinlich mit traumatischen Erfahrungen in Verbindung stehen. Traumaassoziierte sexuelle Störungen können sehr vielgestaltig sein und ziehen nicht selten schwere Selbstschädigungen, Reviktimisierungen, Partnerschaftsprobleme, Beziehungslosigkeit und krisenhafte Einbrüche nach sich. Traumamodifizierte Behandlungsansätze können Betroffenen helfen, einen selbstfürsorglicheren und selbstbestimmteren Umgang mit ihrer Sexualität zu entwickeln.

Schlüsselwörter

Trauma; sexuelle Gewalt; Borderline-Persönlichkeit; Sexualität; posttraumatische Belastungsstörung

Abstract

Trauma, borderline and sexuality: Trauma not only plays an important role in the development of borderline personality disorders, it can also affect sexuality. Some clinical and scientific observations also suggest that certain sexual problems typically reported by borderline patients are linked with traumatic experiences. Trauma-associated sexual disorders can be very multifarious and often result in severe self-damage, revictimisation, partnership problems, lack of relationships and crisis. Trauma-modified treatment approaches can help patients to develop a more self-caring and self-determined way of dealing with their sexuality.

Keywords

trauma; sexual violence; borderline personality disorder; sexuality; posttraumatic stress disorder

1. Borderline und Trauma

Nach heutigem Verständnis unterliegt die Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung einem Zusammenspiel von genetischen, neurobiologischen und psychosozialen Faktoren. Und obwohl das Vorhandensein von traumatischen Erfahrungen in der Lebensgeschichte

kein notwendiges Kriterium für die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung darstellt, so spielen frühe und anhaltende Beziehungstraumatisierungen wie Vernachlässigung und Misshandlungen emotionaler, körperlicher oder sexueller Natur dabei eine zentrale Rolle (Giourou 2018). Dies gilt in besonderem Maße für sexuelle Gewalterfahrungen, was sich auch daran zeigt, dass das Vorhandensein von sexuellen Gewalterfahrungen bei Borderline-Patienten mit einer höheren Symptomlast und einer schlechteren Prognose einhergeht (de Aquino Ferreira et al. 2018).

¹ In diesem Beitrag gehe ich von einer Frau als Patientin und einem Mann als Täter bzw. Partner aus, da man dieser Konstellation in der Praxis am häufigsten begegnet. Männer als Patienten, Frauen als Partnerinnen und homosexuelle Partnerschaften sind mitgemeint.

Anteil der Personen mit Borderline-Störung, bei denen zusätzlich eine PTBS vorliegt (Frías 2014)	
in der Bevölkerung	30 – 70 % (Frías 2014)
in klinischen Stichproben	33 – 79 % (Frías 2014)
Anteil der Personen mit Borderline-Störung, bei denen zusätzlich eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung vorliegt	
in klinischen Stichproben	34 % (Barnow et al. 2005) bzw. 80 % (Sauer 2013)

Abb. 1 Komorbiditätsraten von Borderline- und Traumafolgestörungen

BPS sind außerdem sehr häufig von Traumafolgestörungen wie der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung begleitet (siehe Abb. 1). Dies wird auch durch die Ergebnisse einer umfangreichen deutschen Multicenterstudie belegt (Sack et al. 2011, 2013; Dulz et al. 2013). Auch die Symptombilder der drei Störungen ähneln sich auffällig, ebenso wie ihre neurobiologischen Korrelate (Giourou 2018) und Komorbiditätsprofile. Sowohl Borderline- als auch Traumafolgestörungen sind regelmäßig von Depressionen, Angst-, Zwangs- und Essstörungen sowie Substanzmissbrauch begleitet (Cillien & Ziegler 2013).

Was die Borderline-Störung und die komplexe posttraumatische Belastungsstörung betrifft, die für die Aufnahme in die ICD-11 vorgeschlagen wurde, so überschneiden sich die Diagnosekriterien sogar in mehreren Punkten: Affekt- und Impulsregulation, Selbstbild, Beziehungsgestaltung und Dissoziation. Während manche Fachkollegen deshalb bestreiten, dass die komplexe posttraumatische Belastungsstörung eine eigenständige Diagnoseeinheit darstellt, und sich gegen deren Aufnahme in die ICD-11 aussprechen, argumentieren andere, dass es sich bei der Borderline-Störung und der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung um phänomenologische Varianten einer Traumafolgestörung handelt, die ausschließlich nach wiederholter bzw. anhaltender Traumatisierung in Erscheinung treten. Zusätzlich wurde vorgeschlagen, die PTBS, die komplexe post-

traumatische Belastungsstörung und die Borderline-Störung als ein Cluster von komorbiden Diagnosen zu definieren, das sich entlang eines Kontinuums von ansteigender Traumaischwere und neurobiologischen Faktoren bewegt (Giourou 2018).

Psychische Diagnosen sind theoretische Konstrukte, die ebenso im Fluss sind wie unser Verständnis der Störungsbilder, die sie zu umgrenzen suchen. Sie dienen maßgeblich dazu, passende Therapieentscheidungen zu treffen. Was die Borderline-Störung betrifft, wurde während der vergangenen Jahre immer deutlicher, wie wichtig es ist, dabei einen möglichen Traumahintergrund im Kopf zu haben.

2. Trauma und Sexualität

Sexualität ist ebenfalls ein biospsychosoziales Geschehen, das von vielfältigen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren bestimmt wird (siehe Abb. 2). Traumatische Erfahrungen, die Einfluss auf die Sexualität nehmen, ereignen sich zumeist in der Beziehung zu anderen Menschen. In Abhängigkeit von der Art des Traumas und der individuellen Vulnerabilität der Betroffenen wirken sie sich störend auf zahlreiche andere Stellgrößen aus (Büttner 2018a), z.B.:

- **psychische Wirkfaktoren:** psychische Gesundheit, Persönlichkeit, aktuelle seelische Verfassung, im Einzelfall sexuelle Orientierung und Geschlechtererleben
- **biologische Wirkfaktoren:** körperliche Gesundheit, Hormonlage, Neurobiologie, Notwendigkeit einer medikamentösen oder anderweitigen medizinischen Behandlung
- **andere soziale Wirkfaktoren:** sexuelle und nicht-sexuelle Beziehungen, Umgang mit Einflüssen von Gesellschaft, Medien etc., aktuelle Lebensumstände

Am besten untersucht ist die Situation von Menschen, die sexuelle Gewalt erlitten haben. Für viele von ihnen ist der Umgang mit Sexualität hochproblematisch. Doch nicht nur nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit kommt es besonders oft zu sexuellen Störungen, sondern auch nach Übergriffen in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter (Büttner 2018a). Wiederholte und penetrative sexuelle Gewalt ist dabei

mit einem häufigeren Auftreten von sexuellen Störungen (Classen et al. 2005; Lemieux & Byers 2008) und einer ausgeprägteren Symptomatik verbunden (Hall 2007).

Auch für emotionale und körperliche Misshandlungen und Vernachlässigung in der Kindheit sind entsprechende Zusammenhänge beschrieben. Gleiches gilt für Gewalt durch Partner und Expartner, traumatisch erlebte Geburten und gynäkologische Eingriffe, Folter, Inhaftierung, Terroranschläge und Autounfälle (Büttner 2018a). Polytraumatisierungen sind dabei keine Seltenheit. Wer z. B. in der Kindheit sexuellen Missbrauch erlebt hat, ist oft auch emotional und körperlich misshandelt und vernachlässigt worden. Bei diesen Betroffenen finden sich sexuelle Symptombilder von besonderer Schwere, sodass sich davon ausgehen lässt, dass sich die Effekte der verschiedenen Traumatisierungen addieren (Seehuus et al. 2015).

