

Psychotherapeut

**Elektronischer Sonderdruck für
Melanie Büttner**

Ein Service von Springer Medizin

Psychotherapeut 2014 · 59:385–391 · DOI 10.1007/s00278-014-1068-y

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Melanie Büttner · Birger Dulz · Ulrich Sachsse · Bettina Overkamp · Martin Sack

Trauma und sexuelle Störungen

Multizentrische Untersuchung von Patienten mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung

Diese PDF-Datei darf ausschließlich für nichtkommerzielle Zwecke verwendet werden und ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen – hierzu zählen auch soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Austauschplattformen.

Psychotherapeut 2014 · 59:385–391
 DOI 10.1007/s00278-014-1068-y
 Online publiziert: 31. Juli 2014
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Redaktion

M. Cierpka, Heidelberg
 B. Strauß, Jena

Melanie Büttner¹ · Birger Dulz² · Ulrich Sachsse³ · Bettina Overkamp⁴ · Martin Sack¹

¹ Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München

² Asklepios Klinikum Nord, Hamburg

³ Niedersächsisches Landeskrankenhaus/Asklepios Fachklinikum, Göttingen

⁴ Abteilung Psychotraumatologie, Unfallkrankenhaus Berlin

Trauma und sexuelle Störungen

Multizentrische Untersuchung von Patienten mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung

Sexuelle Störungen als Folge sexueller Gewalt erfahren im wissenschaftlichen und psychotherapeutischen Kontext trotz oft erheblicher psychischer, körperlicher und sozialer Folgen für die Betroffenen bislang nur wenig Aufmerksamkeit. An einer multizentrisch erhobenen Stichprobe von Patienten mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung untersucht diese Studie die Prävalenz sexueller Störungen und den Zusammenhang von sexuellen Störungen mit sexuellen Gewalterfahrungen in der Kindheit.

Hintergrund und Fragestellung

Störungen der Sexualität sind ein in der Häufigkeit und in ihren Auswirkungen für die Lebensqualität der Betroffenen nicht zu unterschätzendes Problem. Bei der Entstehung von Sexualstörungen wird von einem multifaktoriellen Geschehen, d. h. einem Zusammenwirken von biologischen, psychologischen und partnerschaftlichen Faktoren ausgegangen (Althof et al. 2005; Kockott 2007). In diesem Kontext sind traumatische Belastungen – und zwar insbesondere sexuelle Gewalterfahrungen – ein potenziell bedeutsamer Auslöser von Störungen der Sexualität.

Allerdings ist dieser Zusammenhang empirisch bisher wenig untersucht.

In besonderem Maß sind offenkundig die Opfer sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit belastet, da sie besonders häufig unter Beeinträchtigungen der sexuellen Funktionsfähigkeit leiden (Haase 2009). Betroffene, die zusätzlich erheblicher Vernachlässigung sowie emotionaler und körperlicher Gewalt im häuslichen Umfeld ausgesetzt waren – was überwiegend der Fall ist (Häuser et al. 2011) –, tragen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer schweren sexuellen Störung (Hall 2007), da die sexuelle Missbrauchserfahrung selbst meist schwerwiegender ist (Dong et al. 2003) und es häufiger zur Reviktimisierung kommt (Classen et al. 2005).

Die Diagnose komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) wurde von einer Arbeitsgruppe um Herman erarbeitet, um die typischen Folgen fortgesetzter traumatischer Kindheitsbelastungen, wie Erfahrungen emotionaler, körperlicher und sexueller Gewalt sowie Vernachlässigung, zu beschreiben. Die im wissenschaftlichen Rahmen gebräuchlichen Forschungskriterien der kPTBS (Pelcovitz et al. 1997; Sack 2004) vereinen 6 verschiedene Symptom-Cluster in den Bereichen Affekt- und Impulsregulation, Selbstwahrnehmung, Beziehungs-

gestaltung, Wahrnehmung und Bewusstsein, Somatisierung und Lebenseinstellungen (■ Tab. 1). Dabei werden im Bereich Affekt- und Impulsregulation auch 4 Erscheinungsbilder sexueller Störungen berücksichtigt, die nach Auffassung der Autoren bei Patienten mit traumatischen Kindheitsbelastungen besonders häufig sind: „Aversion gegen körperliche Berührung“, „Vermeidung von Sexualität“, „Risikosexualität“ und „zwanghafte Beschäftigung mit Sexualität“. Aufgrund der hohen Versorgungsrelevanz komplexer Traumafolgestörungen empfiehlt die Arbeitsgruppe der World Health Organization (WHO) aktuell eine Einführung der Diagnose kPTBS in die 11. Ausgabe der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-11; Maercker et al. 2013).

In Erweiterung eines Vorschlags von Rellini (2008) können die in den kPTBS-Forschungskriterien zusammengefassten sexuellen Störungen als Ausprägungen hypo- und hypersexuellen Verhaltens aufgefasst werden. Demgegenüber werden „Aversion gegen körperliche Berührung“ und „Vermeidung von Sexualität“ als hyposexuell gelagerte Störungen, „Risikosexualität“ und „zwanghafte Beschäftigung mit Sexualität“ als hypersexuell gelagerte Störungen verstanden.

