

Strukturiertes Interview "Sexuelle Symptome bei sexuellen Gewalterfahrungen" (SSSG)

Dr. med. M. Büttner, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum rechts der Isar, TUM. 2017.

Bitte lesen Sie der zu befragenden Person die Instruktionen und Fragen im genauen Wortlaut vor.

Erläuterung

Erhebungszeitraum: Die Fragen beziehen sich auf die Phase der letzten sexuellen Aktivität. Diese kann aktuell bestehen (die Person war in den vergangenen drei Monaten sexuell aktiv) oder bereits eine Weile zurückliegen (die Person war mehrere Monate oder Jahre nicht sexuell aktiv).

Antwortmöglichkeiten: Es kann jeweils eine Antwortmöglichkeit ausgewählt werden.

Die Antwortmöglichkeit "?" kann vergeben werden, wenn einer der folgenden Fälle zutrifft:

- Die Frage ist nicht eindeutig zu beantworten.
- Die Person möchte keine Angaben zu der Frage machen.
- Die Frage trifft nicht auf die Situation der Person zu.

Fragen zur Person

Instruktion: Bevor wir mit dem Interview beginnen, würde ich Ihnen gerne einige allgemeine Fragen zu Ihrer Sexualität stellen.

Spielt Sexualität aktuell eine Rolle in Ihrem Leben? Ja Nein ?

Wann hatten Sie zuletzt Sex? innerhalb der letzten 3 Monate
 innerhalb des letzten Jahres
 innerhalb der letzten 3 Jahre
 innerhalb der letzten 10 Jahre
 vor mehr als 10 Jahren
 ?

Wenn es zum Sex kommt, findet dieser überwiegend in einer festen Partnerschaft statt oder mit Sexualpartnern, zu denen keine feste Beziehung besteht? nur in einer festen Partnerschaft
 überwiegend in einer festen Partnerschaft
 überwiegend mit Sexualpartnern, zu denen keine feste Beziehung besteht
 nur mit Sexualpartnern, zu denen keine feste Beziehung besteht
 ?

Bevorzugen Sie männliche oder weibliche Sexualpartner? männliche
 weibliche
 beides
 ?

A Sexuelle Gewalterfahrungen

Instruktion: Zu Beginn werde ich Ihnen einige Fragen stellen, um herauszufinden, ob belastende Erfahrungen mit Sexualität in Ihrem Leben eine Rolle gespielt haben.

- A1 Hat Sie schon einmal jemand zum Sex bewegt, Ja Nein ?
 obwohl Sie dies eigentlich gar nicht wollten,
 z. B. indem er/sie Sie überredet, gezwungen
 oder es einfach getan hat?

Erläuterung

Sexuelle Gewalt in Kindheit und Jugend: Hierzu zählen sexuelle Handlungen, ...

- die ohne die eindeutige Zustimmung der Person erfolgt sind oder
- zu der die Person keine Zustimmung geben konnte, da sie sie zum gegebenen Zeitpunkt nicht voll verstand und aufgrund ihrer Entwicklung dafür noch nicht vorbereitet war oder
- zu der die Person aufgrund körperlicher, seelischer, geistiger oder sprachlicher Unterlegenheit nicht zustimmen konnte.

Sexuelle Gewalt im Erwachsenenalter: Hierzu zählen sexuelle Handlungen, ...

- die ohne die eindeutige Zustimmung der Person erfolgt sind oder
- zu der die Person aufgrund körperlicher, seelischer, geistiger oder sprachlicher Unterlegenheit nicht zustimmen konnte.

- A2 In welchem Alter und wie häufig kam es zu solchen Erfahrungen? einmal wenige Male etwas häufiger sehr oft ?

Falls zutreffend, können Angaben zu mehreren Altersbereichen gemacht werden.

- | | einmal | wenige Male | etwas häufiger | sehr oft | ? |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| In der Kindheit (≤ 12 Jahre) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In der Jugend (13-17 Jahre) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Im jungen Erwachsenenalter (18-25 Jahre) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Im späteren Erwachsenenalter (> 25 Jahre) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alter rückblickend nicht eindeutig bestimmbar (z.B. bei ausgeprägter biographischer Amnesie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- A3 Kam es bei solchen Erfahrungen zu Körperkontakt? Ja Nein ?
 Kam es bei solchen Erfahrungen zur Penetration? Ja Nein ?