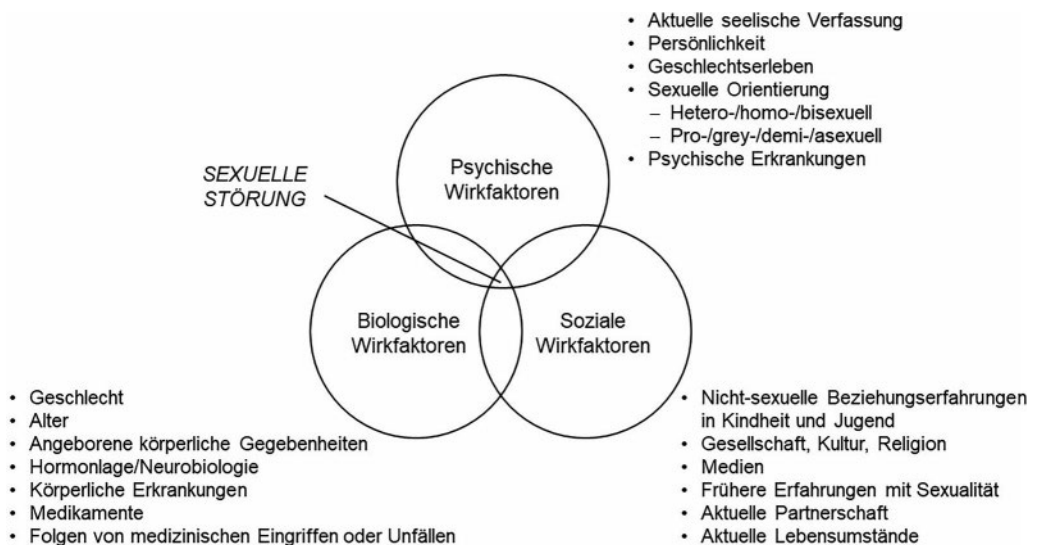


Abb. 2 Biopsychosoziale Ätiologie sexueller Störungen (modifiziert nach Büttner 2018a)

3. Sexuelle Störungen nach sexueller Gewalt

Die folgenden Störungsbilder sind bei Frauen und Männern mit sexuellen Gewalterfahrungen regelmäßig anzutreffen:

3.1. »Sexuelle PTBS«

Fallbeschreibung 1

(weiblich, Mitte Dreißig; sexuelle Gewalt in Kindheit und Jugend)

»Sex zu haben, ist für mich sehr schwierig. Schon berührt zu werden, ertrage ich kaum, vor allem an der Brust oder im Intimbereich. Wenn mein Mann mich da anfasst, empfinde ich Ekel und will nur weinen.

Wenn sein Penis in mir ist, tut das sehr weh. Manchmal werde ich so eng, dass er gar nicht mehr hineinpasst. Ich war schon bei verschiedenen Gynäkologen. Da heißt es immer, dass alles in Ordnung ist. Wenn es doch mal klappt, bin ich meistens nach einer Weile nicht mehr handlungsfähig. Ich mache wie ein Roboter alles mit, fühle mich aber wie eingefroren und spüre meinen Körper nicht mehr. Am liebsten möchte ich schreien, »Hör auf! Ich will das nicht!«. Aber ich weiß, ich habe kein Recht dazu. Ich bin es nicht wert, dass man auf mich Rücksicht nimmt.

Sex ist nicht erregend für mich, Orgasmen habe ich fast nie. Nur manchmal, wenn mein Mann mir Oralsex gibt, passiert es. Vor meinem inneren Auge läuft dann ein Film ab, in dem ich Bilder aus dem Missbrauch sehe. Das ist abscheulich, aber heftig erregend und ich komme ganz schnell. Hinterher fühle ich mich dreckig und möchte mich am liebsten übergeben.

Wann immer es möglich ist, gehe ich Sex aus dem Weg. Aber wenn das zu oft passiert, fühle ich mich schlecht, weil ich meinem Mann ja eine gute Frau sein will. Er hat es nicht verdient, am langen Arm zu

verhungern. Deshalb nehme ich manchmal eine Tavor, damit es geht. Sex gehört ja zu einer Beziehung dazu. Wenn ich ihm das nicht geben kann, wird unsere Ehe eines Tages zerbrechen. Vor nichts habe ich mehr Angst.«

Viele Patienten, die in der Vergangenheit sexuelle Gewalt erlebt haben, werden in ihrer heutigen Sexualität von belastenden Erinnerungen überwältigt. Getriggert durch sexuelle Aktivität steigen Gefühle wie Ekel, Ohnmacht und Angst in ihnen auf. Bilder des Übergriffs oder Fantasien mit traumaähnlichen gewalttätigen Handlungen besetzen die Wahrnehmung. Einige Betroffene reagieren auch körperlich: Körpernahe Erinnerungen vermitteln ihnen den Eindruck, sie seien noch vom Sperma des Täters beschmutzt oder im Intimbereich verwundet. Somatoforme Dissoziation lässt den Körper wie gelähmt, betäubt oder abgeschaltet fühlen (Büttner 2018b). Muskuläre Verspannungen des Beckenbodens führen zu Schmerzen bei der Penetration, bei Frauen gelegentlich auch zu Vaginismus, bei Männern zu Schmerzen im Bereich von Penis, Hoden, Damm, Prostata oder Anus (Paschinger & Büttner 2018). Treten sexuelle Erregung oder Orgasmen auf, so empfinden nicht wenige Betroffene vor allem Abscheu.

Dieses verstörende Erleben kann selbstabwertende und ohnmachtsbestärkende Kognitionen auslösen, die von Scham, Schuldgefühlen, Selbsthass oder auch Wut auf den Partner begleitet sind. Zum Schutz vor weiterer Überforderung kommt es bisweilen auch zur psychoformen Dissoziation: Das Geschehen wirkt weit entfernt oder wird ganz ausgeblendet. Nicht selten besteht hinterher nur noch eine vage Erinnerung daran.

Für einen Teil der Betroffenen ist das Vermeiden von Sexualität die einzige Möglichkeit, sich ausreichend sicher und geschützt zu fühlen. Das kann so weit gehen, dass sie sogar auf eine Partnerschaft und Kinder verzichten und stattdessen lieber Beziehungslosigkeit und Einsamkeit in Kauf nehmen. Andere Betroffene begreifen Sex als »Währung, die man zahlen muss, um Beziehung zu bekommen« und versuchen ihn irgend-

