

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
am Klinikum rechts der Isar

**Sexuelle Störungen und
frühe sexuelle und nicht-sexuelle Traumatisierung
bei Männern und Frauen mit
komplexer posttraumatischer Belastungsstörung**

Melanie Cillien

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. E. J. Rummeny

Prüfer der Dissertation:

1. apl. Prof. Dr. M. Sack

2. Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen

Die Dissertation wurde am 25.04.2012 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 26.09.2012 angenommen.

Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychiatric Association
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften
BDI	Beck-Depressions-Inventar
BLA	Basolateraler Nucleus der Amygdala
BNST	Bettkern der Stria terminalis
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CRH	Corticotropin-releasing Hormon
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association
HHN-Achse	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse
ICD-10	International Classification of Diseases, 10. Auflage
I-kPTBS	Interview zur Diagnostik der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung
M-CIDI	Münchener Composite International Diagnostic Interviews
n. n. b.	nicht näher bezeichnet
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	Post traumatic stress disorder
TAQ	Traumatic Antecedents Questionnaire
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organisation

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	5
2	Trauma und Traumafolgestörungen.....	7
2.1	Geschichtliche Aspekte	7
2.2	Pathogenese der Traumafolgestörungen.....	12
2.2.1	Arten der Traumatisierung und ihre Folgen.....	12
2.2.2	Resilienz und Vulnerabilität.....	14
2.2.3	Frühe sexuelle Traumatisierung.....	16
2.2.4	Geschlechtsspezifische Unterschiede früher sexueller Traumatisierung	18
2.2.5	Zusammenhänge mit anderen Formen früher Traumatisierung	19
2.2.6	Geschlechtsspezifische Unterschiede früher nicht-sexueller Traumatisierung	20
2.2.7	Neurobiologische Folgen früher Traumatisierung.....	21
2.3	Diagnostik von Traumafolgestörungen.....	27
2.3.1	Definition des Traumabegriffs	27
2.3.2	Differentialdiagnostik nach DSM-IV und ICD-10.....	30
2.3.3	Diagnostische Kriterien der komplexen PTBS.....	36
2.3.4	Überschneidung mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung	36
3	Störungen der Sexualität.....	40
3.1.1	Missbrauchsunabhängige und -assoziierte Variablen	41
3.1.2	Geschlechtsspezifische Unterschiede sexueller Störungen	43
3.1.3	Symptomatologie und Prävalenz sexueller Störungen	43
3.1.4	Neurophysiologie sexueller Störungen.....	48
3.1.5	Zusammenhang mit Selbstbildstörungen	49
3.1.6	Zusammenhang mit Affekt- und Impulsregulationsstörungen.....	51
3.2	Zusammenfassung	52
4	Fragestellung und Hypothesen	53
5	Methodik	55
5.1	Psychometrische Messinstrumente	55
5.1.1	Interviewdiagnostik	55
5.1.2	Fragebogendiagnostik	56
5.2	Studiensetting und Stichprobenbeschreibung.....	58
5.3	Statistische Auswertung.....	60
6	Ergebnisse.....	61
6.1	Prävalenz sexueller Störungen bei Männern und Frauen mit und ohne komplexe PTBS.....	61
6.2	Geschlechtsspezifische Unterschiede hypo- und hypersexueller Störungen.....	62
6.3	Geschlechtsspezifische Unterschiede früher sexueller und nicht-sexueller Traumaerfahrungen.....	63

6.4	Prävalenz sexueller und nicht-sexueller Traumatisierungen bei Männern und Frauen mit und ohne sexuelle Störungen.....	64
6.4.1	Traumatisierungen und hyposexuelle Störungen	65
6.4.2	Traumatisierungen und hypersexuelle Störungen	69
7	Diskussion	74
8	Zusammenfassung	92
9	Literaturverzeichnis.....	93

1 Einleitung

Die Auswirkungen komplexer Traumatisierungen erhalten gegenwärtig zunehmend Aufmerksamkeit innerhalb unserer Gesellschaft. Die vermehrte Medienpräsenz der Folgen kindlichen, häufig auch institutionellen Missbrauchs schafft nicht nur ein breiteres Verständnis für das Leid und die Einschränkungen der Betroffenen, sondern mobilisiert auch unsere politischen Vertreter, präventive Maßnahmen sowie bessere Versorgungsbedingungen für die Geschädigten zu etablieren. Staatlich geförderte Initiativen wie die Einsetzung eines "Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs" oder die Berufung eines "Runden Tisches Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren" sind ins Leben gerufen worden, um mehr Klarheit über die Bedürfnisse Betroffener zu erhalten, mit dem Ziel, die bestehenden Versorgungsstrukturen diesen Erfordernissen anzupassen.

Regelmäßig kommt es infolge früher Traumatisierungen, insbesondere wenn es sich um sexuelle Traumatisierungen handelte, auch zu ausgeprägten Störungen der Sexualität. In der Regel findet dieser Bereich des durchaus heterogenen Symptompektrums der Traumafolgestörungen jedoch weder im öffentlichen Kontext noch im klinischen Rahmen besondere Beachtung. In der Forschung hat man indes begonnen, sich mit den traumabedingten sexuellen Störungen auseinanderzusetzen. Mittlerweile liegen verschiedene Studien vor, die einen ersten Überblick zur Pathogenese – einschließlich der Vorgänge auf neurobiologischer Ebene – zur Symptomatologie, sowie zu den Auswirkungen sexueller Störungen für die Betroffenen und ihr Umfeld erlauben. Insbesondere im Hinblick auf ein besseres Verständnis, was Einschränkungen dieser Art für die Lebensqualität und die Beziehungsgestaltung der Patienten bedeuten und wie man ihnen therapeutisch begegnen kann, wären weitere Forschungsbemühungen wünschenswert.

Bei den sexuellen Störungen lassen sich hyposexuelle und hypersexuelle Symptombilder beobachten, die jeweils für sich gesehen, ganz unterschiedliche Schwierigkeiten für die Betroffenen mit sich bringen (Hall, 2007; Noll et al., 2003; Rellini, 2008; Sack et al., 2009; Senn et al., 2008). Verhältnismäßig gut untersucht ist mittlerweile der Zusammenhang zwischen sexuellen Störungen und früher sexueller Traumatisierung (Beitchman et al., 1992; Haase, 2009; Leonard et al., 2002; Loeb et al., 2002; Najman et al., 2005; Polusny et al., 1995; Sack et al., 2009), aber auch andere Formen früher Traumatisierung wie körperliche und emotionale Gewalterfahrungen sowie Vernachlässigung scheinen einen Einfluss auf die Entwicklung sexueller Störungen zu haben (Bhandari et al., 2011; Colman et al., 2004; DiLillo et al., 2009; Haase, 2009; Hall, 2007; Nelson et al., 2002; Rind et al., 1998). Bilden frühe und wiederholte bzw. anhaltende Traumatisierungen den Hintergrund einer sexuellen Störung, so ist sie zumeist von zahlreichen weiteren Symptomen in den Bereichen Emotionalität, Kognition sowie

Verhalten begleitet. Als Entität zur Beschreibung der typischen Veränderungen infolge solcher Traumatisierungen dient die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (komplexe PTBS) (Pelcovitz et al., 1997; Sack, 2004; Sack et al., 2009).

Die vorliegende Studie verfolgt mehrere Ziele: Zunächst möchten wir untersuchen, ob sexuelle Störungen in einer Population von Patienten mit traumaassoziierten Störungen gehäuft auftreten, wenn gleichzeitig die Kriterien einer komplexen PTBS erfüllt sind. Weiterhin interessiert uns, ob in einer Population von Patienten mit komplexer PTBS bestimmte sexuelle Störungen bei dem ein oder anderen Geschlecht bevorzugt vorkommen und ob sich geschlechtsspezifische Unterschiede im Hinblick auf das Vorliegen früher sexueller und nicht-sexueller Traumaerfahrungen feststellen lassen. Zuletzt möchten wir – ebenfalls an der zuletzt genannten Population – ermitteln, ob Patienten mit sexuellen Störungen mehr frühe sexuelle und nicht-sexuelle Traumaerfahrungen aufweisen als Patienten ohne sexuelle Störungen.

Zur Einführung in den wissenschaftlichen und klinischen Kontext dient ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand, der vor dem Hintergrund wissenschaftshistorischer, pathogenetischer sowie diagnostischer Aspekte der komplexen PTBS auf die spezielle Problematik der sexuellen Störungen eingeht (Kapitel 2). Die sich hieraus ergebenden Fragen ermöglichen die Bildung von Hypothesen, die dem weiteren Prozedere zugrundeliegen (Kapitel 3). Im Anschluss an die Darstellung von Methodik (Kapitel 4) und Ergebnissen (Kapitel 5) erfolgt eine Diskussion der Befunde in Bezug auf den bisherigen wissenschaftlichen Kenntnisstand (Kapitel 6).

2 Trauma und Traumafolgestörungen

2.1 Geschichtliche Aspekte

Der Zusammenhang von frühen Traumatisierungen, insbesondere sexueller Natur, und seelischen Störungen des Erwachsenen wurde bereits Ende des 19. Jahrhunderts von Sigmund Freud erkannt. Freud hatte beobachtet, dass zahlreiche seiner Patienten, vor allem der weiblichen, im Kindesalter sexuellen Missbrauch erlebt hatten, meist durch Familienmitglieder, häufig durch den Vater. Nach Freuds Verständnis lag in diesen Erlebnissen der Krankheitsursprung der Hysterie (Freud, 1896), einer Erkrankung mit vielfältigen körperlichen Manifestationen ohne organisches Korrelat, deren Symptombilder in der aktuellen Nomenklatur je nach Ausprägung als dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) oder histrionische Persönlichkeitsstörung bekannt sind. Wenn auch Freuds Hypothese, die als "Verführungstheorie" bekannt wurde, aus heutiger Sicht in ihrer Absolutheit einer ausschließlich sexuellen Ätiologie nicht mehr zutreffend erscheint, so konnte er doch aufzeigen, welche schwerwiegenden Folgen frühe sexuelle Traumatisierungen nach sich ziehen können. Zu Zeiten Freuds stellten diese Überlegungen jedoch vor allem einen unerhörten Tabubruch dar, auf den seine wissenschaftlichen Kollegen mit harschem Protest reagierten. Nur wenig später relativierte Freud deshalb seine Hypothesen und setzte ihnen die Theorien zum Ödipuskomplex (Freud, 1900) und zur infantilen Sexualität (Freud, 1905) entgegen. Die Äußerungen Freuds indes blieben über die Jahre widersprüchlich. Zwar bemühte er sich in einem seiner späteren Werke, diese gegensätzlichen Ideen im Sinne eines traumatischen Zusammenwirkens äußerer Erlebnisse und innerer Triebveranlagung zusammenzuführen (Freud, 1938), doch sollten gerade seine früheren, vielfach als Widerruf gewerteten Aussagen, er habe eingesehen, dass die Missbrauchsschilderungen seiner Patientinnen meist Produkte ihrer Phantasie seien (Freud, 1925), fortan die Haltung der Wissenschaft im Umgang mit diesem Thema bestimmen. Rückblickend lässt sich sagen, dass die Bedeutsamkeit früher Traumatisierungen, vor allem der sexuell geprägten, in Folge dessen wohl über Jahrzehnte systematisch verkannt wurde (Lamprecht et al., 2002).

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts waren es vor allem die großen Kriege und Naturkatastrophen, die Anlass zur weiteren Erforschung von Traumafolgen gaben, die Problematik der frühkindlichen Traumatisierung war weitgehend aus dem Fokus verschwunden. Unter Begriffen wie der "Schreckneurose" (Kraepelin, 1899) und dem "Shell Shock" (Myers, Feb. 1915) wurden Symptome wie vegetative Übererregbarkeit mit Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen, ungewolltes Wiedererleben und Alpträume, Gedächtnisverlust, soziales Rückzugsverhalten, allgemeine Verstimmung und Verlangsamung sowie zahlreiche körperliche Beschwerden zusammengefasst. Der deutsche Volksmund sprach

von "Kriegszitterern". Zur ärztlichen Behandlung der vermeintlichen "Schwächlinge" und "Drückeberger" war lange Zeit jedes Mittel recht, bis hin zur Anwendung von Stromstößen, bezeichnet als sogenannte "Faradisation" (Goldberg, 1919). Wissenschaftler wie der amerikanische Psychoanalytiker Kardiner trugen erst Anfang der vierziger Jahre zu einem differenzierteren Verständnis der Thematik bei. Mit einem aus heutiger Sicht erstaunlich modernen Konzept folgerte Kardiner aus seiner Arbeit mit Veteranen des ersten Weltkriegs auf ein Zusammenwirken psychischer und somatischer Pathomechanismen. So vermutete er als Ursache für die verstärkte Schreckhaftigkeit eine erhöhte Erregbarkeit der sensorischen Systeme gegenüber äußeren Reizen bei einer gleichzeitig gesteigerten psychologischen Bereitschaft zur Schreckreaktion. In seiner Veröffentlichung "The traumatic neuroses of war" prägte er den Begriff der "physioneurosis" und legte damit die Betonung auf den psychosomatischen Charakter der Störung (Kardiner, 1941). Auf der Grundlage empirischer Befunde zu beiden Weltkriegen wurde die Störung 1952 als "Gross Stress Reaction" in die erste Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) der American Psychiatric Association (APA) aufgenommen. Die Diagnose konnte gestellt werden, wenn es infolge einer extremen physischen oder emotionalen Belastungssituation, wie einer Gefechtsituation oder einem Unglück katastrophenartigen Ausmaßes, zu einer akuten Stressreaktion gekommen war. Definierende Symptomkriterien wurden damals noch nicht festgelegt, es wurde lediglich betont, dass es sich in Abgrenzung zu den Neurosen und Psychosen um eine Störung handele, die transienten Charakter habe und auch zuvor "normale" Personen betreffen könne (DSM, 1952).

In den sechziger Jahren erfuhr die Traumaforschung einen weiteren bedeutenden Wissenszuwachs, als die Ergebnisse einer Vielzahl von Studien zu den psychischen Folgen von politischer Haft und Verfolgung im dritten Reich publiziert wurden. Es zeigte sich, dass besonders schwere und anhaltende Traumatisierungen, wie Holocaust-Verfolgte und KZ-Inhaftierte sie erleben mussten, zu viel umfassenderen Störungen führten als bisher angenommen. Die Symptombilder hoben sich deutlich ab von dem, was man zuvor an Kriegsveteranen und Opfern von Naturkatastrophen beobachtet hatte. Im Vordergrund standen profunde Persönlichkeitsveränderungen, die mit Aggression, Schuldgefühlen und starkem Misstrauen einhergingen, neben verschiedensten anderen Beschwerden wie depressiven Verstimmungen, Angstattacken, Schlafstörungen und nicht organisch erklärbaren körperlichen Symptomen (Baeyer et al., 1964; Matussek, 1971). Die bisherigen Erklärungsmodelle, die sich noch auf Freuds Neurosenlehre stützten, versagten im Umgang mit diesen Patienten, was offenbar wurde in der Praxis deutscher Psychiater, die in der Nachkriegszeit Rentenansprüche von Geschädigten des dritten Reichs zu begutachten hatten. Unter Berufung auf die damals gültige Lehrmeinung einer "konstitutionellen Schwäche" sprachen sie nahezu ohne Ausnahme den Leiden der Verfolgten jeglichen Krankheitswert ab oder verweigerten die Anerkennung der

seelischen Schäden. Die weltweite Empörung über dieses Vorgehen gipfelte in der von Eissler öffentlich gestellten Frage "Die Ermordung von wievielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben?" (Eissler, 1963). Unter dem Gewicht der neuen Forschungsergebnisse jedoch konnte diese überholte Vorstellung schließlich ein für allemal widerlegt werden. In der überarbeiteten zweiten Ausgabe des DSM (DSM-II), die 1968 veröffentlicht wurde, schlugen sich die neuen Erkenntnisse allerdings noch nicht nieder. Vielmehr schienen die Folgen von Traumatisierungen für die Autoren der APA eher an Bedeutung verloren zu haben, denn die "Gross Stress Reaction" wurde in der DSM-II gar nicht mehr berücksichtigt. Stattdessen fand sich lediglich die knappe Beschreibung "Fear associated with military combat and manifested by trembling, running and hiding" als eines von mehreren Beispielen einer Anpassungsreaktion unter der breit gefassten Kategorie "Transient Situational Disturbance" (DSM-II, 1968).

Die richtungsweisenden Befunde aus der Aufarbeitung der Nachwirkungen des dritten Reichs wurden in den folgenden Jahren durch breite Untersuchungen an Veteranen des Vietnam-Kriegs noch einmal umfassend bestätigt. Zur selben Zeit wuchs, angestoßen durch die feministische Bewegung, das gesellschaftliche Interesse an zuvor tabuisierten Themen wie den psychologischen Folgen von Vergewaltigung und sexuellem Missbrauch in der Kindheit. Im Zuge der öffentlich geführten Diskussion wurden auch die Vertreter der Psychoanalyse erneut auf die Problematik aufmerksam und hinterfragten ihre von Freud übernommene Lehrmeinung. Shengold war 1979 der erste Psychoanalytiker, der mit seinen Veröffentlichungen zum "Seelenmord" durch Misshandlung und Vernachlässigung das Augenmerk seiner Kollegen auf diese Thematik lenkte (Shengold, 1979). Autoren wie Miller und Masson kritisierten die noch immer auf Freuds Widerruf der "Verführungstheorie" fußende Haltung der Psychoanalyse, Missbrauchsschilderungen vorrangig als Phantasiegebilde zu betrachten (Masson, 1984; Miller, 1981). Sie stießen damit eine Debatte an, die bis heute geführt wird und mit der Diskussion um das "False Memory Syndrome" Ende des zwanzigsten Jahrhunderts erneut aufgelebt ist (Lamprecht et al., 2002).

Mit Erscheinen des DSM-III 1980 wurde erstmals die "Posttraumatische Belastungsstörung" (PTBS) als eigenständige Diagnosekategorie innerhalb der Klassifikation "Angststörungen" etabliert, einschließlich einer verbindlichen Definition und genauen Diagnosekriterien (DSM-III, 1980). Immer noch stützte sich die Beschreibung der Störung jedoch in erster Linie auf Beobachtungen, die man nach zeitlich umschriebenen Ereignissen wie Gefechtsituationen oder Unfällen gewonnen hatte. Auf welcher vielschichtigen und nachhaltigen Weise aber gerade andauernde und wiederholte Traumatisierungen, insbesondere wenn sie sich zu einem frühen lebensgeschichtlichen Zeitpunkt ereigneten, die psychische Unversehrtheit der Betroffenen beschädigen können, wurde in zahlreichen Untersuchungen der nachfolgenden Jahre gezeigt.

Mehrere klinische Studien, die während der achtziger Jahre in verschiedenen psychiatrischen Abteilungen der USA durchgeführt wurden, ergaben, dass ein bedeutender Anteil der untersuchten Patienten während der Kindheit körperliche oder sexuelle Gewalt erlebt hatte (Herman, 1992). 44 % der Teilnehmer einer von Briere durchgeführten Studie berichteten von sexuellem Missbrauch in der Kindheit (Briere et al., 1987). Terr nahm 1991 in einer ersten Annäherung eine Unterscheidung zwischen einmaligen (Typ-I-Trauma) und langandauernden bzw. wiederholten extremen Traumatisierungen (Typ-II-Trauma) vor (Terr, 1991). Zahlreiche Untersuchungen brachten zudem ein äußerst heterogenes Symptombild zutage. Berichtet wurde unter anderem von Störungen der Affektregulation und des Selbstbilds, selbstverletzendem Verhalten, Schlafstörungen, dissoziativen Symptomen sowie Suizidalität und Suchterkrankungen (Briere, 1988), depressiven Verstimmungen, somatoformen Symptomen und Angst- sowie Beziehungsstörungen (Bryer et al., 1987), wie zum Beispiel der Unfähigkeit, anderen Menschen zu vertrauen (Carmen et al., 1984) – aber auch von sexuellen Störungen wurde in diesem Zusammenhang berichtet (Briere, 1988).

Judith Herman nahm sich der Thematik an, indem sie 1992 in Abgrenzung zu dem Symptombild der "einfachen PTBS" den Begriff der "komplexen PTBS" vorschlug (Herman, 1992). Eine Arbeitsgruppe um Herman bemühte sich im Vorfeld der Veröffentlichung des DSM-IV um die Aufnahme der komplexen PTBS als eigenständige Diagnosekategorie unter der Bezeichnung "Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified" (DESNOS) (DSM-IV-Sourcebook, 1996). Begleitend durchgeführte Feldstudien ergaben allerdings eine erhebliche Komorbidität mit der einfachen PTBS (Roth et al., 1997; van der Kolk et al., 1996), weshalb Hermans Empfehlung vorerst nicht berücksichtigt wurde. Zu dieser Entscheidung beigetragen hatte womöglich auch die Beobachtung, dass wesentliche Symptomüberschneidungen mit anderen Störungen wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung und den dissoziativen Störungen bestehen. Außerdem ließ die streng symptomorientierte Konzeption des DSM-IV eine weitere ätiologisch begründete Kategorie nicht zu (Sack, 2004). Schließlich einigte man sich auf eine knappe Beschreibung des Symptombilds der DESNOS, die dann als zusätzliches klinisches Merkmal der einfachen PTBS in das DSM-IV integriert wurde (DSM-IV, 1994).

Zum jetzigen Zeitpunkt besitzt die komplexe PTBS noch immer den Status einer Forschungsdiagnose, die im klinischen Alltag allerdings einen wichtigen Stellenwert einnimmt und für eine treffende Diagnosestellung und Therapieeinleitung unverzichtbar ist. Das Ziel vieler Wissenschaftler und Kliniker im Gebiet der Psychotraumatologie ist es daher, eine Berücksichtigung der Störung als eigenständige Diagnosekategorie im für 2013 angekündigten DSM-V zu erreichen. Weiterhin wird von verschiedenen Seiten der Wunsch geäußert, die Traumafolgestörungen aus der Kategorie "Angststörungen" herauszulösen und eine eigenständige ätiologisch ausgerichtete Klassifikation für reaktive Störungen auf einschneidende

Lebensereignisse wie Traumatisierungen einzuführen (Miller et al., 2009). In Ergänzung zur DESNOS wurde 2005 vom Complex Trauma Taskforce of the National Child Traumatic Stress Network mit der Traumaentwicklungsstörung (Developmental Trauma Disorder) zudem eine weitere Diagnosekategorie für die Aufnahme ins 2013 erscheinende DSM-V vorgeschlagen (Schmid, 2010; van der Kolk, 2005). Mithilfe dieser Kriterien soll es möglich werden, komplexe Traumatisierungen bei Kindern besser zu erfassen. Die für das DSM-V zu prüfenden Vorschläge der Arbeitsgruppen zu den verschiedenen Traumafolgestörungen sind aktuell auf der Website der „DSM-V Development“-Website der APA einsehbar (APA, 2012).

2.2 Pathogenese der Traumafolgestörungen

2.2.1 Arten der Traumatisierung und ihre Folgen

Viele Menschen erleben im Laufe ihres Lebens mindestens eine, häufig auch mehrere Traumatisierungen. In Abhängigkeit von der eingesetzten Definition und Methodik wird von Lebenszeit-Prävalenzen für traumatisierende Ereignisse von bis zu 89,6 % in den USA (Breslau, 2002) bzw. 28 % der Frauen und 20,9 % der Männer in Deutschland berichtet (Maercker et al., 2008).

Zahlreiche Faktoren nehmen Einfluss auf den Ablauf des traumatisierenden Prozesses sowie die anschließende psychische Verarbeitung und bestimmen so das Risiko der Entwicklung einer Traumafolgestörung. Als gut belegt gilt beispielsweise, dass interpersonelle Traumata und zwar ganz besonders solche, die vorsätzlich zugefügt wurden (intentionale Traumata), häufiger zu einer Traumafolgestörung führen als non-intentionale Traumata (Green, 1990). So fand Maercker in einer deutschlandweiten bevölkerungsrepräsentativen Studie, die unter anderem das Auftreten der PTBS in Abhängigkeit von der Art der Traumatisierung untersucht hat, Prävalenzen von 35,3 % nach früher sexueller Traumatisierung bzw. 37,5 % nach sexueller Traumatisierung im Erwachsenenalter gegenüber 12,8 % nach schwerem Unfall (Maercker et al., 2008). Empfindet der Betroffene eine persönliche Mitschuld an den Ereignissen oder wurde ein anderer Mensch durch sein Zutun verletzt oder getötet, kompliziert dies den psychischen Verarbeitungsprozess, mit dem Ergebnis eines zusätzlich erhöhten Erkrankungsrisikos (Green, 1990).

Monotraumatisierungen, die zumeist als ein "Herausfallen aus der Normalität" erlebt werden, haben tendenziell eher eine "einfache PTBS" mit Symptomen wie Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung zur Folge, während langandauernde oder wiederholte Traumatisierungen, insbesondere wenn sie zu einem frühen lebensgeschichtlichen Zeitpunkt stattfinden, häufig in eine komplexe Traumafolgestörung mit weitreichenden Veränderungen der Persönlichkeit münden (Ford et al., 1998; Herman, 1992; Pelcovitz et al., 1997). Hier lässt sich eher von einer "traumatischen Normalität" (Kastenberger, 2008) sprechen, die dem Betroffenen einen schmerzhaften Anpassungsprozess an kaum zu ertragende Lebensbedingungen abverlangt. Als besonders schädigend wirken sich in diesem Zusammenhang frühe körperliche, seelische und sexuelle Traumatisierungen sowie Vernachlässigungserfahrungen aus (Sack, 2004). Auch zahlreiche andere psychische Störungen werden immer wieder mit traumatischen Kindheitsbelastungen in Verbindung gebracht und treten gegebenenfalls als Komorbiditäten einer komplexen PTBS in Erscheinung: dissoziative Störungen, Depression, Angst- und Panikstörungen, somatoforme Störungen, Suchterkrankungen, Essstörungen, Zwangsstörungen,

aber auch Persönlichkeitsstörungen sind mit frühen traumatisierenden Erfahrungen assoziiert (Sack, 2004). Bei betroffenen Kindern und Jugendlichen können sich schon früh verschiedene, der jeweiligen Altersstufe und dem Stand der Hirnentwicklung entsprechende Störungsbilder herausbilden, die unter dem Oberbegriff der "Traumaentwicklungsstörung" zusammengefasst werden können: Bei Säuglingen und Kleinkindern werden häufig Regulations- und Bindungsstörungen diagnostiziert, im Schulalter und in der Pubertät stehen dann emotionale und Angststörungen, oppositionelles Verhalten und Störungen des Sozialverhaltens, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen sowie affektive, dissoziative und somatoforme Störungen, selbstverletzendes Verhalten, Substanzmissbrauch und Suizidalität im Vordergrund (Schmid, 2010).

Einige besonders umfangreiche Studien haben sich in den vergangenen Jahren mit dem Vorkommen sowie den psychischen und zum Teil auch körperlichen Langzeitfolgen früher Traumatisierung befasst. Häuser et al. fanden in einer bevölkerungsrepräsentativen Untersuchung mit 2.504 Teilnehmern in Deutschland Prävalenzen von 1,6 % für schweren emotionalen, 2,8 % für schweren körperlichen und 1,9 % für schweren sexuellen Missbrauch in Kindheit und Jugend. 6,6 % der Teilnehmer berichteten Erfahrungen schwerer emotionaler, 10,8 % Erfahrungen schwerer körperlicher Vernachlässigung (Häuser et al., 2011). Die Centers for Disease Control and Prevention (CDC) führten in den USA eine telefonische Befragung an 26.229 Teilnehmern aus der Allgemeinbevölkerung von fünf Bundesstaaten durch. Acht Kategorien sogenannter "aversiver Kindheitserfahrungen" wurden erhoben (Beschimpfung, körperlicher bzw. sexueller Missbrauch sowie weitere Faktoren eines dysfunktionalen familiären Umfelds wie häusliche Gewalt, Trennung der Eltern sowie psychische Erkrankung, Substanzmissbrauch oder Inhaftierung von Familienmitgliedern). 59,4 % der Befragten berichteten mindestens eine aversive Kindheitserfahrung, 8,7 % mindestens fünf. Beschimpfung wurde in 25,9 %, körperlicher Missbrauch in 14,8 % und sexueller Missbrauch in 12,2 % der Fälle angegeben. Der größte Unterschied zwischen Männern und Frauen offenbarte sich im Bereich des sexuellen Missbrauchs, wo sich Prävalenzen von 17,2 % bei den Frauen und 6,7 % bei den Männern ergaben (CDC, 2009). Die in den USA durchgeführte Adverse Childhood Experiences Study mit 17.337 Teilnehmern aus der Allgemeinbevölkerung offenbarte ein zum Teil vielfach erhöhtes Risiko für Depression, Sucht (Zigarettenrauchen, Alkohol, Drogen) und Suizidversuche, Promiskuität, sexuelles Risikoverhalten und sexuell übertragbare Erkrankungen bei Personen mit aversiven Kindheitserfahrungen. Weiterhin waren die Betroffenen körperlich weniger aktiv und häufig übergewichtig. Es ließ sich eine Dosis-Wirkungsbeziehung zwischen der Anzahl der angegebenen aversiven Kindheitserfahrungen und dem Risiko von Herz-erkrankungen, Krebs, Schlaganfall, Diabetes, Skelettbrüchen und Lebererkrankungen im Erwachsenenalter feststellen. Das Untersuchungskriterium "aversive Kindheitserfahrungen" war

ähnlich definiert wie in der Studie der CDC (körperlicher, seelischer und sexueller Missbrauch, das Miterleben von Gewalt gegen die Mutter sowie das Zusammenleben mit psychisch kranken bzw. suizidalen, substanzmissbrauchenden oder ehemals inhaftierten Personen) (Felitti et al., 1998). Scott et al. untersuchten die langfristigen Auswirkungen von "Härtebedingungen in der Kindheit" einschließlich körperlicher und sexueller Gewalt, Vernachlässigung, Verlust eines oder beider Elternteile, elterlicher psychischer Erkrankung, Gewalt, Drogenabhängigkeit, Kriminalität oder besonderer ökonomischer Schwierigkeiten in der Familie an 18.303 Teilnehmern aus der Allgemeinbevölkerung in insgesamt 10 amerikanischen, europäischen und asiatischen Ländern. Personen, die mehrere Härtebedingungen in der Kindheit verkraften mussten, zeigten erhöhte Prävalenzen nicht nur für depressive Störungen und Angststörungen vor dem 20. Lebensjahr sowie unterschiedliche psychische Erkrankungen des Erwachsenenalters, sondern auch für chronische körperliche Erkrankungen des Erwachsenenalters wie Herzerkrankungen, Asthma, chronischen Rücken- und Kopfschmerz sowie Arthrose (Scott et al., 2011). Nanni et al. führten eine Metaanalyse von 16 epidemiologischen Studien mit insgesamt 23.544 Teilnehmern durch und beobachteten einen Zusammenhang zwischen "schlechter Behandlung in der Kindheit", worunter sie körperliche und sexuelle Gewalt, Vernachlässigung oder Konflikte bzw. Gewalt in der Familie verstanden, und dem Risiko eines ungünstigen Krankheitsverlauf einer Depression mit rezidivierenden und persistierenden Episoden. In der selben Forschungsarbeit wurde zusätzlich eine Metaanalyse von 10 klinischen Studien mit insgesamt 3.098 Teilnehmern vorgestellt, die zu dem Ergebnis kam, dass betroffene Probanden ein schlechteres Ansprechen auf antidepressive Therapiebemühungen zeigen (Nanni et al., 2011).