B Bedeutung von Sexualität und sexuelle Zufriedenheit

Instruktion: Es folgen einige Fragen, die klären sollen, wie Sie Sexualität erleben und welche Bedeutung Sexualität für Sie hat.

Betrachten Sie Sexualität als ...	immer	meistens	teilw.	selten	nie	?
B1 etwas Positives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2 etwas Gesundes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3 etwas Wünschenswertes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4 als etwas, das man in einer Beziehung tun muss (wie eine "eheliche Pflicht")?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5 etwas, das man aushalten muss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B6 etwas, das weh tut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B7 etwas Rücksichtsloses oder Verletzendes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B8 etwas Beschämendes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie in der Sexualität ...	immer	meistens	teilw.	selten	nie	?
B9 angenehme Gefühle erleben? (z. B. Freude, Verbundenheit, Geborgenheit, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B10 Ihren Körper genießen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B11 emotionale Befriedigung verspüren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B12 körperliche Befriedigung verspüren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Intra- und interpersoneller Leidensdruck	sehr	ziemlich	mittelgradig	weniger	gar nicht
Wenn in diesem Bereich Probleme vorliegen, ...					
BL1 wie stark fühlen Sie sich hierdurch beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BL2 wie stark fühlt sich Ihr Partner/Ihre Partnerin hierdurch beeinträchtigt? (sofern Partnerschaft vorhanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BL3 ergeben sich hieraus Schwierigkeiten für Ihre Partnerschaft? (sofern Partnerschaft vorhanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C Sexuelles Körpererleben

Instruktion: Die kommenden Fragen betreffen Ihr körperliches Erleben in der Sexualität.

	immer	meistens	teilw.	selten	nie	?
C1 Können Sie Ihren Körper beim Sex positiv erleben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2 Können Sie sexuelle Lust empfinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie sexuelle Lust empfinden können ...						
bereitet diese Ihnen Freude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
löst diese unangenehme Gefühle aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3 Erleben Sie beim Sex Orgasmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie Orgasmen erleben ...						
bereiten diese Ihnen Freude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lösen diese unangenehme Gefühle aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4 Lehnen Sie Ihren Körper oder Teile Ihres Körpers beim Sex ab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommt es beim Sex zu ...

	immer	meistens	teilw.	selten	nie	?
C5 Schmerzen oder Verspannungen im Bereich ...						
des Unterbauchs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Darmausgangs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von Kopf und/oder Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von Nacken und Schultern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Rückens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C6 Gefühllosigkeit im Bereich ...	immer	meistens	teilw.	selten	nie	?
des Genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Darmausgangs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des gesamten Beckens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der gesamten unteren Körperhälfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Bauchs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Gesichts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des gesamten Körpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C7 Missempfindungen (z. B. Brennen, Jucken, Stechen, Kribbeln etc.) im Bereich ...	immer	meistens	teilw.	selten	nie	?
des Genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Darmausgangs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an anderen Körperstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche sind das?						

C8 Ekelgefühlen im Bereich ...	immer	meistens	teilw.	selten	nie	?
des Genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Darmausgangs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des gesamten Beckens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der gesamten unteren Körperhälfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Bauchs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Gesichts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des gesamten Körpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C9	Gefühlen körperlich beschmutzt zu sein im Bereich ...	immer	meistens	teilw.	selten	nie	?
	des Genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	des Darmausgangs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	des gesamten Beckens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	der gesamten unteren Körperhälfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	des Bauchs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	des Gesichts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	des gesamten Körpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C10	Abneigung gegen Berührung im Bereich ...	immer	meistens	teilw.	selten	nie	?
	des Genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	des Darmausgangs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	des gesamten Beckens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	der gesamten unteren Körperhälfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	des Bauchs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	des Gesichts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	des gesamten Körpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Intra- und interpersoneller Leidensdruck		sehr	ziem- lich	mittel- gradig	weniger	gar nicht
Wenn in diesem Bereich Probleme vorliegen, ...						
CL1	wie stark fühlen Sie sich hierdurch beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CL2	wie stark fühlt sich Ihr Partner/Ihre Partnerin hierdurch beeinträchtigt? (sofern Partnerschaft vorhanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CL3	ergeben sich hieraus Schwierigkeiten für Ihre Partnerschaft? (sofern Partnerschaft vorhanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D Intrusionen und Dissoziation

Instruktion: Es folgen einige Fragen zu möglichen Beschwerden im Bereich der Sexualität.