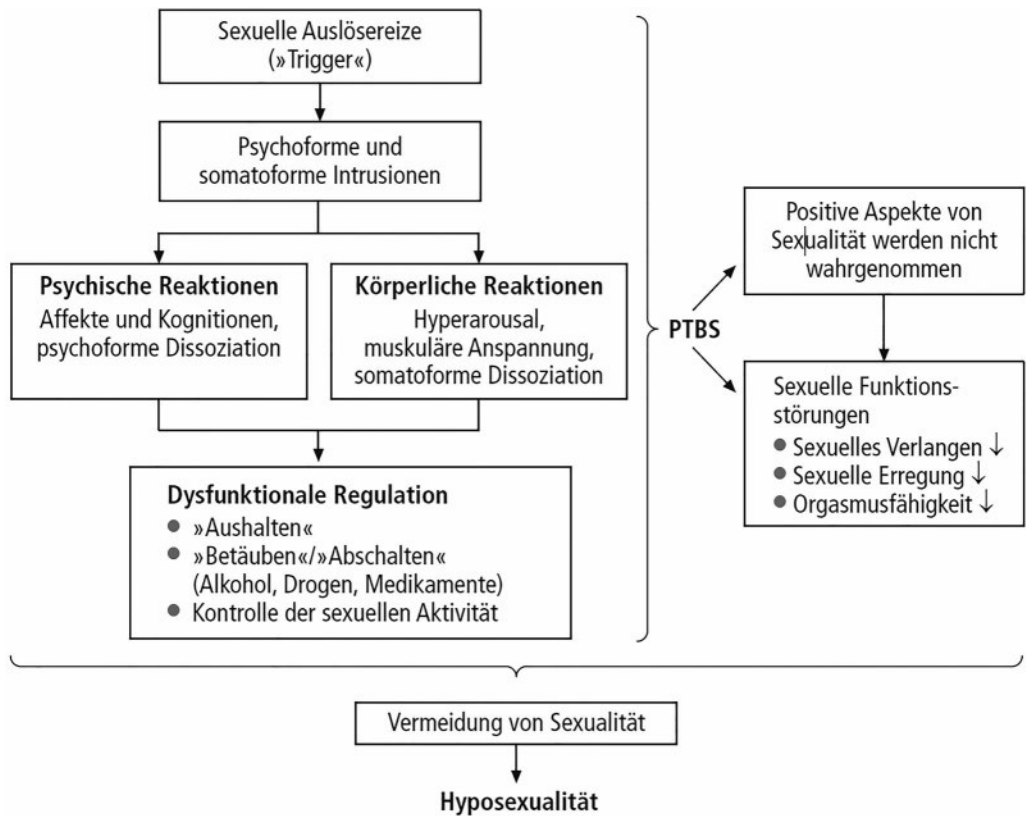


Abb. 3 »Sexuelle PTBS« (Büttner 2018b)

wie durchzustehen, um nicht alleine bleiben zu müssen. Aushalten, sich mit Alkohol, Drogen und Beruhigungsmitteln vom Geschehen distanzieren oder restriktiv kontrollieren, was beim Sex geschieht, sind verschiedene Strategien, die Betroffene versuchen, um »sexuell funktionieren« zu können (Büttner 2018b).

Ein Teil der hier beschriebenen Symptomatik lässt sich als PTBS verstehen, die sich als Reaktion auf ein sexuelles Trauma im Bereich der Sexualität manifestiert (siehe Abb. 3). Zusätzlich sind unter Umständen die ICD-10-Kriterien

- einer dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (F44.6) und/oder
- einer nichtorganischen Dyspareunie (F52.6) bzw. eines Vaginismus (F52.5) erfüllt, nach ICD-11 zukünftig einer sexuellen Schmerzstörung.

Nicht selten ist eine solche Symptomatik der Grund für wiederholte psychische Destabilisierungen und Auslöser für depressive Phasen, selbstverletzendes Verhalten, Alltagsdissoziation, vermehrten Substanzkonsum oder sogar suizidale Krisen.

Auch in bestehenden Partnerschaften kann es zu Problemen kommen. Manche Partner leiden z. B. darunter, dass kaum oder gar keine Sexualität möglich ist – zum Teil über Jahre. Andere sind verunsichert, weil sie nicht wissen, wie sie sich beim Sex verhalten sollen. Überall scheinen Trigger zu lauern, »wie in einem Minenfeld« – nie kann man wissen, was man womöglich auslöst. Oft sind der Frust und die Enttäuschung groß, manchmal aber auch die Wut auf die Täter. So manches Paar verwickelt sich deshalb in anhal-

tende Konflikte um die gemeinsame Sexualität. Einige Partner weichen auf sexuelle Aktivitäten außerhalb der Beziehung aus – Pornokonsum, Online-Sex, Nebenbeziehungen. Das kann die Beziehung manchmal vordergründig stabilisieren, andererseits birgt es das Risiko, dass die Partner weiter auseinandertreiben. Letztlich kommt es auch vor, dass betroffene Paare sich wegen der sexuellen Probleme trennen (Büttner 2018d).

Aversion gegen Sexualität und das Vermeiden von sexueller Aktivität nach sexuellen Gewalterfahrungen werden in der wissenschaftlichen Literatur gelegentlich unter dem Begriff »Hyposexualität« zusammengefasst, z.T. gemeinsam mit sexuellen Funktionsstörungen (u.a. Rellini 2008; Schwartz 2008). Da es aber keinen Normwert für Sexualität gibt, an dem sich die Symptomatik messen ließe, kann man diese Begriffswahl durchaus kritisieren. Andererseits lässt sich damit eine immer wieder zu beobachtende symptomatische Polarität beschreiben. Ein Teil der Betroffenen erlebt nämlich Wechsel von sexueller Vermeidung und riskantem oder gesteigertem, suchtartigem Sexualverhalten, was sich nach Vorschlag der genannten Autoren als »Hypersexualität« verstehen lässt. Riskantes und suchtartiges Sexualverhalten können aber auch als eigenständige Symptomatik in Erscheinung treten.

3.2. Sexuelles Risikoverhalten

Fallbeschreibung 2

(weiblich, Ende Zwanzig; sexuelle Gewalt in der Kindheit)

»Ich werde mit Männern einfach nicht glücklich. Dabei gebe ich ihnen alles, was ich kann. Männer brauchen Sex, deshalb strenge ich mich total an und tue, was immer sie wollen – selbst wenn es weh tut. Ich denke mir, wenn ich einen Mann zufriedenstelle, bleibt er vielleicht bei mir. Meistens verlieren die Männer aber nach ein paar Treffen das Interesse und ich fühle mich benutzt und weggeworfen. Dann kommt die Panik: ›Warum habe ich bloß kein Kondom benutzt? Habe ich mich mit

HIV infiziert?«. Ich glaube ich habe Angst, dass der Mann das Interesse an mir verliert, wenn ich sage, dass ich lieber mit Kondom Sex haben möchte.«

Wenn Betroffene die Erfahrung gemacht haben, dass sie sich sexuell fügen müssen, um Aufmerksamkeit und Zuwendung zu erhalten, gehen sie auch später oft sexualisiert in Kontakt, ohne auf ihre Schutzbedürfnisse zu achten. Eine verminderte Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Selbstbehauptung macht es ihnen schwer, persönliche Grenzen zu erkennen und gegenüber einem Sexpartner zu vertreten. Weil ihnen ein rücksichtsloser Umgang vertraut ist, fällt es ihnen außerdem schwer, Gefahren als solche zu identifizieren. Andere Betroffene empfinden starke selbstschädigende Impulse oder einen Drang, Aspekte aus der sexuellen Gewalterfahrung erneut zu durchleben.

Auf diese Weise kann es zu verschiedenen Selbstgefährdungen kommen: riskante Sexpraktiken, ungeschützter Sex, ständig wechselnde Sexpartner und lebensgeschichtlich besonders frühe Sexualität sind charakteristisch für diese Patientengruppe. Oft sind Alkohol und Drogen im Spiel, was es zusätzlich schwer macht, Risiken richtig einzuschätzen und sich selbstfürsorglich abzugrenzen. Sexuell übertragbare Erkrankungen, unerwünschte Schwangerschaften und wiederholte Viktimisierungen gehören zu den typischen Folgen sexuellen Risikoverhaltens. Aber auch zu Fremdgefährdungen kann es kommen, indem sexuell übertragbare Erkrankungen an Sexpartner weitergegeben werden (Büttner 2018c).