2.2.2 Resilienz und Vulnerabilität

Selbst stärkste Belastungen führen nicht automatisch zu seelischen Folgeschäden, dies ist in der Forschung inzwischen gut bekannt. Verschiedenen Hapke beziffert die Wahrscheinlichkeit, nach einem traumatisierenden Ereignis PTBS-Symptome zu entwickeln, auf durchschnittlich 7 % bis 23,6 % (Hapke et al., 2006). Der Grund, warum der eine erkrankt und der andere nicht, hat auch etwas mit der persönlichen Resilienz zu tun. Darunter versteht man eine Widerstandsfähigkeit, die es dem Menschen ermöglicht, auch stärkste Belastungen zu überstehen, ohne ernsthaft oder dauerhaft Schaden zu nehmen. Erst wenn bei massiver Überforderung die individuelle Bewältigungskapazität überschritten wird, kommt es zu einer nachhaltigen Beeinträchtigung. Agaibi beschreibt Resilienz als ein Repertoire an Verhaltenstendenzen, das die Stressverarbeitung nach einem traumatischen Ereignis gelingen lässt (Agaibi et al., 2005). Die Vielzahl an Schutzfaktoren, die in diesem Zusammenhang in der Literatur bisher als förderlich identifiziert werden konnten, ordnet sie fünf Klassen zu:

- *persönliche Eigenschaften* wie Extraversion, innere Kontrollüberzeugung, Widerstandsfähigkeit, Fähigkeit zur Selbstachtung, Selbstbehauptung und Selbstreflexion,
- eine gute *Ego-Abwehr* durch Flexibilität, Energie, Robustheit, Humor und Distanziertheit, im Sinne eines "über den Dingen stehen",
- eine adäquate *Affektregulation*,
- *adaptive Copingstrategien*,
- die Fähigkeit, *protektive Faktoren und Ressourcen zu mobilisieren und zu nutzen*.

Heute wissen wir, dass Traumata zu psychischer Erschütterung und Folgestörungen führen können, ohne dass zusätzliche bedingende Einflüsse vorliegen. Dennoch existieren zahlreiche Faktoren, die die Widerstandskraft eines Individuums gegenüber seelischen Belastungen schwächen können, wodurch sich wiederum das Risiko erhöht, eine Traumafolgestörung zu entwickeln. Zwei große Metastudien (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003), haben sich in der jüngeren Vergangenheit mit diesem Thema beschäftigt. Die in diesen Untersuchungen identifizierten prognostischen Faktoren lassen sich in vier Kategorien zusammenfassen (Ozer, 2004):

- *statische oder lebensgeschichtliche Variablen* wie weibliches Geschlecht, geringes Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung, vorangegangene Traumata (insbesondere wenn sie sich zu einem lebensgeschichtlich frühen Zeitpunkt ereignet haben), psychologische Probleme oder psychische Vorerkrankungen, Familienanamnese psychischer Erkrankungen (z. B. auch eine mütterliche PTSD (Yehuda et al., 2008a; Yehuda et al., 2008b)), niedriger IQ, schlechter Bildungsstand und möglicherweise auch bestimmte genetische Veranlagungen (Broekman et al., 2007),
- *Schwere des Traumas*, v. a. im Sinne einer Lebensbedrohung,
- *peritraumatische psychische Prozesse* wie Dissoziation oder eine besonders starke negative emotionale Reaktion mit Angst, Hilflosigkeit, Entsetzen, Schuld- und Schamgefühlen,
- *posttraumatisch geringe soziale Unterstützung oder allgemeine Belastungen*.

Allgemein wurde deutlich, dass sogenannte proximale Faktoren, die in größerer zeitlicher Nähe zu dem traumatischen Ereignis lagen, einen stärkeren Einfluss auf die Entwicklung einer PTBS hatten als solche, die früher oder später auftraten. Eine besondere Schwere des Traumas und das Erleben einer peritraumatischen Dissoziation erwiesen sich als die stärksten prognostischen Faktoren, gefolgt von einer mangelnden sozialen Unterstützung, und zwar insbesondere dann, wenn es sich um interpersonelle Traumata handelte. Wie diese Erkenntnisse zu Schutz- und Risikofaktoren im Zuge einer erfolgreichen Sekundärprävention effektiv nutzbar gemacht werden können, ist derzeit Gegenstand weiterer Untersuchungen (Feldner et al., 2007).

2.2.3 Frühe sexuelle Traumatisierung

Generell wird in der Literatur zwischen sexueller Traumatisierung des Kindes-Jugend- sowie des Erwachsenenalters unterschieden, wobei sich die meisten verfügbaren Untersuchungen dem Thema der frühen sexuellen Traumatisierung widmen. Frühe sexuelle Traumatisierung scheint insgesamt häufiger zu sein als sexuelle Traumatisierung im Erwachsenenalter (Hapke et al., 2006; Maercker et al., 2008) und spielt auch im Hinblick auf die Entwicklung einer komplexen PTBS eine bedeutendere Rolle (Sack et al., 2009).

In der wissenschaftlichen Literatur sind viele unterschiedliche Termini in Gebrauch, um den Problembereich früher sexueller Traumatisierung zu benennen. Begriffe wie sexueller (Kindes)Missbrauch, sexuelle (Kindes)Misshandlung, sexuelle Gewalt (gegen Kinder), Inzest, sexuelle Übergriffe, sexuelle Verletzung und andere werden von den verschiedenen Autoren mehr oder minder synonym verwendet. Im englischen Sprachgebrauch ist dies ähnlich. Gebräuchlich sind beispielsweise Begriffe wie (child) sexual abuse, sexual molestation, sexual harassment und viele mehr. Ebenso findet sich eine schwer überschaubare Anzahl unterschiedlicher Begriffsdefinitionen, die jeweils unterschiedliche Aspekte in den Vordergrund stellen oder im Rahmen einer bestimmten Anforderung einen gewissen Zweck erfüllen sollen (Wipplinger et al., 2005). Bis in die feministischen Anfänge der Diskussion lassen sich die Begrifflichkeiten zum Teil zurückverfolgen und erscheinen so mitunter durch die gesellschaftlichen Anschauungen der Autoren mitgeprägt. Bis heute existiert keine allgemein anerkannte Definition sexuellen Missbrauchs, was den Vergleich vorliegender Studienergebnisse erschwert. Amann und Wipplinger verstehen diese Heterogenität als einen Hinweis dafür, dass "die Erforschung des Phänomens des sexuellen Missbrauchs noch keinen ausreichenden wissenschaftlichen Entwicklungsstand erreicht hat". Im Rahmen empirischer Studien werden häufig enggefasste Definitionen verwendet (nur Missbrauch mit Penetration, niedrige Altersgrenze bei den Opfern etc.), um eine möglichst homogene und trennscharfe Stichprobe zu erhalten, was jedoch mit dem Risiko einhergeht, dass ein bedeutender Teil des Spektrums sexuellen Missbrauchs nicht erfasst werden kann. Kriterien, die im Rahmen einer möglichst präzisen Begriffsbestimmung Verwendung finden können, sind beispielsweise die Altersgrenze (unter 14, 16, 18), die Art des Missbrauchs (mit oder ohne Körperkontakt, mit oder ohne Penetration), die Häufigkeit und Dauer (einmalig, mehrmals, über einen längeren Zeitraum) sowie die Schwere des Missbrauchs. Ebenfalls von Interesse ist der minimale Altersunterschied zwischen Täter und Opfer, der Täterkreis (innerfamiliär, außersfamiliär bekannt, fremd) und ob der Missbrauch mit der Erfahrung von Gewalt oder Lebensbedrohung verbunden war. Je nachdem wie eng oder wie weit die Kriterien gefasst sind, werden niedrigere oder höhere Prävalenzen berichtet (Finkelhor, 1994; Maniglio, 2009; Pereda et al., 2009; Sachsse et al., 2004; Wetzels, 1997; Whealin, 2009).

Mehrere bevölkerungsrepräsentative Studien haben sich in den vergangenen Jahren in Deutschland mit der Epidemiologie sexuellen Missbrauchs beschäftigt. Unabhängig von den jeweils angelegten Definitionen, die zwar zu Schwankungen in der Prävalenz führten, bestätigten alle Untersuchungen, dass Frauen deutlich häufiger von frühem sexuellem Missbrauch betroffen waren als Männer. Häuser identifizierte weibliches Geschlecht sogar als Prädiktor für schweren sexuellen Missbrauch (Häuser et al., 2011). Marcker beispielsweise erfragte mittels des Münchener Composite International Diagnostic Interviews (M-CIDI) (Wittchen et al., 1995) sexuellen Missbrauch (definiert als sexueller Akt gegen den Willen des Betroffenen) vor dem 14. Lebensjahr und beobachtete Prävalenzen von 1,84 % bei den Frauen und 0,45 % bei den Männern (Maercker et al., 2008). Hapke verwendete ebenfalls den M-CIDI und fand Prävalenzen von 2,6 % bei den Frauen und 0,3 % bei den Männern (Hapke et al., 2006). Wetzels verglich mehrere enger und weiter gefasste Definitionen und Altersgrenzen miteinander und fand zum Beispiel bei Gebrauch der weit gefassten Frage nach "sexuellen Übergriffen im Kindes- und Jugendalter" Prävalenzen von 18,1 % bei den Frauen und 7,3 % bei den Männern. Unter Einschränkung der Fragestellung auf die von Maercker und Hapke angelegte Altersgrenze von 14 Jahren bei gleichzeitiger Beschränkung auf Missbrauchshandlungen mit Körperkontakt lagen die Prävalenzen bei 6,2 % bei den Frauen und 2,0 % bei den Männern (Wetzels, 1997). Eine Erhebung der Centers for Disease Control and Prevention in den USA mit 26.229 Teilnehmern erfragte sexuelle Handlungen mit Körperkontakt vor dem 18. Lebensjahr durch eine mindestens fünf Jahre ältere Person und ermittelte Prävalenzen von 17,2 % bei den Frauen und 6,7 % bei den Männern. In klinischen Populationen werden meist deutlich höhere Prävalenzen berichtet. Finkelhor berichtet zum Beispiel in einer Übersichtsarbeit Prävalenzen bis 36 % bei den Frauen und 29 % bei den Männern (Finkelhor, 1994). Die bisher höchsten bekannten Prävalenzen wurden in einem Literaturüberblick von Pereda genannt. Diese lagen bei 53 % bei den Frauen und 60 % bei den Männern (Pereda et al., 2009).

Das National Center for PTSD (USA) beschreibt sexuellen Kindesmissbrauch als eine sexuelle Handlung zwischen einem Kind und einer älteren Person, mit dem Ziel, die ältere Person sexuell zu erregen. Handlungen dieser Art können jede erdenkliche Art von Körperkontakt einschließen, häufig kommt es aber auch zu Übergriffen ohne direkte Berührung, beispielsweise durch verbales Erzwingen bestimmter Handlungen, die den Täter stimulieren oder durch Präsentation der Genitalien des Täters vor dem Kind. Sexueller Kindesmissbrauch ist durch ein weitgehendes Fehlen an Empathie seitens des Täters gekennzeichnet. Dem Täter mangelt es an Verständnis für die Situation des Kindes und die möglichen Folgen seines Verhaltens für das Kind. Die Täter sind ganz überwiegend männlich, sexueller Missbrauch durch weibliche Täter findet sich lediglich in 6 % (gegen Mädchen) bis 14 % (gegen Jungen) der Fälle. Zumeist kommen die Täter aus dem Umfeld des Kindes, zu 30 % aus der Familie, zu 60 % ist der Täter

dem Kind zwar bekannt, jedoch nicht direkt mit ihm verwandt. Nur 10 % der Übergriffe werden durch fremde Personen verübt. (Whealin, 2009). Wiederholter und langandauernder Missbrauch hingegen findet aufgrund der Verfügbarkeit des Kindes zumeist in der Kernfamilie statt (Finkelhor et al., 1988). Wetzels fand in einer bevölkerungsrepräsentativen Studie in Deutschland ähnliche Zahlen. Die Täter seien in 94,7 % der Fälle männlich, 41,9 % seien Bekannte des Opfers, 27,1 % Familienangehörige, 25,7 % dem Opfer unbekannt. Sexueller Missbrauch mit Körperkontakt vor dem 16. Lebensjahr durch den Vater oder Stiefvater fand sich dabei bei 1,3 % der Frauen und 0,3 % der Männer. Bei 2,6 % der Frauen und 0,9 % der Männer waren die Täter andere Familienmitglieder wie ältere Brüder, Onkel oder Großväter (Wetzels, 1997)

Sexueller Kindesmissbrauch kann sich bei den Opfern auf vielfältige Weise auswirken, und zwar nicht nur in unmittelbarer zeitlicher Nähe zu dem Missbrauch, sondern auch noch Jahre danach. Sexuell missbrauchte Kinder entwickeln häufiger psychische Beschwerden als Kinder ohne sexuelle Missbrauchserfahrungen. Besonders oft finden sich sexualisiertes Verhalten und PTBS-Symptome, aber auch Ängste, Depression, Selbstwertprobleme, Aggression, Rückzugsverhalten, somatoforme Symptome und Lernprobleme lassen sich regelmäßig beobachten. Das Ausmaß der Beschwerden scheint dabei in direktem Zusammenhang zur Dauer, Häufigkeit und Schwere des Traumas zu stehen (Briere et al., 1988; Kendall-Tackett et al., 1993). Die Langzeitfolgen sexuellen Missbrauchs entfalten sich zum Teil erst im Erwachsenenalter und umfassen intrapersonale (Depression, Ängste, PTBS, Dissoziation, Somatisierung, Sucht, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Suizidalität, weiterhin Selbstbildstörungen einschließlich Schuld- und Schamgefühlen sowie Ärger, selbstverletzendes Verhalten, sexuelle Störungen, psychotische Symptome u. a.) und interpersonale (soziale und Beziehungsprobleme, Unfähigkeit zu vertrauen, Reviktimisierung oder Viktimisierung u. a.) Symptombilder (Maniglio, 2009; Moggi, 2005). Sämtliche der hier dargestellten psychischen Symptome sind Kerncharakteristika oder Komorbiditäten der komplexen PTBS. Somit tragen auch neuere Übersichtsarbeiten wie die von Maniglio zumindest indirekt zur nochmaligen Bestätigung des inzwischen gut belegten Zusammenhangs zwischen frühen sexuellen Traumaerfahrungen und der späteren Entwicklung einer komplexen PTBS bei (Herman, 1992; Pelcovitz et al., 1997; Roth et al., 1997; Sack, 2004; Zlotnick et al., 1996).

2.2.4 Geschlechtsspezifische Unterschiede früher sexueller Traumatisierung

Die Erfahrungen, die Mädchen und Jungen im Rahmen sexueller Traumatisierung machen, scheinen sich in einigen Aspekten zu unterscheiden. Wie bereits erwähnt (siehe S. 17), sind Mädchen generell häufiger von sexueller Traumatisierung betroffen als Jungen. Zudem findet sexuelle Traumatisierung bei Mädchen häufiger im familiären Umfeld, unter Anwendung von

Zwang, in einem jüngeren Alter (Najman et al., 2005; Rind et al., 1998) und über einen längeren Zeitraum hinweg statt (Hall, 2007), was Najman und Rind im Sinne einer nachhaltigeren Schädigung interpretieren. Holmes hingegen ist der Ansicht, dass es nicht möglich sei, eine Aussage darüber zu treffen, welches Geschlecht den schwereren Missbrauch hinnehmen müsse und weist darauf hin, dass Jungen häufiger penetrativem Missbrauch ausgesetzt seien als Mädchen (Holmes et al., 1997). Darüber hinaus sind die Täter bei Jungen oft gleichgeschlechtlich bei einer zugleich geringeren Altersdifferenz zum Opfer (Hall, 2007). Grenzt man die Missbrauchserfahrungen auf besser vergleichbare Kriterien ein, wie im Falle einer Studie von Kelly, die nur Inzesterfahrungen einschloss, zeigt sich, dass die Folgen für Männer nicht weniger schwer sind als für Frauen (Kelly et al., 2002).

2.2.5 Zusammenhänge mit anderen Formen früher Traumatisierung

Zahlreiche Autoren weisen darauf hin, dass frühe sexuelle Traumatisierung kein isoliertes Phänomen darstellt, sondern zumeist von anderen Formen der Traumatisierung begleitet ist (Bhandari et al., 2011; Häuser et al., 2011; Herrmann, 2005; Maniglio, 2009; Rellini et al., 2007; Rind et al., 1998; Roth et al., 1997; Wetzels, 1997; Zimmermann et al., 2011). Häuser beschrieb eine hochsignifikante Korrelation aller untersuchter Formen früher Traumatisierung (sexueller, emotionaler und körperlicher Missbrauch sowie emotionale und körperliche Vernachlässigung) (Häuser et al., 2011). Wetzels konnte zeigen, dass zwischen frühem sexuellem Missbrauch und gegen das Kind gerichteter elterlicher körperlicher Gewalt einerseits und dem Beobachten elterlicher Gewalt hochsignifikante Zusammenhänge bestehen. Nur 13 % der Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs hatten keine elterliche körperliche Gewalt erlebt, 64,3 % hatten häufige oder besonders intensive Gewalt durch die Eltern erfahren. Dieser Zusammenhang blieb auch nach Ausschluss elterlichen sexuellen Missbrauchs aus der Analyse bestehen. Wetzels konnte schließlich hieraus ableiten, dass sexueller Missbrauch nicht nur von elterlicher körperlicher Gewalt begleitet ist, sondern dass umgekehrt elterliche körperliche Gewalt die Wahrscheinlichkeit eines Kindes, Opfer sexuellen Missbrauchs zu werden, signifikant erhöht (Wetzels, 1997). Dong wiederum fand hohe Überschneidungen sexueller mit anderen Formen früher Traumaerfahrungen wie körperlicher und emotionaler Misshandlung, körperlicher und emotionaler Vernachlässigung und anderen Aspekten eines dysfunktionalen Familienklimas, wie Gewalt gegenüber anderen Familienmitgliedern, Trennung der Eltern, Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Kriminalität und psychischer Erkrankung einer nahestehenden Person. Zudem ließ sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Schwere des sexuellen Missbrauchs und der Anzahl weiterer Traumaerfahrungen beobachten (Dong et al., 2003). Rellini beobachtete bei Frauen mit frühen sexuellen Missbrauchserfahrungen ebenfalls erhöhte Prävalenzen früher Erfahrungen körperlicher und emotionaler Gewalt sowie Vernachlässigung (Rellini et al., 2007). Rind und Bhandari vermuteten sogar, dass das zumeist dysfunktionale

Familienklima sexuell missbrauchter Kinder die Entwicklung einer späteren Psychopathologie stärker bestimmen als die sexuelle Traumatisierung selbst, und zwar auch im Hinblick auf die sexuelle Entwicklung der Betroffenen (Bhandari et al., 2011; Rind et al., 1998). Letztlich bedeutet dies, dass eine isolierte Betrachtung der Folgen früher sexueller Traumatisierung im Rahmen wissenschaftlicher Studien nur dann zu einem validen Ergebnis führen kann, wenn andere Traumatisierungen als Störgrößen erfasst und kontrolliert werden (DiLillo, 2001; Maniglio, 2009). Umgekehrt sollte bei der Untersuchung früher nicht-sexueller Traumatisierungen auch stets das Vorhandensein sexueller Traumatisierungen geprüft werden.

Hinsichtlich der Entwicklung einer komplexen PTBS tragen Personen, die neben früher sexueller auch körperliche Traumatisierung erfahren haben, ein erhöhtes Risiko (Roth et al., 1997). Sexuelle und nicht-sexuelle Kindheitstraumatisierungen bereiten darüber hinaus den Boden für weiteren sexuellen Missbrauch (Classen et al., 2005; Maniglio, 2009). Classen beispielsweise stellte fest, dass etwa zwei von drei Personen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit später sexuell reviktimisiert werden. Bei Personen, die neben dem sexuellen Missbrauch noch weitere frühe Traumatisierungen hinnehmen mussten, liegt das Risiko dabei höher als bei Personen ohne zusätzliche Traumaerfahrungen. Oftmals wird aber auch das eigene sexuelle Trauma in vertauschten Rollen wiederholt, indem der Betroffene selbst gegenüber einer unterlegenen Person, häufig einem Kind, zum Täter wird (Cohen et al., 2010; Finkelhor et al., 1985; Whitaker et al., 2008).

2.2.6 Geschlechtsspezifische Unterschiede früher nicht-sexueller Traumatisierung

Ob sich hinsichtlich früher nicht-sexueller Traumatisierungen geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen lassen, scheint in der Forschung noch nicht geklärt zu sein. Einige Forschungsarbeiten haben diesen Aspekt zum Beispiel in der Untersuchung des Auftretens körperlicher Gewalterfahrungen des Kindesalters mit berücksichtigt, bisher scheint jedoch keine Einigung zu bestehen. So fand eine Übersichtsarbeit zur europaweiten Prävalenz körperlicher Gewalt in der Kindheit, dass die Hälfte der analysierten Studien für Jungen mehr körperliche Gewalterfahrungen berichtete als für Mädchen. Die Prävalenzwerte lagen dabei zwischen 11 – 77,9 % bei den Jungen und 8 – 71,9 % bei den Mädchen (Lampe, 2002). Maercker und Hapke fanden, dass Männer deutlich mehr Erfahrungen körperlicher Gewalt aufweisen als Frauen, wobei das Alter zum Zeitpunkt der Gewalterfahrungen nicht mit erhoben wurde. Somit ist nicht nachvollziehbar, ob diese Gewalterfahrungen im Kindes- oder Erwachsenenalter gemacht wurden (Hapke et al., 2006; Maercker et al., 2008). Das CDC berichtet hingegen für Frauen eine gegenüber Männern leicht erhöhte Prävalenz körperlichen Missbrauchs vor dem 18. Lebensjahr (15,4 % gegenüber 14,1 % bei den Männern) (CDC, 2009).

Straus gab einen Überblick über studentische Erhebungen aus 17 Ländern und fand, dass die männlichen Studenten im Mittel 46 % häufiger mindestens drei Arten von Vernachlässigung berichtet hatten als die weiblichen (15,2 % gegenüber 10,4 %). In der Einzelbetrachtung der analysierten Studien zeigte sich allerdings, dass viele Studien umgekehrte Verteilungen ermittelt hatten, in denen die weiblichen Studenten stärker betroffen schienen als die männlichen (Straus et al., 2005). Rosenman untersuchte 3.674 Männer und 3.809 Frauen der australischen Bevölkerung und stellte fest, dass die Frauen durchschnittlich mehr Kindheitsbelastungen angegeben hatten als die Männer, insbesondere auch solche, für die das Geschlecht nicht prädisponiert schien, wie psychische Erkrankungen oder Substanzmissbrauch der Eltern. Objektivierbare Belastungen wie elterliche Trennung, Armut und körperliche Gewalt wurden jedoch von beiden Geschlechtern gleich häufig berichtet. Rosenman schloss daraus, dass Frauen möglicherweise implizite, unausgesprochene Vorgänge in der häuslichen Umgebung besser wahrnehmen und erinnern bzw. häufiger berichten als Männer (Rosenman et al., 2004).

2.2.7 Neurobiologische Folgen früher Traumatisierung

"An impression may be so exciting emotionally as almost to leave a scar upon cerebral tissue". Mit dieser damals allein auf klinischer Erfahrung basierenden Vermutung nahm William James bereits 1890 vorweg, was wir erst in den letzten Jahren bestätigt sehen: dass traumatische Erfahrungen tatsächlich Spuren auf neurobiologischer Ebene hinterlassen können (James, 1890). Kindheitstraumatisierungen schädigen das neurobiologische System besonders schwer und nachhaltig, da sie zu einem Zeitpunkt erfolgen, zu dem die betroffenen Strukturen noch in ihrer Entwicklung begriffen sind. Die resultierenden Veränderungen in Hirnstruktur und -funktion sowie vegetativen und endokrinen Regelkreisen sind häufig bis ins Erwachsenenalter nachweisbar und gehen mit einer erhöhten Vulnerabilität für psychische und körperliche Erkrankungen einher (Anda et al., 2006). Zahlreiche tierexperimentelle Studien haben in der Vergangenheit ausführliche Hinweise auf die zugrundeliegenden Pathomechanismen erbracht. Diese Vorläufermodelle werden nun nach und nach am Menschen verifiziert, sodass eine wachsende Anzahl an Untersuchungen über die veränderte Neurobiologie der Betroffenen Auskunft geben kann (Heim et al., 2001a). Neueste Forschungsarbeiten stellen inzwischen eine multifaktorielle Pathogenese mit genetischen und traumatischen Einflussfaktoren zur Diskussion (Dudley et al., 2011; Mehta et al., 2011; Schmidt et al., 2011; Skelton et al., 2011). Noch ist die Anzahl der Studien zu den Langzeitfolgen kindlicher Traumatisierung überschaubar und ganz überwiegend wird nicht zwischen sexueller und nicht-sexueller Traumatisierung differenziert.

Die physiologische und die infolge früher Traumatisierungen veränderte Stressantwort

Die traumatische weist Ähnlichkeiten mit der physiologischen Stressantwort auf, mit dem Unterschied, dass die beteiligten Prozesse auch nach Wegfallen des Stressors weiter auf erhöhtem Niveau ablaufen. Traumatisierende Erlebnisse können zu nachhaltigen strukturellen und funktionellen Veränderungen in den beteiligten neurobiologischen Systemen führen, so dass es zu einer "Fixierung des Traumas" auf organischer Ebene kommt. Nach van der Kolk bilden diese Umstrukturierungen die Grundlage für die charakteristischen Symptome der Traumafolgestörungen (van der Kolk, 2004). In seinen Überlegungen zur "physioneurosis" beschrieb Kardiner den von ihm vermuteten psychobiologischen Hintergrund der Störung folgendermaßen: "Das Subjekt handelt, als ob die eigentliche traumatische Situation noch bestünde und sucht intensiv nach Schutzmaßnahmen, die in der eigentlichen Situation nicht zur Verfügung standen. Das meint zusammenfassend, dass die Konzeption der äußeren Welt und die Konzeption der eigenen Person dauerhaft verändert worden ist" (Kardiner, 1941; Langkafel, 2000).

Während der physiologischen Stressreaktion wird die Erfahrung einer akuten Bedrohung vom Organismus zunächst mit einer Reihe von Reaktionen beantwortet, deren Ziel das Abwenden von Schaden und das Sichern des Überlebens ist. In dieses Zusammenspiel involviert sind eine Vielzahl körperlicher Systeme, deren Steuerung vom zentralen Nervensystem koordiniert wird. Im Zentrum all dieser Prozesse steht die Amygdala, ein Kerngebiet im medialen Temporalappen, das dem limbischen System zugerechnet wird. Die Amygdala spielt eine wichtige Rolle in der emotionalen Bewertung und Wiedererkennung von Situationen (Zald, 2003) und damit auch in der Analyse möglicher Bedrohungen. Aus tierexperimentellen Untersuchungen ließ sich ein Modell entwickeln, das erklärt, wie die Amygdala die komplexen Mechanismen der Stressantwort steuert (Davis et al., 2001):

Zunächst werden die über die sensorischen Systeme vermittelten und über Kortex und Thalamus zugeführten Erlebnisinhalte durch den basolateralen Nucleus der Amygdala (BLA) integriert. Dabei werden die ankommenden sensorischen Impulse zum aktuellen Kontext und zur gespeicherten Erfahrung in Bezug gesetzt, so dass eine Einschätzung der Gefährlichkeit der betreffenden Situation erfolgen kann. Bewertet der BLA die Situation als bedrohlich, veranlasst er eine sofortige Stressantwort. Seine Efferenzen knüpfen an verschiedenen Zentren im Hypothalamus und Hirnstamm an, um dort ein Reihe von Stressprogrammen anzustoßen (Davis et al., 2001). Eine Schlüsselrolle in der Vermittlung und Regulation der Stressantwort spielt das Corticotropin-releasing Hormon (CRH), das die autonome, endokrine und behaviorale Antwort auf vielfältige Weise steuert und moduliert (Heim et al., 2001a; Roozendaal et al., 2008).

Über eine antagonistische Aktivierung bzw. Deaktivierung von Sympathikus und Parasympathikus wird daraufhin eine Fight-or-flight-Reaktion initiiert (Cannon, 1915). Unter bestimmten Umständen kommt es auch zur Co-Aktivierung beider Nervensysteme, was möglicherweise der Modulation von Timing und Intensität der Fight-or-flight-Reaktion dient (Carrive, 2006). Das periaquäduktale Grau ist ebenfalls eingebunden und vermittelt eine allgemeine Hypalgesie (Reynolds, 1969), die von einer Sympathoexzitation mit typischem Fight-or-flight-Verhalten oder von einer Sympathoinhibition mit plötzlichem "Freezing" begleitet sein kann (Fanselow, 1991; Lovick, 1991).