Tab. 1 Störungsbereiche der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. (Aus Sack 2004)

I	Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen
a)	Starke Stimmungsschwankungen mit Unfähigkeit, sich selbst zu beruhigen
b)	Verminderte Steuerungsfähigkeit von aggressiven Impulsen
c)	Autodestruktive Handlungen und Selbstverletzen
d)	Suizidalität
e)	Störungen der Sexualität
f)	Exzessives Risikoverhalten
II	Störungen der Wahrnehmung oder des Bewusstseins
a)	Amnesien
b)	Dissoziative Episoden und Depersonalisation
III	Störungen der Selbstwahrnehmung
a)	Unzureichende Selbstfürsorge
b)	Gefühl, dauerhaft zerstört zu sein
c)	Schuldgefühle
d)	Scham
e)	Gefühl, isoliert und abgeschnitten von der Umwelt zu sein
f)	Bagatellisieren von gefährlichen Situationen
IV	Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen
a)	Unfähigkeit zu vertrauen
b)	Wiederholte Viktimisierungen
c)	Viktimisierung anderer Menschen
V	Somatisierung
a)	Somatoforme Symptome
b)	Hypochondrische Ängste
VI	Veränderungen von Lebenseinstellungen
a)	Fehlende Zukunftsperspektive
b)	Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen und Werten

Bestehen traumatische Vorerfahrungen, können körperliche Berührungen und Sexualität als Trigger wirken und eine Reaktualisierung impliziter oder expliziter Traumaerinnerungen auslösen; dies wird als emotionale Überforderung erlebt (Sack et al. 2009). Um sich zu schützen, vermeiden Betroffene oft Körperkontakt und Sexualität, was dann Ausdruck einer hyposexuellen Störung ist. Häufig bestehen auch infolge des tiefen Vertrauensbruchs, den eine Missbrauchserfahrung bedeutet, erhebliche Schwierigkeiten, körperliche Nähe zuzulassen (Noll et al. 2003). Liegt eine

Tab. 2 Soziodemographische Daten

	Anzahl (n)	Anteil (%)
Partnersituation		
Feste Partnerschaft	77	40,7
Kein fester Partner	112	59,3
Familienstand		
Ledig	124	65,6
Verheiratet	32	16,9
Getrennt lebend	10	5,3
Geschieden	21	11,1
Verwitwet	2	1,1
Schulabschluss		
Noch in der Schule	3	1,6
Kein Schulabschluss	3	1,6
Sonderschule	7	3,7
Hauptschule	36	19,0
Realschule, mittlere Reife	82	43,4
Fachabitur, Abitur	58	30,7
Berufliche Situation		
Vollzeitbeschäftigt	35	18,5
Teilzeitbeschäftigt	15	7,9
Hausfrau/-mann	6	3,2
Wehr-/Zivildienst, freiwilliges soziales Jahr	1	0,5
In Schulausbildung (Vollzeit)	18	9,5
Arbeitslos	54	28,6
Nicht erwerbstätig/berentet	59	31,2
Keine Angaben	1	0,5

hyposexuelle Störung vor, kann Sexualität entweder gar nicht oder nur unter Einsatz distanzierender Abwehrstrategien wie emotionaler Unterdrückung, Dissoziation oder Substanzmissbrauch ausgeübt werden (Staples et al. 2011). Dies wiederum kann erhebliche Partnerschaftsprobleme nach sich ziehen (Sack et al. 2009). Nicht wenige Betroffene vermeiden es sogar ganz, sich auf eine Partnerschaft einzulassen, da sie sich nicht in der Lage fühlen, einen Umgang mit dem Thema Sexualität zu finden. Mögliche positive Aspekte von Sexualität als Lebensqualitätsfaktor und Ressource bleiben dieser Patientengruppe vorenthalten.

Im Gegensatz dazu kommt es bei hypersexuellen Störungen zum übermäßigen Ausleben von Sexualität. Sexualität kann dabei suchartig konsumiert werden, um z. B. unerfüllte Bedürfnisse nach Körperlichkeit und Nähe auszuleben. Gleichzeitig wird echte Intimität vermieden. Auch