Fallbeschreibung 3

(weiblich, Ende Dreißig; sexuelle und körperliche Gewalt in der Kindheit)

»Als Kind hatte ich schon Fantasien, in denen es um Sex und Gewalt ging. Zuerst habe ich mich dafür geschämt, aber dann habe ich es akzeptiert und auch in der Realität ausgelebt. Ich dachte, ich bin eben so. Jahrelang habe ich auf SM-Partys und online nach Partnern gesucht, denen ich mich total ausgeliefert habe. Regeln und Abspra-

chen gab es nicht. Nach und nach wurden die Spiele extremer. Gespürt habe ich mich nur noch im Schmerz. Manchmal ist auch etwas schiefgegangen. Mehr als einmal bin ich hinterher auf der Krisenstation gelandet. Mit der Zeit ging es mir immer schlechter. Erst in der Traumatherapie habe ich verstanden, dass ich dissoziiere. Nach einer SM-Session war ich tagelang neben der Spur. Irgendwann ist mir klargeworden, dass ich durch diese Spiele immer wieder mein Trauma durchlebe und mich eigentlich selbst verletze.«

Auch Prostitution als eine spezielle Form sexuellen Risikoverhaltens ist in vielen Fällen mit sexuellen Gewalterfahrungen in der Lebensgeschichte assoziiert. Eine deutsche Studie offenbarte beispielsweise, dass 43 % der befragten Prostituierten bis zum 16. Lebensjahr sexuellen Missbrauch erlebt hatten, und zwar zumeist wiederholt. 59 % waren im späteren Verlauf ihres Lebens sexueller Gewalt ausgesetzt, und zwar sehr oft bei der Ausübung ihrer Arbeit (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2004).

3.3. Suchtartiges Sexualverhalten (Nicht-paraphile hypersexuelle Störung)

Fallbeschreibung 4 (männlich, Mitte Vierzig; sexueller Missbrauch im Vorschulalter)

»Ich bin wie getrieben. Ständig durchforste ich das Internet nach Pornos oder suche in Dating-Portalen nach Männern, die ich zum Sex treffen kann. Vor allem wenn ich Stress habe oder down bin, kann ich das kaum kontrollieren. Manchmal geht dafür so viel Zeit drauf, dass ich meine Arbeit nicht mehr erledigt bekomme. Das hat schon zu Problemen im Job geführt. Die Männer, mit denen ich länger zusammen war, haben alle irgendwann die Reißleine gezogen. Auch weil es mit ihnen im Bett nicht mehr geklappt hat. Viele in der Gay-Szene sind ja

grundsätzlich tolerant, aber das ist bisher noch jedem zu viel geworden.«

Einige Menschen, die sexuelle Gewalt erlebt haben, empfinden ein intensives Verlangen nach bestimmten sexuellen Aktivitäten und haben Schwierigkeiten damit, ihr sexuelles Verhalten zu regulieren. Sie verbringen viel Zeit mit dem Konsum von Pornos oder Online-Sex, masturbieren exzessiv, verspüren einen starken Drang, immer neue Sexkontakte einzugehen oder fordern in festen Beziehungen immer extremere Spielarten. Selbst angesichts von möglichen Schädigungen für sich selbst und andere gelingt es ihnen nicht, ihr Verhalten zu kontrollieren. Probleme in bestehenden Partnerschaften, der Familie oder am Arbeitsplatz gehören zu den typischen Folgen. Wer sein Verhalten kostenpflichtig im Netz auslebt oder andere Sexdienstleistungen in Anspruch nimmt, ist mit der Zeit außerdem nicht selten überschuldet.

Die Impulskontrollstörung, die der Symptomatik zugrunde liegt, kann zwanghafte, suchthafte oder dissoziative Züge tragen (Bancroft 2008). Oft dient sie der Bewältigung von unangenehmen Gefühlen, Stimmungen oder Stress. Aber auch Reinszenierungstendenzen, Bewältigungsversuche zur Regulation von posttraumatischem Stress, Selbstwertproblemen, Scham oder Schuld oder auch eine Kompensation von Ängsten vor Grenzverletzungen im intimen Kontakt werden als mögliche Einflüsse von sexuellen Gewalterfahrungen diskutiert. Dennoch – darauf weisen von Franqué und Briken (2018a) im Hinblick auf diese Zusammenhangshypothesen hin – ist sexueller Missbrauch wahrscheinlich ein unspezifischer Faktor, der zwar eine solche Symptomatik verschärfen kann, aber nicht alleine für deren Entstehung verantwortlich ist.

Fallbeschreibung 5 (weiblich, Ende Dreißig; sexueller Missbrauch durch den Großvater in der Kindheit)

»Es sind die alten Männer, zu denen es mich treibt – vor allem die, die unausstehlich sind. Ich muss sie anmachen und sie dazu

bringen, mit mir Sex zu haben, ständig und überall. Das ist wie ein Zwang. Außerdem bin ich süchtig nach Orgasmen. Wenn ich beim Sex keinen habe, überkommt mich eine unglaubliche Verzweiflung. Sex und Liebe sind bei mir wie abgespalten. Wenn ich einen Mann mag, passiert bei mir gar nichts. Erregend sind für mich nur Typen, die ich eigentlich widerlich finde.«

3.4. Sexuelle Funktionsstörungen

Ein vermindertes sexuelles Verlangen, Erregungs- und Orgasmusstörungen treten bei Betroffenen von sexueller Gewalt zwar gehäuft auf, wobei sich zumindest weibliche Betroffene dadurch längst nicht immer beeinträchtigt fühlen (Biedermann 2018). Verlangen nach Sex zu haben, intensive Lust dabei zu empfinden oder einen Orgasmus zu erleben, sind für manche von ihnen eher verstörende Gefühle. Vor allem wenn während der sexuellen Gewalterfahrung unwillkürlich und ungewollt körperliche Erregung oder Orgasmen aufgetreten sind, stellt es eine Belastung für sie dar, wenn es in der Sexualität nun erneut dazu kommt. Ihre körperlichen Reaktionen sind in den Augen dieser Betroffenen ein Beleg dafür, dass sie moralisch verwerflich sind und den sexuellen Missbrauch gewollt oder sogar selbst herbeigeführt haben. Aversive Gefühle, Selbstbestrafungsimpulse und Stimmungseinbrüche können die Folge sein.

3.5. Probleme mit der sexuellen Orientierung

Homo- und bisexuelle Orientierungen stellen keine sexuellen Störungen dar. Allerdings kann im Umgang damit manchmal ein klinisch bedeutsamer Leidensdruck entstehen.

In der Arbeit mit sexuell traumatisierten Menschen trifft man z.B. nicht selten auf Frauen, die lieber gleichgeschlechtliche Partnerschaften eingehen, weil sie sich in der Beziehung mit einem Mann nicht sicher genug fühlen. Die verletzenden Erfahrungen, die sie mit männlichen Tätern gemacht haben, übertragen diese Frauen

auf die Allgemeinheit aller Männer, was bis hin zu einer Aversion gegen das gesamte männliche Geschlecht führen kann. Für einen Teil von ihnen ist Sexualität ein Bestandteil der gleichgeschlechtlichen Beziehung, andere klammern diesen Lebensbereich aus. In einigen Fällen kann es vor dem Hintergrund dieser Thematik u. a. zu Identitätsunsicherheiten und Selbstwertproblemen kommen.