Parallel kommt es in der Nebenniere zur Ausschüttung von Stresshormonen. Efferenzen des Sympathikus bewirken eine Freisetzung von Adrenalin, während über die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HHN-Achse) die Abgabe von Glukokortikoiden angeregt wird. Auch verschiedene Neurotransmitter spielen eine Rolle. Freigesetztes Noradrenalin beispielsweise begünstigt die Stressantwort, indem es autonome, endokrine, behaviorale und kognitive Mechanismen bahnt (Morilak et al., 2005). Glutamat scheint wiederum die Ausschüttung von CRH zu fördern und trägt damit zur forcierten Aktivierung der verschiedenen Systeme bei (Nair et al., 2008). Im Gegensatz dazu hat Serotonin einen hemmenden Einfluss auf die neuronale Erregbarkeit und die synaptische Übertragung in der Amygdala und wirkt im Zusammenspiel mit einer gesteigerten GABAergen Wirkung einer Übererregung entgegen (Ursano et al., 2009). Auch Neuropeptide wie Substanz P, Neuropeptid Y und Oxytocin scheinen die Stressantwort auf vielfältige Weise zu beeinflussen (Mathew et al., 2008). Diese physiologischen Vorgänge werden von einem emotionalen Angstzustand begleitet, der über lokale CRH-Rezeptoren in Schaltkreisen des limbischen Systems und des Vorderhirns moduliert wird (Müller et al., 2003). Der Organismus befindet sich in einem Zustand erhöhter Vigilanz (Davis et al., 2001) und es besteht eine verstärkte Sensitivität gegenüber unerwarteten sensorischen Reizen, die mit einer schnelleren und heftigeren Schreckreaktion beantwortet werden (Davis, 2006).

Erwachsene mit kindlichen Traumaerfahrungen zeigen häufig eine überschießende Reaktivität auf Stressreize. Eine Hypersensitivität der Amygdala hat zur Folge, dass der Organismus nicht mehr in der Lage ist, bedrohliche von nicht bedrohlichen Stimuli zu unterscheiden. Selbst geringfügige Stressoren können dann heftige Stressreaktionen auslösen. Dies führt zur überschießenden Freisetzung von CRH, mit Folgen für alle durch das Hormon regulierten Systeme (Heim et al., 2001a). Es ergibt sich eine endokrine und autonome Hyperreaktivität, einhergehend mit einer Dysregulation der HHN-Achse und des autonomen Nervensystems (Yehuda, 2003). Dabei zeigen sich im Einzelnen eine erhöhte reaktive ACTH-Freisetzung auf Stress (Heim et al., 2000) sowie eine dauerhaft gesteigerte 24-Stunden-Cortisol-Sekretion (Lemieux et al., 1995) bei erniedrigten basalen morgendlichen Cortisol-Werten (Heim et al.,

2001b), vereinbar mit einer stärkeren circadianen Fluktuation der Spiegel im Sinne einer erhöhten stressreaktiven Cortisolausschüttung. Bei Patienten mit einer begleitenden depressiven Symptomatik scheint der dauerhaft erhöhte CRH-Spiegel überdies zu einer Downregulation von CRH-Rezeptoren an der Hypophyse zu führen (Heim et al., 2000).

Auch für die Neurotransmitter Noradrenalin, Adrenalin und Dopamin lassen sich erhöhte 24-Stunden-Werte nachweisen (Lemieux et al., 1995). Als Ausdruck einer dergestalt veränderten autonomen Antwort ergeben sich erhöhte Werte für Herzfrequenz, Hautleitfähigkeit und Reaktivität der Gesichtsmuskulatur (Orr et al., 1998). Das serotonerge System mit seiner dämpfenden Wirkung auf die Stressantwort kann ebenfalls dysreguliert sein, was mit impulsiven und selbst- bzw. fremdverletzenden Tendenzen Betroffener einherzugehen scheint (Rinne et al., 2000).

Personen mit ausgeprägter Dissoziationsneigung weisen zudem unter Stressbedingungen eine vergleichsweise hohe parasympathische Aktivität und niedrige Herzfrequenz auf, was sich auf eine nur geringe stressbedingte Downregulation des Parasympathikus bei dieser Patientengruppe zurückführen lässt (Sack et al., 2012a).

Auswirkungen von traumatischem Stress auf die Gedächtnisleistung

Neben ihrer Funktion im Rahmen der Stressantwort erfüllt die Amygdala weitere wichtige Aufgaben bei der Überführung von Erlebnisinhalten ins Langzeitgedächtnis. Erneut steht der BLA im Zentrum dieser Vorgänge, indem er die zahlreichen neuromodulatorischen Einflüsse der autonomen und endokrinen Antwort integriert. Im Stress freigesetzte Hormone wie CRH (Rooszendaal et al., 2008), Glukokortikoide und Adrenalin (McGaugh, 2004) fördern dabei die Prozessierung der zu verarbeitenden Information. In Zusammenarbeit mit anderen Hirnbereichen wie dem Hippocampus, den Nuclei caudatus et accumbens sowie diversen Kortexarealen resultiert eine nachhaltigere Gedächtniskonsolidierung unter Stress. Im Zustand emotionaler Erregung gemachte Erfahrungen können sich so besonders tief im Gedächtnis einprägen (McGaugh, 2004). Neben der Intensität, Dauer und subjektiv empfundenen Kontrollierbarkeit der zugrundeliegenden Erfahrung scheint hierbei auch das Alter zum Zeitpunkt des Ereignisses eine Rolle zu spielen (Bergado et al., 2011).

Gleichzeitig kann es unter Stress aber auch zur Einschränkung bestimmter Gedächtnisleistungen kommen. Der Abruf bereits gespeicherter Informationen ist erschwert und auch das Arbeitsgedächtnis funktioniert nicht richtig. Hier wirken Glukokortikoide störend auf beteiligte Abläufe im BLA, Hippocampus und medialen präfrontalen Kortex (de Quervain et al., 2009).

Transmitter wie Glutamat und GABA nehmen ebenfalls Einfluss auf die Gedächtnisetablierung, ersteres, indem es über Veränderungen der synaptischen Plastizität in den betreffenden Regionen zur Codierung der Gedächtnisinhalte führt, letzteres indem es diese Prozesse hemmt (Reul et al., 2008). Auch Noradrenalin hat eine modulierende Wirkung und fördert bei verstärkter Präsenz das emotionale Gedächtnis, während es auf das Arbeitsgedächtnis hemmend wirkt (Chamberlain et al., 2006).

Bei Personen mit früher Traumaerfahrung können die an der Gedächtnisleistung beteiligten Strukturen ebenfalls von pathologischen Veränderungen betroffen sein. Bei vielen Erwachsenen mit Kindheitstraumatisierungen lässt sich zum Beispiel eine Verkleinerung des Hippocampus nachweisen, was in Verbindung stehen könnte mit den bei traumatisierten Patienten häufig beobachteten Störungen des Kurzzeitgedächtnisses (Bremner et al., 1997). Da sich diese Veränderung nur bei Erwachsenen und nicht bei Kindern nachweisen lässt, liegt die Vermutung nahe, dass es sich nicht um eine angeborene Prädisposition, sondern um das Ergebnis einer infolge der Traumatisierung inhibierten Neurogenese handelt (Heim et al., 2001a; Woon et al., 2008). Das Ausmaß der beobachteten Gedächtnisstörungen scheint dabei mit der Dauer der Traumatisierung in Zusammenhang zu stehen (Navalta et al., 2006). Inwieweit sich eine gelegentlich beobachtete Verringerung des Amygdala-Volumens mit traumatischen Erfahrungen in der Kindheit in Verbindung bringen lässt, bleibt zum jetzigen Zeitpunkt unklar (Karl et al., 2006; Woon et al., 2009).

Auch die Schwierigkeiten, die traumatisierte Personen bezüglich der Reproduktion traumatischer Erlebnisinhalte zeigen können, wurden mit neurobiologischen Veränderungen in Zusammenhang gebracht. So können bestimmte Hirnregionen bei der Durchführung eines Traumaskripts dysfunktionale Tätigkeit aufweisen. Beispielsweise zeigt die Amygdala bei Personen, deren traumatische Erinnerungen angstbesetzt sind, einen verstärkten Blutfluss, während gleichzeitig die Durchblutung in der Broca-Region abnimmt, was einen Zusammenhang mit der klinischen Beobachtung nahe legt, dass die Patienten häufig Schwierigkeiten haben, das Erlebte in Worte zu fassen (Shin et al., 1999).

Frontolimbischer Regelkreis

Zwischen Amygdala und Hippocampus, die beide dem limbischen System zugerechnet werden, und dem medialen präfrontalen Kortex bestehen wichtige neuronale Schaltkreise, die gewährleisten, dass dem BLA die Informationen zugeführt werden, die er benötigt, um seine integrative Aufgabe erfüllen zu können. Eine Rückkopplung des Hippocampus versorgt den BLA mit Informationen zum situativen Kontext und expliziten Gedächtnisinhalten, während der

mediale präfrontale Kortex dämpfend wirkt und damit eine bewusste Selbstregulation möglich macht. Dies ermöglicht einen gesteuerten Umgang mit der bedrohlichen Situation, der nicht nur auf reflektorischen Reaktionen beruht (Rauch et al., 2006). Die Verbindung mit dem medialen präfrontalen Kortex scheint zudem eine Rolle in der Auslöschung angstbesetzter Gedächtnisinhalte zu spielen (Quirk et al., 2006). Eine dysfunktionale Tätigkeit des medialen präfrontalen Kortex, wie sie häufig bei Personen mit Kindheitstraumatisierungen auftritt, könnte also verantwortlich sein für den Wegfall der inhibierenden Wirkung auf die Amygdala und damit für eine verstärkte Ängstlichkeit und Erregbarkeit. Gleichzeitig verhindert eine solche Störung möglicherweise die Löschung der Angstantwort (Bremner et al., 1999).

Veränderungen im EEG

Neben den beschriebenen Befunden lassen sich auch im EEG von Personen mit frühkindlicher Belastung zahlreiche Abweichungen feststellen, die auf funktionelle Entwicklungsstörungen des Gehirns, Störungen des Arbeitsgedächtnisses und einen Verlust der diskriminativen Fähigkeit zur Unterscheidung verschiedener Stimuli hindeuten (McFarlane et al., 2005).

Zusammenhänge mit traumaassoziierten Variablen

Alle erwähnten Veränderungen sind Ausdruck einer traumatisch bedingten Störung der regelrechten neurobiologischen Entwicklung in Kindheit und Jugend. Der Grad der Schädigung scheint dabei abhängig zu sein von der Ausprägung der kindlichen Traumatisierungen im Hinblick auf Art, Häufigkeit, Dauer und Schwere. Dies gilt gleichermaßen für die aus den neurobiologischen Veränderungen resultierenden Störungen im Erleben und Verhalten (Anda et al., 2006). In einer Studie an 148 gesunden Probanden aus der Allgemeinbevölkerung ließen sich bei Personen mit Kindheitstraumatisierungen weitreichende Veränderungen in mehreren Strukturen des limbischen Systems nachweisen. Neben einer reaktiven Überempfindlichkeit der Amygdala auf die Präsentation wütender oder angstvoller Gesichter zeigten sich Volumenreduktionen in Hippocampus, Insula, orbitofrontalem Kortex, anteriorem Gyrus cinguli sowie Nucleus caudatus, die umso ausgeprägter ausfielen, je mehr Gewalt oder Vernachlässigung die Betroffenen erfahren hatten (Dannlowski et al., 2011). Thomaes et al. beobachteten Funktionsstörungen des anterioren Gyrus cinguli und angedeutet auch des Hippocampus bei Patienten mit komplexer PTBS und fanden einen Zusammenhang zwischen der Schwere einer Kindheitstraumatisierung und dem Ausmaß einer Störung im anterioren Gyrus cinguli (Thomaes et al., 2011).

2.3 Diagnostik von Traumafolgestörungen

2.3.1 Definition des Traumabegriffs

Der Begriff Trauma kommt aus dem Griechischen und bedeutet Wunde oder Verletzung. Im allgemeinen Sprachgebrauch versteht man unter einem Trauma eine Form seelischer Erschütterung oder Verwundung durch eine Situation, die als schmerzhaft oder schwer erträglich erlebt wird. Auch Alltagsstressoren wie Ärger am Arbeitsplatz, Streit mit dem Partner oder ein gehöriger Schreck werden im Volksmund gelegentlich mit dem Attribut "traumatisch" bedacht. Im psychotraumatologischen Kontext bedarf es einer präziseren Definition, denn eine genaue Bestimmung der Begrifflichkeit ist von zentralem Interesse, nicht nur für die klinische Diagnosestellung, sondern auch für eine an vergleichbaren Kriterien ausgerichtete Forschung sowie die gutachterliche Beurteilung einer Traumafolgestörung, zum Beispiel im juristischen Kontext. Dennoch herrscht bis heute kein Konsens hinsichtlich einer allgemein verbindlichen und auf alle diagnostischen Erfordernisse ausgerichteten Definition.

Die Einigung auf einen Traumabegriff im Rahmen der Einführung der PTSD ins DSM-III vermochte erstmals, die zahlreichen Forschungsgruppen, die sich den verschiedenartigen Formen von Traumatisierungen in allen möglichen Bereichen widmeten, unter einer Kategorie zusammenzuführen und eine gemeinsame Arbeitsgrundlage auf Basis der verbindenden Kernaspekte von Traumatisierungen zu schaffen. Für das DSM-IV wurde die Definition dann nochmals überarbeitet und genauer spezifiziert (Saß et al., 2000):

Abb. 2.1: Traumadefinition nach DSM-IV

- | |
|--|
| <p>A. Die betroffene Person war einer Situation ausgesetzt, in der die folgenden Bedingungen erfüllt waren:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Die Person war selbst oder als Zeuge mit einem Ereignis konfrontiert, das den Tod, Todesbedrohung oder eine ernsthafte Bedrohung der physischen Integrität von sich selbst oder anderen Menschen zum Inhalt hatte.2) Die betroffene Person reagierte mit starker Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen. |
|--|

Dass die Definitionen des DSM-III und IV gut angenommen wurden, belegt der stete Anstieg wissenschaftlicher Veröffentlichungen zu Traumatisierungen und Traumafolgestörungen seit Herausgabe des DSM-III, nachvollziehbar an der Anzahl der in Medline verzeichneten Publikationen, die 1980 noch bei 15, im Jahr 2008 jedoch bereits bei 1.500 lagen. Seit 1992 ist die PTBS zudem in der ICD-10 vertreten, der aktuellen Ausgabe des in Europa gebräuchlicheren Klassifikationssystems der WHO (Dilling et al., 2006). Die ICD-10 bietet eine

deutlich allgemeiner gehaltene Begriffsdefinition:

Abb. 2.2: Traumadefinition nach ICD-10

A. Die Betroffenen sind einem kurz oder lang anhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tief greifende Verzweiflung auslösen würde.

Beide Darlegungen setzen etwas verschieden gewichtete Schwerpunkte. Alles in allem nimmt die DSM-IV-Definition eine strengere Abgrenzung vor, wozu neben der konkreteren Ausformulierung auch die Verknüpfung des objektiven Stressorkriteriums (A1) mit dem subjektiven A2-Kriterium beiträgt, das die unmittelbare emotionale Reaktion auf das Ereignis beinhaltet. Vieles bleibt in der ICD-10 eher der persönlichen Einschätzung überlassen und wird sich immer stark danach richten, wie die beurteilende Person die Kriterien auslegt. Damit ist absehbar, dass diese Koexistenz zweier anerkannter, aber nicht ganz deckungsgleicher Definitionen in bestimmten Situationen auch zu Problemen führen kann, nämlich dort, wo es auf ein präzises Eingangskriterium ankommt, beispielsweise im gutachterlichen Bereich.

Dennoch steht die DSM-IV-Definition gerade wegen ihrer Restriktivität auch in der Kritik (van der Kolk, 2005; Weathers et al., 2007). So wurde verschiedentlich der Wunsch nach einer Erweiterung des A1-Kriteriums laut, das die Umstände eines traumatischen Ereignisses bisher auf Tod, Todesbedrohung oder eine ernsthafte Bedrohung der physischen Integrität begrenzt. Während Gegner einer Ausweitung eine Verwässerung des Traumabegriffs befürchten, ist Weathers, und mit ihm viele Kliniker, der Ansicht, dass das A1-Kriterium durch eine möglichst große Sensitivität gekennzeichnet sein sollte, um die Anzahl der falsch negativ bewerteten Patienten möglichst gering zu halten (Weathers et al., 2007). Das A1-Kriterium nimmt als Eingangskriterium im Ablauf der Diagnosestellung eine Gatekeeper-Rolle ein, ob aber eine spezifische Störung vorliegt, ist vorrangig abhängig vom Vorhandensein des typischen Symptombilds, sprich von der Erfüllung der übrigen Diagnosekriterien. Bei Anwendung des aktuellen A1-Kriteriums fallen zum Beispiel Patienten mit einer Amnesie für das Trauma, aber auch Patienten mit Entwicklungstraumatisierungen durchs Raster. Dabei haben insbesondere diese frühen Traumatisierungen einen in höchstem Maße schädigenden Einfluss, und zwar nicht nur auf die psychische Entwicklung des Kindes (Harkness et al., 2006; Herrmann, 2005; Johnson et al., 2000; Schmid, 2010; van der Kolk, 2005; van der Kolk et al., 1994), sondern auch auf sein körperliches Wohlergehen bis hin zu Folgen für die Gesundheit im Erwachsenenalter (Felitti, 2007). Auch im Hinblick auf die Entwicklung einer sexuellen Störung als Folge von kindlichem Missbrauchs ließ sich zeigen, dass die Erfüllung des A1-Kriteriums keine notwendige Bedingung darstellt (Rellini et al., 2007).

Aber auch das A2-Kriterium wird durchaus kritisch betrachtet und als zu eng gefasst bewertet. Hathaway weist darauf hin, dass traumatische Ereignisse nicht immer mit Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen einhergehen müssen, sondern eine Vielzahl anderer emotionaler Reaktionen hervorrufen können wie Verärgerung, Ekel, Schuld- oder Schamgefühle, Traurigkeit oder auch Vertäubung, und dass von solchen Gefühlen begleitete Ereignisse teils mit der gleichen Wahrscheinlichkeit zu einer Traumafolgestörung führen wie diejenigen, die das A2-Kriterium erfüllen (Hathaway et al., 2009). Maier geht sogar noch einen Schritt weiter, indem er das A-Kriterium in seiner Gesamtheit sowohl im diagnostischen als auch im Forschungskontext für entbehrlich hält, da es weder spezifisch, noch gezielt oder valide sei. Lediglich im juristischen Zusammenhang erfülle das Kriterium weiterhin eine wichtige Funktion, und möglicherweise dort, wo es für die Betroffenen um eine soziale Anerkennung ihrer leidvollen Erfahrungen geht (Maier, 2007). Als Reaktion auf die breite Kritik an dem bisherigen A-Kriterium wurde nun von Friedman et al. ein Vorschlag für eine Neudefinition im DSM-V vorgelegt, der eine Präzisierung des A1-Kriteriums und die Streichung des A2-Kriteriums empfiehlt (Friedman et al., 2011).

Die "Complex Trauma Taskforce" des National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) hat 2005 mit den Diagnosekategorien zur "Developmental Trauma Disorder" auf den Mangel an spezifischen Diagnosekriterien zur Erfassung von Entwicklungstraumatisierungen reagiert und eine spezifische Definition vorgeschlagen (van der Kolk, 2005). In Anlehnung an die PTBS-Diagnosekriterien enthält der Entwurf ein Eingangskriterium mit einem objektiven A1- und einem subjektiven A2-Kriterium:

Abb. 2.3: Definition Entwicklungstraumatisierung nach NCTSN

- A.** Die betroffene Kind war einer Situation ausgesetzt, in der die folgenden Bedingungen erfüllt waren:
- 1) Wiederholte oder langdauernde interpersonale Traumata mit schädigender Wirkung auf die Entwicklung des Kindes (Verlassenwerden, Vertrauensbruch, körperliche Gewalt, sexueller Missbrauch, Bedrohung der körperlichen Integrität, erzwungene Handlungen, emotionaler Missbrauch, Beobachtung von Gewalt und Tod).
 - 2) Das Kind reagierte mit Wut, Enttäuschung, Angst, Resignation, Unterwerfung, Scham.

Fischer und Riedesser legten eine weitere Traumadefinition vor, die wiederum andere Aspekte in den Vordergrund stellt (Fischer et al., 2009). Sie beschreiben Trauma als

Abb. 2.4: Traumadefinition nach Fischer und Riedesser

"vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt".

Die Autoren begreifen Traumatisierung als einen pathogenen Prozess, der resultiert, wenn die Kompensationsmöglichkeiten des Individuums überschritten sind – eine Betrachtungsweise, die auch die Einflussfaktoren der persönlichen Resilienz und der Vulnerabilität mit berücksichtigt. Die Definition umfasst neben der objektiven Ereignis- auch eine unmittelbare sowie eine langfristige subjektive Erlebniskomponente, wodurch der Verlaufscharakter des traumatisierenden Vorgangs betont wird. Darüber hinaus wird durch die Benennung des Gefühls "schutzlose Preisgabe" dem Umstand Rechnung getragen, dass die Erfahrung, der eigenen Autonomie beraubt und gänzlich ohne Schutz ausgeliefert zu sein, einen eigenständigen traumatisierenden Faktor darstellt. Dies trifft insbesondere auf Täter-Opfer-Konstellationen zu, und zwar ganz besonders auf die von existentieller Abhängigkeit gekennzeichnete Ohnmacht eines Kindes gegenüber einem missbräuchlichen familiären Umfeld (Herman, 1992).

2.3.2 Differentialdiagnostik nach DSM-IV und ICD-10

Folgt man den aktuellen Diagnosesystemen, lassen sich nach Schwere und Persistenz drei Typen von Traumafolgestörungen unterscheiden: die akute Belastungsreaktion, die verhältnismäßig zügig wieder abklingt, die prolongierte posttraumatische Belastungsstörung mit dem Symptomkomplex Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung, sowie die andauernde Persönlichkeitsveränderung infolge einer besonders schweren und langandauernden bzw. wiederholten Belastung (Dilling et al., 2006; DSM-IV, 1994).

Abb. 2.5: Posttraumatische Belastungsreaktionen bzw. -störungen in DSM-IV und ICD-10

DSM-IV	ICD-10
Akute Belastungsstörung (308.3)	Akute Belastungsreaktion (F43.0)
Posttraumatische Belastungsstörung (309.81)	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0)
[DESNOS (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified)]	

Akute Belastungsreaktion

Die akute Belastungsreaktion ist eine vorübergehende Reaktion auf ein stark belastendes Ereignis und setzt meist schon während oder unmittelbar nach dem traumatischen Erlebnis ein. Sie äußert sich anfangs mit einem Gefühl von Betäubung, das mit einer Bewusstseinsengung, eingeschränkter Aufmerksamkeit und Desorientiertheit einhergeht. Dieses Erleben charakterisiert die sogenannte peritraumatische Dissoziation. Gleichzeitig besteht eine Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten. Später kann es zu einem gemischten und wechselnden Symptombild kommen, das von einem Rückzug in sich selbst, Unruhe und Überaktivität, Angstzuständen mit vegetativen Reaktionen sowie depressiver Verstimmung, Ärger und Gefühlen der Verzweiflung bestimmt wird. Keines der Symptome ist dabei länger vorhanden. Gelegentlich besteht eine teilweise oder vollständige Amnesie für das Ereignis. Die Symptome klingen in der Regel innerhalb von Stunden und Tagen wieder ab (ICD-10). Bei anhaltenden Beschwerden über länger als einen Monat sollte die Diagnose auf das Vorliegen einer PTBS überprüft werden (DSM-IV).

Das DSM-IV verwendet für das Symptombild die Bezeichnung "akute Belastungsstörung". Dieser Begriff wird verschiedentlich als unzutreffend kritisiert, da es sich bei der akuten Belastungsreaktion um eine normale Reaktion und nicht um eine Störung im Sinne einer Erkrankung handele (Maercker, 2003).

Posttraumatische Belastungsstörung

Im Unterschied zur akuten Belastungsreaktion spricht man von einer PTBS erst dann, wenn die Beschwerden bereits seit mindestens einem Monat bestehen. In den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft AWMF wird für die PTBS eine Lebenszeitprävalenz in der Allgemeinbevölkerung von 2 – 7 % angegeben (AWMF, 2006). In der von Maercker durchgeführten gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung wurde eine Einmonatsprävalenzrate von 2,3 % für das PTBS-Vollbild sowie 2,7 % für partielle PTBS-Syndrome ermittelt. Während das Geschlechterverhältnis ausgeglichen zu sein scheint, bestehen deutliche Unterschiede in der Altersverteilung mit einem Gipfel bei den über 60-Jährigen, hinter dem sich mit einiger Sicherheit der Einfluss des zweiten Weltkriegs vermuten lässt (Maercker et al., 2008).

Die PTBS äußert sich über mehrere typische Symptombereiche. Die Patienten leiden unter Intrusionen, sich aufdrängenden, belastenden Gedanken und Erinnerungen an das Trauma bis hin zu einem realitätsnahen Wiederleben in Form von inneren Bildern, Flashbacks oder Alpträumen. Auslöser, die die Erinnerung an das Trauma wecken könnten, werden möglichst gemieden. Begleitet wird dieses Vermeidungsverhalten häufig von einer verminderten

Ansprechbarkeit gegenüber der Umwelt, einer Art emotionaler Vertäubung (Numbing) mit innerem Rückzug. Gleichzeitig kann eine starke vegetative Übererregbarkeit mit Reizbarkeit, Hypervigilanz und Schreckhaftigkeit sowie Konzentrations- und Schlafstörungen auftreten. Außerdem kann eine Amnesie für das Trauma bestehen. Das DSM-IV erwähnt darüber hinaus häufig beobachtete Begleitbeschwerden wie Angst, depressive Verstimmung, Somatisierung, Sucht, Zwänge, Überlebensschuld und Probleme, den Beziehungs- und Arbeitsalltag zu bewältigen. Im Hinblick auf das DSM-V wird aktuell diskutiert, ob eine Reihe häufiger Begleitbeschwerden der PTBS wie depressive Verstimmung, Ärger, Schuld und Scham, dissoziative Symptome sowie negative Annahmen über die eigene Person oder die Umwelt in die Diagnosekriterien integriert werden können (Friedman et al., 2011).

Zusätzlich enthält das DSM-IV eine Kurzbeschreibung der DESNOS, die das Symptombild der komplexen PTBS abbilden soll. Die Darlegung beschränkt sich allerdings auf eine reine Aufzählung möglicher Symptome, die infolge vornehmlich interpersoneller Traumatisierung auftreten können. Eine tragfähige Begriffsdefinition oder eine Kategorisierung, die an vergleichbaren Symptomkriterien ausgelegt wäre, erfolgt nicht. Erwähnung finden Affektregulationsstörungen, impulsives und selbstschädigendes Verhalten, dissoziative Symptome, Somatisierung, Gefühle von Unzulänglichkeit, Scham, Verzweiflung oder Hoffnungslosigkeit, das Gefühl dauerhaft zerstört zu sein, der Verlust von Glaubensvorstellungen, Feindseligkeit, sozialer Rückzug, das Gefühl ständiger Bedrohung, Beziehungsstörungen und eine allgemeine Persönlichkeitsveränderung. Die komplexe PTBS erscheint im DSM-IV somit als zusätzliches Kriterium der PTBS, was allerdings dem tatsächlichen Verhältnis der beiden Störungsbilder zueinander nicht gerecht wird, denn ein bedeutender Teil der Patienten mit einer komplexen PTBS zeigt nur wenige oder gar keine Symptome einer PTBS (van der Kolk et al., 2005). Solche Patienten haben demzufolge ein hohes Risiko, bei der Traumaanamnese durchs Raster zu fallen, mit der Folge, dass ihnen der Zugang zu einer traumaspezifischen Therapie nicht ermöglicht werden kann.

Wie bei der Definition des Traumabegriffs zeigen sich auch bei den Symptomkriterien beachtliche Unterschiede zwischen DSM-IV und ICD-10 (siehe Abb. 2.6 bis 2.8). Schon die Zuordnung der Kategorie zu den Angststörungen im DSM-IV bzw. zu den Belastungsstörungen in der ICD-10 belegt dies. Wiederum erweist sich das DSM-IV als konkreter und ausführlicher, indem auch Subkriterien wie das Numbing oder das Gefühl, eine eingeschränkte Zukunft zu haben, enthalten sind. Zusätzlich fordert das DSM-IV zur Diagnose ein klinisch bedeutsames Leiden oder eine Beeinträchtigung in wichtigen Bereichen des Alltags. Im Gegensatz zur ICD-10 ermöglicht das DSM-IV die Diagnosestellung auch dann, wenn der Beginn der Symptome länger als 6 Monate nach dem traumatischen Ereignis liegt. Dies ist von Bedeutung, denn nicht

Abb. 2.6: DSM-IV-Kriterien der PTBS (309.81) (Saß et al., 2000)

A. Die betroffene Person war einer Situation ausgesetzt, in der die folgenden Bedingungen erfüllt waren:

- 1) Die Person war selbst oder als Zeuge mit einem Ereignis konfrontiert, das den Tod, Todesbedrohung oder eine ernsthafte Bedrohung der physischen Integrität von sich selbst oder anderen Menschen zum Inhalt hatte.
- 2) Die betroffene Person reagierte mit starker Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:

- 1) wiederholte und sich aufdrängende Erinnerungen an das Ereignis (auch Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen)
- 2) wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis.
- 3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten).
- 4) intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
- 5) körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:

- 1) bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,
- 2) bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,
- 3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,
- 4) deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,
- 5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,
- 6) eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),
- 7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).

D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden).

Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:

- 1) Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen,
- 2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
- 3) Konzentrationsschwierigkeiten,
- 4) übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),
- 5) übertriebene Schreckreaktion.

E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat.

F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Akut: Wenn die Symptome weniger als 3 Monate andauern. **Chronisch:** Wenn die Symptome mehr als 3 Monate andauern.

Mit verzögertem Beginn: Wenn der Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor liegt.

Abb. 2.7: ICD-10-Kriterien der PTBS (F43.1) (Dilling et al., 2006)

A.	Die Betroffenen sind einem kurz oder lang anhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tief greifende Verzweiflung auslösen würde.
B.	Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flashbacks), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.
C.	Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Erlebnis.
D.	Entweder 1. oder 2. <ol style="list-style-type: none"> 1) teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern 2) anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale <ol style="list-style-type: none"> a. Ein- und Durchschlafstörungen b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche c. Konzentrationsschwierigkeiten d. Hypervigilanz e. erhöhte Schreckhaftigkeit
E.	Die Kriterien B, C und D treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf. (In einigen speziellen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden).