Wiederholungszwänge in Bezug auf das Trauma können eine Rolle spielen (Sack et al. 2009). Verschiedentlich wird Sexualität eingesetzt, um unangenehme emotionale Zustände zu regulieren, oder aber sie ist Ausdruck einer Sucht- oder Zwangserkrankung (Bancroft 2008). Zwanghafte Sexualität beansprucht oft viel Zeit und Geld, wirkt sich schädigend auf Partnerschaften aus und führt mitunter zu Schwierigkeiten am Arbeitsplatz (Bancroft 2008). Wird Sexualität promiskuitiv oder lebenszeitlich sehr früh und ohne ausreichenden Schutz vor Ansteckung, Schwangerschaft, Ausbeutung oder Gewalt praktiziert, oder kommt es dabei zum Missbrauch von Alkohol und Drogen, spricht man von Risikosexualität. Ungewollte und sehr frühe Schwangerschaften, sexuell übertragbare Krankheiten und Reviktimisierung können die Folgen sein (Senn et al. 2008); sogar eine verringerte Lebenserwartung ist beschrieben (Felitti et al. 1998). Hintergrund ist häufig der Wunsch nach Beziehung und Nähe bei gleichzeitiger Unfähigkeit, Risiken richtig zu beurteilen und sich selbst zu schützen (Hillis et al. 2001). Oft sind die Betroffenen nicht fähig, sich gegenüber ungewollten sexuellen Annäherungen abzugrenzen (Testa et al. 2007). Auch autoaggressive Impulse, Rachegefühle gegenüber Tätern oder der Wunsch, durch sexuelle Handlungen Macht auszuüben (Sack et al. 2009), können mögliche Gründe sein. Im Vorfeld der Veröffentlichung des DSM-5 wurde diskutiert, eine Diagnosekategorie „hypersexuelle Störung“ zu etablieren (Kafka 2010; Kaplan u. Krueger 2010), der Vorschlag fand jedoch keine Berücksichtigung.

Die wenigen publizierten Studien zu traumaassoziierten sexuellen Störungen sind durch eine ausgeprägte Heterogenität der verwendeten Definitionen und Methoden gekennzeichnet; dies erschwert die Interpretation und den Vergleich der Ergebnisse (Noll et al. 2003). Darüber hinaus befassen sich die meisten Studien allein mit den Störungsbildern, die in der 4. Auflage der Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) gelistet sind, sich von den biophysiological orientierten Modellen des sexuellen Reaktionszyklus nach Masters u. Johnson (1970) bzw. Kaplan (1977) ableiten und das Spektrum der möglichen traumaas-

soziierten sexuellen Störungen nur unvollständig abbilden (Hall 2008).

Prävalenzen zu den hier beschriebenen traumaassoziierten hyposexuellen Störungsbildern ließen sich in der aktuellen Forschungsliteratur nicht ermitteln, da es nach Wissen der Autoren hierzu bisher keine epidemiologischen Daten gibt. Jedoch existieren einige Daten zu ähnlich gelagerten DSM-gelisteten Störungsbildern, für die Zusammenhänge mit sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit beschrieben sind (Rellini 2008). In verschiedenen bevölkerungsrepräsentativen Studien wurden beispielsweise Prävalenzen von 22–40% für sexuelle Appetenzstörungen, 14–35% für Erregungsstörungen und 39% für Orgasmusstörungen gefunden (DeRogatis u. Burnett 2008). Zu den hypersexuellen Störungen existieren hingegen bisher nur Schätzungen, die von 3–6% in der Bevölkerung ausgehen (USA; Kaplan u. Krueger 2010).

Es gibt Hinweise dafür, dass hypo- und hypersexuelle Störungen abhängig vom Geschlecht in unterschiedlichem Ausmaß in Erscheinung treten. Untersuchungen zu anderen hyposexuell gelagerten Störungsbildern wie der sexuellen Appetenzstörung und der sexuellen Aversionsstörung berichten von deutlich höheren Prävalenzen bei Frauen (Brotto 2009; Laumann et al. 1999), während hypersexuelle Störungen bei Männern offenbar häufiger sind (Kafka 2010; Kaplan u. Krueger 2010).

Nach Wissen der Autoren ist dies die erste empirische Studie, die das Vorliegen sowie die Zusammenhänge sexueller Störungen und kindlicher Traumaerfahrungen bei Patienten mit kPTBS näher untersucht. Neben den Prävalenzen und geschlechtsspezifischen Unterschieden der beschriebenen sexuellen Störungen interessierten insbesondere die Zusammenhänge von sexuellen Störungen und den für kPTBS-Patienten typischen traumatischen Kindheitsbelastungen wie sexueller, emotionaler und körperlicher Gewalt sowie Vernachlässigung.

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Sechs Behandlungszentren beteiligten sich an der Datenerhebung:

Psychotherapeut 2014 · 59:385–391 DOI 10.1007/s00278-014-1068-y
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Melanie Büttner · Birger Dulz · Ulrich Sachsse · Bettina Overkamp · Martin Sack Trauma und sexuelle Störungen. Multizentrische Untersuchung von Patienten mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung

Zusammenfassung

Hintergrund. Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen leiden häufig an sexuellen Störungen, insbesondere wenn sie sexueller Gewalt ausgesetzt waren. Obwohl traumaassoziierte sexuelle Störungen mit erheblichen negativen Folgen für die Betroffenen einhergehen, findet das Thema bisher im wissenschaftlichen und klinischen Kontext nur wenig Berücksichtigung.

Material und Methoden. Untersucht wurde die Prävalenz sexueller Störungen und traumatischer Erfahrungen bei 189 Patienten (81% Frauen, 19% Männer) mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung. Sexuelle Störungen wurden mit dem Interview zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS) erfasst, die Traumaprävalenz mit dem Traumatic Antecedents Questionnaire (TAQ).