Männer, die sexuelle Gewalt durch andere Männer erlebt haben und sich heute zu Männern sexuell hingezogen fühlen, stellen sich hingegen machmal die Frage, ob ihre sexuelle Orientierung möglicherweise eine Traumafolge ist und ob sie ihnen überhaupt wirklich entspricht. Befürchtungen, gegen den eigenen Willen »homosexualisiert« worden zu sein, und eine Ablehnung ihrer homosexuellen Neigung können ebenfalls zu Identitätsunsicherheiten führen.

Obwohl man solchen Fragestellungen in der Psychotraumatologie gar nicht so selten begegnet, beschäftigt sich die Forschung bisher kaum mit diesen Fragen. Eine bevölkerungsrepräsentative Studie aus den USA ist einer der wenigen wissenschaftlichen Hinweise darauf, dass Homosexualität für einzelne Betroffene von sexueller Gewalt möglicherweise Ausdruck eines Bewältigungsversuchs sein kann. Der Einfluss von sexuellem Missbrauch auf die homosexuelle Anziehung wurde darin auf 9 % geschätzt, der für das Eingehen gleichgeschlechtlicher sexueller Kontakte auf 21 % und für die homo- oder bisexuelle Identität auf 23 % (Roberts et al. 2013).

3.6. Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie

Probleme, die die Geschlechtsidentität betreffen, sind keine sexuellen Störungen, nehmen aber oft Einfluss auf die Sexualität. Bisweilen trifft man in der klinischen Arbeit mit sexuell traumatisierten Menschen auf Betroffene, die ihrem biologischen Geschlecht lieber nicht angehören wollen, weil es sie nach ihrer Einschätzung gegenüber potentiellen Tätern verwundbar macht (»Meinen Bruder hat er in Ruhe gelassen, nur meine Schwester und mich nicht. Als Frau ist

man völlig ungeschützt. Ich hasse meine Weiblichkeit dafür. Am liebsten möchte ich keine Frau sein. Und diese Brüste, die müssen weg«). Andere Betroffene lehnen ihr biologisches Geschlecht ab, weil eine Täterperson diesem angehörte. Auch hier werden Täterereigenschaften auf ein gesamtes Geschlecht generalisiert (»Männer sind triebgesteuert und brutal. Ständig fühle ich mich schuldig, dass ich ein Mann bin und bestrafe mich dafür. Könnte ich nur eine Frau sein!«). Auch dieses Thema findet meiner Wahrnehmung nach in Forschungsarbeiten der vergangenen Jahre keine Berücksichtigung.

3.7. Sexualdelinquenz

Manche Menschen, die als Kinder sexuelle Gewalt erlebt haben, werden später selbst zum Täter und verhalten sich sexuell übergriffig – entsprechende Zusammenhänge wurden in der wissenschaftlichen Literatur wiederholt belegt. Dazu wurden verschiedene pathogenetische Mechanismen diskutiert: die Umkehr der im Trauma erlittenen Ohnmacht in einen lustvollen Triumph, Imitation, Konditionierung und Verstärkungsmechanismen, ein besonders früher Beginn der Masturbation, aber auch eine mögliche genetische oder psychopathologische Disposition. Auch hier ist sexueller Kindesmissbrauch vermutlich eine von mehreren ungünstigen Entwicklungsbedingungen, die gemeinsam zur Störungsentwicklung beitragen (von Franqué & Briken 2018b).

3.8. Paraphile Störungen

Gelegentlich stehen sexuelle Gewalterfahrungen in Verbindung mit ungewöhnlichen sexuellen Erregungsmustern und Vorlieben, z. B. Exhibitionismus, Voyeurismus, Sadismus oder Pädophilie. Wenn solche Neigungen dauerhaft vorhanden sind und auf eine Weise ausgelebt werden, die nicht einwilligende oder einwilligungsfähige Personen betrifft, oder wenn sie mit schwerwiegendem Leidensdruck bzw. einem Risiko für Verletzungen und Tod einhergehen, so kennzeichnet dies nach ICD-11 eine paraphile Störung.

Dass es nach sexuellen Traumatisierungen zu einer solchen Neigung kommt, hängt möglicherweise mit Modelllernen oder einer Umkehr der im Trauma erlittenen Ohnmacht in einen lustvollen Triumph zusammen (Briken et al. 2013).

4. Sexuelle Störungen nach nicht-sexuellen Traumatisierungen

Auch für einige Formen nicht-sexueller Traumatisierung sind Zusammenhänge mit den in Abschnitt 3 dargelegten sexuellen Störungen oder einzelnen Symptomen von diesen beschrieben:

- Manchmal berichten Patienten, die in der Kindheit körperliche Gewalt erfahren haben oder denen kaum liebevolle Berührung zuteil wurde, von einer Abneigung gegen Berührung und Sexualität (Zoldbrod 2015), z. B. weil hierdurch Angst, Ohnmachtsgefühle, belastende Bilder und Dissoziationen ausgelöst werden. Ähnliches lässt sich gelegentlich nach traumatisch erlebten Geburten oder medizinischen Eingriffen beobachten.
- Sexuelles Risikoverhalten kommt auch nach emotionaler und körperlicher Gewalt und Vernachlässigung vor (Norman et al. 2012).
- Gleiches gilt für suchtartiges sexuelles Verhalten. Auch hier sind Zusammenhänge mit emotionaler und körperlicher Gewalt (Carnes & Delmonico 1996) und Vernachlässigung (Hartmann 2018) beschrieben.
- Ein erhöhtes Auftreten von sexuellen Funktionsstörungen findet sich nach emotionaler Gewalt und Folter. Außerdem sind sie eine häufige Begleiterscheinung von posttraumatischen Belastungsstörungen, z. B. nach Kriegeinsätzen (Biedermann 2018a).
- Nichtsexuelle Gewalt kann möglicherweise in einigen Fällen die Entwicklung einer homo- bzw. bisexuellen Identität und das Eingehen gleichgeschlechtlicher Partnerschaften beeinflussen (Roberts et al. 2013). Diese Beobachtungen sind jedoch zunächst nicht als Störung einzuordnen (siehe 3.5.).

- Sexualdelinquenz steht mit emotionaler, körperlicher Gewalt und Vernachlässigung in Verbindung (Büttner 2018a; von Franqué & Briken 2018b).
- Bei der Ausbildung von Paraphilien können emotionale und körperliche Gewalt, Vernachlässigung sowie Gehänseltwerden und Viktimisierungen durch Peers von Bedeutung sein (Briken et al. 2013).