Abb. 2.8: DSM-IV und ICD-10 im Vergleich

	DSM-IV			ICD-10
Stressorkriterium	●	A (1)	●	A
subjektives Erleben	●	A (2)		
Wiedererleben	● (1 von 5)	B (1 – 5)	●	B
Vermeidung	● (3 von 7)	C (1 – 2)	●	C
Amnesie		C (3)	●	D (1)*
Numbing		C (4 – 6)		
Gefühl eingeschränkter Zukunft		C (7)		
Übererregung	● (2 von 5)	D (1 – 5)	● (2 von 5)	D (2 a – e)*
Onset	●	E (besteht > 1 Monat)	●	E (innerhalb von 6 Monaten)
Leiden/Beeinträchtigung	●	F		

● Kriterium muss zur Diagnosestellung erfüllt sein.

(Ziffern in Klammern: Anzahl der Subkriterien, die zur Erfüllung der Kategorie positiv sein müssen.)

* Entweder D (1) oder D (2) muss erfüllt sein.

selten wird die Störung erst mit einer mehrjährigen Latenz klinisch manifest (AWMF, 2006). Dass die beiden Klassifikationen so zahlreiche Unterschiede aufweisen, zeigt, dass die Auffassungen davon, was PTBS ist, selbst unter Experten deutlich abweichen können. Problematisch wird dies dort, wo es auf eine saubere Diagnose ganz besonders ankommt, wie im gutachterlichen Bereich, wo die Diagnosestellung eindeutig nachvollziehbar sein und auf möglichst trennscharfen Kriterien beruhen muss. Andrews fand lediglich eine Übereinstimmung von 35 % zwischen den beiden diagnostischen Systemen. Mit der ICD-10 ließ sich eine Prävalenz für die PTBS von 7 %, mit der DSM-IV hingegen von nur 3 % ermitteln (Andrews et al., 1999).

Doch auch Patienten, die nicht alle Kriterien erfüllen, können unter einer klinisch relevanten Störung leiden. Die partielle oder subsyndromale PTBS zeigt beachtliche Prävalenzen und kann gleichfalls zu beträchtlichem Leiden und Einschränkungen in sozialen oder beruflichen Bereichen führen (Breslau et al., 2004; Maercker et al., 2008; Mylle et al., 2004; Stein et al., 1997). Zwar sind die Patienten in der Regel weniger belastet als Patienten, die eine voll ausgeprägte PTBS zeigen, dennoch ist ein solcher Befund bei erfülltem F-Kriterium durchaus therapiewürdig. Bisher existieren noch keine verbindlichen Kriterien für die partielle PTBS.

Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

Die ICD-10 bietet eine weitere Kategorie, die die Folgen langdauernder Belastungen besonderer Schwere berücksichtigt, wie sie nach Erlebnissen mit anhaltender Todesbedrohung entstehen können, zum Beispiel bei Terrorismus, Inhaftierung, Geiselnahme oder Katastrophen. Solche Extremerfahrungen führen häufig zu tiefgreifenden Veränderungen der Persönlichkeit, die sich in Form einer feindlichen oder misstrauischen Haltung gegenüber der Welt, sozialem Rückzug sowie Gefühlen der Leere, der Hoffnungslosigkeit, des Bedrohtseins und der Entfremdung äußern. Die möglichen Symptome müssen über die Dauer von mindestens zwei Jahren vorliegen. Eingeführt wurde diese Kategorie in dem Bemühen, eine Grundlage für die gutachterliche Anerkennung der Folgen von Haft und Verfolgung zu schaffen. Die Kriterien der Störung zielen jedoch nur auf eine vergleichsweise kleine Gruppe unter den Traumapatienten, nämlich auf die Opfer von Traumatisierungen im Erwachsenenalter. Zwar können Kinder auch von Traumatisierungen dieser Art betroffen sein, eine Persönlichkeitsänderung kann jedoch erst nach abgeschlossener Pubertät zuverlässig beurteilt werden (Sack, 2004).

2.3.3 Diagnostische Kriterien der komplexen PTBS

1997 schlossen sich zwei Expertengruppen um Spitzer, Kaplan und Pelcovitz einerseits sowie um Herman und van der Kolk andererseits zusammen, um gemeinsam verbindliche Diagnosekriterien für die komplexe PTBS bzw. DESNOS zu veröffentlichen (Peltcovitz et al., 1997). Sieben Kategorien mit insgesamt 27 Symptomen wurden festgelegt. Im Rahmen erster Feldstudien wurden die DESNOS-Kriterien mittels eines strukturierten klinischen Interviews (Structured Interview for Disorders of Extreme Stress, SIDES) validiert, mit dem Ergebnis einer hohen Konstruktvalidität für die Diagnose (Peltcovitz et al., 1997; Roth et al., 1997; van der Kolk et al., 1996). Eine der sieben Kategorien, die Skala "verzerrte Täterwahrnehmung", wurde wegen mangelnder Validität wieder fallengelassen (Peltcovitz et al., 1997). Diese ersten Befunde wurden in der Folge durch die Ergebnisse weiterer Untersuchungen gestützt (Boroske-Leiner et al., 2008; Sack et al., 2002; Teegen et al., 2002; Zlotnick et al., 1996). Auch die klinische Beobachtung, dass es zumeist die frühen und anhaltenden Traumatisierungen sind, die zur komplexen PTBS führen, konnte belegt werden. Dabei zeigte sich, dass das Risiko für die Entwicklung einer komplexen PTBS umso höher ist, je früher im Leben die Traumatisierung erfolgt und je länger sie andauert (van der Kolk et al., 2005). Auch der vermutete Zusammenhang mit interpersonellen Traumata sowie das Bestehen einer Dosis-Wirkungsbeziehung zwischen der Schwere einer Traumatisierung und der Schwere der Symptome ließen sich nachweisen (Ford et al., 2006). Später wurde das SIDES von Sack und Hofmann überarbeitet, ins Deutsche übersetzt und als Interview zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS) herausgegeben (Boroske-Leiner et al., 2008). Die modifizierten diagnostischen Kriterien umfassen sechs Kategorien (siehe Abb. 2.9).

2.3.4 Überschneidung mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Patienten mit komplexer PTBS zeigen häufig auffällige Symptomüberschneidungen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Driessen et al., 2002; Lewis et al., 2009; Sack et al., 2012b). Insbesondere in den Bereichen Affekt- und Impulsregulation, dissoziatives Erleben, Selbstwahrnehmung und Beziehungsgestaltung gleichen sich die Phänomenologien beider Störungsbilder (Lewis et al., 2009). Auch das Komorbiditätsprofil beider Störungen ähnelt sich. Viele häufige Nebendiagnosen der komplexen PTBS werden regelmäßig auch im Zusammenhang mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung beobachtet. So finden sich zum Beispiel hohe Komorbiditätsraten der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit der PTBS (Yen et al., 2002; Zanarini et al., 2004) sowie mit Depressionen, Angststörungen, Substanzmissbrauch (Driessen et al., 2002; Leichsenring et al., 2011) und dissoziativen Störungen (Driessen et al., 2002). Eine Untersuchung an Studienteilnehmern der Multicenter-Studie, auf deren Daten wir auch in der vorliegenden Arbeit zurückgreifen, ermittelte erstmals empirisch die

Abb. 2.9: Diagnosebereiche der komplexen PTBS (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	d) Scham
b) Gefühl dauerhaft zerstört zu sein	e) Gefühl von der Umwelt isoliert zu sein
c) Schuldgefühle	f) Bagatellisieren von gefährlichen Situationen
IV. Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen	
a) Unfähigkeit zu vertrauen	c) Viktimisierung anderer Menschen
b) Wiederholte Viktimisierungen	
V. Somatisierung	
a) Somatoforme Symptome	b) Hypochondrische Ängste
VI. Veränderungen von Lebenseinstellungen	
a) Fehlende Zukunftsperspektive	
b) Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen und Werten	

Symptomüberschneidung beider Störungen und konnte zeigen, dass 55 % der Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gleichzeitig die Diagnosekriterien der komplexen PTBS erfüllten. Zusätzlich wiesen 79 % eine PTBS, und 41 % eine komplexe dissoziative Störung auf (Sack et al., 2012b). Auch hinsichtlich der verschiedenen Symptombilder im Bereich sexueller Störungen scheint es weitreichende Überschneidungen zu geben. So findet man sexuelle Vermeidung und sexuelle Impulsivität gleichermaßen bei Patienten beider Diagnosekategorien, und zwar ebenfalls bevorzugt in Verbindung mit einer frühen sexuellen Traumatisierung (Sack et al., 2009; Schulte-Herbrüggen et al., 2009).

Immer wieder wird in der Forschungsliteratur auch auf die hohen Prävalenzraten früher Traumaerfahrungen bei Borderline-Patienten hingewiesen. Zum Teil ließen sich Prävalenzen von bis zu 96 % ermitteln (Lewis et al., 2009; Sack et al., 2012b; Sansone et al., 2011), wobei berücksichtigt werden sollte, dass aufgrund der physiologischen frühkindlichen Amnesie die

besonders pathogenen, sehr frühen kindlichen Traumatisierungen in der Regel nicht erinnert und somit nicht berichtet werden können (Dulz et al., 2000). Nach Sack spielen Vernachlässigung und emotionale Traumatisierung eine herausragende Rolle in der Ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, aber auch körperliche und sexuelle Traumaerfahrungen sind wichtige pathoetische Faktoren (Sack et al., 2012b). Die in älteren Forschungsarbeiten häufig anzutreffende Aussage, dass vorrangig frühe sexuelle Traumatisierungen verantwortlich seien für die Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Herman et al., 1989) ließ sich bisher nicht bestätigen (Fossati et al., 1999). Dennoch scheinen frühe sexuelle Traumatisierungen einen wichtigen Einfluss auf die Krankheitsentstehung (Sansone et al., 2011) und den Krankheitsverlauf zu haben. So konnte Zanarini frühe sexuelle Traumaerfahrungen als negativen Prognosefaktor für den Verlauf einer Borderline-Persönlichkeitsstörung identifizieren (Zanarini et al., 2006). McLean fand zudem eine 95%-ige diagnostische Überschneidung von komplexer PTBS und Borderline-Persönlichkeitsstörungen bei Patientinnen mit frühem sexuellem Missbrauch (McLean et al., 2003).

Die Vermutung einer zumindest traumatischen Mitverursachung im Rahmen der Ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird zusätzlich gestützt durch die Beobachtung neurobiologischer und hormoneller Veränderungen bei Borderline-Patienten, die große Ähnlichkeit mit den typischen Veränderungen bei Frühtraumatisierten aufweisen (vgl. S. 24 ff.). In mehreren Studien an Borderline-Patienten fiel zum Beispiel eine ausgeprägte Größenminderung des Hippocampus auf. Auch die Amygdala erwies sich in mehreren Untersuchungen als größenreduziert, wobei ein eindeutiger Zusammenhang mit frühen Traumatisierungen bis dato noch nicht gesichert werden konnte (Weniger et al., 2009). Eine Hyperreaktivität der Amygdala auf emotionale Reize ließ sich ebenso belegen (Donegan et al., 2003), wie auch eine reduzierte Arbeitsleistung des ventromedialen präfrontalen Kortex (Soloff et al., 2000). Bei vielen Borderline-Patienten zeigte sich zudem eine Hyperaktivität der HHN-Achse, und zwar bevorzugt dann, wenn ein kindlicher Missbrauch erudierbar war (Rinne et al., 2002; Zimmerman et al., 2009). Zusammengenommen tragen alle diese Veränderungen zur emotionalen Instabilität der Borderline-Patienten bei.

Mittlerweile konnten allerdings auch einige genetische Faktoren gesichert werden, die mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung assoziiert zu sein scheinen. Leichsenring berichtet über Dysfunktionalitäten im Serotonin-Stoffwechsel bei Borderline-Patienten, die mit Veränderungen im Serotonintransporter-Gen sowie im Tryptophan-Hydroxylase-Gen in Verbindung zu stehen und eine Rolle in der Entwicklung impulsiver und aggressiver Symptome zu spielen scheinen (Leichsenring et al., 2011). Gleichzeitig liegen aber auch Arbeiten vor, die Veränderungen des Serotonin-Stoffwechsels und des Serotoninrezeptors vorzugsweise mit frühen Traumatisierungen assoziiert sehen (Rinne et al., 2000).

Alle diese Befunde tragen zu einem differenzierten Krankheitsverständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei, so dass gegenwärtig weitgehende Übereinstimmung hinsichtlich der Annahme herrscht, dass von einer multifaktoriellen Pathogenese mit genetischen und lebensgeschichtlich-traumatischen Einflüssen auszugehen ist (Leichsenring et al., 2011; Lewis et al., 2009). Manche Forschungsgruppen vermuten, dass es sich bei der komplexen PTBS und der Borderline-Persönlichkeitsstörung um unterschiedliche Ausprägungen desselben Geschehens vor dem gemeinsamen Hintergrund einer kindlichen Traumatisierung handelt (Driessen et al., 2002; Herman, 2006). Der zentrale Unterschied zwischen beiden Störungen lässt sich möglicherweise so verstehen, dass es sich bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung vorrangig um eine Störung der Bindungs- und Beziehungsfähigkeit handelt, während bei der komplexen PTBS die Störungen der Selbstregulation und Selbstwahrnehmung im Vordergrund stehen (Sack, 2004). Ein erster Vorschlag zur Untergliederung der komplexen PTBS, die diesem Aspekt Rechnung trägt, kommt von Miller, der zwischen einem internalisierenden und externalisierenden Subtypus unterscheidet, mit einer eher gedämpften Stimmungslage sowie komorbiden depressiven und Angstsymptomen einerseits und Enthemmung sowie dramatisch-emotionalen Persönlichkeitszügen andererseits (Miller et al., 2007). Eine übereinstimmende wissenschaftliche Meinung zur Zusammenführung beider Diagnosen existiert allerdings bisher nicht. Vor allem im Hinblick auf eine angemessene Therapieplanung ist es jedoch wichtig, Patienten mit frühen Traumaerfahrungen zu identifizieren, um ihnen den Zugang zu der für sie erforderlichen traumaorientierten Behandlung zu ermöglichen (Barnow, 2005; Sack et al., 2012b).

3 Störungen der Sexualität

Die WHO definiert sexuelle Gesundheit als einen "[...] Zustand körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität; nicht lediglich die Abwesenheit von Krankheit, Störung oder Behinderung. Sexuelle Gesundheit erfordert eine positive und respektvolle Herangehensweise an Sexualität und sexuelle Beziehungen sowie die Möglichkeit, lustvolle und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, die frei sind von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Um sexuelle Gesundheit zu erlangen und aufrechtzuerhalten, müssen die sexuellen Rechte aller Personen respektiert, geschützt und gewährleistet sein" (WHO, 2002).

Für zahlreiche Menschen mit Traumaerfahrungen hat diese Beschreibung wahrscheinlich nicht sehr viel mit ihrem Verhältnis zur Sexualität zu tun, denn traumatische Erfahrungen können sich nachhaltig beeinträchtigend auf den Umgang mit körperlicher Intimität auswirken. Dabei scheinen interpersonelle Traumatisierungen häufiger zu sexuellen Beeinträchtigungen zu führen als nicht-personengebundene Traumatisierungen (Tagay et al., 2004). Neben Extremereferenzen wie Terror (Chiasson et al., 2005) oder Krieg (Anticevic et al., 2008; Cosgrove et al., 2002) sowie anderen nicht-sexuellen (Haase, 2009; Hawley et al., 2011) und sexuellen Traumaerfahrungen im Erwachsenenalter (van Berlo et al., 2000) scheinen es in erster Linie die frühen und wiederholten sexuellen Traumatisierungen zu sein, die die Sexualität des Erwachsenen besonders tiefgreifend und nachhaltig beeinträchtigen (Beitchman et al., 1992; Haase, 2009; Leonard et al., 2002; Loeb et al., 2002; Najman et al., 2005; Polusny et al., 1995; Sack et al., 2009). Bisher gibt es leider nur eine verhältnismäßig überschaubare Anzahl an Studien, die sich mit dieser Thematik beschäftigen, und die verfügbaren Studien sind zudem, wie die Literatur zu frühen sexuellen Traumatisierungen im Allgemeinen, von einer ausgeprägten Heterogenität gekennzeichnet. Wiederum trifft man auf wenig eindeutige Definitionen von frühem sexuellem Missbrauch einerseits, aber auch für das, was unter sexuellen Störungen zu verstehen ist, werden verschiedenste Kriterien angelegt. Es existieren zum Teil große methodologische Unterschiede zwischen den Studien, und viele umfassen zudem nur wenige oder ausschließlich weibliche Teilnehmer. Entsprechend sind die Ergebnisse häufig schwierig zu interpretieren, nicht vergleichbar oder gänzlich widersprüchlich (Cobia, 2004; Noll et al., 2003; Rellini et al., 2007; Rumstein-McKean et al., 2001). Ein Beispiel hierfür ist die Beobachtung, dass klinische oder bevölkerungsrepräsentative Studien meist einen soliden Zusammenhang zwischen kindlichem Missbrauch und sexuellen Störungen im Erwachsenenalter nachweisen können, während Erhebungen an Studenten häufig keinen oder nur einen geringen Zusammenhang finden (Schloretdt et al., 2003). Die im Kontext mit frühem sexuellem Missbrauch zu beobachtenden Symptome sexueller Störungen sind darüber hinaus weitgehend unspezifisch (Paolucci et al., 2001). Auch nicht missbrauchte Personen berichten regelmäßig

über ähnlich gelagerte Probleme, was eine genaue Unterscheidung sowohl im wissenschaftlichen, aber auch im therapeutischen Kontext erschwert (Cobia, 2004; Najman et al., 2005).

Gründe dafür, dass dieses Thema sowohl im wissenschaftlichen wie auch im therapeutischen Kontext zur Zeit noch ein über weite Strecken unbearbeitetes Terrain darstellt, mögen unter anderem darin zu finden sein, dass die Aufmerksamkeit von Forschern und Therapeuten sich häufig primär auf die akuten Schwierigkeiten durch die im Vordergrund stehenden DSM- oder ICD-10-kategorisierten Störungsbilder richtet, so dass die Frage nach Einschränkungen auf dem Gebiet der Sexualität eher hinten ansteht (DiLillo, 2001; Hall, 2008). Anzunehmen ist auch eine gewisse Zurückhaltung im Umgang mit einem gesellschaftlich noch immer als heikel angesehenen Thema (Kingsberg et al., 2009; Montgomery, 2008). Darüber hinaus ist vorstellbar, dass die Furcht vor einer Retraumatisierung im Rahmen der Exploration sexueller Schwierigkeiten dazu führen kann, dass Therapeuten wie Patienten solche Themen eher meiden (Freyberger, 2009). Nicht zuletzt wäre denkbar, dass eine nicht immer bewusst wahrgenommene Scheu vor schwer erträglichen Gegenübertragungseffekten mit Gefühlen wie Ohnmacht, Wut, Ekel, Angst oder Schuld manche Therapeuten davor zurückschrecken lässt, genauer nachzufragen (Wurmser, 2004).

3.1.1 Missbrauchsunabhängige und -assoziierte Variablen

Aus einer Reihe überwiegend nicht traumaspezifischer Studien weiß man, dass zahlreiche Faktoren Einfluss auf die Sexualität nehmen: aktuelle Lebensumstände, Erfahrungen und Persönlichkeitsmerkmale, Partnerschaftsprobleme, mangelndes Wissen über Sexualität (Kockott, 2007), körperliche (Heiman, 2002; Kockott, 2007; Reid et al., 2010) oder psychische Erkrankungen (Kockott, 2007; Schloredt et al., 2003), medikamentöse Nebenwirkungen und Alter (Kingsberg et al., 2009), all dies sind wichtige Einflussgrößen, die allerdings in den meisten Studien nicht mit erfasst werden.

Viele dieser Variablen stehen jedoch in Bezug zur Missbrauchsgeschichte und sind gegebenenfalls sogar als Charakteristika oder Komorbiditäten einer komplexen PTBS anzusehen: Intrapersonelle Probleme wie Depression (Haase, 2009; Meston et al., 2006) sowie die häufig damit verbundene Einnahme von Antidepressiva (Baldwin, 2001; Jespersen, 2006), PTBS (Haase, 2009; Hawley et al., 2011; Letourneau et al., 1996; Tagay et al., 2004), dissoziative Zustände (Freyberger, 2009; Rellini et al., 2006), Selbstbild-, Körperbild- und Affektregulationsstörungen (siehe S. 49 ff.), Essstörungen (Bolm, 2009), Persönlichkeitsstörungen wie die Borderline-Persönlichkeitsstörung (Dulz et al., 2009) aber auch Substanzabhängigkeiten (Wilsnack et al., 1997) beeinträchtigen mit ihrer spezifischen

Problematik die Sexualität auf ganz unterschiedliche Weise. Interpersonelle Schwierigkeiten wie Partnerschaftsprobleme lassen sich bei Missbrauchsopfern ebenfalls gehäuft nachweisen (Maniglio, 2009). Betroffene berichten vermehrt über inadäquate Kommunikation und Unstimmigkeiten mit dem Partner, haben Schwierigkeiten zu vertrauen und sind generell weniger zufrieden mit ihren Beziehungen. Zudem scheinen sie sich eher auf wenig zuträgliche Verbindungen einzulassen, in denen auch Reviktimisierung vielfach ein Thema ist. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass sich auch eine erhöhte Trennungs- bzw. Scheidungsrate bei Missbrauchsopfern feststellen lässt (Colman et al., 2004; DiLillo, 2001).

Auch direkt mit dem Missbrauchereignis verbundene Variablen beeinflussen das Erscheinungsbild und die Schwere einer späteren sexuellen Störung, so wie Häufigkeit, Dauer und Art des Missbrauchs (intra- oder extrafamiliär, mit oder ohne Penetration) (Brunngraber, 1986; Rellini et al., 2007; Tsai et al., 1979). Nicht zuletzt entwickelt sich die sexuelle Identität langsam über einen großen Zeitraum hinweg und unterliegt dabei einer Vielfalt unterschiedlichster, auch gesellschaftlicher Einflüsse.

Inwieweit auch frühe nicht-sexuelle Traumaerfahrungen mit sexuellen Störungen des Erwachsenenalters in Zusammenhang stehen, ist noch nicht vollständig geklärt. Einige Studien liefern Hinweise dafür, dass der Effekt früher nicht-sexueller Traumatisierungen auf die Sexualität größer sein könnte als vielfach angenommen (Bhandari et al., 2011; Colman et al., 2004; DiLillo et al., 2009; Haase, 2009; Hall, 2007; Hillis et al., 2001; Nelson et al., 2002; Rind et al., 1998). Verschiedentlich ließ sich sogar eine positive Korrelation zwischen der Anzahl unterschiedlicher früher Traumaerfahrungen und der Schwere einer sexuellen Störung beobachten (Hall, 2007). Allerdings haben sich bisher nur sehr wenige Studien der systematischen Betrachtung des Zusammenhangs zwischen der Art der Traumatisierung und späteren sexuellen Störungen gewidmet (Haase, 2009). Haase fand in einem Vergleich von PTBS-Patientinnen mit und ohne sexuelle Traumatisierung auch bei der nicht sexuell traumatisierten Gruppe hohe Prävalenzen sexueller Funktionseinschränkungen. Das Risiko eine sexuelle Störung zu entwickeln, war allerdings bei den Patientinnen mit sexueller Traumatisierung gegenüber der Vergleichsgruppe um das Vierfache erhöht (Haase, 2009).

Obwohl all diese Variablen Einfluss nehmen auf die Entwicklung und Symptomatologie einer sexuellen Störung, werden sie jedoch in den meisten wissenschaftlichen Untersuchungen nicht mit erfasst bzw. kontrolliert. Dies kann zu erheblichen Verzerrungen in den Ergebnissen der einzelnen Untersuchungen führen und erschwert die Vergleichbarkeit der Studien untereinander (Beitchman et al., 1992; Maniglio, 2009; Rind et al., 1998). Wie umfassend der Einfluss der verschiedenen abhängigen und unabhängigen Variablen tatsächlich ist und in welchem Umfang

früher sexueller Missbrauch eine spätere sexuelle Störungen letztlich prägt, ist augenblicklich eine der Kernfragen der Forschung in diesem Bereich (Beitchman et al., 1992; Rind et al., 2007).

3.1.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede sexueller Störungen

Vergleichsweise wenig untersucht sind bisher die geschlechtsspezifischen Unterschiede traumabedingter sexueller Störungen. Verschiedene Studien, die sich mit dieser Thematik näher befasst haben, beschrieben, dass Frauen sich in ihrer Sexualität als Erwachsene durch einen kindlichen Missbrauch stärker beeinträchtigt sahen, während Männer häufig keinen Bezug zwischen ihrer aktuellen Sexualität und den Erlebnissen in ihrer Kindheit herstellen (Meston, 1999; Najman et al., 2005). Ein Grund für diesen Unterschied mag darin zu finden sein, dass Jungen und Mädchen, aufgrund ihrer biologischen und durch gesellschaftliche Normen geprägten sexuellen Identität unterschiedlich auf eine Missbrauchserfahrung reagieren (Holmes et al., 1997; Rind et al., 1998). Rind fand, dass Mädchen eine Missbrauchserfahrung zumeist als unmoralischen und bedrohlichen Übergriff erlebten, der Angst und Beschämung erzeugte, während viele Jungen darin eher etwas Abenteuerliches sahen, das eine gewisse Neugier befriedigte und bestenfalls Gleichmut, manchmal aber auch Aufregtheit oder sogar ein Wohlgefühl hervorrief. Dies traf vor allem dann zu, wenn der Missbrauch durch eine Frau verübt wurde. (Rind et al., 1998). Rind sieht dabei Parallelen mit nicht traumatisiert beeinflussten Verhaltensweisen Jugendlicher im Umgang mit Sexualität und führt dabei Sorensen an, der beschrieb, dass Mädchen sich bezüglich ihrer ersten sexuellen Erfahrungen häufiger ängstlich, schuldig oder ausgenutzt fühlten, während Jungen zumeist mit positiver Aufregung und Zufriedenheit reagierten und das Gefühl hatten, durch das Erlebnis "reifer" geworden zu sein (Sorensen, 1973).

3.1.3 Symptomatologie und Prävalenz sexueller Störungen

Zahlreiche jüngere Studien zu sexuellen Störungen beziehen sich auf die im Jahre 2000 veröffentlichten Diagnosekriterien des DSM-IV-TR (Kingsberg et al., 2009), die sich zurückführen lassen auf das behaviorale Vier-Stufen-Modell der sexuellen Reaktion von Masters und Johnson (Masters et al., 1970) und Kaplans Drei-Phasen-Modell von Verlangen, Erregung und Orgasmus (Kaplan, 1977). Unter der Kategorie "Sexuelle Funktionsstörungen" werden im DSM-IV-TR verschiedene Phänomene wie Störungen der sexuellen Appetenz und Erregung, Orgasmusstörungen und schmerzhaftes Erleben des Geschlechtsverkehrs zusammengefasst (Saß et al., 2000). Einige Studien haben bisher einen Zusammenhang von kindlichem Missbrauch und dem Auftreten der dort genannten Störungen postuliert (DiLillo, 2001; Najman et al., 2005), dennoch wurde die neue Diagnosekategorie seit ihrem Erscheinen aus verschiedenen

Blickwinkeln umfassend kritisiert (Balon et al., 2007; Bancroft et al., 2003; Basson, 2005; Hall, 2008). Ob eine ausschließliche Anwendung dieser Diagnosekriterien im Hinblick auf die bei früh Traumatisierten beobachtbaren sexuellen Störungen sinnvoll ist, erscheint fraglich, da einerseits das Spektrum der möglichen Störungsbilder nicht in vollem Umfang erfasst wird und auch kein Hinweis auf die spezifische Ätiologie traumabedingter sexueller Störungen enthalten ist.

Dimensionalität sexueller Störungen

Sexuelle Störungen lassen sich unter dem Aspekt der Dimensionalität in hyposexuelle und hypersexuelle Störungen unterteilen. Rellini beispielsweise beschreibt als mögliche psychologische und physiologische Ausprägungen bei Frauen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen unter hyposexuellen Störungen die Symptombilder mangelnde sexuelle Appetenz, Vermeidung sexueller Betätigung, Erregungsstörungen und Anorgasmie, unter hypersexuellen Störungen hingegen impulsives, riskantes oder zwanghaftes sexuelles Verhalten, wobei sie anmerkt, dass beide Dimensionen auch nebeneinander auftreten oder sich in zum Teil schneller Folge abwechseln können (Rellini, 2008). Hall geht auch auf sexuelle Störungen bei Männern mit sexuellen Missbrauchserfahrungen ein und beschreibt neben hypo- und hypersexuellen Symptomen sowie Erektionsproblemen und verfrühter oder verspäteter Ejakulation auch das Auftreten sexuell aggressiven Verhaltens (Hall, 2007).

Drei der hier aufgeführten sexuellen Störungsbilder – Vermeidung von Sexualität, sexuelles Risikoverhalten und sexuelle Zwanghaftigkeit – sowie ein weiteres hyposexuell gelagertes Symptom, eine Abneigung gegen körperliche Berührung, sind Teil der Diagnosekriterien der komplexen PTBS und werden im Interview zur Diagnostik der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS) abgefragt. Eines dieser Störungsbilder, die "Vermeidung von Sexualität", weist Überschneidungen mit einer Diagnose auf, die im ICD-10 als "Sexuelle Aversion" (F52.1) und im DSM-IV als "Sexuelle Aversionsstörung" (302.79) jeweils unter der Diagnosekategorie "Sexuelle Funktionsstörungen" geführt wird. Im Vergleich zu anderen Störungen derselben Diagnosekategorie wird die sexuelle Aversionsstörung generell als das schwerere Störungsbild betrachtet (Montgomery, 2008). Aktuell wird zudem die Aufnahme einer Diagnose mit der Bezeichnung "Hypersexuelle Störung" ins DSM-V diskutiert. Die Symptomkriterien dieser neuen Diagnose sollen auch riskantes und zwanghaftes sexuelles Verhalten umfassen (Halpern, 2011; Kafka, 2010; Marshall et al., 2010). Im Rahmen des Diskurses zu diesem Thema wurde bereits auf einen möglichen Zusammenhang mit frühen sexuellen Missbrauchserfahrungen hingewiesen (Kafka, 2010).