Ergebnisse. Über mindestens eine sexuelle Störung berichteten 77,2% der Teilneh-

mer; hierbei waren hyposexuelle Störungen bei beiden Geschlechtern häufiger als hypersexuelle. Hyposexuelle Störungen waren bei Frauen, hypersexuelle Störungen bei Männern häufiger als beim jeweils anderen Geschlecht. Es berichteten 50,8% der Teilnehmer über sexuelle Missbrauchserfahrungen; Frauen waren hiervon öfter betroffen als Männer. Das Auftreten hyposexueller Störungen war mit dem Vorliegen sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit assoziiert.

Schlussfolgerung. Es besteht Bedarf an weiterer Forschung zu traumaassoziierten sexuellen Störungen und wirksamen Konzepten zu deren Behandlung. Die Entwicklung neuer Behandlungsansätze sollte in interdisziplinärer Zusammenarbeit erfolgen.

Schlüsselwörter

Sexueller Missbrauch · Frauen · Männer · Interview, psychologisch · Multizenterstudie

Trauma and sexual disorders. Multicentric investigation of patients with complex posttraumatic stress disorder

Abstract

Background. Sexual disorders are common among patients with traumatic childhood experiences, especially when they were exposed to sexual abuse. Despite the fact that trauma-associated sexual disorders imply serious consequences for the persons concerned, to date the topic has not found much consideration in the research and clinical contexts.

Material and methods. This study investigated the prevalence and relationships of sexual disorders and experiences of sexual abuse in 189 patients (81% women, 19% men) with complex posttraumatic stress disorder. All participants completed the Interview zur Diagnostik der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS, interview on diagnostics of complex posttraumatic stress disorder) and the traumatic antecedents questionnaire (TAQ).

Results. At least one sexual disorder was found in 77.2% of the participants. In both

sexes hyposexual disorders were more common than hypersexual disorders. Women showed more hyposexual disorders than men and men showed more hypersexual disorders than women. Of the participants 50.8% reported experiences of sexual abuse and women were more often affected than men. The presence of hyposexual disorders was clearly associated with the existence of experiences of child sexual abuse.

Conclusion. There is a need for research on and effective treatment concepts for trauma-associated sexual disorders. The development of new therapeutic approaches should be realized in interdisciplinary cooperation.

Keywords

Sexual abuse · Female · Male · Interview, psychological · Multicenter study

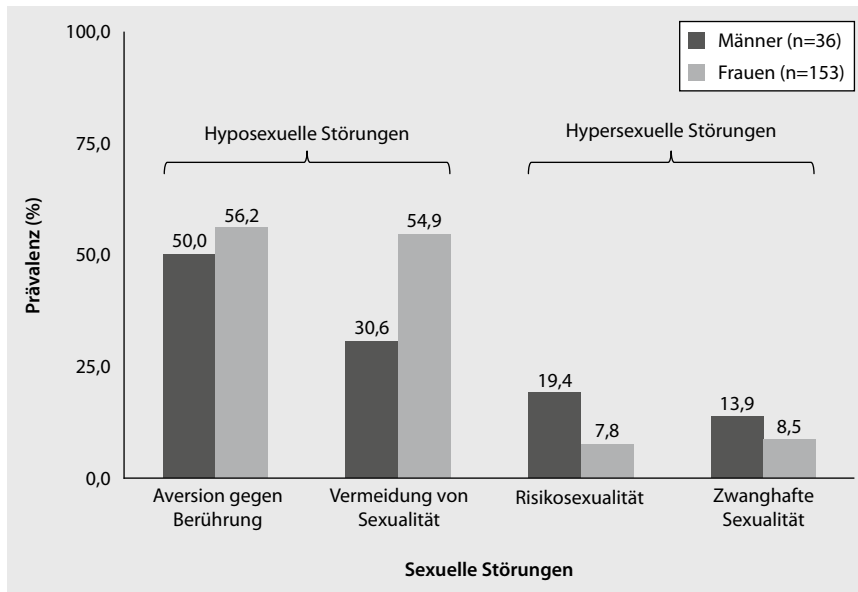


Abb. 1 ▲ Geschlechtsspezifische Prävalenzen hypo- und hypersexueller Störungen

- Niedersächsisches Landeskrankenhaus/Asklepios Fachklinikum Göttingen (Trauma-Station),
- Medizinische Hochschule Hannover (Ambulanz für Traumafolgestörungen),
- Asklepios Klinik Nord in Hamburg (Tagesklinik, Borderline-Station, Klinik für Forensik) und
- Landesklinik Lübben (Psychiatrische Ambulanz).

Konsequente Patienten wurden von klinisch erfahrenen und spezifisch geschulten Ratern per Interviewdiagnostik untersucht. Zusätzlich füllten die Teilnehmer Fragebogen aus. Alle Studienteilnehmer hatten zuvor einer Studienteilnahme schriftlich zugestimmt. Einwilligungen der lokalen Ethikkommissionen zur Studiendurchführung wurden eingeholt. Die Datenerfassung erfolgte pseudonymisiert. Als Einschlusskriterium galt das Vorliegen der Diagnose einer kPTBS nach den DSM-IV-Forschungskriterien (Pelcovitz et al. 1997).