5. Sexuelle Störungen bei Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die sexuellen Störungen, die im Zusammenhang mit der Borderline-Störung in Erscheinung treten, weisen eine bemerkenswerte Ähnlichkeit mit den in Abschnitt 3 und 4 beschriebenen traumaassoziierten sexuellen Störungen auf:

- Bedrohungsgefühle im Umgang mit Sexualität, weil Sexualität als Grenzüberschreitung oder Unterwerfung erlebt wird (Lohmer & Wernz 2009)
- Negative Gefühle in Verbindung mit Sex und Selbstbefriedigung (Signerski-Krieger et al. 2015)
- Schmerzen beim Sex (Schulte-Herbrüggen et al. 2009)
- Dissoziation bei sexueller Aktivität (Lohmer & Wernz 2009; Zanarini et al. 2003)
- Selbstverletzen und Suizidalität bei sexueller Aktivität (Zanarini et al. 2003)
- Vermeidung von Sexualität (Frías et al. 2016; Lohmer & Wernz 2009; Zanarini et al. 2003) und geringe sexuelle Aktivität (Schulte-Herbrüggen et al. 2009)
- Sexuelle Impulsivität bzw. Hypersexualität (Lohmer & Wernz 2009): Sexuelle Impulsivität lässt sich als Ausdruck der allgemeinen Impulsivität bei Borderline-Störungen verstehen und äußert sich als intensive Beschäftigung mit Sexualität, Gelegenheitssex, eine größere Anzahl von Sexpartnern und einen lebensgeschichtlich besonders frühen Beginn von Sexualität (Frías et al. 2016; Sansone & Sansone 2011). Sie kann als Mittel dienen, um Partner an sich zu binden und Verlassenheitsängste abzuwehren (Tragesser & Benfield 2012).
- Sexuelles Risikoverhalten, das sexuell übertragbare Erkrankungen und sexuelle Viktimisierungen nach sich zieht (Frías et al. 2016; Sansone & Sansone 2011). Auch hierbei kann es darum gehen, Partner an sich zu binden und Verlassenheitsängste abzuwehren (Tragesser & Benfield 2012).
- Selbstgefährdende sexuelle Praktiken werden eingesetzt, um Ängste vor Nähe, Beziehung, Schwäche oder »dem Leben an sich« abzuwehren (Dulz 2009).
- Sexuelle Funktionsstörungen wie Probleme mit der Erregung, dem Orgasmus und der Befriedigung (Schulte-Herbrüggen et al. 2009; Signerski-Krieger et al. 2015).
- Nicht heterosexuelles Verhalten (Kernberg 2009; Wiederman & Sansone 2009; Sansone & Sansone 2011; Frías et al. 2016), möglicherweise infolge der Borderline-typischen Identitätsunsicherheit und Impulsivität (Wiederman & Sansone 2009)
- Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie als Ausdruck der allgemeinen Instabilität von Selbstbild und Identität bei der Borderline-Störung (Seikowski 2008; Frías et al. 2016)
- Sexualdelinquenz (Briken 2009)
- Paraphilien wie Voyeurismus, Masochismus, Sadismus, Exhibitionismus und Fetischismus (Kernberg 2009)

Viele der hier genannten Autoren diskutieren Traumatisierungen – insbesondere sexuelle Gewalterfahrungen – als eine mögliche Ursache der sexuellen Störungen von Borderline-Patienten (Dulz 2009; Frías et al. 2016; Lohmer & Wernz 2009; Signerski-Krieger et al. 2015; Schulte-Herbrüggen et al. 2009; Wiederman & Sansone 2009; Zanarini et al. 2003). Dabei werden u. a. diese Beobachtungen und Überlegungen geteilt:

- Von den 61 % der Borderline-Patienten, die in der Studie von Zanarini et al. (2003) se-

xuelle Probleme aufwiesen, berichteten 77 % von sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit und 43 % von Vergewaltigungen im Erwachsenenalter. 65 % der weiblichen und 43 % der männlichen Borderline-Patienten berichteten, dass sie im Zusammenhang mit einvernehmlichem Sex Dissoziationen, Selbstverletzen und Suizidalität erleben oder dass sie aus Angst vor diesen Symptomen Sex vermeiden. Die Autoren vermuten, dass die häufigen Erfahrungen von sexueller Gewalt und die damit verbundenen Ängste, beim Sex Erinnerungen an das Trauma oder Borderline-Symptome zu triggern, der Grund dafür sind, dass Borderline-Patienten der Sexualität lieber aus dem Weg gehen.

- 68 % der sexuell inaktiven und 69 % der sexuell aktiven Borderline-Patienten in der Studie von Schulte-Herbrüggen et al. (2009) gaben an, sexuell traumatisiert zu sein. Vor allem bei den sexuell traumatisierten Borderline-Patienten traten Probleme mit Erregung, Orgasmus, Befriedigung, aber auch Schmerzen beim Sex auf. Die Autoren führen weiter aus, dass sexuelle Störungen wegen des häufigen Vorkommens von sexuellen Traumatisierungen eng mit der Borderline-Störung assoziiert sind. Zusätzlich verweisen sie darauf, dass es weithin akzeptierte Belege dafür gibt, dass sexueller Kindesmissbrauch mit sexuellen Störungen im Erwachsenenalter im Zusammenhang steht.
- Wiederman und Sansone (2009) vermuten, dass die hohen Raten an sexuellen und körperlichen Gewalterfahrungen, die bei der Borderline-Störung zu finden sind, vorrangig verantwortlich sind für das Auftreten von sexuellen Störungen bei dieser Patientengruppe. Die traumatischen Erfahrungen könnten zu einem ungünstigen Bindungsstil führen, der es schwierig macht, sich auf körperliche Intimität einzulassen. Für andere traumatisierte Borderline-Patienten könnte sexuelle Aktivität ein Trigger sein, der post-traumatische Angst auslöst und so zur Vermeidung von Sexualität führt. In anderen Fällen könnte es zum erneuten Durchspie-

len missbräuchlicher Beziehungsdynamiken kommen, mit der Folge erneuter sexueller und körperlicher Viktimisierung im Erwachsenenalter.

- Signerski-Krieger et al. (2015) erklären, dass das gestörte sexuelle Erleben bei der Borderline-Störung am ehesten vor dem Hintergrund der häufig vorkommenden Erfahrungen sexueller und körperlicher Gewalt sowie emotionaler Vernachlässigung zu verstehen sein dürfte. Diese Erfahrungen könnten dazu beitragen, dass Borderline-Patienten ihren Körper als weniger attraktiv wahrnehmen, weniger Selbstvertrauen haben und sich als weniger selbstsicher erleben.

Einiges spricht also dafür, dass es sich bei den sexuellen Symptombildern von Borderline-Patienten ebenfalls um traumaassoziierte sexuelle Störungen handelt. Angesichts der multifaktoriellen Ätiologie der Borderline-Störung muss allerdings in Betracht gezogen werden, dass das Störungsgeschehen möglicherweise durch neurophysiologische und genetische Faktoren moduliert wird.

6. Behandlung von traumaassoziierten sexuellen Störungen

Personen mit traumaassoziierten sexuellen Störungen haben individuelle Therapiebedürfnisse – das hat 2018 auch der Deutsche Ärztetag anerkannt, als er entschieden hat, eine Zusatzbezeichnung »Sexualmedizin« in der Musterweiterbildungsordnung zu verankern. Die Ärzteschaft begründete ihre Entscheidung damit, dass »Die aktuelle Situation und Diskussion über sexuelle Missbrauchsfälle [...] die dringende Notwendigkeit einer qualifizierten Weiterbildung für interessierte Ärztinnen und Ärzte« unterstreiche (Bundesärztekammer 2018). Die »Störungen der Sexualität im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalterfahrung, Missbrauch oder Traumatisierung« wurden dabei als ein Indikationsgebiet aufgeführt, das es zukünftig zu berücksichti-

gen gilt. Nachdem es zum jetzigen Zeitpunkt nur sehr wenige Ärzte und Psychotherapeuten gibt, die sich mit der Behandlung von trauma-assoziierten sexuellen Störungen befassen, und das Thema zudem in Fachliteratur und Ausbildungen kaum aufgegriffen wird, besteht nun die Hoffnung, dass sich das zukünftig ändern kann. Da wir bisher jedoch weder auf empirisch überprüfte Behandlungskonzepte noch auf eine breite klinische Erfahrung zurückgreifen können, wird es wichtig sein, die verfügbare Expertise zusammenzutragen, um qualifizierte Weiterbildungsmöglichkeiten zu schaffen.