Bezüglich der Benennungen und Definitionen hypo- und hypersexueller Störungsbilder herrscht zum jetzigen Zeitpunkt noch kein Konsens in der Literatur. Die Begriffe sexuelle Zwanghaftigkeit ("sexual compulsivity"), Sexsucht ("sexual addiction") oder sexuelle Impulskontrollstörung ("sexual impulse control disorder") werden beispielsweise annähernd synonym gebraucht oder verschiedentlich auch unter dem Überbegriff "out-of-control"-Sexualität weiter differenziert. Auch ältere Begrifflichkeiten wie Nymphomanie oder Satyriasis finden sich noch vereinzelt (Bancroft, 2008). Nicht immer wird dabei eine Unterscheidung zur Risikosexualität vorgenommen, da die sexuelle Zwanghaftigkeit ebenfalls mit zahlreichen Risiken behaftet ist. Entsprechend wird gelegentlich vereinfachend nur von Hypersexualität oder "oversexualization" (Najman et al., 2005) gesprochen. Ähnlich verhält es sich mit den hyposexuellen Störungsbildern. Hier vermischen sich Begrifflichkeiten wie "sexual avoidance" (Rellini, 2008), "sexual aversion disorder" (Ponticas, 1992), "hypoactive sexual desire disorder" (DeRogatis et al., 2008; Parish, 2009; Ponticas, 1992), "desire disorder" (Hartmann et al., 2002), "hypoactive sexual disorder" (Saß et al., 2000), "sexual drive disorder" (Riley et al., 2000), "hyposexual desire" (Burri et al., 2011), "lacking desire for sex" (Laumann et al., 1999), "lack of interest in sex", "low sexual desire", "lack of sexual interest" (DeRogatis et al., 2008), "desire difficulties" (Hayes et al., 2008) und "undersexualization" (Najman et al., 2005) mit eher historischen Bezeichnungen wie Frigidität (Elliott, 1985).

Hyposexuelle Störungen

Da uns zum jetzigen Zeitpunkt keine Forschungsarbeiten bekannt sind, die das Auftreten der hyposexuellen Störungen gemäß I-kPTBS untersucht hätten, orientieren wir uns zunächst an den Prävalenzen ähnlich gelagerter hyposexueller Störungsbilder. Dabei ergibt sich der Eindruck, dass hyposexuelle Störungen ein relativ weit verbreitetes Phänomen sind. So wurden in der Allgemeinbevölkerung durchschnittlich Prävalenzen für Störungen der sexuellen Appetenz von etwa 20 bis 40 % für Frauen (Burri et al., 2011; DeRogatis et al., 2008; Laumann et al., 1999; Shifren et al., 2008), jedoch nur 0 bis 15 % für Männer beobachtet (Laumann et al., 1999; Simons et al., 2001), wobei sich je nach Studiendesign erhebliche Schwankungen feststellen lassen (Hayes et al., 2008). Die sexuelle Aversionsstörung scheint seltener zu sein, jedoch ebenfalls häufiger bei Frauen vorzukommen, wobei gegenwärtig noch keine verlässlichen Prävalenzen zum Auftreten dieser Störung in der Bevölkerung vorliegen (Brotto, 2009; Montgomery, 2008). Brotto berichtet von einer einzigen Studie, die das Auftreten der sexuellen Aversionsstörung empirisch an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe untersucht hat und dabei eine Prävalenz von 3,3 % fand. Auch Untersuchungen zu den Unterschieden bei Männern und Frauen liegen zur Zeit noch nicht vor (Brotto, 2009).

Bei Personen mit frühen sexuellen Traumaerfahrungen sind die Störungsbilder des hyposexuellen Spektrums regelmäßig anzutreffen. Vereinzelt ergaben sich schon Hinweise darauf, dass hyposexuelle Störungsbilder womöglich stärker mit sexuellen Missbrauchserfahrungen assoziiert sind als hypersexuelle Störungsbilder (Kafka, 2010). Betroffene berichten typischerweise über eine generelle Abneigung gegen Sexualität, meiden sexuelle Betätigung oder den Gedanken daran und empfinden häufig auch körperliche Berührung, die im sexuellen Kontext erfolgt, als unangenehm (Sack et al., 2009). Auch im DSM-IV-TR unter "Sexuelle Funktionsstörungen" aufgeführte Störungsbilder wie Störungen der sexuellen Appetenz und Erregung, Orgasmusstörungen und schmerzhaftes Erleben des Geschlechtsverkehrs werden häufig im Zusammenhang mit frühen sexuellen Traumatisierungen beobachtet (Finkelhor et al., 1985; Rellini, 2008).

Reaktionen dieser Art schützen die Betroffenen vor einem Wiedererleben belastender Gefühle, die infolge der Missbrauchserfahrungen bewusst oder unbewusst mit Sexualität assoziiert werden, wie Ekel, Scham und Schuld, Angst, Hilflosigkeit oder Wut (Finkelhor et al., 1985). Zudem kann Sexualität bei den Betroffenen heftige Intrusionen auslösen, die mit der Angst verbunden sind, die Kontrolle über quälende Erinnerungen und Gefühle zu verlieren und von ihnen überwältigt zu werden (Lohmer et al., 2009; Sack et al., 2009). Intrusionen äußern sich bei Missbrauchsopfern häufig nicht einmal als explizite Erinnerungen, denn diese sind insbesondere bei sehr frühem Missbrauch dem Bewusstsein gar nicht zugänglich. Viele Betroffene schildern stattdessen isolierte, unangenehme somatosensorische Erinnerungsfragmente visueller, olfaktorischer, auditorischer, kinästhetischer oder affektiver Natur (van der Kolk et al., 1995). Noll geht zudem davon aus, dass auch eine Übergeneralisierung des tiefen Vertrauensbruchs, den das Kind infolge des Missbrauchs durch eine nahe stehende Person erfahren hat, zu sexuellem Rückzug und sexuell aversivem Verhalten führen kann (Noll et al., 2003). Ist es nicht möglich Sexualität zu vermeiden, kommt es häufig zu distanzierenden Abwehrstrategien wie Dissoziation (Lohmer et al., 2009; Staples et al., 2011), Substanzmissbrauch und Unterdrückung der aversiven emotionalen Reaktion (Staples et al., 2011).

Hypersexuelle Störungen

In Ermangelung einer verbindlichen Definition hypersexueller Störungen existieren zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch keine Studien, die Auskunft zum Auftreten hypersexueller Störungen in der Bevölkerung geben können (Kafka, 2010; Kaplan et al., 2010). Dennoch gibt es bereits Schätzungen, die von einer Prävalenz von etwa 3 bis 6 % ausgehen (Kaplan et al., 2010). Während hyposexuelle Störungen bei den Frauen stärker vertreten sind, scheint es bei den hypersexuellen Störungen umgekehrt zu sein. Kafka beschreibt hypersexuelle Störungen vorrangig als Störung des männlichen Geschlechts mit einem Verhältnis der Prävalenzen von

Männern und Frauen von 5 : 1 (Kafka, 2010). Evolutionsbiologische Gründe seien verantwortlich für die spontanere Entstehung sexueller Erregung bei Männern und bedingen hierdurch eine erhöhte Vulnerabilität für hypersexuelles Verhalten. Hall berichtet, dass zwanghaftes sexuelles Verhalten bei Männern häufiger sei als bei Frauen (Hall, 2008), während Senn fand, dass Risikosexualität für Frauen und Männer gleichermaßen ein Thema sei und relevante geschlechtsspezifische Unterschiede bisher nur vereinzelt berichtet worden seien (Senn et al., 2008).

Impulsives und riskantes sexuelles Verhalten ist unter Patienten mit Missbrauchserfahrungen keine Seltenheit (Maniglio, 2009; Sack et al., 2009). Sehr frühe sexuelle Aktivität und Promiskuität bei häufig mangelndem Schutz vor Ansteckung, Schwangerschaft, Ausbeutung oder Gewalttätigkeit kennzeichnen die Sexualität vieler Betroffener. Obendrein lässt sich oftmals eine erhöhte Neigung zu Alkohol- oder Drogenmissbrauch in Zusammenhang mit der Risikosexualität beobachten, und auch Prostitution ist keine Seltenheit. Die Folgen solch riskanten Verhaltens sind so schwerwiegend wie vielfältig und umfassen jede Form von sexuell übertragbaren Erkrankungen, ungewollte und zum Teil sehr frühe Schwangerschaft, Reviktimisierung (Choi et al., 2009; Sack et al., 2009; Senn et al., 2008) und sogar eine verringerte Lebenserwartung (Felitti et al., 1998). Verschiedene psychologische Mechanismen dürften im Zusammenhang mit traumaassoziierter Risikosexualität eine Rolle spielen. Ein tragendes Thema ist häufig wohl der Wunsch nach Nähe und Beziehung vor dem Hintergrund einer Unfähigkeit, Risiken richtig einzuschätzen und sich selbst adäquat zu schützen. Betroffenen fehlt infolge eines konstanten Mangels an Schutz und Fürsorge seitens ihres familiären Umfelds möglicherweise das Gefühl für die Verhältnismäßigkeiten in diesem Bereich (Hillis et al., 2001). Dies kann Hand in Hand gehen mit einer Unfähigkeit, sich gegenüber ungewollten sexuellen Anforderungen angemessen abzugrenzen (Testa et al., 2007), aber auch ein gewisser Wiederholungsdrang in Bezug auf das Trauma (Lohmer et al., 2009; Noll et al., 2003), selbstschädigende Impulse und vermeintliche Rache- oder Machtgefühle können eine Rolle spielen (Sack et al., 2009).

Personen mit zwanghaftem sexuellem Verhalten beschäftigen sich suchthaft mit Sexualität, denken unablässig an Sex oder praktizieren ihn wahllos und maßlos, masturbieren exzessiv und konsumieren im Übermaß Pornografie oder Cybersex (Bancroft, 2008; Kafka, 2010; Sack et al., 2009; Southern, 2008). Unterschiedliche Gründe können eine Rolle spielen, wenn traumatisierte Menschen ein solches Verhalten entwickeln: Es kann ein Versuch sein, einen unerfüllten Wunsch nach Nähe und Körperlichkeit zu kompensieren oder im Gegenteil Ausdruck einer Angst vor echter Intimität mit einem anderen Menschen. Ein innerer Zwang, das eigene Trauma wieder und wieder durchzuspielen, kann ebenfalls zu einem zwanghaft sexuellen Verhalten führen, das gelegentlich auch sexuelle Perversitäten, Gewaltsexualität oder

Paraphilien nicht ausschließt (Sack et al., 2009; Schwartz, 2008). Weiterhin kann zwanghafte Sexualität auch eine dysfunktionale Strategie zur Regulation negativer Affekte wie Angst oder depressiver Verstimmungen darstellen oder auch Ausdruck einer anderen Psychopathologie wie Sucht- oder Zwangserkrankungen sein (Bancroft, 2008). Zwanghaft sexuelles Verhalten wirkt sich meist störend auf unterschiedliche Lebensbereiche wie Partnerschaften (Bancroft, 2008; Reid et al., 2011) und die Arbeit aus, kostet häufig viel Zeit und Geld und beschädigt das Selbstwertgefühl der Betroffenen (Bancroft, 2008).

Neuere Untersuchungen setzen hypersexuelle Störungen in Bezug zu messbaren Defiziten in den exekutiven Funktionen. Reid beobachtete beispielsweise bei hypersexuellen Patienten vermehrt Schwierigkeiten in den Bereichen der Lösungsfindung und Veränderungsbereitschaft, der Initiativ- und Planungsfähigkeit sowie der emotionalen Kontrolle und stellte die Vermutung auf, dass diese Defizite zu den Problemen der Betroffenen in der Regulation sexueller Gedanken, Bedürfnisse und Verhaltensweisen beitragen (Reid et al., 2010).

3.1.4 Neurophysiologie sexueller Störungen

Einige neurophysiologisch orientierte Studien beschäftigen sich einstweilen – mal mehr, mal weniger spezifisch auf den Zusammenhang mit frühen Traumatisierungen ausgerichtet – mit den Neurokorrelaten sexueller Störungen. So konnte beispielsweise gezeigt werden, dass Frauen mit Störungen der sexuellen Appetenz und Erregung eine verminderte Aktivität in den zerebralen Repräsentanzen für das Codieren erregender Stimuli und/oder des Abrufs früherer erotischer Erfahrungen aufweisen. Gleichzeitig erwies sich die Aktivität in anderen Arealen, die auf eine erhöhte Aufmerksamkeit für eigene Reaktionen auf sexuelle Reize schließen lassen, als gesteigert (Arnow et al., 2009). Die Ergebnisse einer anderen Untersuchung legen den Schluss nahe, dass bei Personen mit frühen sexuellen Traumaerfahrungen eine Hyperreaktivität der HHN-Achse eine Hemmung der physiologischen Erregungsantwort auf sexuelle Reize bewirkt. Die Vermutung ist, dass erotische Stimuli bei diesen Personen eine Stressreaktion in Gang setzen, die über die HHN-Achse zur Überaktivierung des sympathischen Nervensystems führt, was sich wiederum hemmend auf die sexuelle Erregungsantwort auswirkt (Rellini et al., 2006). Weiterhin ließ sich zeigen, dass manche Personen mit einer Missbrauchsvorgeschichte auf sexuelle Stimuli mit einem Anstieg des Cortisolspiegels reagieren, allerdings scheinbar nur dann, wenn zusätzlich Symptome einer PTBS nachgewiesen werden konnten (Rellini et al., 2009). Inwieweit dieser Mechanismus aber mit der verminderten Erregungsantwort in Zusammenhang steht, konnte die Studie nicht beantworten.

Eine Übersichtsarbeit zu den neurobiologischen Folgen früher Traumaerfahrungen berichtet von einem Zusammenhang zwischen traumaassoziierten Veränderungen der Amygdala und sexuellem Risikoverhalten bzw. Affektregulationsstörungen. Auch eine möglicherweise eingeschränkte Oxytocin-Bildung bei Frühtraumatisierten wird in dieser Arbeit diskutiert und in Verbindung gebracht mit Schwierigkeiten, Langzeitbeziehungen aufzubauen, was wiederum sekundär zu sexuellen Störungen wie Promiskuität führen könnte (Anda et al., 2006). In einer anderen Arbeit zu den Mechanismen funktioneller Störungen der Sexualität schließt die Autorin von der Beobachtung orbitofrontaler Funktionsstörungen bei Borderline-Patienten (de Bruijn et al., 2006) auf einen Zusammenhang mit Schwierigkeiten in der Kontrolle der Erregungsantwort, mit der Folge einer gesteigerten Neigung zu sexueller Aktivität (Rellini, 2008).

3.1.5 Zusammenhang mit Selbstbildstörungen

Frühe und langandauernde Traumatisierungen stellen Lernerfahrungen dar, die die Sicht des Opfers auf sich selbst und sein Verhältnis zur Umwelt nachhaltig prägen und häufig zu einer verzerrten Selbstwahrnehmung in diesen Bereichen führen (Cobia, 2004; Herman, 2006). Selbstbildstörungen, die bei Patienten mit komplexer PTBS häufig beobachtet werden, umfassen Schuld- und Schamgefühle, unzureichende Selbstfürsorge, das Gefühl dauerhaft zerstört und von der Umwelt isoliert zu sein sowie eine Neigung zum Bagatellisieren gefährlicher Situationen (Sack, 2004). Die Wahrnehmung der eigenen Person beeinflusst auch maßgeblich den Umgang mit der Sexualität, denn sie bestimmt, wie wir sexuelle Erlebnisse auffassen und interpretieren (Blain et al., 2011; Rellini, 2008). Entsprechend nehmen frühe Missbrauchserfahrungen auch mittels einer Veränderung der Selbstwahrnehmung Einfluss auf die Sexualität (Blain et al., 2011; Meston et al., 2006; Rellini et al., 2011).

Wiederholte Erfahrungen der Machtlosigkeit und Unfähigkeit sich selbst zu schützen können den Glauben Betroffener in ihre Selbstwirksamkeit und Coping-Fähigkeit nachhaltig beeinträchtigen (Finkelhor et al., 1985). Es entsteht das Gefühl, wenig Einfluss auf den Verlauf des eigenen Lebens zu haben. Personen, die so fühlen, werden häufig wiederholt reviktimisiert. Sie geben sexuellen Übergriffen nach, da sie sich unfähig fühlen, ihnen wirksam entgegenzutreten (Finkelhor et al., 1985).

Schuld- und Schamgefühle in Bezug auf das Missbrauchereignis lassen sich bei Betroffenen häufig auf die Erfahrung einer Stigmatisierung zurückführen (Finkelhor et al., 1985). Das Opfer integriert negative Bewertungen durch den Täter, durch andere Personen, durch eine gesellschaftliche Meinung oder durch das eigene Empfinden in das Selbstbild. Häufig machen sich Betroffene Vorwürfe, den Missbrauch zumindest mitverschuldet zu haben (Filipas et al., 2006) oder betrachten ihren Körper als Verursacher und nehmen ihn in der Folge als von ihrer

Persönlichkeit abgespalten wahr (Mills, 2002). Dysfunktionale Kognitionen dieser Art haben möglicherweise eine stabilisierende Funktion, indem sie das Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit abmildern, und es möglich erscheinen lassen, wenigstens zukünftigen Missbrauch zu verhindern (Filipas et al., 2006). Scham- und Schuldgefühle führen häufig dazu, dass die Betroffenen sich in sich selbst zurückziehen und das Gefühl entwickeln, anders zu sein als andere Menschen. Verstärkt wird diese Dynamik zusätzlich durch eine Verpflichtung zum Stillschweigen über die Ereignisse, auferlegt durch den Täter, durch Dritte oder durch sich selbst (Finkelhor et al., 1985). Sexuelle Begegnungen, auch wenn sie Jahre nach dem Missbrauch stattfinden, können Betroffene erneut bewusst oder unbewusst mit diesen unangenehmen Gefühlen in Berührung bringen, mit der Folge, dass Sexualität eher vermieden wird oder es zu sexuellen Funktionsstörungen auf funktioneller Ebene kommt (Finkelhor et al., 1985; Rellini, 2008).

Viele Betroffene leiden auch unter Gefühlen von Wertlosigkeit oder empfinden sich selbst als nachhaltig geschädigt (Finkelhor et al., 1985). Meston beispielsweise fand heraus, dass missbrauchte Frauen dazu neigen, die eigene Person mit negativen Begriffen zu beschreiben und Sexualität seltener eine positive Bedeutung beimessen, was als Zeichen dafür gewertet werden kann, dass Missbrauchserfahrungen zur Ausbildung eines negativen Referenzrahmens in Bezug auf Selbstbild und Sexualität führen können (Meston et al., 2000). Wenninger berichtet zudem, dass missbrauchte Frauen ihren Körper als weniger sexuell attraktiv einschätzen als Frauen ohne Missbrauchserlebnisse (Wenninger et al., 1998). Viele missbrauchte Frauen berichten auch von einem "Gefühl des Beschmutztseins" durch die Berührung des Täters, das häufig mit Gefühlen von Ekel gegen den eigenen Körper einhergeht (Jung et al., 2011). Eine verminderte Wertschätzung des eigenen Körpers wiederum wirkt sich störend auf das sexuelle Erleben aus. Frauen, die Probleme mit ihrem Körperbild haben, entwickeln ein deutlich geringeres sexuelles Verlangen und können Sexualität weniger genießen (Pujols et al., 2009; Seal et al., 2009). Umgekehrt können sexuelle Probleme wiederum zu Schwierigkeiten im Selbstwerterleben führen, und auch das Wohlergehen einer Partnerschaft bleibt davon zumeist nicht unbeeinflusst (Cobia, 2004; Rellini, 2008).

Männer hingegen scheinen häufiger mit sexuellen Identitätsstörungen auf den Missbrauch zu reagieren. Gill beschreibt zum Beispiel ein Gefühl der Konfusion hinsichtlich der eigenen Maskulinität, möglicherweise weil die Erfahrung Opfer zu sein, nicht als Teil einer maskulinen Identität angesehen wird (Gill et al., 1999). Auch eine ausgeprägte Unsicherheit bezüglich der sexuellen Orientierung oder Homophobie können Folgen von Missbrauchserfahrungen bei Männern sein (Dimock, 1988).

3.1.6 Zusammenhang mit Affekt- und Impulsregulationsstörungen

Patienten mit komplexer PTBS zeigen in der Regel ausgeprägte Schwierigkeiten mit der Steuerung belastender Affekte und Impulse. Zum Spektrum der möglichen Störungen zählen starke Stimmungsschwankungen, eine Unfähigkeit sich selbst zu beruhigen, eine reduzierte Steuerungsfähigkeit aggressiver und autoaggressiver Impulse, exzessives Risikoverhalten und Suizidalität. Auch die in dieser Arbeit untersuchten sexuellen Störungen werden unter der Kategorie Affekt- und Impulsregulationsstörungen geführt (siehe S. 37).

Typisch für Personen mit Affektregulationsstörungen ist eine überschießende emotionale Beteiligung schon bei geringer Belastung. Die Betroffenen tun sich schwer, wieder Abstand zu ihren aufwühlenden Gefühlen zu gewinnen und häufig gelingt dies nur unter Einsatz inadäquater Mittel wie Alkoholkonsum, selbstverletzendem Verhalten (Sack, 2004) oder eben auch Sex (Briere et al., 2010). Wird Sexualität im Übermaß zur Stressreduktion eingesetzt, lässt sich wiederum von hypersexuellem Verhalten sprechen, mit allen damit verbundenen Risiken bis hin zur Reviktimisierung (Orcutt, 2005).

Umgekehrt werden impulskontrollassozierte Verhaltensweisen wie autodestruktive Handlungen und Selbstverletzen, die bei Personen mit Missbrauchserfahrungen ebenfalls regelhaft vorkommen, zur Regulation von Sexualität eingesetzt. Selbstverletzendes Verhalten dient hierbei dazu, Stress in Verbindung mit Sexualität abzubauen, unerwünschten Triebdruck zu reduzieren oder auch als Ritual der Reinigung oder Selbstbestrafung nach sexuellen Begegnungen (Cavanaugh, 2002; Messer et al., 2008; Sachsse, 2009).

Probleme bereitet Betroffenen häufig auch die Steuerung aggressiver Impulse. Anda berichtet von einem Zusammenhang zwischen frühen Traumaerfahrungen und Schwierigkeiten Ärger zu kontrollieren bzw. einer erhöhten Aggressivität in sexuellen Beziehungen. Gemeinsam mit sexuellem Risikoverhalten scheinen diese Störungsbereiche mit Veränderungen der Amygdala assoziiert zu sein (Anda et al., 2006). Hall beschreibt aggressive Sexualität und Viktimisierung sexueller Partner als eine Folge sexueller Missbrauchserfahrungen bei Männern (Hall, 2007). Große Probleme zeigen Betroffene auch beim Einschätzen gefährlicher Situationen (Hillis et al., 2001), so dass fortgeführtes sexuelles Risikoverhalten und Reviktimisierung möglich sind.

3.2 Zusammenfassung

Trotz einer sehr heterogenen Studienlage infolge einer erheblichen methodischen und begriffsdefinitiven Unterschiedlichkeit der verfügbaren Studien, gibt es inzwischen einige Erkenntnisse zu den Zusammenhängen zwischen sexuellen Störungen und frühen Traumatisierungen.

Sexuelle Störungen hypo- und hypersexueller Ausprägung treten im Zusammenhang mit frühen Traumaerfahrungen gehäuft auf. Sie sind ein Diagnosekriterium der komplexen PTBS und in diesem Rahmen begleitet von Veränderungen in den Bereichen Affekt- und Impulsregulation, Selbstwahrnehmung und Beziehungsgestaltung, aber auch von dissoziativen und somatoformen Symptomen sowie einer veränderten Lebenseinstellung. In den Diagnosekriterien anderer traumaassoziierter Störungen wie der PTBS oder der Borderline-Persönlichkeitsstörung werden zwar keine Störungen der Sexualität aufgeführt, es ist jedoch bekannt, dass entsprechende Komorbiditäten existieren. Vereinzelt wurde zudem ein geschlechtsabhängig unterschiedliches Auftreten hypo- und hypersexueller Störungen beschrieben.

Auch für frühe sexuelle und zum Teil auch nicht-sexuelle Traumaerfahrungen wurden geschlechtsspezifische Unterschiede berichtet. Ferner gilt inzwischen als belegt, dass sich frühe sexuelle Traumaerfahrungen beeinträchtigend auf die Sexualität des Erwachsenen auswirken. Vermehrt wird jedoch auch über Zusammenhänge mit frühen nicht-sexuellen Traumaerfahrungen berichtet. Personen, die in Kindheit oder Jugend sexuell missbraucht wurden, waren zumeist auch weiteren schädigenden Einflüssen wie körperlicher und emotionaler Gewalt oder Vernachlässigung ausgesetzt. Erfahrungen familiärer körperlicher Gewalt scheinen dabei das Risiko zu erhöhen, sexuellen Missbrauch zu erleiden. Nicht untersucht ist bisher, ob auch Erfahrungen emotionaler Gewalt oder Vernachlässigung mit einem vermehrten Auftreten sexuellen Missbrauchs in Verbindung stehen.

4 Fragestellung und Hypothesen

Die Forschungsliteratur beschreibt ein gehäuftes Auftreten sexueller Störungen bei Patienten mit komplexer PTBS. Aus diesem Grund gehen wir von erhöhten Prävalenzen sexueller Störungen bei den Studienteilnehmern mit komplexer PTBS aus, was wir mithilfe eines Gruppenvergleichs von Teilnehmern mit und ohne komplexe PTBS überprüfen möchten. Weiterhin finden sich in der Forschungsliteratur Hinweise auf geschlechtsspezifische Unterschiede im Auftreten hypo- und hypersexueller Störungen. In Übereinstimmung mit diesen Befunden nehmen wir an, dass hyposexuelle Störungen bei Frauen und umgekehrt hypersexuelle Störungen bei Männern häufiger anzutreffen sind als beim jeweils anderen Geschlecht.

Weiterhin ist inzwischen gut bekannt, dass frühe sexuelle Traumaerfahrungen bei Frauen häufiger sind als bei Männern, weshalb wir erwarten, dass sich dies auch bei den Studienteilnehmern der vorliegenden Untersuchung nachvollziehen lässt. Eine wachsende Anzahl an Forschungsarbeiten setzt sich zudem mit den Zusammenhängen zwischen früher sexueller Traumatisierung und sexuellen Störungen des Erwachsenenalters auseinander. Nur wenige Studien berücksichtigen dabei den möglichen Einfluss früher nicht-sexueller Traumatisierungen auf die Entwicklung sexueller Störungen. Wir nehmen an, dass sexuelle Störungen außer mit dem Vorliegen früher sexueller Traumaerfahrungen auch mit anderen Formen früher Traumatisierung assoziiert sind.

Somit ergeben sich folgende Untersuchungshypothesen:

1. Bei Männern und Frauen mit komplexer PTBS finden sich signifikant häufiger sexuelle Störungen als bei Männern und Frauen ohne komplexe PTBS.
2. Hyposexuelle Störungen sind bei Frauen signifikant häufiger als bei Männern, hypersexuelle Störungen bei Männern signifikant häufiger als bei Frauen.
3. Frühe sexuelle Traumatisierungen sind bei Frauen signifikant häufiger als bei Männern.
4. Bei Männern und Frauen mit sexuellen Störungen lässt sich im Vergleich zu Männern und Frauen ohne sexuelle Störungen eine signifikant höhere Prävalenz früher sexueller Traumatisierungen beobachten.
5. Bei Männern und Frauen mit sexuellen Störungen lässt sich im Vergleich zu Männern und Frauen ohne sexuelle Störungen eine signifikant höhere Prävalenz früher nicht-sexueller Traumatisierungen beobachten.

Zur Überprüfung der Hypothese 1 werden Studienteilnehmer, bei denen eine komplexe PTBS vorliegt, mit Teilnehmern, die keine komplexe PTBS, aber eine PTBS oder eine Borderline-Persönlichkeitsstörung aufweisen, miteinander verglichen. Zur Überprüfung der Hypothesen 2 bis 5 werden ausschließlich Studienteilnehmer mit komplexer PTBS untersucht.

Aufgrund der erwarteten Geschlechtsdifferenzen werden die Ergebnisse zu den Untersuchungshypothesen 1, 4 und 5 für Männer und Frauen getrennt ausgewertet. Zusätzlich finden auch die Signifikanzen der geschlechtsübergreifenden Gesamtauswertung Erwähnung. Diese fließen jedoch nicht in die Beurteilung der Untersuchungshypothesen mit ein.

5 Methodik

Die vorliegende Studie untersucht das Auftreten sexueller Störungen sowie die Zusammenhänge zwischen frühen sexuellen bzw. nicht-sexuellen Traumatisierungen und sexuellen Störungen bei Männern und Frauen mit komplexer PTBS. Für die Beantwortung der Fragestellung greifen wir auf Daten zurück, die im Rahmen einer multizentrischen Erhebung an sechs spezialisierten Kliniken mittels strukturierter Interviewdiagnostik gewonnenen wurden.

Da die Studie gemäß Untersuchungshypothese 1 auch eine Vergleichsgruppe von Patienten mit anderen traumaassoziierten Störungen einbezieht, wurden zusätzlich die Diagnosen PTBS und Borderline-Persönlichkeitsstörung ermittelt.