Psychometrische Instrumente

Zum Einsatz kamen das Interview zur Diagnostik der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS; Boroske-Leiner et al. 2008), eine deutschsprachige Adaptation des Structured Interview for Disorders of Extreme Stress

(SIDES; Pelcovitz et al. 1997), und das Traumatic Antecedents Questionnaire (TAQ; Kolk 1997), ein Selbst-Rating-Instrument. Mithilfe des I-kPTBS wurde das aktuelle Vorliegen von kPTBS und sexuellen Störungen ermittelt. Die interne Konsistenz ist mit $\alpha=0,88$ als gut bis sehr gut zu bewerten (Boroske-Leiner et al. 2008). Die Erfassung traumatischer Kindheitsereignisse erfolgte mit dem TAQ, das zur retrospektiven Erhebung positiver und negativer Erfahrungen in unterschiedlichen Altersphasen (0 bis 6 Jahre, 7 bis 12 Jahre, 13 bis 18 Jahre und Erwachsenenalter) dient. Zur Anwendung kam die deutsche Fassung (Hofmann et al. 1999).

Statistische Auswertung

Zur statistischen Berechnung wurde SPSS 19.0 eingesetzt. Der Gruppenvergleich dichotomer Variablen wurde mithilfe des χ^2 -Tests durchgeführt (2-seitige Testung). Die Signifikanzangabe erfolgte mithilfe des Exakten-Fisher-Tests; das Signifikanzniveau wurde mit $\alpha=0,05$ bestimmt. Die Modelle zum Zusammenhang von sexuellen Störungen und Geschlecht bzw. traumatischen Kindheitsbelastungen wurden mithilfe der multiplen binären Regression überprüft.

Ergebnisse

Die Aufnahmekriterien erfüllten 189 von insgesamt 274 Patienten; diese wurden in die Studie aufgenommen. Davon waren 153 (81%) Frauen und 36 (19%) Männer. Das durchschnittliche Alter betrug 34,5 Jahre (Range 18 bis 61 Jahre). Bei allen Teilnehmern lag gemäß Interviewdiagnostik eine kPTBS vor.

Bei Betrachtung der soziodemografischen Daten der Studienteilnehmer (Tab. 2) fiel auf, dass der überwiegende Anteil keine feste Partnerschaft unterhielt ($n=112$; 59,3%) und außerdem nicht am Arbeitsleben teilnahm, sondern arbeitslos ($n=54$; 28,6%) oder nicht erwerbstätig bzw. berentet war ($n=59$; 31,2%).

Insgesamt gaben 146 Teilnehmer (77,2%) im diagnostischen Interview mindestens eine sexuelle Störung an. Es berichteten 104 Teilnehmer (55%) über Aversionen gegen körperliche Berührung und 95 (50,3%) über sexuelles Vermeidungsverhalten. Sexuelles Risikoverhalten fand sich bei 19 (19,1%), eine zwanghafte Sexualität bei 18 Teilnehmern (9,5%).

In der geschlechtsspezifischen prozentualen Verteilung waren die hyposexuellen Störungen bei beiden Geschlechtern stärker vertreten als die hypersexuellen Störungen. Bei den Frauen ergaben sich gegenüber den Männern höhere Werte bezüglich der hyposexuellen und niedrigere Werte bezüglich der hypersexuellen Störungen (Abb. 1). Allerdings war bei genauerer Betrachtung der geschlechtsspezifischen Zusammenhänge (Tab. 3) allein für den Bereich „Vermeidung von Sexualität“ ein signifikanter Unterschied feststellbar [häufiger bei Frauen als bei Männern; „odds ratio“ (OR) 2,32, 95%-Konfidenzintervall (95%-KI) 1,03–5,21, $p=0,04$].

Die Untersuchung der Beziehungen zwischen traumatischen Kindheitsbelastungen und Störungen der Sexualität (Tab. 4) ergab im Bereich der sexuellen Kindheitsbelastungen einen stark positiven Zusammenhang mit der „Vermeidung von Sexualität“ und einen negativen Zusammenhang mit der „zwanghaften Beschäftigung mit Sexualität“.

Insgesamt berichteten 96 Teilnehmer (50,8%) über sexuelle Gewalterfahrungen. Dabei lagen die Prävalenzen (mit

Ausnahme des Vorschulalters bei den Frauen) bei beiden Geschlechtern im Kindes- und Jugendalter deutlich über jenen des Erwachsenenalters. Frauen waren gegenüber Männern signifikant häufiger von sexuellen Gewalterfahrungen betroffen ($\chi^2=9,425$, $p=0,003$), v. a. im Jugendalter ($\chi^2=10,278$, $p=0,001$) und Erwachsenenalter ($\chi^2=5,250$, $p=0,02$; **Tab. 5**).