An der Psychosomatischen Klinik am Klinikum rechts der Isar arbeiten wir schwerpunktmäßig mit traumatisierten Patienten, die in der Sexualität unter PTBS-Symptomen und Körperbeschwerden leiden oder riskante Verhaltensweisen zeigen. Unser integrativer Therapieansatz umfasst neben traumatherapeutischen, sexualtherapeutischen und systemischen auch physio- und körperpsychotherapeutische Elemente (Büttner & Paschinger 2018) und berücksichtigt zusätzlich die Behandlungsempfehlungen verschiedener Autoren, die sich mit der Thematik befassen haben (Büttner 2018a).

Zu den Rahmenbedingungen der Behandlung zählen u. a.:

- **Traumaisensible Gesprächsführung und Anamnese:** zum Schutz vor Überflutung mit belastenden Erinnerungen an das Trauma
- **Prüfen der Behandlungsnotwendigkeit:** Eine Behandlung erscheint sinnvoll, wenn Leidensdruck besteht, Selbst- oder Fremdschädigungen vorkommen oder die Symptomatik Ursache für psychische Destabilisierungen ist.
- **Prüfen der Durchführbarkeit der Behandlung:** Gegen eine Arbeit an der Sexualität zum gegebenen Zeitpunkt spricht z. B. eine ungenügende Selbstregulationsfähigkeit und Symptombeständigkeit, sodass es zu schweren oder anhaltenden Verschlechterungen der psychischen Verfassung kommt.
- **Behutsames, kleinschrittiges Vorgehen:** zum Schutz vor Überforderung
- **Erarbeiten von Interventionen zur Reduktion von PTBS-Symptomen:** Techniken zur Selbstberuhigung und Entspannung, zur Distanzierung von belastenden Erinnerungen und zur Reorientierung bei Dissoziation.
- **Einbeziehung des Partners in die Behandlung:** Partner haben oft eigene Behandlungsbedürfnisse. Zusätzlich kann an einer Veränderung ungünstiger Paardynamiken, neuen Lösungswegen und der Umgestaltung der Paar-Sexualität gearbeitet werden.
- **Einbindung in eine störungsspezifische Behandlung:** z. B. eine traumaorientierte Psychotherapie oder spezialisierte Borderline-Therapie. Alternativ kann im Schulterschluss mit einem geeigneten Therapeuten gearbeitet werden.

Die Einzelbehandlung umfasst u. a. die folgenden Themenschwerpunkte:

- **Den sexuellen Selbst- und Partnerbezug stärken:** Entwicklung grundlegender Fähigkeiten, die für die Sexualität von Bedeutung sind: Wahrnehmung und Regulation von Bedürfnissen und Gefühlen, Selbstakzeptanz, Selbstbehauptung, Kommunikation.
- **Ein positives Verständnis von Sexualität entwickeln:** Differenzierung von missbrauchsähnlicher und selbstfürsorglicher bzw. selbstbestimmter Sexualität.
- **Selbstschädigendes Sexualverhalten abbauen:** Sensibilisierung für Risiken, Unterbrechung des selbstschädigenden Verhaltensmusters, Erlernen einer selbstfürsorglichen Beziehungsgestaltung, Erarbeiten alternativer Wege, Beziehungsbedürfnisse zu stillen.
- **Den sexuellen Körperbezug verbessern:** Durch Physiotherapie und Körperpsychotherapie können verspannungsbedingte Schmerzen und somatoforme Dissoziation reduziert und eine Toleranz gegenüber Berührungen aufgebaut werden.
- **Intrusionen und Dissoziation bewältigen:** Umgang mit Triggern, Strategien für den Sex mit dem Partner, ggf. Traumakonfrontation.
- **Eine authentische Sexualität entwickeln:** Entwickeln eines individuellen und bedürf-

nisorientierten Verständnisses von Sexualität, sexuelle Ressourcen entdecken, ggf. traumasensible sinnlich-sexuelle Selbstexploration.

7. Fazit

Unabhängig von der Diagnose, die klinisch im Vordergrund steht, können nach traumatischen Erfahrungen bestimmte sexuelle Störungen vorliegen. Da traumaassoziierte sexuelle Störungen die psychische und körperliche Gesundheit nachhaltig beeinträchtigen können, ist es wichtig, sie in die Behandlung miteinzubeziehen. Ein traumasensibles Vorgehen kann dabei helfen, mit den Betroffenen über ihre sexuellen Probleme ins Gespräch zu kommen und sie auf ihrem Weg zu einem besseren Umgang mit ihrer Sexualität zu begleiten.