5.1 Psychometrische Messinstrumente

5.1.1 Interviewdiagnostik

Interview zur Diagnostik der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS)

Der I-kPTBS ist die deutschsprachige Adaptation des Structured Interview for Disorders of Extreme Stress, SIDES (Pelcovitz et al., 1997) mit einem auf drei Items zur Somatisierung verkürzten und an die Antwortstruktur des Strukturierten klinischen Interviews (SKID) angepassten Aufbau. Der I-kPTBS erfragt mit insgesamt 40 Items die Diagnosekriterien der sechs Störungsbereiche der komplexen PTBS. Die Vergabe der Diagnose komplexe PTBS erfolgt bei Vorliegen kriteriumsgemäßer Veränderungen in fünf von sechs Störungsbereichen. Die interne Konsistenz liegt mit $\alpha = 0,88$ im Bereich gut bis sehr gut (Boroske-Leiner et al., 2008). Die vier Symptombereiche sexueller Störungen werden über vier verschiedene Items abgefragt (Formulierung zur genaueren Spezifizierung der Frage in Klammern):

- „Ist es Ihnen unangenehm körperlich berührt zu werden? (Körperliche Berührungen werden regelmäßig vermieden oder überhaupt nicht toleriert.)“
- „Vermeiden Sie es, an Sexualität zu denken oder sich sexuell zu betätigen? (Gedanken an Sex oder Sexualekontakte werden vermieden und können überhaupt nicht toleriert werden.)“
- „Denken Sie mehr an Sex als Ihnen lieb ist bzw. fühlen Sie eine Art inneren Zwang sich sexuell zu betätigen? (Die gedankliche Beschäftigung mit Sex hat zwanghafte Züge und verhindert die Teilnahme an anderen Aktivitäten.)“
- „Gehen Sie sexuelle Kontakte ein, bei denen Sie wissen, dass Sie sich damit möglicherweise in Gefahr bringen? (Offensichtliche Gefahr und Bedrohung wird allenfalls retrospektiv erkannt bzw. der Betreffende bringt sich selbst wissentlich im Zusammenhang mit sexuellen Kontakten in Gefahr.)“

Strukturiertes Klinisches Interview zu DSM-IV, Modul PTSD (SKID-PTSD)

Das Modul PTSD aus dem strukturierten klinischen Interview zu DSM-IV (Wittchen et al., 1997) gilt als Goldstandard zur Diagnostik einer PTBS. Zusätzlich zur Überprüfung des Vorliegens einer traumatischen Erfahrung mittels objektivem und subjektivem A-Kriterium werden die drei Diagnosekriterien "Intrusionen", "Avoidance" und "Hyperarousal" mithilfe von 17 Items erfragt. Ergänzend werden Symptombdauer und Schweregrad erhoben. Für die Achse-I-Diagnosen des amerikanischen SKID werden gute bis sehr gute Interrater-Reliabilitäten bestätigt (Zanarini et al., 2000).

International Personality Disorder Examination (IPDE), Borderline Modul

Das strukturierte Interview IPDE zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen wurde in Zusammenarbeit mit der WHO als englischsprachige Originalversion entwickelt (Loranger et al., 1997) und später ins Deutsche überführt (Mombour et al., 1996). Das Borderline-Modul erlaubt die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV und ICD-10. Zusätzlich zur kategorialen ist auch eine dimensionale Diagnostik möglich.

Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS)

Der DDIS (Ross et al., 1989), hier verwendet in der deutschen Fassung (Frör, 2000) ist ein strukturiertes Interview, das mit 131 Items primäre und sekundäre Symptome dissoziativer Störungen erfragt und so die Differentialdiagnose dissoziativer Störungen nach DSM-IV (Depersonalisationsstörung, dissoziative Amnesie, dissoziative Fugue, nicht näher bezeichnete dissoziative Störung und dissoziative Identitätsstörung) erlaubt. Zudem wurde in der vorliegenden Studie die Diagnose komplexe dissoziative Störung (Gast, 2002) vergeben, wenn mindestens 4 Symptome dissoziativer Fragmentierung (Alltagsamnesien, Stimmenhören, Identitätsunsicherheit, Identitätswechsel) vorhanden waren. Das Interview erfasst darüber hinaus häufige Komorbiditäten der dissoziativen Störungen wie Major Depression, Borderline-Persönlichkeitsstörung und Somatisierungsstörung und verfügt über eine akzeptable Interratervariabilität ($\kappa = 0,68$).

5.1.2 Fragebogendiagnostik

Traumatic Antecedents Questionnaire (TAQ)

Das TAQ (van der Kolk, 1997) ist ein Selbstratinginstrument, das positive und negative Lebenserfahrungen während vier unterschiedlichen Lebensphasen (0-6 Jahre, 7-12 Jahre, 13-18 Jahre und Erwachsenenalter) retrospektiv abfragt. Verwendet wurde die modifizierte

deutsche Fassung (Hofmann et al., 1999), die elf unterschiedliche Bereiche belastender Erfahrungen mittels skaliertes Antwortmöglichkeiten (gar nicht, nie bis zu sehr stark, oft) erfasst. Für unsere Auswertung wurden vier für komplexe Traumafolgestörungen charakteristische Erfahrungsbereiche berücksichtigt: sexuelle Gewalt, körperliche Gewalt, emotionale Gewalt und Vernachlässigung. Diese Bereiche werden mit je fünf Items erfragt, die unterschiedliche Aspekte der zugrundeliegenden Erfahrungen berücksichtigen.

Im Hinblick auf sexuelle Gewalt erfragt das TAQ zum Beispiel fünf Aspekte potentiell schädigender direkter und indirekter Erfahrungen mit ungewollter Sexualität:

- „Ich habe sexuelle Handlungen gesehen, die mir Angst gemacht haben.“
- „Jemand Älteres berührte mich sexuell gegen meinen Willen oder versuchte mich dazu zu bringen, ihn/sie so anzufassen.“
- „Jemand hat mich gegen meinen Willen gezwungen, Sex mit ihm/ihr zu haben.“
- „Jemand drohte mit körperlichen Strafen, um mich zu sexuellen Handlungen zu bewegen.“
- „Ich glaub, dass eines meiner Geschwister sexuell belästigt wurde.“

5.2 Studiensetting und Stichprobenbeschreibung

Die Datenerhebung erfolgte an sechs spezialisierten Behandlungszentren:

- Psychiatrisches Landeskrankenhaus Göttingen, Trauma-Station (N = 52)
- Medizinische Hochschule Hannover, Ambulanz für Traumafolgestörungen (N = 44)
- Asklepios Klinikum Nord Hamburg, Tagesklinik (N = 51)
- Asklepios Klinikum Nord Hamburg, Borderline-Station (N = 46)
- Asklepios Klinikum Nord Hamburg, Klinik für Forensik (N = 28)
- Landesklinik Lübben, Psychiatrische Ambulanz (N = 51)

Konsequente Patienten der sechs Behandlungszentren wurden mittels Interview- und Fragebogendiagnostik untersucht. Die Untersucher, die alle über mehrjährige diagnostische und klinische Erfahrung verfügten, hatten vorbereitend ein Ratertraining absolviert, um eine standardisierte Datenerhebung zu gewährleisten. Zuvor hatten die verschiedenen lokalen Ethikkommissionen ihre Zustimmung zur Studie erklärt. Alle Studienteilnehmer hatten schriftlich ihrer Teilnahme an der Untersuchung zugestimmt. Die Daten wurden anonymisiert erfasst, um den Datenschutz zu gewährleisten. Als Aufnahmekriterium galt das Vorliegen mindestens einer der drei Diagnosen PTBS, komplexe PTBS oder Borderline-Persönlichkeitsstörung.

In die Studie wurden insgesamt 274 Patienten eingeschlossen, davon 201 (73,4 %) weibliche und 73 (26,6 %) männliche. Tabelle 4.1 gibt Aufschluss über die Altersverteilung:

Tab. 4.1: Altersverteilung in der Gesamtstichprobe

Altersgruppe	bis 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 und älter	Gesamt
n	18	90	80	68	18	274
%	6,6	32,8	29,2	24,8	6,6	100,0

151 (55,1 %) Patienten berichteten, in keiner festen Partnerschaft zu leben. 178 (65,0 %) Patienten waren ledig, 52 (19,0 %) verheiratet, 31 (11,3 %) geschieden, 11 (4,0 %) getrennt lebend und 2 (0,7 %) verwitwet. 100 (36,5 %) Patienten gaben an Kinder zu haben.

75 (27,4 %) Patienten verfügten über Hochschul- oder Fachhochschulreife, 119 (43,4 %) über die mittlere Reife, 61 (22,3 %) über den Hauptschul-, 10 (3,6 %) über einen Sonderschul- und 6 (2,2 %) über keinen Schulabschluss. 3 (1,1 %) gingen noch zur Schule.

Einer Vollzeitbeschäftigung gingen 47 (17,2 %) der Patienten nach, 30 (10,9 %) waren teilzeitbeschäftigt, 8 (2,9 %) Hausfrau/-mann, 2 (0,7 %) leisteten Wehr- oder Zivildienst oder ein freiwilliges soziales Jahr. 24 (8,8 %) Patienten absolvierten eine Vollzeit-Schulbildung. 67

(24,5 %) waren arbeitslos, 93 (33,9 %) nicht erwerbstätig bzw. berentet. 49 (17,9 %) bezogen eine Erwerbsunfähigkeitsrente, 27 (9,9 %) berichteten, einen Rentenantrag gestellt zu haben. 5 (1,8 %) Patienten erhielten Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz.

132 (48,2 %) Patienten gaben an, ein Antidepressivum einzunehmen, 86 (31,4 %) wurden mit einem Neuroleptikum behandelt, 51 (18,6 %) mit einem Anxiolytikum, Hypnotikum oder Sedativum.

Bei 189 (69,0 %) Patienten lag gemäß Interviewdiagnostik aktuell eine komplexe PTBS vor, bei 239 (87,2 %) eine nicht-komplexe PTBS und bei 148 (54,0 %) eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (siehe Tab. 4.2).

Tab. 4.2: Prävalenzen der Einschlussdiagnosen in der Gesamtstichprobe

Diagnosen	n	%
Komplexe PTBS	189	69,0
Nicht-komplexe PTBS	239	87,2
Borderline-Persönlichkeitsstörung	148	54,0

164 (59,9 %) Patienten erfüllten gleichzeitig die Kriterien einer komplexen sowie einer nicht-komplexen PTBS, was bedeutet, dass bei 86,8 % der Patienten mit komplexer PTBS gleichzeitig auch eine nicht-komplexe PTBS vorlag. 118 (43,1 %) Patienten wiesen neben einer komplexen PTBS zusätzlich eine Borderline-Persönlichkeitsstörung auf, dies sind 62,4 % der Patienten mit komplexer PTBS. 99 (36,1 %) erfüllten gleichzeitig die Kriterien für alle drei Diagnosen, was 52,4 % der Patienten mit komplexer PTBS entspricht (siehe Tab. 4.3).

Tab. 4.3: Komorbidität der Einschlussdiagnosen in der Gesamtstichprobe und innerhalb der Patienten mit komplexer PTBS

Diagnosen	n	innerhalb Gesamtstichprobe n = 274	innerhalb komplexer PTBS n = 189
		%	%
Doppeldiagnose komplexe und nicht-komplexe PTBS	164	59,9	86,8
Doppeldiagnose komplexe PTBS und Borderline-Persönlichkeitsstörung	118	43,1	62,4
Alle drei Diagnosen	99	36,1	52,4

Darüber hinaus ließen sich weitere psychische Komorbiditäten beobachtet, die in Tab. 4.4 zusammengefasst sind.

Tab. 4.4: Weitere psychische Komorbiditäten nach Häufigkeit

Komorbiditäten	n	%
Dissoziative Symptombilder	207	75,6
davon Depersonalisation	178	65,0
Dissoziative Amnesie	103	37,6
Komplexe dissoziative Störung	89	32,5
Dissoziative Störung, n. n. b.	51	18,6
Dissoziative Identitätsstörung	21	7,7
Dissoziative Fugue	7	2,6
Somatisierungsstörung	106	38,7
Depressive Störung	100	36,5
andere Persönlichkeitsstörung	20	7,3
Essstörung	14	5,1
Phobische oder Angststörung	13	4,7
Zwangsstörung	3	1,1

5.3 Statistische Auswertung

Zur Durchführung der statistischen Berechnungen kam die Statistiksoftware SPSS 19.0 zur Anwendung. Der Gruppenvergleich dichotomer Variablen wurde wegen zum Teil geringer Fallzahlen in den Untergruppen mittels Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Die Angabe der Signifikanz erfolgte nach dem Fischers-Exakt-Test. Bei zweiseitiger Testung wurde ein alpha von 0,05 als Signifikanzniveau festgelegt.

6 Ergebnisse

Bei insgesamt 189 Teilnehmern, davon 36 Männer und 153 Frauen, waren die Diagnosekriterien einer komplexen PTBS gemäß I-kPTBS erfüllt. 85 Teilnehmer, 37 Männer und 48 Frauen, wiesen keine komplexe PTBS auf und dienten als Vergleichsgruppe in der Untersuchung zu Hypothese 1. Alle anderen Untersuchungen wurden an der Gruppe der Teilnehmer mit komplexer PTBS durchgeführt.

6.1 Prävalenz sexueller Störungen bei Männern und Frauen mit und ohne komplexe PTBS

Die Prävalenzen der verschiedenen sexuellen Störungen lagen sowohl bei den Männern wie auch bei den Frauen mit komplexer PTBS durchweg deutlich über jenen der Vergleichsgruppe. Allerdings ließen sich nur bei den Männern signifikante Unterschiede beobachten, und zwar für die Teilbereiche "Vermeidung von Sexualität" und "zwanghafte Sexualität" (siehe Tab. 5.1).

In der Gesamtauswertung ohne Berücksichtigung des Geschlechts ließen sich bei den Patienten mit komplexer PTBS signifikant erhöhte Prävalenzen in folgenden Teilbereichen sexueller Störungen feststellen:

- "Aversion gegen Berührungen" ($p = 0,013$),
- "Vermeidung von Sexualität" ($p = < 0,001$),
- "zwanghafte Sexualität" ($p = 0,043$).

Tab. 5.1: Prävalenz sexueller Störungen bei Männern und Frauen mit und ohne komplexe PTBS

	Männer							Frauen						
	mit komplexer PTBS			ohne komplexe PTBS			Signifikanz	mit komplexer PTBS			ohne komplexe PTBS			Signifikanz
	n_{ges}	n	%	n_{ges}	n	%		n_{ges}	n	%	n_{ges}	n	%	
Hyposexualität														
Aversion gegen Berührung	36	18	50,0	37	10	27,0	n. s.	153	86	56,2	47	22	46,8	n. s.
Vermeidung von Sexualität	36	11	30,6	37	4	10,8	0,046	151	84	55,6	48	19	39,6	n. s.
Hypersexualität														
Risikosexualität	36	7	19,4	36	2	5,6	n. s.	153	12	7,8	48	1	2,1	n. s.
Sexuelle Zwanghaftigkeit	36	5	13,9	37	0	0,0	0,025	152	13	8,6	48	2	4,2	n. s.

Beurteilung hinsichtlich Untersuchungshypothese 1

Untersuchungshypothese 1 ging von signifikant höheren Prävalenzen bei Männern und Frauen mit komplexer PTBS aus. Diese Annahme wurde trotz allgemein erhöhter Prävalenzwerte bei den Patienten mit komplexer PTBS nur bei den Männern in den Teilbereichen "Vermeidung von Sexualität" und "sexuelle Zwanghaftigkeit" erfüllt, weshalb unsere Hypothese nicht in vollem Umfang bestätigt werden kann.

6.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede hypo- und hypersexueller Störungen

Hyposexuelle Störungen waren bei den Frauen häufiger vertreten als bei den Männern, wobei sich die Geschlechter nur im Bereich "Vermeidung von Sexualität" signifikant unterschieden. Umgekehrt berichteten mehr Männer als Frauen hypersexuelles Verhalten, jedoch waren die Unterschiede in keinem der Bereiche signifikant. Gleichzeitig waren hyposexuelle Störungen bei beiden Geschlechtern häufiger vertreten als hypersexuelle Störungen. Die Berechnungen im Bereich Hypersexualität beruhen auf sehr geringen Fallzahlen (siehe Tab. 5.2).

Tab. 5.2: Geschlechtsspezifische Unterschiede hypo- und hypersexueller Störungen

	Männer			Frauen			Signifikanz
	n _{ges}	n	%	n _{ges}	n	%	p
Hyposexuelle Störungen							
Aversion gegen Berührung	36	18	50,0	153	86	56,2	n. s.
Vermeidung von Sexualität	36	11	30,6	151	84	55,6	0,009
Hypersexuelle Störungen							
Risikosexualität	36	7	19,4	153	12	7,8	n. s.
Sexuelle Zwanghaftigkeit	36	5	13,9	152	13	8,6	n. s.

Beurteilung hinsichtlich Untersuchungshypothese 2

Untersuchungshypothese 2 prognostizierte signifikant höhere Prävalenzen hyposexueller Störungen bei den Frauen und umgekehrt hypersexueller Störungen bei den Männern als beim jeweils anderen Geschlecht. Trotz hypothesengemäß erhöhter Häufigkeiten zeigte sich nur im Bereich "Vermeidung von Sexualität" ein signifikanter Unterschied, deshalb unsere Hypothese nicht als vollständig bestätigt gelten kann.

6.3 Geschlechtsspezifische Unterschiede früher sexueller und nicht-sexueller Traumaerfahrungen

Sexuelle Gewalterfahrungen wurden von den Frauen deutlich häufiger berichtet als von den Männern, allerdings ergaben sich nur für sexuelle Gewalterfahrungen im Jugend- und Erwachsenenalter (13 – 18 Jahre und >18 Jahre) signifikante Geschlechtsunterschiede. Im Bereich nicht-sexueller Traumatisierungen waren kaum Unterschiede zu erkennen, lediglich im Bereich körperlicher Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter ließen sich bei den Männern signifikant erhöhte Prävalenzen beobachten (siehe Tab. 5.3).

Tab. 5.3: Geschlechtsspezifische Unterschiede sexueller und nicht-sexueller Traumatisierungen nach Lebensalter

	Männer n = 36		Frauen n = 153		Signifikanz
	n	%	n	%	p
Sexuelle Gewalt					
0 – 6 Jahre	5	13,9	28	18,3	n. s.
7 – 12 Jahre	8	22,2	51	33,3	n. s.
13 – 18 Jahre	4	11,1	60	39,2	0,001
> 18 Jahre	2	5,6	34	22,2	0,019
Gesamt	10	27,8	86	56,2	0,003
Körperliche Gewalt					
0 – 6 Jahre	13	36,1	51	33,3	n. s.
7 – 12 Jahre	19	52,8	78	51,0	n. s.
13 – 18 Jahre	20	55,6	78	51,0	n. s.
> 18 Jahre	17	47,2	45	29,4	0,049
Gesamt	28	77,8	103	67,3	n. s.
Emotionale Gewalt					
0 – 6 Jahre	28	77,8	103	67,3	n. s.
7 – 12 Jahre	21	58,3	87	56,9	n. s.
13 – 18 Jahre	26	72,2	112	73,2	n. s.
> 18 Jahre	27	75,0	112	73,2	n. s.
Gesamt	28	77,8	122	79,7	n. s.
Vernachlässigung					
0 – 6 Jahre	13	36,1	55	35,9	n. s.
7 – 12 Jahre	19	52,8	93	60,8	n. s.
13 – 18 Jahre	26	72,2	115	75,2	n. s.
> 18 Jahre	27	75,0	105	68,6	n. s.
Gesamt	30	83,3	132	86,3	n. s.

Beurteilung hinsichtlich Untersuchungshypothese 3

Untersuchungshypothese 3 sagte voraus, dass die weiblichen Teilnehmer über signifikant mehr frühe sexuelle Gewalterfahrungen verfügen würden als die männlichen. Diese Vorannahme wurde ebenfalls nicht vollständig bestätigt. Zwar wiesen die Frauen in allen Alterstufen erhöhte Prävalenzen sexueller Gewalterfahrungen auf, jedoch war allein der Unterschied im Bereich 13 – 18 Jahre signifikant.

6.4 Prävalenz sexueller und nicht-sexueller Traumatisierungen bei Männern und Frauen mit und ohne sexuelle Störungen

Im Folgenden werden die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Formen sexueller bzw. nicht-sexueller Traumatisierung und den vier Teilbereichen sexueller Störungen untersucht und in vier Tabellen dargestellt (siehe Tab 5.4 bis 5.7). Im Anschluss an die Beschreibung der Ergebnisse erfolgt die Beurteilung der Untersuchungshypothesen 4 und 5.

Allgemeine Beobachtungen

Für alle untersuchten Patienten ergaben sich hohe bis sehr hohe Prävalenzen im Bereich interpersoneller nicht-sexueller Traumatisierung. Sexuelle Gewalterfahrungen wurden im Vergleich zu nicht-sexuellen Gewalterfahrungen weniger häufig berichtet, dennoch zeigten sich auch hier überwiegend hohe Prävalenzen. Traumatisierungen des Schulkind- und Jugendalters (Altersstufen 7 – 12 bzw. 13 – 18 Jahre) waren besonders häufig.

Patienten mit hyposexuellen Störungen berichteten durchschnittlich mehr, Patienten mit hypersexuellen Störungen durchschnittlich weniger sexuelle und nicht-sexuelle Traumatisierungen als die jeweiligen Vergleichsgruppen. Die höchsten Prävalenzen sexueller Traumatisierungen waren bei den Patienten nachweisbar, die geringsten bei den Patienten mit zwanghafter Sexualität.

Insbesondere bei den Männern basierten die Berechnungen teilweise auf sehr geringen Fallzahlen (siehe Tab. 5.4 bis 5.7).

6.4.1 Traumatisierungen und hyposexuelle Störungen

Männer und Frauen mit und ohne Aversion gegen Berührung

Insbesondere bei den Männern zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. Männer mit Aversion gegen Berührung berichteten erheblich mehr sexuelle und nicht-sexuelle Traumatisierungen als Männer ohne Aversion gegen Berührung, und zwar über alle Altersstufen hinweg. Als signifikant erschienen vor allem die Unterschiede im Bereich sexueller Gewalterfahrungen (Altersstufen 0 – 6 und 7 – 12 Jahre sowie Gesamtwert ohne Berücksichtigung des Alters zum Zeitpunkt der Traumatisierung), aber auch in den Bereichen körperliche Gewalt (0 – 6 Jahre) sowie Vernachlässigung (0 – 6 und 7 – 12 Jahre) unterschieden sich beide Gruppen signifikant.

Frauen mit Aversion gegen Berührung gaben zwar ebenfalls überwiegend mehr Traumatisierungen an als Frauen ohne Aversion gegen Berührung, jedoch erschienen die Unterschiede allgemein weniger ausgeprägt und erwiesen sich auch nicht als signifikant (siehe Tab. 5.4).

Die Gesamtauswertung ohne Berücksichtigung des Geschlechts ergab bei den Patienten mit Aversion gegen Sexualität signifikant erhöhte Prävalenzen in den Bereichen

- "sexuelle Gewalt" in der Altersstufe 7 – 12 Jahre ($p = 0,019$) sowie für den Gesamtwert ($p = 0,041$),
- "körperliche Gewalt" in der Altersstufe 13 – 18 Jahre ($p = 0,042$),
- "emotionale Gewalt" in der Altersstufe 7 – 12 Jahre ($p = 0,022$).

Tab. 5.4: Männer und Frauen mit und ohne Aversion gegen Berührung:
Sexuelle und nicht-sexuelle Traumatisierungen nach Lebensalter

	Männer mit komplexer PTBS					Frauen mit komplexer PTBS				
	mit Aversion gegen Berührung n = 18		ohne Aversion gegen Berührung n = 18		Signifikanz	mit Aversion gegen Berührung n = 86		ohne Aversion gegen Berührung n = 67		Signifikanz
	n	%	n	%	p	n	%	n	%	p
Sexuelle Gewalt										
0 – 6 Jahre	5	27,8	0	0,0	0,045	16	18,6	12	17,9	n. s.
7 – 12 Jahre	7	38,9	1	5,6	0,041	33	38,4	18	26,9	n. s.
13 – 18 Jahre	4	22,2	0	0,0	n. s.	36	41,9	24	35,8	n. s.
> 18 Jahre	2	11,1	0	0,0	n. s.	20	23,3	14	20,9	n. s.
Gesamt	9	50,0	1	5,6	0,007	51	59,3	35	52,2	n. s.
Körperliche Gewalt										
0 – 6 Jahre	10	55,6	3	16,7	0,035	28	32,6	23	34,3	n. s.
7 – 12 Jahre	12	66,7	7	38,9	n. s.	48	55,8	30	44,8	n. s.
13 – 18 Jahre	13	72,2	7	38,9	n. s.	48	55,8	30	44,8	n. s.
> 18 Jahre	10	55,6	7	38,9	n. s.	29	33,7	16	23,9	n. s.
Gesamt	16	88,9	12	66,7	n. s.	62	72,1	41	61,2	n. s.
Emotionale Gewalt										
0 – 6 Jahre	13	72,2	8	44,4	n. s.	52	60,5	35	52,2	n. s.
7 – 12 Jahre	15	83,3	11	61,1	n. s.	68	79,1	44	65,7	n. s.
13 – 18 Jahre	16	88,9	11	61,1	n. s.	66	76,7	46	68,7	n. s.
> 18 Jahre	13	72,2	7	38,8	n. s.	54	62,8	39	58,2	n. s.
Gesamt	16	88,9	12	66,7	n. s.	71	82,6	51	76,1	n. s.
Vernachlässigung										
0 – 6 Jahre	10	55,6	3	16,7	0,035	32	37,2	23	34,3	n. s.
7 – 12 Jahre	13	72,2	6	33,3	0,044	52	60,5	41	61,2	n. s.
13 – 18 Jahre	16	88,9	10	55,6	n. s.	64	74,4	51	76,1	n. s.
> 18 Jahre	13	72,2	14	77,8	n. s.	54	62,8	51	76,1	n. s.
Gesamt	16	88,9	14	77,8	n. s.	72	83,7	60	89,6	n. s.

Männer und Frauen mit und ohne sexuelle Vermeidung

Auch bei den Männern und Frauen mit sexueller Vermeidung lagen die Prävalenzen sexueller und nicht-sexueller Traumatisierungen überwiegend über jenen der nicht betroffenen Vergleichsgruppen, wobei die prägnantesten Unterschiede in den Bereichen sexuelle und körperliche Gewalt, die geringsten Unterschiede in den Bereichen emotionale Gewalt und Vernachlässigung zu beobachten waren.

So berichteten sowohl Männer als auch Frauen mit sexueller Vermeidung deutlich häufiger über sexuelle Gewalterfahrungen als die jeweiligen Vergleichsgruppen. Signifikante Unterschiede wurden für die Gesamtwerte sowie für verschiedene Altersstufen des Kindes- und Jugendalters belegt (Frauen: 7 – 12 und 13 – 18 Jahre; Männer: 0 – 6 und 7 – 12 Jahre). Frauen mit sexueller Vermeidung hatten zudem im Schulkind-, Jugend- und Erwachsenenalter (7 – 12, 13 – 18 und > 18 Jahre) signifikant häufiger körperliche Gewalt erlebt als Frauen ohne sexuelle Vermeidung. Obwohl auch die Männer mit sexueller Vermeidung mehr frühe sexuelle Gewalterfahrungen angaben als die Männer ohne sexuelle Vermeidung, fanden sich keine signifikanten Unterschiede (siehe Tab. 5.5).

In der geschlechtsübergreifenden Gesamtauswertung zeigten sich bei den Patienten mit sexueller Vermeidung signifikant erhöhte Prävalenzen in den Bereichen

- "sexuelle Gewalt" in den Altersstufen 7 – 12 Jahre ($p = < 0,001$); 13 – 18 Jahre ($p = 0,002$) sowie für den Gesamtwert ($p = < 0,001$),
- "körperliche Gewalt" in den Altersstufen 7 – 12 Jahre ($p = 0,28$) und 13 – 18 Jahre ($p = 0,005$).

Tab. 5.5: Männer und Frauen mit und ohne sexuelle Vermeidung:
Sexuelle und nicht-sexuelle Traumatisierungen nach Lebensalter

	Männer mit komplexer PTBS					Frauen mit komplexer PTBS				
	mit sexueller Vermeidung n = 11		ohne sexuelle Vermeidung n = 25		Signifikanz	mit sexueller Vermeidung n = 84		ohne sexuelle Vermeidung n = 67		Signifikanz
	n	%	n	%	p	n	%	n	%	p
Sexuelle Gewalt										
0 – 6 Jahre	4	36,4	1	4,0	0,023	16	19,0	12	17,9	n. s.
7 – 12 Jahre	5	45,5	3	12,0	0,040	39	46,4	12	17,9	< 0,001
13 – 18 Jahre	1	9,1	3	12,0	n. s.	42	50,0	18	26,9	0,005
> 18 Jahre	0	0,0	2	8,0	n. s.	22	26,2	12	17,9	n. s.
Gesamt	7	63,6	3	12,0	0,003	54	64,3	32	47,8	0,048
Körperliche Gewalt										
0 – 6 Jahre	6	54,5	7	28,0	n. s.	31	36,9	20	29,9	n. s.
7 – 12 Jahre	6	54,5	13	52,0	n. s.	51	60,7	27	40,3	0,014
13 – 18 Jahre	7	63,6	13	52,0	n. s.	52	61,9	25	37,3	0,003
> 18 Jahre	5	45,5	12	48,0	n. s.	32	38,1	13	19,4	0,019
Gesamt	9	81,8	19	76,0	n. s.	61	72,6	41	61,2	n. s.
Emotionale Gewalt										
0 – 6 Jahre	6	54,5	15	60,0	n. s.	53	63,1	33	49,3	n. s.
7 – 12 Jahre	8	72,7	18	72,0	n. s.	63	75,0	48	71,6	n. s.
13 – 18 Jahre	9	81,8	18	72,0	n. s.	65	77,4	45	67,2	n. s.
> 18 Jahre	8	72,7	12	48,0	n. s.	53	63,1	38	56,7	n. s.
Gesamt	9	81,8	19	76,0	n. s.	67	79,8	53	79,1	n. s.
Vernachlässigung										
0 – 6 Jahre	4	36,4	9	36,0	n. s.	35	41,7	20	29,9	n. s.
7 – 12 Jahre	6	54,5	13	52,0	n. s.	56	66,7	37	55,2	n. s.
13 – 18 Jahre	9	81,8	17	68,0	n. s.	66	78,6	48	71,6	n. s.
> 18 Jahre	7	63,6	20	80,0	n. s.	56	66,7	48	71,6	n. s.
Gesamt	9	81,8	21	84,0	n. s.	73	86,9	58	86,6	n. s.