Diskussion

In der vorgestellten Studie wurden die Prävalenzen und Zusammenhänge sexueller Störungen mit sexuellen Gewalterfahrungen bei einer multizentrisch erhobenen Stichprobe von Patienten mit kPTBS untersucht.

Mit 77,2% aller befragten PTBS-Patienten ergab sich eine sehr hohe Prävalenz für das Vorliegen mindestens einer sexuellen Störung. Dabei waren hyposexuelle Störungen etwa 5-mal häufiger als hypersexuelle Störungen. In der geschlechtsspezifischen Betrachtung zeigte sich außerdem, dass hyposexuelle Störungen bei den Frauen, hypersexuelle Störungen hingegen bei den Männern stärker repräsentiert waren. Hiermit werden Beobachtungen aus der Forschungsliteratur bestätigt, die für ähnlich gelagerte Störungsbilder hypo- und hypersexueller Ausprägung eine gleichartige Geschlechterverteilung beschreiben (Brotto 2009; Kafka 2010; Kaplan u. Krueger 2010; Laumann et al. 1999). Sexuelle Störungen sind demzufolge nicht nur ein sehr häufiges Symptom bei Patienten mit kPTBS und somit von erheblicher klinischer Relevanz, sie treten auch geschlechtsabhängig unterschiedlich in Erscheinung. Insbesondere bei Patienten mit sexuellen Gewalterfahrungen sollte die Diagnostik daher Aspekte sexueller Schwierigkeiten berücksichtigen. Weiterhin ergibt sich ein Bedarf an gut evaluierten Behandlungskonzepten (Sack et al. 2009), die auch auf die unterschiedlichen Bedürfnisse von Frauen und Männern eingehen können sollten. Konsens scheint dahingehend zu bestehen, dass ein modifiziertes sexualtherapeutisches Setting unter Einbeziehung traumaspezifischer Behandlungsmethoden die sinnvollste Herangehensweise darstellt (Althof et al. 2005; Hall 2007; Leiblum u. Wiegel 2002).

Auch die Prävalenz sexueller Gewalterfahrungen erwies sich mit 50,8% in der untersuchten Stichprobe als sehr hoch; am häufigsten wurde über sexuelle Gewalt im Kindes- und Jugendalter berichtet. In Übereinstimmung mit zahlreichen Befunden aus der Forschungsliteratur (Maercker et al. 2008; Pereda et al. 2009) gaben die Frauen zudem mehr sexuelle Gewalterfahrungen an (56,2%) als die Männer (27,8%). In der Gegenüberstellung der jeweiligen Vergleichsgruppen wiesen Patienten mit der hyposexuell gelagerten Störung „Vermeidung von Sexualität“ mehr, jene mit der hypersexuell gelagerten Störung „zwanghafte Beschäftigung mit Sexualität“ jedoch weniger sexuelle Gewalterfahrungen auf. Diese Ergebnisse verdeutlichen einerseits die Relevanz sexueller Kindheitstraumatisierungen in der Entstehung sexueller Störungen und bekräftigen entsprechende Befunde aus der Forschungsliteratur (Haase

2009); andererseits werfen sie Fragen nach dem Hintergrund der Zusammenhänge auf. Eine mögliche Erklärung bieten Noll et al. (2003), die feststellten, dass sexuell aversives Verhalten vorrangig im Zusammenhang mit schwerem sexuellem Missbrauch (durch den biologischen Vater oder mehrere Täter, lebensgeschichtlich früh, über eine lange Zeit hinweg, unter Anwendung körperlicher Gewalt) auftrat, während es zu sexuell zwanghaftem Verhalten eher nach weniger schweren Missbrauchserfahrungen (einzelner Täter, nicht der biologische Vater, lebensgeschichtlich später, kürzere Dauer, weniger körperliche Gewalt) kam. Allerdings waren bei den schwerer betroffenen Patientinnen auch ambivalente Ausprägungen mit wechselnd aversivem und zwanghaftem sexuellem Verhalten zu beobachten.

Eine Begründung dafür, dass Frauen häufiger hyposexuelle Störungen entwi-

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Tab. 3 Sexuelle Störungen in Abhängigkeit vom Geschlecht

	Hyposexuelle Störungen						Hypersexuelle Störungen					
	Aversion gegen körperliche Berührung			Vermeidung von Sexualität			Zwanghafte Beschäftigung mit Sexualität			Risikosexualität		
	„Odds ratio“	95%-KI	Signifikanz (p)	Odds ratio	95%-KI	Signifikanz (p)	Odds ratio	95%-KI	Signifikanz (p)	Odds ratio	95%-KI	Signifikanz (p)
Weibliches Geschlecht	1,19	0,56–2,54	0,65	2,32	1,03–5,21	0,04	0,77	0,25–2,42	0,66	0,39	0,14–1,10	0,07

95%-KI 95%-Konfidenzintervall.