Literatur

- de Aquino Ferreira LF, Queiroz Pereira FH, Neri Benevides AML & Aguiar Melo MC (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Research* 262: 70–77. DOI 10.1016/j.psychres.2018.01.043.
- Bancroft J (2008). Sexual behavior that is »Out of Control«: A theoretical conceptual approach. *Psychiatr Clin N Am* 31: 593–601.
- Barnow S, Plock K, Spitzer C, Hamann N & Freyberger HJ (2005). Trauma, Temperaments- und Charaktermerkmale bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und komplexer posttraumatischer Belastungsstörung. *Verhaltenstherapie* 1: 148–156.
- Biedermann SV (2018). Sexuelle Funktionsstörungen nach Traumatisierung. In: Büttner M (Hg). *Sexualität und Trauma*. Stuttgart: Schattauer, 95–115.
- Briken P (2009). Männliche Sexualität und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Dulz B, Benecke C & Richter-Appelt H (Hg). *Borderline-Störungen und Sexualität*. Stuttgart: Schattauer.
- Briken P, von Franqué F & Berner W (2013). Paraphilie und hypersexuelle Störungen. In: Praxisbuch Sexuelle Störungen. Sexuelle Gesundheit, Sexualmedizin, Psychotherapie sexueller Störungen. Stuttgart: Thieme.
- Bundesärztekammer (2018). 121. Deutscher Ärztetag Beschlussprotokoll, <https://www.bundesaeztekammer.de/aerztetag/aerztetage-der-vorjahre/121-daet-2018-in-erfurt/beschlussprotokoll/>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland (BMFSFJ) (2004). Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Interdisziplinäres Zentrum für Frauen und Geschlechterforschung der Universität Bielefeld.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2013). Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland: Kooperation des Interdisziplinären Zentrums für Frauen- und Geschlechterforschung und Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, des SOKO Institut GmbH Sozialforschung und Kommunikation Bielefeld, der Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Frauen- und Genderforschung e.V. Frankfurt, des Sozialwissenschaftlichen Frauenforschungsinstituts Freiburg und des Instituts für Soziales Recht der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften. Fachhochschule Köln.
- Büttner M (2018a). Einführung in die Thematik. In: Büttner M (Hg). *Sexualität und Trauma*. Stuttgart: Schattauer, 3–59.
- Büttner M (2018b). Hyposexuelle Störung oder »sexuelle PTBS«? In: Büttner M (Hg). *Sexualität und Trauma*. Stuttgart: Schattauer, 60–67.
- Büttner M (2018c). Sexuelles Risikoverhalten. In: Büttner M (Hg). *Sexualität und Trauma*. Stuttgart: Schattauer, 89–94.
- Büttner M (2018d). Sexuelle Beziehungsaspekte bei sexuellen Missbrauchserfahrungen. In: Büttner M (Hg). *Sexualität und Trauma*. Stuttgart: Schattauer, 123–134.
- Büttner M & Paschinger K (2018). Integrative psycho- und körpertherapeutische Behandlung von sexuellen Störungen nach sexuellen Gewalterfahrungen. In: Büttner M (Hg). *Sexualität und Trauma*. Stuttgart: Schattauer, 210–321.
- Carries P & Delmonico DL (1996). Childhood abuse and multiple addictions: research findings in a sample of self-identified sexual addicts. *Sex Addict Compulsivity* 3: 258–268. DOI 10.1080/10720169608400116.
- Cillien M & Ziegler F (2013). Differentialdiagnostik und Komorbidität komplexer Traumafolgestörungen. In: Sack M, Sachsse U & Schellong J (Hg). *Komplexe Traumafolgestörungen: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung*. Stuttgart: Schattauer, Bd. 1, 91–124.
- Classen CC, Palesh OG & Aggarwal R (2005). Sexual revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma Violence Abuse* 6(2): 103–129. DOI 10.1177/1524838005275087.
- Dulz B (2009). Sexualität und Angst. In: Dulz B, Benecke C & Richter-Appelt H (Hg). *Borderline-Störungen und Sexualität*. Stuttgart: Schattauer, 195–204.
- Dulz B, Sack M & Sachsse U (2013). Störungen der Sexualität bei Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen. In: Sack M, Schellong J & Sachsse U (Hg). *Komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen*. Stuttgart/New York: Schattauer, 491–497.
- von Franqué F & Briken P (2018a). Hypersexuelle Störung bei sexuellen Missbrauchserfahrungen. In: Büttner M (Hg). *Sexualität und Trauma*. Stuttgart: Schattauer, 116–122.
- von Franqué F & Briken P (2018b). Sexualdelinquenz. In: Büttner M (Hg). *Sexualität und Trauma*. Stuttgart: Schattauer, 161–166.
- Frías Á, Palma C, Farriols N, González L (2016). Sexuality-related issues in borderline personality disorder: A comprehensive review. *Personality and Mental Health* 10(3): 216–231.
- Frías Á & Palma C (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: a review. *Psychopathology* 48(1): 1–10. DOI 10.1159/000363145.
- Giourou E, Skokou M, Andrew SP, Alexopoulou K, Gourzis P & Jelastopulu E (2018). Complex posttraumatic stress disorder: The need to consolidate a distinct clinical syndrome or to reevaluate features of psychiatric disorders following interpersonal trauma? *World J Psychiatry* 8(1): 12–19. DOI 10.5498/wjpv.8.1.12.
- 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 (2018). Nicht-paraphile hypersexuelle Störungen (Sexsucht). In: Hartmann U (Hg). *Sexualtherapie: Ein neuer Weg in Theorie und Praxis*. Berlin/Heidelberg: Springer, 369–386. DOI 10.1007/978-3-662-54415-0_16.

- Kernberg O (2009). Sexualpathologie bei Borderline-Patienten. In: Dulz B, Benecke C & Richter-Appelt H (Hg). *Borderline-Störungen und Sexualität*. Stuttgart: Schattauer, 167–174.
- Lemieux SR & Byers ES (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.
- Lohmer M & Wernz C (2009). Sexualität und Abwehrmechanismen. In: Dulz B, Benecke C & Richter-Appelt H (Hg). *Borderline-Störungen und Sexualität*. Stuttgart: Schattauer, 148–157.
- Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J & Vos T (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 11: e1001349.
DOI 10.1371/journal.pmed.1001349.
- Paschinger K & Büttner M (2018). Traumaassoziierte Körperbeschwerden und Sexualität. In: Büttner M (Hg). *Sexualität und Trauma*. Stuttgart: Schattauer, 68–88.
- Rellini A (2008). Review of the empirical evidence for a theoretical model to understand the sexual problems of women with a history of CSA. *J Sex Med* 5(1): 31–46.
DOI 10.1111/j.1743-6109.2007.00652.x.
- Roberts AL, Glymour MM, Koenen KC (2013). Does maltreatment in childhood affect sexual orientation in adulthood? *Arch Sex Behav* 42(2): 161–171.
DOI 10.1007/s10508-012-0021-9.
- Sack M, Dulz B & Sachsse U (2011). Posttraumatische Belastungsstörung und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF & Sachsse U (Hg). *Handbuch der Borderline-Störungen*. 2. Auflage. Stuttgart/New York: Schattauer, 197–202.
- Sack M, Sachsse U, Overkamp B & Dulz B (2013). Traumafolgestörungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ergebnisse einer Multicenterstudie. *Nervenarzt* 84: 608–614. DOI 10.1007/s00115-012-3489-6.
- Sansone RA & Sansone LA (2011). Sexual behavior in borderline personality: A review. *Innov Clin Neurosci* 8(2): 14–18.
- Sauer ME (2014). Überschneidung des Symptomenspektrums und differentialdiagnostische Abgrenzung der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung von der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dissertationsschrift. Medizinische Fakultät der Technischen Universität München.
- Schulte-Herbrüggen O, Ahlers CJ, Kronsbein JM, Ruter A, Bahri S, Vater A & Roepke S (2009). Impaired Sexual Function in Patients with Borderline Personality Disorder is Determined by History of Sexual Abuse. *J Sex Med* 6 (12): 3356–3363. DOI 10.1111/j.1743-6109.2009.01422.x.
- Schwartz MF (2008). Developmental psychopathological perspectives on sexually compulsive behavior. *Psychiatr Clin North Am* 31(4): 567–586.
DOI 10.1016/j.psc.2008.07.002.
- Seehuus M, Clifton J & Rellini AH (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: 1595–15608.
DOI 10.1007/s10508-014-0364-5.
- Seikowski K, Gollek S, Harth W & Reinhardt M (2008). Borderline-Persönlichkeitsstörung und Transsexualität. *Psychiatr Prax* 35(3): 135–141. DOI 10.1055/s-2007-970925.
- Signerski-Krieger J, Annen S, Anderson-Schmidt H, Plitt H, Wiltfang J (2015). Sexuelle Probleme, sexuelle Zufriedenheit und Lebenszufriedenheit bei Patientinnen und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Z Sexualforsch* 2: 121–131. DOI 10.1055/s-0035-1553075.
- Tragesser SL & Benfield J (2012). Borderline personality disorder features and mate retention tactics. *J Pers Disord* 26(3): 334–344.
- Wiedermann MW & Sansone RA (2009). Borderline Personality Disorder and Sexuality. *The Family Journal* 17(3): 277–282. DOI 10.1177/1066480709338292.
- Zanarini MC, Parachini EA, Frankenburg FR, Holman JB, Hennein J, Reich DB & Silk KR (2003). Sexual relationship difficulties among borderline patients and axis II comparison subjects. *J Nerv Ment Dis* 191(7): 479–482.
DOI 10.1097/01.NMD.00000081628.93982.1D.
- Zoldbrod AP (2015). Sexual issues in treating trauma survivors. *Curr Sex Health Rep* 7(1): 3–11.
DOI 10.1007/s11930-014-0034-6.

Korrespondenzadresse

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