6.4.2 Traumatisierungen und hypersexuelle Störungen

Männer und Frauen mit und ohne Risikosexualität

Sowohl Männer als auch Frauen mit Risikosexualität gaben durchschnittlich weniger sexuelle und nicht-sexuelle Traumatisierungen an als die jeweiligen Vergleichsgruppen, wobei die Unterschiede teils gering, teils deutlich ausfielen. Nur in zwei Bereichen lagen die Teilnehmer mit Risikosexualität über der Vergleichsgruppe: Bei den Männern im Bereich früher emotionaler Gewalt (0 – 6, 7 – 12 und 13 – 18 Jahre), bei den Frauen im Bereich sexueller Gewalt im Erwachsenenalter (> 18 Jahre). Allein der Gesamtunterschied für körperliche Gewalterfahrungen bei den Männern erwies sich als signifikant (siehe Tab. 5.6).

In der geschlechtsübergreifenden Auswertung ließen sich keine signifikanten Unterschiede beobachten.

Tab. 5.6: Männer und Frauen mit und ohne Risikosexualität:
Sexuelle und nicht-sexuelle Traumatisierungen nach Lebensalter

	Männer mit komplexer PTBS					Frauen mit komplexer PTBS				
	mit Risikosexualität n = 7		ohne Risikosexualität n = 29		Signifikanz	mit Risikosexualität n = 12		ohne Risikosexualität n = 141		Signifikanz
	n	%	n	%	p	n	%	n	%	p
Sexuelle Gewalt										
0 – 6 Jahre	1	14,3	4	13,8	n. s.	3	25,0	25	17,7	n. s.
7 – 12 Jahre	1	14,3	7	24,1	n. s.	2	16,7	49	34,8	n. s.
13 – 18 Jahre	0	0,0	4	13,8	n. s.	3	25,0	57	40,4	n. s.
> 18 Jahre	0	0,0	2	6,9	n. s.	4	33,3	30	21,3	n. s.
Gesamt	2	28,6	8	27,6	n. s.	5	41,7	81	57,4	n. s.
Körperliche Gewalt										
0 – 6 Jahre	1	14,3	12	41,4	n. s.	5	41,7	46	32,6	n. s.
7 – 12 Jahre	3	42,9	16	55,2	n. s.	6	50,0	72	51,1	n. s.
13 – 18 Jahre	3	42,9	17	58,6	n. s.	5	41,7	73	51,8	n. s.
> 18 Jahre	1	14,3	16	55,2	n. s.	3	25,0	42	29,8	n. s.
Gesamt	3	42,9	25	86,2	0,030	9	75,0	94	66,7	n. s.
Emotionale Gewalt										
0 – 6 Jahre	5	71,4	16	55,2	n. s.	6	50,0	60	42,6	n. s.
7 – 12 Jahre	6	85,7	20	69,0	n. s.	8	66,7	104	73,8	n. s.
13 – 18 Jahre	6	85,7	21	72,4	n. s.	9	75,0	103	73,0	n. s.
> 18 Jahre	3	42,9	17	58,6	n. s.	7	58,3	86	61,0	n. s.
Gesamt	6	85,7	22	75,9	n. s.	9	75,0	113	80,1	n. s.
Vernachlässigung										
0 – 6 Jahre	3	42,9	10	34,5	n. s.	5	41,7	50	35,5	n. s.
7 – 12 Jahre	3	42,9	16	55,2	n. s.	6	50,0	87	61,7	n. s.
13 – 18 Jahre	4	57,1	22	75,9	n. s.	7	58,3	108	76,6	n. s.
> 18 Jahre	4	57,1	23	79,3	n. s.	8	66,7	97	68,8	n. s.
Gesamt	5	71,4	25	86,2	n. s.	10	83,3	122	86,5	n. s.

Männer und Frauen mit und ohne zwanghafte Sexualität

Vor allem im Bereich sexueller Gewalterfahrungen lagen die Prävalenzen bei Männern und Frauen mit zwanghafter Sexualität erkennbar unter jenen der Vergleichsgruppe. Sexuelle Gewalterfahrungen des Jugend- und Erwachsenenalters wurden von den Frauen mit zwanghafter Sexualität signifikant seltener berichtet als von den Frauen ohne zwanghafte Sexualität.

Im Hinblick auf nicht-sexuelle Traumaerfahrungen unterschieden sich die Patienten mit und ohne zwanghafte Sexualität nur unerheblich. Zwar ergaben sich bei den Männern mit zwanghafter Sexualität deutlich erhöhte Prävalenzen nicht-sexueller Traumaerfahrungen in einzelnen Alterstufen, die Gesamtprävalenzen der betreffenden Traumakategorien unterschieden sich jedoch kaum (siehe Tab. 5.7).

Die Gesamtauswertung ohne Berücksichtigung des Geschlechts ergab bei den Patienten mit zwanghafter Sexualität signifikant erniedrigte Prävalenzen im Bereich "sexuelle Gewalt", und zwar für die Altersstufen 7 – 12 Jahre ($p = 0,014$), 13 – 18 Jahre ($p = 0,007$), > 18 Jahre ($p = 0,027$) sowie für den Gesamtwert ($p = 0,012$). In den Bereichen nicht-sexueller Gewalt waren keine signifikanten Unterschiede feststellbar.

Tab. 5.7: Männer und Frauen mit und ohne zwanghafte Sexualität:
Sexuelle und nicht-sexuelle Traumatisierungen nach Lebensalter

	Männer mit komplexer PTBS					Frauen mit komplexer PTBS				
	mit zwanghafter Sexualität n = 5		ohne zwanghafte Sexualität n = 31		Signifikanz	mit zwanghafter Sexualität n = 13		ohne zwanghafte Sexualität n = 139		Signifikanz
	n	%	n	%	p	n	%	n	%	p
Sexuelle Gewalt										
0 – 6 Jahre	0	0,0	5	16,1	n. s.	3	23,1	25	18,0	n. s.
7 – 12 Jahre	0	0,0	8	25,8	n. s.	1	7,7	50	36,0	n. s.
13 – 18 Jahre	0	0,0	4	12,9	n. s.	1	7,7	59	42,4	0,016
> 18 Jahre	0	0,0	2	6,5	n. s.	0	0,0	34	24,5	0,042
Gesamt	0	0,0	10	32,3	n. s.	4	30,8	82	59,0	n. s.
Körperliche Gewalt										
0 – 6 Jahre	2	40,0	11	35,5	n. s.	5	38,5	46	33,1	n. s.
7 – 12 Jahre	4	80,0	15	48,4	n. s.	6	46,2	72	51,8	n. s.
13 – 18 Jahre	4	80,0	16	51,6	n. s.	4	30,8	74	53,2	n. s.
> 18 Jahre	3	60,0	14	45,2	n. s.	1	7,7	44	31,7	n. s.
Gesamt	4	80,0	24	77,4	n. s.	9	69,2	94	67,6	n. s.
Emotionale Gewalt										
0 – 6 Jahre	4	80,0	17	54,8	n. s.	8	61,5	79	56,8	n. s.
7 – 12 Jahre	4	80,0	22	71,0	n. s.	10	76,9	102	73,4	n. s.
13 – 18 Jahre	4	80,0	23	74,2	n. s.	9	69,2	102	73,4	n. s.
> 18 Jahre	3	60,0	17	54,8	n. s.	7	53,8	85	61,2	n. s.
Gesamt	4	80,0	24	77,4	n. s.	11	84,6	110	79,1	n. s.
Vernachlässigung										
0 – 6 Jahre	3	60,0	10	32,3	n. s.	4	30,8	51	36,7	n. s.
7 – 12 Jahre	4	80,0	15	48,4	n. s.	8	61,5	85	61,2	n. s.
13 – 18 Jahre	4	80,0	22	71,0	n. s.	8	61,5	107	77,0	n. s.
> 18 Jahre	3	60,0	24	77,4	n. s.	9	69,2	96	69,1	n. s.
Gesamt	4	80,0	26	83,9	n. s.	11	84,6	121	87,1	n. s.

Beurteilung hinsichtlich Untersuchungshypothese 4

Untersuchungshypothese 4 ging davon aus, dass Männer und Frauen mit sexuellen Störungen signifikant mehr frühe sexuelle Traumatisierungen aufweisen würden als Männer und Frauen ohne sexuelle Störungen. Allein bei den Patienten mit hyposexuellen Störungen waren jedoch erkennbar höhere Prävalenzen früher sexueller Traumatisierungen zu beobachten. Als besonders ausgeprägt und teilweise signifikant präsentierten sich die Unterschiede im Bereich "Vermeidung von Sexualität" (bei beiden Geschlechtern) sowie im Bereich "Aversion gegen Berührung" (nur bei den Männern). Für die Patienten mit hypersexuellen Störungen deutete sich ein umgekehrter Zusammenhang an, denn hier fielen gegenüber den Vergleichsgruppen erniedrigte Prävalenzen früher sexueller Traumatisierungen auf. Eine vollumfängliche Bestätigung unserer Hypothese wird also nicht erreicht, da unsere Annahme sowohl hypo- als auch hypersexuelle Störungen einschloss und nur signifikante Unterschiede berücksichtigt werden können.

Beurteilung hinsichtlich Untersuchungshypothese 5

Untersuchungshypothese 5 prognostizierte für Männer und Frauen mit sexuellen Störungen signifikant mehr frühe nicht-sexuelle Traumatisierungen als für Männer und Frauen ohne sexuelle Störungen. Erhöhte Prävalenzen nicht-sexueller Traumatisierungen ließen sich jedoch erneut nur bei den Patienten mit hyposexuellen Störungen beobachten. Am deutlichsten und vereinzelt auch signifikant waren die Unterschiede bei den Männern im Bereich "Aversion gegen Berührung" (körperliche bzw. emotionale Gewalt und Vernachlässigung) sowie bei den Frauen im Bereich "Vermeidung von Sexualität" (körperliche Gewalt). Die Patienten mit hypersexuellen Störungen unterschieden sich entweder nicht von den Vergleichsgruppen oder erschienen sogar weniger belastet. Damit gilt auch unsere Untersuchungshypothese 5 als nicht vollständig bestätigt.

7 Diskussion

Die vorliegende Studie befasst sich mit dem Auftreten sexueller Störungen bei Männern und Frauen mit komplexer PTBS – auch im Vergleich zu anderen traumaassoziierten Störungen – sowie den Zusammenhängen zwischen frühen sexuellen bzw. nicht-sexuellen Traumatisierungen und sexuellen Störungen. Hierfür wurden 274 Patientinnen und Patienten mit komplexer PTBS, PTBS und Borderline-Persönlichkeitsstörung an sechs spezialisierten Zentren in Deutschland untersucht. Die Diagnosen sowie das Vorliegen sexueller Störungen wurden von klinisch erfahrenen und eigens geschulten Untersuchern mittels strukturierter Interviewdiagnostik ermittelt. Zur Erhebung früher sexueller bzw. nicht-sexueller Traumatisierungen kam zusätzlich ein Selbstratinginstrument zur Anwendung.

Da es sich um eine Pilotstudie handelt, die unter dem Gesichtspunkt der Hypothesengenerierung eine eher explorative Datenanalyse zum Ziel hatte, enthält die Untersuchung zahlreiche Limitierungen. Da diese vermutlich auf verschiedene Weise Einfluss auf die vorliegenden Ergebnisse nehmen, sollen sie vorrangig im direkten Zusammenhang mit der Besprechung der jeweiligen Befunde diskutiert werden. Lediglich einige Limitierungen, die alle Ergebnisse betreffen, sollen vorab erwähnt werden:

Infolge multipler Testungen kann es zu falsch positiven Ergebnissen kommen. Es ist daher möglich, dass einzelne Ergebnisse fälschlicherweise als signifikant bewertet werden. Auf eine Korrektur des α -Fehlers wurde jedoch verzichtet. Aufgrund der Verwendung einer hochselektiven klinischen Stichprobe, die zudem in besonderem Maße von Vortraumatisierungen betroffen ist, ist von einem Selection Bias auszugehen. In der Folge ergeben sich Einschränkungen hinsichtlich der internen Validität der Ergebnisse, so dass beobachtete Unterschiede innerhalb der Stichprobe lediglich eine limitierte Aussagekraft aufweisen. Weiterhin ergeben sich Folgen für die externe Validität, indem die hier beobachteten Ergebnisse allein für diese Stichprobe Gültigkeit besitzen und nicht auf die Allgemeinbevölkerung übertragen werden können. Eine weitere Limitierung der vorliegenden Untersuchung ist das fehlende Matching der Vergleichsgruppen beispielsweise nach Geschlecht, Alter und Nebendiagnosen, was einer möglichen Verzerrung der Ergebnisse infolge des Einflusses dieser Störvariablen entgegengewirkt hätte. Da die Untersuchung ein besonderes Augenmerk auf mögliche Unterschiede im Auftreten sexueller Störungen bei Männern und Frauen legte, wäre hier vor allem eine ausgewogene Geschlechterverteilung von Vorteil gewesen. Auch eine Kontrolle weiterer Faktoren mit Einfluss auf die Sexualität wie das Vorhandensein einer Partnerschaft, partnerschaftliche Probleme, körperliche Erkrankungen sowie die Einnahme bestimmter Medikamente erfolgte nicht. Weiterhin wirken sich die zum Teil äußerst geringen Fallzahlen insbesondere bei den Männern in vermutlich nicht unerheblichem

Ausmaß auf die Aussagekraft der vorliegenden Ergebnisse aus. Für die Gestaltung der Designs zukünftiger Studien zu den hier untersuchten Themen wäre es wichtig, diese Kritikpunkte zu berücksichtigen.

In der Folge werden die Befunde der einzelnen Untersuchungen unter Berücksichtigung weiterer Stärken und Limitierungen diskutiert:

Prävalenz sexueller Störungen bei Männern und Frauen mit und ohne komplexe PTBS

Davon, dass sexuelle Störungen Bestandteil einer komplexen posttraumatischen Symptomatik sein können, gingen die Forschungsgruppen um Spitzer, Kaplan und Pelcovitz sowie Herman und van der Kolk aus, die die Diagnosekriterien der komplexen PTBS festlegten (Pelcovitz et al., 1997). Die Autoren fassten den damaligen Forschungsstand zu den Langzeitfolgen früher und prolongierter Traumatisierung zusammen und führten zusätzlich eine Befragung unter 50 Experten durch. Am Ende einigte man sich auf 27 Symptome, die sieben Symptomclustern zugeordnet wurden. Das Symptom mit der Bezeichnung "Difficulty modulating sexual involvement" wurde der Kategorie "Veränderungen in Affekten und Impulsen" zugeordnet. Begleitend entwickelten die Autoren ein 48 Items umfassendes Interview, das Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES), das im Rahmen einer Feldstudie an 520 Patienten validiert wurde und eine gute interne Konsistenz (Cronbachs α .53 bis .96) erbrachte. Sack und Hofmann überarbeiteten das SIDES, übersetzten es ins Deutsche und unterzogen es einer Validierung an 72 Patienten, mit dem Ergebnis einer guten bis sehr guten internen Konsistenz (Cronbachs α .88) (Boroske-Leiner et al., 2008). In diesem Interview zur Diagnostik der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS) wurden die sexuellen Störungen in der hier verwandten Form ebenfalls den Affekt- und Impulsregulationsstörungen zugeordnet. Zumindest indirekt bestätigten diese beiden Untersuchungen somit die sexuellen Störungen als ein Teilkriterium der komplexen PTBS. Andere ähnlich gelagerte traumaassoziierte Störungen wie die PTBS oder die Borderline-Persönlichkeitsstörung führen die sexuellen Störungen nicht unter ihren Diagnosekriterien, wengleich schon verschiedentlich berichtet wurde, dass auch im Zusammenhang mit diesen Beschwerdebildern sexuelle Störungen nicht selten sind (Dulz et al., 2009; Haase, 2009; Hawley et al., 2011; Letourneau et al., 1996; Tagay et al., 2004). Da sich unseres Wissens bisher keine Studie mit der Frage beschäftigt hat, ob die in den Kriterien der komplexen PTBS beschriebenen sexuellen Störungen bei Patienten mit dieser Diagnose tatsächlich gehäuft auftreten und ob sich die Prävalenzen von jenen unterscheiden, die bei Patienten mit anderen traumaassoziierten Störungen beobachtet werden können, haben wir dies an einer Stichprobe von Patienten mit komplexer PTBS, PTBS und Borderline-Persönlichkeitsstörung untersucht.

Da wir vermuteten, dass Männer und Frauen sich im Hinblick auf das Auftreten sexueller Störungen unterscheiden würden, führten wir zunächst eine nach Geschlechtern getrennte Auswertung durch. In der Betrachtung der so berechneten Ergebnisse fiel auf, dass die Prävalenzen der verschiedenen sexuellen Störungen bei Männern und Frauen mit komplexer PTBS zwar deutlich über jenen der Vergleichsgruppe lagen, jedoch das Signifikanzniveau überwiegend nicht erreicht wurde. Allein in den Teilbereichen "Vermeidung von Sexualität" und "zwanghafte Sexualität" ließen sich signifikante Unterschiede beobachten, und dies nur bei den Männern (siehe S. 61). Untersuchungshypothese 1, die von signifikant erhöhten Prävalenzen sexueller Störungen bei Männern und Frauen mit komplexer PTBS ausging, konnte somit nur zum Teil bestätigt werden.

Dafür, dass sich trotz deutlich erhöhter Prävalenzen bei Männern und Frauen mit komplexer PTBS kaum signifikante Unterschiede ergaben, kommen mehrere mögliche Gründe in Betracht. Eine Erklärung liegt womöglich in der mit der Aufteilung nach Geschlecht einhergehenden Verringerung der Stichprobengrößen, auf denen die Berechnungen beruhten. So ergaben sich insbesondere für die männlichen Teilnehmer zum Teil sehr geringe Fallzahlen. Diese Vermutung wird gestützt durch die Ergebnisse der geschlechterübergreifenden Auswertung, die signifikante Unterschiede für drei der vier Teilbereiche sexueller Störungen ("Aversion gegen Berührungen", "Vermeidung von Sexualität" und "zwanghafte Sexualität") ergab. Für den Bereich "Vermeidung von Sexualität" war dieser Zusammenhang sogar hochsignifikant (siehe S. 61). Andererseits könnte auch die relative Ähnlichkeit der beiden Vergleichsgruppen in diesem Zusammenhang eine Rolle gespielt haben. Beide Gruppen setzten sich aus Studienteilnehmern mit gleichartig gelagerten Störungsbildern zusammen und wiesen zudem hohe Diagnoseüberschneidungen auf. So lag bei den Patienten mit komplexer PTBS in 86,8 % der Fälle zusätzlich eine nicht-komplexe PTBS und in 62,4 % der Fälle eine Borderline-Persönlichkeitsstörung vor. 52,4 % erfüllten sogar gleichzeitig die Kriterien für alle drei Diagnosen (siehe S. 59, Tab. 4.3).

Dieser Umstand liefert zugleich eine Erklärung für die vergleichsweise hohen Prävalenzen sexueller Störungen bei den Patienten ohne komplexe PTBS und macht noch einmal deutlich, dass sexuelle Störungen – wie andere Symptome der komplexen PTBS auch – nicht spezifisch für diese Störung sind, sondern genauso begleitend zu anderen traumaassoziierten Störungsbildern auftreten können. Entsprechende Zusammenhänge wurden in früheren Forschungsarbeiten nicht nur für die hier mituntersuchten Krankheitsbilder PTBS (Haase, 2009; Hawley et al., 2011; Letourneau et al., 1996; Tagay et al., 2004) und Borderline-Persönlichkeitsstörung (Dulz et al., 2009) beschrieben, sondern auch für häufige Komorbiditäten der komplexen PTBS wie dissoziative Symptombilder (Freyberger, 2009; Rellini et al., 2006), Depression (Haase, 2009; Meston et al., 2006) und Essstörungen (Bolm, 2009), deren

Prävalenzen in unserer Stichprobe mit 75,6 %, 36,5 % und 5,1 % überwiegend sehr hoch waren (siehe S. 60, Tab. 4.4). Zudem ist zu erwarten, dass ein nicht unerheblicher Teil der Studienteilnehmer ohne komplexe PTBS die Kriterien der komplexen PTBS zumindest partiell erfüllt, sodass auch bei subsyndromaler Ausprägung des Störungsbildes das Vorliegen einer sexuellen Störung möglich ist.

Interessant wäre an dieser Stelle ein direkter Vergleich der gefundenen Prävalenzen sexueller Störungen mit jenen in der Allgemeinbevölkerung. Uns sind jedoch keine weiteren Studien bekannt, die das Vorkommen der sexuellen Störungen gemäß I-kPTBS untersucht hätten, insbesondere keine bevölkerungsrepräsentativen. Einen ersten Anhalt können womöglich Studien zu anderen hyposexuellen Störungsbildern liefern. Trotz großer Heterogenitäten in den Begrifflichkeiten lassen sich hier einige Trends ableiten. Betrachtet man beispielsweise die Prävalenzen der "Störungen der sexuellen Appetenz" gemäß DSM-IV-TR in der Allgemeinbevölkerung, so liegen diese für Frauen zumeist etwa zwischen 20 und 40 % (Burri et al., 2011; DeRogatis et al., 2008; Laumann et al., 1999; Shifren et al., 2008), für Männer hingegen bei 0 bis 15 % (Laumann et al., 1999; Simons et al., 2001), wobei die Prävalenzen in Abhängigkeit vom Studiendesign stark variieren können (Hayes et al., 2008). Die Prävalenzen der "sexuellen Aversionsstörung" sind noch kaum untersucht, scheinen aber niedriger zu liegen als die der "Störungen der sexuellen Appetenz" (Brotto, 2009; Montgomery, 2008). Gegenüber diesen Angaben heben sich die bei unseren Patienten mit komplexer PTBS gefundenen Prävalenzen hyposexueller Störungen deutlich ab. Selbst die Prävalenzen der Vergleichsgruppe liegen zum Teil über den Häufigkeitswerten dieser Studien. Bevölkerungsrepräsentative Studien zu den Prävalenzen hypersexueller Störungen scheinen derzeit noch nicht vorzuliegen (Kafka, 2010; Kaplan et al., 2010). Gegenüber der von Kaplan geschätzten Prävalenz von 3 bis 6 % unterscheiden sich zumindest die Teilnehmer mit komplexer PTBS – und zwar insbesondere die Männer – ganz erheblich.

Als vorteilhaft im Hinblick auf die Güte der dieser Untersuchung zugrunde liegenden Daten lässt sich die Erhebung mittels strukturierter Interviewdiagnostik durch klinisch erfahrene und eigens geschulte Rater bewerten. Eine solche Diagnostik gilt als besonders zuverlässig, da sie nicht allein auf der Selbsteinschätzung der Patienten beruht, sondern die Bewertung eines klinischen Experten mit einschließt (Sack, 2010).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Ergebnisse unserer Untersuchung trotz eingeschränkter Aussagekraft die Beobachtungen von Pelcovitz, Boroske-Leiner und Sack stützen, die sexuelle Störungen im Zusammenhang mit dem Vorliegen einer komplexen PTBS sehen (Boroske-Leiner et al., 2008; Pelcovitz et al., 1997; Sack et al., 2009).

Für zukünftige Untersuchungen wäre ein Studiensetting von Vorteil, das Teilnehmer mit komplexer PTBS einer Vergleichsgruppe klinisch nicht beeinträchtigter Personen aus der Allgemeinbevölkerung gegenüberstellt und dabei ein Matching zugrunde legt, das die oben erwähnten Punkte berücksichtigt. Darüber hinaus ergibt sich weiterer Forschungsbedarf im Hinblick auf das Auftreten der hier untersuchten sexuellen Störungen bei anderen traumaassoziierten Störungen wie PTBS, Borderline-Persönlichkeitsstörung oder dissoziativen Störungen.

Auch wenn die DSM-IV-Kategorisierung sexueller Störungen aus verschiedenen Gründen kritisiert wird (Balon et al., 2007; Bancroft et al., 2003; Basson, 2005; Hall, 2008) und eine ausschließliche Anwendung der dort verzeichneten Diagnosekriterien im Zusammenhang mit traumabedingten sexuellen Störungen nicht sinnvoll erscheint, wäre es dennoch von Vorteil, die im DSM-IV verzeichneten bzw. für das DSM-V vorgesehenen Störungsbilder in zukünftige Untersuchungen miteinzubeziehen. Die Ausrichtung der traumaorientierten Beforschung sexueller Störungen an den allgemein anerkannten Diagnosekategorien – zum Beispiel im Hinblick auf "Störungen der sexuellen Appetenz", "sexuelle Aversionsstörungen" und zukünftig auch "hypersexuelle Störungen" – würde einen differenzierteren Überblick über das Auftreten hypo- und hypersexuell gelagerter Störungen ermöglichen und einem breiteren wissenschaftlichen Publikum einen Zugang zu neuen Erkenntnissen in diesem Bereich erlauben. Es gelänge zudem der Anschluss an Forschungsbemühungen anderer Autoren, die sich bereits in diesem Rahmen mit den Auswirkungen früher Traumaerfahrungen auf die Sexualität beschäftigt haben (Arnow et al., 2009; Brotto, 2009; Burri et al., 2011; DeRogatis et al., 2008; Haase, 2009; Hall, 2007; Hayes et al., 2008; Kafka, 2010; Kaplan et al., 2010; Kingsberg et al., 2009; Laumann et al., 1999; Leonard et al., 2002; Montgomery, 2008; Najman et al., 2005; Rellini, 2008; Rellini et al., 2009; Rellini et al., 2006; Shifren et al., 2008), so dass ein besserer Vergleich der eigenen Studienergebnisse möglich wird.

Geschlechtsspezifische Unterschiede hyposexueller und hypersexueller Störungen

Der Vergleich von Männern und Frauen mit komplexer PTBS ergab, dass hyposexuelle Störungen bei den Frauen, hypersexuelle Störungen hingegen bei den Männern häufiger waren als beim jeweils anderen Geschlecht (siehe S. 62). Da die beobachteten Unterschiede jedoch nur im Teilbereich "Vermeidung von Sexualität" das Signifikanzniveau erreichten, wurden die in der Untersuchungshypothese 2 formulierten Bedingungen nur teilweise erfüllt. Bei beiden Geschlechtern lagen die Prävalenzen der hyposexuellen Störungen über jenen der hypersexuellen Störungen.

Mehrere Faktoren könnten dafür verantwortlich sein, dass sexuell vermeidendes Verhalten bei Frauen häufiger auftritt als bei Männern: Kafka führte in seinem Überblick zu hypersexuellen Störungen unterschiedliche evolutionsbiologisch determinierte Prädispositionen bei Männern und Frauen an. Die angeborene Veranlagung der Männer trage dazu bei, dass diese eher eine hypersexuelle Störung entwickelten als Frauen (Kafka, 2010). Theoretisch wäre denkbar, dass im umgekehrten Fall ein ähnlicher Zusammenhang für die vermehrte Entwicklung hyposexueller Störungen bei Frauen existiert. Darüber hinaus wäre vorstellbar, dass hyposexueller Störungen auch deshalb bei Frauen vermehrt auftreten, weil diese häufiger Opfer sexueller Traumatisierung werden als Männer (CDC, 2009; Hapke et al., 2006; Häuser et al., 2011; Maercker et al., 2008; Wetzels, 1997). Die Befunde zu Untersuchungshypothese 3 zeigen, dass auch in der vorliegenden Studie Frauen mehr sexuelle Traumaerfahrungen aufwiesen als Männer (siehe S. 63). Vorausgesetzt, dass sexuell aversives Verhalten zumeist eine Folge schwerer Formen sexueller Traumatisierung ist (Noll et al., 2003), und gleichzeitig Frauen häufiger Opfer schwerer sexueller Traumatisierung werden als Männer (Hall, 2007; Häuser et al., 2011; Najman et al., 2005; Rind et al., 1998), erscheint auch ein solcher Zusammenhang plausibel.

Im Hinblick auf das Vorliegen einer Aversion gegen Berührung unterschieden sich die Prävalenzen von Männern und Frauen eher geringfügig und nicht-signifikant. Eine mögliche Begründung hierfür liegt in der Vermutung, dass Aversion gegen Berührung nicht allein mit der Erfahrung sexueller Traumatisierungen in Verbindung steht. Entsprechend wäre denkbar, dass Aversion gegen Berührung auch als Reaktion auf nicht-sexuelle Traumaerfahrungen auftritt, worin sich Männer und Frauen zumindest in der vorliegenden Studie kaum bzw. nicht unterscheiden (siehe S. 63). Es könnte zum Beispiel sein, dass Personen, die körperliche Gewalt erfahren haben, Berührung nicht aushalten können, weil hierdurch Intrusionen getriggert werden. Andererseits wäre auch vorstellbar, dass Menschen mit Vernachlässigungserfahrungen körperliche Zuwendung als fremd und ungewohnt empfinden und deshalb meiden. Das I-kPTBS-Item zur Aversion gegen Berührung ist zudem eher allgemein formuliert und differenziert nicht zwischen Berührungen im sexuellen oder nicht-sexuellen Kontext („Ist es Ihnen unangenehm körperlich berührt zu werden? (Körperliche Berührungen werden regelmäßig vermieden oder überhaupt nicht toleriert)), sodass auch Missverständnisse möglich sind.

Hypersexuelle Störungen waren bei den Männern häufiger vertreten als bei den Frauen, die beobachteten Unterschiede waren jedoch nicht signifikant. Wiederum lagen den Berechnungen sehr geringe Fallzahlen zugrunde, was dazu beigetragen haben könnte, dass das Signifikanzniveau nicht erreicht wurde. Trotz ihrer eingeschränkten Aussagekraft bestätigen die vorliegenden Ergebnisse die andernorts gemachte Beobachtung, dass hypersexuelle

Störungen bei Männern häufiger seien als bei Frauen (Kafka, 2010). Wie bereits im Kontext der hyposexuellen Störungen diskutiert, sieht Kafka dies in der unterschiedlichen evolutionsbiologischen Veranlagung beider Geschlechter begründet.

Möchte man die Ergebnisse im Kontext der Forschungsliteratur betrachten, begegnet man neben den bereits erwähnten Schwierigkeiten im Vergleich mit anderen Studien auch dem Problem, dass es bisher nur wenige Forschungsarbeiten zu traumabedingten sexuellen Störungen gibt, die sich mit den Verschiedenheiten der Geschlechter beschäftigen haben, insbesondere keine, die die I-kPTBS-Kriterien zugrunde legen. Aus diesem Grund ist eine direkte Gegenüberstellung mit einer vergleichbaren Stichprobe von Männern und Frauen nicht möglich. Auch im Hinblick auf die Untersuchung geschlechtsspezifischer Unterschiede hyposexueller und hypersexueller Störungen wäre es daher von Vorteil, in zukünftigen Studien die im DSM-IV verzeichneten bzw. fürs DSM-V vorgesehenen Störungsbilder mit zu berücksichtigen.