Tab. 4 Sexuelle Störungen in Abhängigkeit von traumatischen Kindheitserfahrungen

Art der Kindheits-traumatisierung (0 bis 18 Lebensjahr)	Hyposexuelle Störungen						Hypersexuelle Störungen					
	Aversion gegen körperliche Berührung			Vermeidung von Sexualität			Zwanghafte Beschäftigung mit Sexualität			Risikosexualität		
	„Odds ratio“	95%-KI	Signifikanz (p)	Odds ratio	95%-KI	Signifikanz (p)	Odds ratio	95%-KI	Signifikanz (p)	Odds ratio	95%-KI	Signifikanz (p)
Vernachlässigung	0,67	0,29–1,59	0,37	1,0	0,42–2,43	0,98	0,64	0,18–2,31	0,50	0,59	0,17–2,07	0,41
Emotionale Gewalt	1,73	0,76–3,94	0,19	0,85	0,36–2,02	0,71	1,57	0,36–6,88	0,55	1,48	0,34–5,84	0,58
Körperliche Gewalt	1,73	0,88–3,42	0,12	1,22	0,60–2,48	0,56	2,33	0,70–7,80	0,17	0,89	0,29–2,70	0,84
Sexuelle Gewalt	1,41	0,73–2,74	0,31	2,91	1,47–5,73	0,002	0,24	0,07–0,83	0,02	0,65	0,21–2,00	0,45

95%-KI 95%-Konfidenzintervall.

Tab. 5 Geschlechtsspezifische Prävalenz sexueller Gewalterfahrungen

Sexuelle Traumatisierung	Männer (n=36)		Frauen (n=153)		χ ² -Test	
	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	(χ ²)	(p)
Vorhandensein sexueller Gewalterfahrungen	10	27,8	86	56,2	9,425	0,003
Alter zum Zeitpunkt sexueller Gewalterfahrungen (Jahre)						
0–6	5	13,9	28	18,3	0,394	n. s.
7–12	8	22,2	51	33,3	1,676	n. s.
13–18	4	11,1	60	39,2	10,278	0,001
>18	2	5,6	34	22,2	5,250	0,02

Bezüglich des Alters zum Zeitpunkt der sexuellen Gewalterfahrungen waren Mehrfachnennungen möglich. Es wurde nicht das Alter der ersten Erfahrung sexueller Gewalt erfasst.

ckeln als Männer, mag darin liegen, dass sie nicht nur mehr sexuellen Gewalterfahrungen ausgesetzt sind – wie sich auch in dieser Studie erneut bestätigt – sondern dass sie oft auch schwerere sexuelle Übergriffe hinnehmen müssen als Männer (Hall 2007; Häuser et al. 2011). Bezüglich der hypersexuellen Störungen ist ein umgekehrter Zusammenhang denkbar.

Da die Daten an einer klinischen Stichprobe von Patienten mit kPTBS schwerer Störungsausprägung aus spezialisierten Zentren erhoben wurden, lassen sich die gefundenen Prävalenzen nur mit Einschränkung auf den Bereich der ambulanten Psychotherapie übertragen. Trotz multizentrischer Erhebung und Generierung eines Datensatzes von immerhin

189 Teilnehmern erwies sich zudem die Fallzahl als nichtausreichend, um akzeptabel große Teilstichproben von Männern bzw. Patienten mit hypersexuellen Störungen zu bilden. Während die Diagnostik hinsichtlich des Vorliegens von kPTBS und sexuellen Störungen mithilfe der strukturierten Interviewdiagnostik durch erfahrene und geschulte Rater erfolgte, kam für die Erfassung der sexuellen Gewalterfahrungen lediglich ein Selbst-Rating-Instrument zur Anwendung. Zusätzlich sollte bedacht werden, dass infolge der physiologischen frühkindlichen Amnesie der ersten Lebensjahre möglicherweise nur eine unvollständige Angabe zu sexuellen Gewalterfahrungen in der Kindheit erfolgen konnte.

Für zukünftige Studien wäre es von Vorteil, die im DSM-V verzeichneten sexuellen Störungen in die Prävalenzerhebung einzubeziehen, um einen Vergleich der Ergebnisse zu ermöglichen. Von Interesse wäre zudem eine genauere Betrachtung der Dosis-Wirkung-Beziehung zwischen der Schwere einer sexuellen Gewalterfahrung und der Schwere einer damit verbundenen sexuellen Störung. Neben isoliert auftretenden hypo- und hypersexuellen Störungen sollte auch ambivalentes sexuelles Verhalten berücksichtigt werden.

Fazit für die Praxis

Sexuelle Störungen sind ein sehr häufiges Beschwerdebild bei Patienten mit Kindheitstraumatisierungen. Diese sind im Rahmen einer multifaktoriellen Genese in besonderem Ausmaß mit sexuellen Gewalterfahrungen assoziiert. Da traumaassoziierte sexuelle Störungen mit erheblichen Einschränkungen in der Lebensqualität und beträchtlichen gesundheitlichen Risiken einhergehen können, ist es wichtig, sie diagnostisch zu erfassen und in die psychotherapeutische Behandlung einzubeziehen. Ein Behandlungssetting, das traumaspezifische und sexualtherapeutische

sche Methoden verbindet, stellt das geeignete Vorgehen dar. Dabei sollten geschlechtsspezifisch unterschiedliche Bedürfnisse berücksichtigt werden.