Kommt es vor, dass ...	immer	oft	teilw.	selten	nie	?
D1 Sexualität oder der Gedanke daran bei Ihnen eine starke Abneigung auslöst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2 Sie Sexualität vermeiden, weil sie Ihnen unangenehm ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt es bei der Sexualität oder bei dem Gedanken daran zu ...	immer	oft	teilw.	selten	nie	?
D3 belastenden Gefühlen wie Angst, Ekel, Ohnmacht, Hilflosigkeit oder Wut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4 belastenden Erinnerungen an sexuelle Gewalterfahrungen in Form von Bildern, Filmen, Gerüchen oder Geräuschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5 sexuellen Fantasien mit missbräuchlichen oder gewalttätigen Inhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn es solche Fantasien gibt, ist es so, dass diese Sie erregen, aber gleichzeitig abstoßen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6 belastenden Gedanken über Sie selbst (z. B. "Ich bin schlecht/nichts wert/widerlich/selbst schuld?")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D7 emotionaler Distanziertheit oder Gefühllosigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D8 einem Gefühl, dass ihr Körper oder ein Teil des Körpers nicht zu Ihnen gehört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D9 einem Gefühl neben sich zu stehen oder sich selbst zu beobachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D10 einem Gefühl, dass die Umgebung um Sie herum nicht wirklich ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D11 einem "Ausblenden" der Situation, so dass Sie sich anschließend an das Erlebte nur noch teilweise oder gar nicht mehr erinnern können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D12 Nehmen Sie Alkohol, Drogen oder Beruhigungsmittel, um den Sex aushalten zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D13 Kontrollieren Sie den Sex sehr stark, um ihn aushalten zu können?

Intra- und interpersoneller Leidensdruck		sehr	ziemlich	mittelgradig	weniger	gar nicht
Wenn in diesem Bereich Probleme vorliegen, ...						
DL1	wie stark fühlen Sie sich hierdurch beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DL2	wie stark fühlt sich Ihr Partner/Ihre Partnerin hierdurch beeinträchtigt? (sofern Partnerschaft vorhanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DL3	ergeben sich hieraus Schwierigkeiten für Ihre Partnerschaft? (sofern Partnerschaft vorhanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E Risikosexualität und exzessive Sexualität

Instruktion: Die nächsten Fragen beschäftigen sich mit möglichen Sicherheitsrisiken und weiteren Beschwerden im Bereich der Sexualität.

	immer	oft	teilw.	selten	nie	?
E1	Kommt es vor, dass Sie in der Sexualität in unsichere oder gefährliche Situationen geraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2	Können Sie einschätzen, ob eine sexuelle Situation ausreichend sicher für Sie ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3	Kommt es vor, dass man Ihnen sexuell zu nahe tritt, obwohl Sie das nicht wollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4	Achten Sie darauf, beim Sex keine Dinge zu tun, die Ihnen nicht gut tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5	Sagen Sie beim Sex klar und deutlich, was Sie wollen und was nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6	Machen Sie beim Sex vieles mit, das Sie eigentlich nicht wollen, weil Sie Angst haben abgelehnt oder verlassen zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E7	Achten Sie beim Sex auf ausreichenden Schutz vor ungewollter Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E8	Achten Sie beim Sex auf ausreichenden Schutz vor sexuell übertragbaren Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E9	Kommt es vor, dass Sie vor oder während dem Sex so viel Alkohol oder Drogen zu sich nehmen, dass es Ihnen nicht mehr gelingt, ausreichend auf sich zu achten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E10	Verhalten Sie sich beim Sex selbstverletzend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E11	Verhalten Sie sich beim Sex aggressiv oder verletzend Ihrem Sexualpartner gegenüber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E12	Beschäftigen Sie sich so intensiv mit Sex, Pornos oder Internetsex, dass es negative Folgen für Sie hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E13	Empfinden Sie einen überwältigenden inneren Druck oder Zwang sich sexuell zu betätigen, so dass es kaum oder gar nicht zu kontrollieren ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Intra- und interpersoneller Leidensdruck		sehr	ziemlich	mittelgradig	weniger	?
Wenn in diesem Bereich Probleme vorliegen, ...						
EL1	wie stark fühlen Sie sich hierdurch beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EL2	wie stark fühlt sich Ihr Partner/Ihre Partnerin hierdurch beeinträchtigt? (sofern Partnerschaft vorhanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EL3	ergeben sich hieraus Schwierigkeiten für Ihre Partnerschaft? (sofern Partnerschaft vorhanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F Sexueller Selbstbezug