Korrespondenzadresse

Dr. Melanie Büttner

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München
Ismaningerstr. 22, 81675 München
m.buettner@tum.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Melanie Büttner, Birger Dulz, Ulrich Sachsse, Bettina Overkamp und Martin Sack geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle im vorliegenden Manuskript beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethikkommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Patienten liegt eine Einverständniserklärung vor.

Literatur

- Althof SE, Leiblum SR, Chevret-Measson M et al (2005) Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med* 2:793–800
- Bancroft J (2008) Sexual behavior that is „out of control“: a theoretical conceptual approach. *Psychiatr Clin North Am* 31:593–601
- Boroske-Leiner K, Hofmann A, Sack M (2008) Ergebnisse zur internen und externen Validität des Interviews zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS). *Psychother Psychosom Med Psychol* 58:192–199
- Brotto LA (2009) The DSM diagnostic criteria for sexual aversion disorder. *Arch Sex Behav* 39:271–277
- Classen CC, Palesh OG, Aggarwal R (2005) Sexual revictimization: a review of the empirical literature. *Trauma Violence Abuse* 6:103–129
- DeRogatis LR, Burnett AL (2008) The epidemiology of sexual dysfunctions. *J Sex Med* 5:289–300
- Dong M, Anda RF, Dube SR et al (2003) The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child Abuse Negl* 27:625–639
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D et al (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *Am J Prev Med* 14:245–258
- Haase A (2009) Sexuelle Dysfunktionen und sexuelle Zufriedenheit bei Patientinnen mit posttraumatischer Belastungsstörung. *Verhaltenstherapie* 19:161–167
- Hall K (2007) Sexual dysfunction and childhood sexual abuse – gender differences and treatment implications. In: Leiblum SR (Hrsg) *Principles and practice of sex therapy*. Guilford, New York
- Hall K (2008) Childhood sexual abuse and adult sexual problems: a new view of assessment and treatment. *Fem Psychol* 18:546–556
- Häuser W, Schmutzer G, Brahler E, Glaesmer H (2011) Maltreatment in childhood and adolescence: results from a survey of a representative sample of the German population. *Dtsch Arztebl Int* 108:287–294
- Hillis SD, Anda RF, Felitti VJ, Marchbanks PA (2001) Adverse childhood experiences and sexual risk behaviors in women: a retrospective cohort study. *Fam Plann Perspect* 33:206–211
- Hofmann A, Fischer G, Kohn F (1999) Traumatic Antecedents Questionnaire (TAQ). Deutsches Institut für Psychotraumatologie, Köln
- Kafka MP (2010) Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav* 39:377–400
- Kaplan HS (1977) Hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Marital Ther* 3:3–9
- Kaplan MS, Krueger RB (2010) Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *J Sex Res* 47:181–198
- Kockott G (2007) Psychotherapie sexueller Funktions- und Erlebnisstörungen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 50:11–18
- Kolk BA van der (1997) Traumatic Antecedents Questionnaire (TAQ). The Trauma Center, Brookline
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC (1999) Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 281:537–544
- Leiblum SR, Wiegel M (2002) Psychotherapeutic interventions for treating female sexual dysfunction. *World J Urol* 20:127–136
- Maercker A, Brewin CR, Bryant RA et al (2013) Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet* 381(9878):1683–1685
- Maercker A, Forstmeier S, Wagner B et al (2008) Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt* 79:577–586
- Masters W, Johnson V (1970) *Human sexual inadequacy*. Little, Brown & Co, Boston
- Noll JG, Trickett PK, Putnam FW (2003) A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *J Consult Clin Psychol* 71:575–586
- Pelcovitz D, Kolk BA van der, Roth S et al (1997) Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *J Trauma Stress* 10:3–16
- Pereda N, Guilera G, Forns M, Gomez-Benito J (2009) The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Negl* 33:331–342
- 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* 5:31–46
- Sack M (2004) Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Nervenarzt* 75:451–459
- Sack M, Sachsse U, Dulz B (2009) Störungen der Sexualität bei Patientinnen und Patienten mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung. In: Dulz B, Benecke C, Richter-Appelt H (Hrsg) *Borderline-Störungen und Sexualität. Ätiologie – Störungsbild – Therapie*. Schattauer, Stuttgart, S 134–137
- Senn TE, Carey MP, Venable PA (2008) Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clin Psychol Rev* 28:711–735
- Staples J, Rellini AH, Roberts SP (2011) Avoiding experiences: sexual dysfunction in women with a history of sexual abuse in childhood and adolescence. *Arch Sex Behav* 41:341–350
- Testa M, VanZile-Tamsen C, Livingston JA (2007) Prospective prediction of women's sexual victimization by intimate and nonintimate male perpetrators. *J Consult Clin Psychol* 75:52–60



Kommentieren Sie diesen Beitrag auf springermedizin.de

Geben Sie hierzu den Beitragstitel in die Suche ein und nutzen Sie anschließend die Kommentarfunktion am Beitragsende.