Instruktion: Nun soll erfragt werden, wie Sie sich selbst im Zusammenhang mit Sexualität erleben.

Wissen Sie, ...	immer	oft	teilw.	selten	nie	?
F1 was Ihnen in der Sexualität gut tut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F2 wie Sie Sexualität gestalten können, so dass Sie Ihnen gefällt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich im Zusammenhang mit der Sexualität ...						
F3 wertlos oder schämen Sie sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4 eklig oder abstoßend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5 schlecht, weil Sie sich Schuld an den sexuellen Gewalterfahrungen geben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F6 machtlos und unterlegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F7 bedroht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F8 Gelingt es Ihnen sich selbst zu beruhigen, wenn beim Sex unangenehme Gefühle auftreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F9 Haben Sie Sex, um unangenehme Gefühle nicht aushalten zu müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Intra- und interpersoneller Leidensdruck		sehr	ziemlich	mittelgradig	weniger	gar nicht
Wenn in diesem Bereich Probleme vorliegen, ...						
FL1	wie stark fühlen Sie sich hierdurch beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FL2	wie stark fühlt sich Ihr Partner/Ihre Partnerin hierdurch beeinträchtigt? (sofern Partnerschaft vorhanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FL3	ergeben sich hieraus Schwierigkeiten für Ihre Partnerschaft? (sofern Partnerschaft vorhanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G Sexueller Partnerbezug

Instruktion: Zum Abschluss möchte ich Ihnen einige Fragen zu Ihrer Beziehungsgestaltung in der Sexualität stellen.

Bitte die Leerstellen entsprechend der aktuellen Partnersituation ergänzen, z.B.

- "Ihr Partner" bzw. "Ihre Partnerin" (wenn Sexualität v.a. in einer festen Partnerschaft gelebt wird)
- "Ihr Sexualpartner" bzw. "Ihre Sexualpartnerin" (wenn Sexualität gelebt wird, aber keine feste Partnerschaft besteht oder Sexualität v.a. außerhalb einer festen Partnerschaft gelebt wird)
- Wenn aktuell keine Sexualität gelebt wird: Entsprechend der früheren Partnersituation ergänzen.

Unter Umständen macht es Sinn, die Fragen auf mehrere (Sexual)Partner oder (Sexual)Partnerinnen zu beziehen, z.B. bei wiederholten oder häufigeren Partnerwechseln.

	immer	oft	teilw.	selten	nie	?
G1 Können Sie mit über Probleme in der Sexualität sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2 Wenn Sie beim Sex mit einem Problem konfrontiert sind, ziehen Sie sich dann von zurück?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3 Geraten Sie mit in heftige, schwer lösbare Konflikte über Ihre Sexualität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G4 Können Sie mit über Ihre sexuellen Gewalterfahrungen sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G5 Wenn Sie mit über die sexuellen Gewalterfahrungen sprechen können, erleben Sie dies als hilfreich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Intra- und interpersoneller Leidensdruck	sehr	ziemlich	mittelgradig	weniger	gar nicht
Wenn in diesem Bereich Probleme vorliegen, ...					
GL1 wie stark fühlen Sie sich hierdurch beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GL2 wie stark fühlt sich Ihr Partner/Ihre Partnerin hierdurch beeinträchtigt? (sofern Partnerschaft vorhanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GL3 ergeben sich hieraus Schwierigkeiten für Ihre Partnerschaft? (sofern Partnerschaft vorhanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>