Nachdem sich auch Hinweise ergaben, dass hypo- und hypersexuelle Störungen bei ein und derselben Person auftreten und sich abwechseln können (Noll et al., 2003; Rellini, 2008), wäre es im Hinblick auf zukünftige Untersuchungen interessant, den Aspekt einer möglichen Komorbidität hypo- und hypersexueller Störungen mit einzubeziehen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede früher sexueller und nicht-sexueller Traumataerfahrungen

Zahlreiche Forschungsarbeiten konnten mittlerweile einen Zusammenhang zwischen frühen sexuellen bzw. nicht-sexuellen Traumatisierungen und der Entwicklung einer komplexen PTBS nachweisen (McLean et al., 2003; Pelcovitz et al., 1997; Roth et al., 1997; Sack et al., 2002; Zlotnick et al., 1996). Allerdings ist uns keine Studie bekannt, die umgekehrt das Vorkommen der verschiedenen Formen früher Traumatisierung bei Patienten mit komplexer PTBS untersucht und dabei geschlechtliche Unterschiede berücksichtigt hätte. Unserem Studiendesign am nächsten kommt womöglich eine Untersuchung von van der Kolk, der ebenfalls das TAQ verwendete, um konsekutive Patienten des Trauma Center in Brookline hinsichtlich ihrer Vortraumatisierungen zu untersuchen. Gleichzeitig wurden die verschiedenen Symptombereiche der komplexen PTBS erhoben. Alle Symptombereiche waren mit Prävalenzen zwischen 73 % und 84 % vertreten, die überwiegende Mehrzahl der Patienten erfüllte also die Kriterien einer komplexen PTBS. Es ergaben sich dabei Prävalenzen sexueller und nicht-sexueller Traumatisierungen, die nur wenig höher lagen als die hier beobachteten und gleichzeitig eine vergleichbare Verteilung über alle Altersstufen hinweg zeigten. Auf die Unterschiede zwischen Männern und Frauen ging die Studie jedoch nicht ein (van der Kolk, 2001).

Wir verglichen in der vorliegenden Untersuchung Männer und Frauen mit komplexer PTBS hinsichtlich der Prävalenz früher sexueller und nicht-sexueller Traumaerfahrungen und machten die Beobachtung, dass zwar beide Geschlechter etwa gleich stark von frühen nicht-sexuellen Traumatisierungen betroffen waren, Frauen jedoch sehr viel häufiger frühe sexuelle Gewalt erlebt hatten. Für den Altersbereich 13 – 18 Jahre erwies sich dieser Unterschied sogar als hochsignifikant. Somit wurde unsere Untersuchungshypothese 3, die prognostizierte, dass frühe sexuelle Traumatisierungen bei Frauen signifikant häufiger seien als bei Männern, zumindest teilweise bestätigt.

Aus der Forschungsliteratur ist gut bekannt, dass Frauen häufiger von frühen sexuellen Gewalterfahrungen betroffen sind als Männer (Finkelhor, 1994; Hapke et al., 2006; Maercker et al., 2008; Najman et al., 2005; Pereda et al., 2009). Weibliches Geschlecht ließ sich sogar als Prädiktor für schweren sexuellen Missbrauch identifizieren (Häuser et al., 2011). Die Beobachtungen dieser Forschungsarbeiten erhalten durch die Ergebnisse unserer Untersuchung eine nochmalige Bestätigung. Über alle Altersstufen hinweg betrachtet, hatten die Frauen im Vergleich zu den Männern doppelt so häufig sexuelle Gewalt erlebt, im Bereich 7 – 12 Jahre 1,5 mal und im Bereich 13 – 18 Jahre sogar 3,5 mal so häufig. Diese Verhältniswerte liegen somit in dem Rahmen, den Finkelhor in einem ausführlichen epidemiologischen Review für Männer und Frauen berichtet hatte (Finkelhor, 1994). In der Altersstufe 0 – 6 Jahre ließ sich hingegen nur ein eher geringfügiger Unterschied zwischen Männern und Frauen feststellen. Hier sollte jedoch berücksichtigt werden, dass bei den Männern wiederum sehr geringe Fallzahlen zugrunde gelegt wurden. Darüber hinaus sollte mit bedacht werden, dass aufgrund der physiologischen frühkindlichen Amnesie sehr frühe Traumatisierungen häufig nicht erinnerlich sind (Dulz et al., 2000) und deshalb möglicherweise von den Studienteilnehmern nicht berichtet werden konnten. Dies würde auch erklären, warum die Prävalenzen von Traumatisierungen des Vorschulalters in allen Untersuchungen der vorliegenden Studie deutlich niedriger lagen als diejenigen des Schul- und Jugendalters. Dieselbe Beobachtung lässt sich bei van der Kolk machen. Auch hier lagen die Prävalenzen der Altersstufe 0 – 6 Jahre durchweg erheblich unter jenen der anderen Altersstufen (van der Kolk, 2001).

Aufgrund der methodischen Unterschiede zu anderen Studien, die sich mit der Prävalenz früher sexueller Traumatisierungen beschäftigt haben, sind die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung nur eingeschränkt vergleichbar. Insbesondere die durch das TAQ vorgegebene Unterteilung in Altersstufen, die den Zeitpunkt der sexuellen Gewalterfahrung wiedergeben, macht einen Vergleich mit anderen Studien, die sich meist auf nur einen festgelegten Zeitraum beziehen (zum Beispiel "in Kindheit und Jugend" oder "vor dem 14. Lebensjahr") schwierig. Zudem werden überwiegend andere Kriterien verwendet, um sexuellen Missbrauchs zu

definieren. Dennoch wollen wir versuchen, die hier beobachteten Prävalenzen in den bestehenden Forschungskontext einzuordnen:

Die Prävalenzen unserer Stichprobe lagen für die verschiedenen Altersbereiche zum Zeitpunkt der sexuellen Gewalterfahrung bei 11,1 % bis 22,2 % bei den Männern und 18,3 % bis 39,2 % bei den Frauen. Van der Kolk, der keine geschlechtlichen Differenzen berücksichtigte, berichtet etwas höhere Prävalenzen von 25,7 % bis 41,4 % für die verschiedenen Altersbereiche (van der Kolk, 2001). Finkelhor geht in seiner Literaturübersicht auf die unterschiedlichen Prävalenzen von Männern und Frauen ein und berichtet Prävalenzen von 7 % bis 36 % bei den Frauen und 3 % bis 29 % bei den Männern (Finkelhor, 1994). In ihrer "Weiterführung zu Finkelhor", einem Update des von Finkelhor verfassten Reviews, berichten Pereda et al. grundsätzlich ähnlich gelagerte Prävalenzverteilungen wie Finkelhor, jedoch mit vereinzelt Ausreißern bis 53 % bei den Frauen und 60 % bei den Männern (Pereda et al., 2009). Die von beiden Autoren analysierten Studien weichen in Methodik und Definition des Missbrauchs erheblich von der hier vorliegenden ab. Gleichzeitig unterscheiden sie sich in diesen Punkten auch untereinander ganz beträchtlich, was eine Erklärung für die großen Abweichungen in den Ergebnissen bietet. Zumeist stammen die Ergebnisse aus klinischen oder studentischen Erhebungen und sind damit nicht auf die Allgemeinheit übertragbar. Klinische Erhebungen erbringen dabei aufgrund der zugrundeliegenden Selektion psychisch erkrankter Individuen höhere Prävalenzen als solche an gemischten oder gesunden Populationen (Sachsse et al., 2004). Trotz der eingeschränkten Vergleichbarkeit ist es deshalb legitim festzustellen, dass die vorliegende Untersuchung, die eine hochselektive klinische Stichprobe schwer traumatisierter Personen zugrunde liegt, sich somit in den oberen Bereich der verfügbaren Studien zur Prävalenz früher sexueller Traumatisierungen einordnet.

Im Vergleich zu bevölkerungsrepräsentativen Studien wie denen von Maercker, Hapke und Wetzels, die je nach verwendeter Definition und Altersgrenze bei Männern Prävalenzen für frühe sexuelle Traumatisierungen zwischen 0,3 % und 7,3 % und bei Frauen zwischen 1,84 % bis 18,1 % beobachteten (Hapke et al., 2006; Maercker et al., 2008; Wetzels, 1997), lagen die Prävalenzen der vorliegenden Untersuchung dann auch erwartungsgemäß deutlich höher. Hierzu trägt wahrscheinlich auch bei, dass das TAQ vergleichsweise weit gefasste Kriterien zugrundelegt, um sexuellen Missbrauch zu definieren. Mittels fünf Items werden im TAQ verschiedene Aspekte potentiell schädigender direkter und indirekter Erfahrungen der ungewollten Konfrontation mit Sexualität erfragt (siehe S. 57). Weiter gefasste Definitionen schlagen sich jedoch erfahrungsgemäß in höheren Prävalenzwerten nieder (Finkelhor, 1994; Maniglio, 2009; Pereda et al., 2009; Sachsse et al., 2004; Whealin, 2009). Ein solches Screening zielt darauf, ein möglichst breites Spektrum potentiell schädigender Einflüsse und somit möglichst viele Betroffene zu erfassen, was insbesondere in der klinischen Arbeit von

Vorteil ist. Im wissenschaftlichen Kontext ist dies jedoch nicht unproblematisch, da eine so gewonnene Stichprobe inhomogener ist, was wiederum den Vergleich mit anderen wissenschaftlichen Arbeiten erschwert.

Auch die Forschung zu nicht-sexuellen Traumatisierungen bedient sich unterschiedlichster methodischer Ansätze und Begriffsdefinitionen, was wiederum den Vergleich der hier gefundenen Prävalenzen mit jenen aus anderen Forschungsarbeiten erschwert. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen soll dennoch eine Einordnung der hier gefundenen Ergebnisse in den Forschungszusammenhang erfolgen. Wie bereits erwähnt, unterschieden sich die Männer und Frauen der hier untersuchten Stichprobe kaum hinsichtlich ihrer frühen nicht-sexuellen Traumaerfahrungen. Lediglich für körperliche Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter und auch nur bei den Männern ergab sich eine signifikant erhöhte Prävalenz. Die Prävalenzen körperlicher Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend waren gegenüber jenen der Frauen nur sehr geringfügig erhöht (siehe S. 63). Lampe berichtet in einer Übersichtsarbeit zur europaweiten Prävalenz körperlicher Gewalt in der Kindheit, dass die Hälfte der analysierten Studien für Jungen mehr körperliche Gewalterfahrungen ermittelte als für Mädchen. Die Prävalenzwerte lagen in Abhängigkeit von der geographischen Lokalisation dabei zwischen 11 – 77,9 % bei den Jungen und 8 – 71,9 % bei den Mädchen (Lampe, 2002). Auch Maercker und Hapke berichteten für Männer deutlich mehr Erfahrungen körperlicher Gewalt als für Frauen. Allerdings wurde das Alter zum Zeitpunkt der Gewalterfahrungen nicht ermittelt, sodass offen bleibt, ob es sich um Gewalterfahrungen des Kindes- oder Erwachsenenalters handelt (Hapke et al., 2006; Maercker et al., 2008). In einer telefonischen Umfrage der Centers for Disease Control and Prevention (CDC) mit 26.229 Teilnehmern aus fünf US-amerikanischen Bundesstaaten wurde hingegen bei den Frauen eine geringfügig erhöhte Prävalenz körperlichen Missbrauchs vor dem 18. Lebensjahr beobachtet (15,4 % gegenüber 14,1 % bei den Männern) (CDC, 2009). Eine Übersichtsarbeit zur Prävalenz von Vernachlässigungserfahrungen an Universitäten in 17 Ländern ermittelte, dass der Anteil der Personen, die mindestens drei Arten von Vernachlässigung berichtet hatten, bei den männlichen Studenten im Mittel 46 % höher lag als bei den Frauen (15,2 % gegenüber 10,4 %), wobei die Ergebnisse der zugrundeliegenden Studien eher heterogen waren und viele Studien existierten, die für die Frauen höhere Prävalenzen gefunden hatten (Straus et al., 2005). In einer Studie an der australischen Bevölkerung wurde beobachtet, dass die Frauen allgemein mehr Kindheitsbelastungen berichtet hatten als die Männer. Dies galt auch für Belastungen, für die das Geschlecht keine offensichtliche Prädisposition darstellt, wie zum Beispiel elterliche psychische Erkrankungen oder Substanzmissbrauch. Die Frauen beschrieben auch signifikant mehr mütterliche Lieblosigkeit, mehr familiäre Konflikte und größere psychische Grausamkeit. Besser objektivierbare Belastungen wie Scheidung der Eltern, Armut und körperliche Gewalterfahrungen wurden von den Frauen hingegen nicht häufiger angegeben als von den Männern.

Die Autoren vermutete einen „Reporting effect“ und folgerte, dass Frauen möglicherweise Handlungen und Reaktionen, deren Wahrnehmung eine besondere Sensitivität gegenüber interpersonellen Vorgängen in der häuslichen Umgebung erfordert, wie zum Beispiel weniger offensichtliche oder nicht ausgesprochene Begebenheiten, besser erinnern bzw. häufiger berichten als Männer (Rosenman et al., 2004). Alles in allem lässt sich trotz breiter Forschungsbemühungen zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch keine abschließende Aussage darüber treffen, ob ein Geschlecht generell stärker von frühen nicht-sexuellen Traumaerfahrungen betroffen ist als das andere. Für zukünftige Untersuchungen zu dieser Frage scheint es jedoch bedeutsam, potentielle Einflussfaktoren wie den kulturellen Hintergrund und geschlechtsabhängig unterschiedliches Antwortverhalten mit zu berücksichtigen.

Generell liegen die hier gefundenen Prävalenzen früher nicht-sexueller Traumatisierungen überwiegend deutlich über jenen, die üblicherweise in bevölkerungsrepräsentativen Studien berichtet werden. Häuser untersuchte Missbrauchserfahrungen in Kindheit und Jugend und fand schweren emotionalen Missbrauch in 1,6 %, schweren körperlichen Missbrauch in 2,8 %, schwere emotionale Vernachlässigung in 6,6 % und schwere körperliche Vernachlässigung in 10,8 % der Fälle (Häuser et al., 2011). Die Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ermittelten Prävalenzen von 25,9 % für Beschimpfung und 14,8 % für körperlichen Missbrauch (CDC, 2009). Felitti gibt körperlichen Missbrauch mit 10,8 % und psychologischen Missbrauch mit 11,1 % an. Mehrere zwischen 1993 und 2003 in den USA durchgeführte Studien zur Inzidenz von Vernachlässigung und emotionaler Misshandlung fanden Inzidenzwerte zwischen 55 – 77 % für Vernachlässigung und 4 – 12 % für emotionale Misshandlung (Herrmann, 2005). Wiederum führen auch hier methodische und definitorische Unterschiede zwischen den Studien zu den teilweise erheblichen Abweichungen in den Ergebnissen. Eine Gegenüberstellung der Prävalenzwerte der vorliegenden Untersuchung mit jenen der ähnlich gestalteten klinischen Studie von der Kolks ergab vergleichbare Prävalenzen früher nicht-sexueller Traumatisierungen, wobei die Patienten des Trauma Centers Brookline sogar noch etwas stärker belastet waren als die Teilnehmer unserer Stichprobe (van der Kolk, 2001). Legt man zugrunde, dass bei den meisten Teilnehmern der Untersuchung am Trauma Center Brookline ebenfalls von einer komplexen PTBS auszugehen ist, liegt die Vermutung nahe, dass es sich bei den Ergebnissen beider Studien um typische Prävalenzen früher nicht-sexueller Traumatisierungen bei Patienten mit komplexer PTBS handelt.

Nicht explizit untersucht wurde der Zusammenhang sexueller und nicht-sexueller Gewalterfahrungen bei Männern und Frauen, über den bereits vielfach berichtet wurde (Bhandari et al., 2011; Häuser et al., 2011; Herrmann, 2005; Maniglio, 2009; Rellini et al., 2007; Rind et al., 1998; Roth et al., 1997; Wetzels, 1997; Zimmermann et al., 2011). Häuser zeigte zum Beispiel auf, dass früher sexueller Missbrauch, emotionaler und körperlicher Missbrauch sowie

emotionale und körperliche Vernachlässigung hochsignifikant miteinander korreliert sind (Häuser et al., 2011). Wetzels konnte einen hochsignifikanten Zusammenhang zwischen Erfahrungen frühen sexuellen Missbrauchs und gegen das Kind gerichtete elterliche körperliche Gewalt belegen. Nur 13 % der Personen mit frühen sexuellen Missbrauchserfahrungen hatten keine elterliche körperliche Gewalt erlebt. Die Erfahrung elterlicher körperlicher Gewalt erhöhte dabei signifikant die Wahrscheinlichkeit, frühen sexuellen Missbrauch zu erleiden (Wetzels, 1997). Vor dem Hintergrund dieser Befunde und in Anbetracht der überwiegend sehr hohen Prävalenzen früher sexueller und nicht-sexueller Traumatisierungen gehen wir jedoch davon aus, dass entsprechende Überschneidungen auch bei den Teilnehmern der vorliegenden Untersuchung existieren. Für zukünftige Untersuchungen könnte es daher interessant sein, diesen Aspekt weiter zu vertiefen, um genauere Auskunft darüber zu erhalten, welche emotionalen und kognitiven Mechanismen diese Zusammenhänge vermitteln. Aus den Beobachtungen von Wetzels stellt sich beispielsweise die Frage, auf welche Weise Erfahrungen elterlicher Gewalt dazu beitragen, dass Kinder eher Opfer sexueller Missbrauchserfahrungen werden. Opfer früher körperlicher Gewalt erleben sich häufig als unterlegen, wenig selbstwirksam oder spüren die eigenen Grenzen nicht deutlich, was sie vulnerabel gegenüber erneuter Schädigung durch andere macht (Herman, 1992), so dass hierdurch möglicherweise der Weg für sexuelle Übergriffe gebahnt wird. Im Hinblick auf emotionale Gewalt- und Vernachlässigungserfahrungen wäre denkbar, dass das Gefühl, nicht genügend Wertschätzung und Zuwendung zu erhalten, empfänglich macht für inadäquate körperliche Annäherungen. Welche psychologischen Mediatoren hierbei wirksam sind und wie diese möglicherweise auch interagieren, gilt es zu erforschen.

Weiterhin wäre es wünschenswert, für zukünftige Untersuchungen auf verbindliche Definitionen früher sexueller und nicht-sexueller Traumatisierungen zurückgreifen zu können, um langfristig eine Reduktion der Heterogenität der Studienlage und damit eine bessere Vergleichbarkeit der einzelnen Arbeiten untereinander zu erreichen. Ob jedoch ein Konsens hinsichtlich einer solchen allgemeingültigen Definition erreichbar ist, bleibt abzuwarten.

Da die dieser Untersuchung zugrunde liegenden Angaben zu frühen Traumatisierungen retrospektiv mittels eines Selbstratinginstruments gewonnen wurden, kann ein Informations-Bias nicht ausgeschlossen werden. Dies bedeutet, dass die Antworten der Studienteilnehmer durch ungenaue Erinnerung oder nachträgliche Attribuierung verfälscht sein können, was sich limitierend auf die Aussagekraft der vorliegenden Ergebnisse auswirkt.

Prävalenz sexueller und nicht-sexueller Traumatisierungen bei Männern und Frauen mit und ohne sexuelle Störungen

Dass sexuelle Störungen eine Folge traumatisierender Lebenserfahrungen sein können, wurde in der Literatur schon vielfach ausgeführt, jedoch nahm der Großteil der Untersuchungen allein das Zusammenspiel früher sexueller Traumatisierungen und späterer Störungen der Sexualität in den Fokus. Dieser Zusammenhang gilt inzwischen als gut belegt (Beitchman et al., 1992; Haase, 2009; Leonard et al., 2002; Loeb et al., 2002; Najman et al., 2005; Polusny et al., 1995; Sack et al., 2009). Eher vereinzelt wurde bisher die Rolle früher nicht-sexueller Traumatisierungen im Kontext sexueller Störungen beleuchtet (Haase, 2009). Dabei zeigte sich, dass frühe nicht-sexuelle Traumatisierungen nicht nur mit frühem sexuellem Missbrauch in Zusammenhang zu stehen oder diesen womöglich gar zu bahnen scheinen, vielmehr beeinflussen sie aller Wahrscheinlichkeit nach auch die sexuelle Entwicklung bzw. den späteren Umgang des Erwachsenen mit Sexualität (Bhandari et al., 2011; Colman et al., 2004; DiLillo et al., 2009; Haase, 2009; Hall, 2007; Nelson et al., 2002; Rind et al., 1998). Mehrfach wurde sogar bereits zur Diskussion gestellt, dass möglicherweise vornehmlich die Effekte des zumeist dysfunktionalen Familienklimas früh sexuell traumatisierter Personen die Entwicklung einer späteren Psychopathologie – auch im Hinblick auf die Sexualität – bestimmen und weniger die sexuelle Traumatisierung selbst (Bhandari et al., 2011; Maniglio, 2009; Rind et al., 1998).

Angeregt durch diese Vorbefunde interessierte uns, ob sich in unserer Stichprobe ein Zusammenhang zwischen frühen sexuellen bzw. nicht-sexuellen Traumaerfahrungen und den vier sexuellen Störungen gemäß I-kPTBS nachweisen lassen würde. Wir untersuchten daher die Prävalenzen früher sexueller bzw. nicht-sexueller Traumaerfahrungen bei Männern und Frauen mit und ohne sexuelle Störungen, um herauszufinden, ob sich zwischen den Vergleichsgruppen Unterschiede feststellen lassen, die auf einen möglichen Zusammenhang hinweisen. Dabei machten wir zunächst eine unerwartete Beobachtung. Es zeigte sich, dass die Männer und Frauen mit hyposexuellen Störungen durchschnittlich mehr, die Männer und Frauen mit hypersexuellen Störungen hingegen durchschnittlich weniger frühe sexuelle und nicht-sexuelle Traumatisierungen berichtet hatten als die jeweiligen Vergleichsgruppen. Somit wurde klar, dass die Untersuchungshypothesen 4 und 5, die von einer erhöhten Prävalenz früher sexueller bzw. nicht-sexueller Störungen bei Männern und Frauen mit sexuellen Störungen ausgingen, nur im Hinblick auf die hyposexuellen Störungen bestätigt werden konnten, und hier auch nur eingeschränkt, da trotz fast durchgängig erhöhter Prävalenzen gegenüber den nicht betroffenen Teilnehmern die Unterschiede nur teilweise signifikant waren.

Bei den Teilnehmern mit Aversion gegen Berührung hoben sich beispielsweise vor allem die Männer sehr deutlich von der nicht betroffenen Vergleichsgruppe ab, und zwar in allen

Bereichen sexueller und nicht-sexueller Traumatisierung. Signifikante Unterschiede wurden in den Bereichen „sexuelle Gewalterfahrungen“ (Altersstufen 0 – 6 und 7 – 12 Jahre sowie altersübergreifender Gesamtwert), „körperliche Gewalt“ (0 – 6 Jahre) sowie „Vernachlässigung“ (0 – 6 und 7 – 12 Jahre) beobachtet. Diese Berechnungen beruhten jedoch auch diesmal auf eher geringen Fallzahlen, sodass sie unter Vorbehalt zu betrachten sind. Die Frauen mit sexueller Aversion wiesen außer im Bereich „Vernachlässigung“ ebenfalls erhöhte Prävalenzen sexueller und nicht-sexueller Traumatisierung auf, die Unterschiede waren jedoch etwas geringer ausgeprägt und nicht signifikant. In der geschlechtsübergreifenden Gesamtauswertung ergaben sich signifikante Unterschiede im Bereich "sexuelle Gewalt" für die Altersstufe 7 – 12 Jahre sowie den Gesamtwert, im Bereich "körperliche Gewalt" für die Altersstufe 13 – 18 Jahre sowie im Bereich "emotionale Gewalt" für die Altersstufe 7 – 12 Jahre (siehe S. 65).

An dieser Stelle sollte wieder mit in Betracht gezogen werden, dass Aversion gegen Berührung, so wie im I-kPTBS erfragt, nicht als spezifisch sexuelle Störung betrachtet werden kann und zudem möglicherweise auch als direkte Folge nicht-sexueller Traumatisierungen auftritt (siehe S. 79). Da unserer Kenntnis nach keine Studien existieren, die sich aus Prävalenzgesichtspunkten mit dem Symptombild Aversion gegen Berührung, wie es im I-kPTBS definiert wird, auseinandergesetzt hätten, ist ein Vergleich mit anderen Forschungsarbeiten nicht möglich.

Im Bereich sexuelle Vermeidung wiesen die betroffenen Männer und Frauen ebenfalls erhöhte Prävalenzen sexueller und nicht-sexueller Traumatisierungen auf. Am deutlichsten waren die Unterschiede im Bereich sexueller Gewalt, wo sich für die Gesamtwerte sowie für verschiedene Altersstufen des Kindes- und Jugendalters (Frauen: 7 – 12 und 13 – 18 Jahre; Männer: 0 – 6 und 7 – 12 Jahre) signifikante Unterschiede ergaben. In der geschlechtsübergreifenden Auswertung ergaben sich sogar hochsignifikante Unterschiede im Gesamtwert sowie in den Altersstufen 7 – 12 Jahre und 13 – 18 Jahre (siehe S. 67). Das Ergebnis unserer Untersuchung reiht sich somit ein in die zahlreichen Studien, die bereits einen Zusammenhang zwischen früher sexueller Traumatisierung und hyposexuellem Verhalten aufzeigen konnten (Burri et al., 2011; DeRogatis et al., 2008; Haase, 2009; Hall, 2007; Laumann et al., 1999; Leonard et al., 2002; Loeb et al., 2002; Najman et al., 2005; Polusny et al., 1995; Sack et al., 2009; Shifren et al., 2008), wenn auch aufgrund der Uneinheitlichkeit in den verwendeten Methoden und Begriffsdefinitionen wiederum kein direkter Vergleich erfolgen kann.

Auch im Hinblick auf körperliche Gewalterfahrungen konnten insbesondere bei den Frauen mit sexueller Vermeidung signifikante Unterschiede beobachtet werden, und zwar für die Altersstufen 7 – 12, 13 – 18 und > 18 Jahre. Die Männer mit sexueller Vermeidung hatten ebenfalls mehr frühe sexuelle Gewalterfahrungen berichtet als die Vergleichsgruppe, die

Unterschiede erwiesen sich jedoch nicht als signifikant. In der Gesamtauswertung ohne Berücksichtigung des Geschlechts ergaben sich signifikante Unterschiede in den Altersbereichen 7 – 12 Jahre und 13 – 18 Jahre. Somit ergibt sich weitere Unterstützung für die Vermutung vieler Autoren, dass neben dem Erleben früher sexueller Traumatisierungen insbesondere die Erfahrung körperlicher Gewalt in der Kindheit einen Einfluss auf die Entstehung späterer sexueller Störungen hat (Colman et al., 2004; DiLillo et al., 2009; Hall, 2007; Häuser et al., 2011; Rellini et al., 2007; Roth et al., 1997; Wetzels, 1997).

In den Bereichen emotionale Gewalt und Vernachlässigung wiesen die Patienten mit sexueller Vermeidung ebenfalls etwas mehr frühe Traumaerfahrungen auf als die Vergleichsgruppe, die Unterschiede waren jedoch zum Teil eher gering ausgeprägt und erwiesen sich auch nicht als signifikant – weder in der nach Geschlechtern getrennten Auswertung, noch im Gesamtwert. Mehrere Autoren haben in der Vergangenheit allerdings Zusammenhänge zwischen diesen beiden Formen früher Traumatisierung und späteren sexuellen Störungen beschrieben (Colman et al., 2004; DiLillo et al., 2009; Herrmann, 2005; Rellini et al., 2007), sodass wir die Möglichkeit in Betracht ziehen, dass die Verfehlung des Signifikanzniveaus möglicherweise wiederum die Folge eines Fallzahlproblems ist.

In der Betrachtung der hypersexuellen Störungen zeigten sich etwas abweichende Ausprägungen bei den Teilnehmern mit Risikosexualität und zwanghafter Sexualität. Die Männer und Frauen mit Risikosexualität hatten durchschnittlich weniger frühe sexuelle und nicht-sexuelle Traumaerfahrungen berichtet als die jeweiligen Vergleichsgruppen. Diese Unterschiede waren teils gering, teils deutlich ausgeprägt, erwiesen sich jedoch überwiegend als nicht signifikant. Auch die Gesamtauswertung ohne Berücksichtigung des Geschlechts ergab keine signifikanten Unterschiede (siehe S. 69). Die Männer und Frauen mit zwanghafter Sexualität unterschieden sich vor allem im Hinblick auf sexuelle Traumaerfahrungen von ihren nicht betroffenen Vergleichsgruppen, indem sie deutlich niedrigere Prävalenzen aufwiesen. Bei den Frauen ergaben sich vereinzelt auch signifikante Unterschiede. In der geschlechtsübergreifenden Gesamtauswertung erwiesen sich die Prävalenzen des Gesamtwerts sowie aller Altersbereiche mit Ausnahme des Altersbereichs 0 – 6 Jahre als signifikant. Dies deutet erneut darauf hin, dass die Verfehlung des Signifikanzniveaus in der geschlechtsabhängigen Betrachtung möglicherweise eine Folge der besonders geringen Fallzahlen ist. Dass der Altersbereichs 0 – 6 Jahre auch in der Gesamtbetrachtung nicht signifikant war, könnte wiederum eine Folge der frühkindlichen Amnesie für traumatisierende Ereignisse sein, diesmal bei der Vergleichsgruppe. Bezüglich früher nicht-sexueller Traumaerfahrungen unterschieden sich die Patienten mit und ohne zwanghafte Sexualität kaum. Vereinzelt erhöhte Prävalenzwerte nicht-sexueller

Traumaerfahrungen bei den Männern mit zwanghafter Sexualität sind vor dem Hintergrund der extrem niedrigen Fallzahlen vermutlich eher als Ausreißer zu betrachten (siehe S. 71).

Da die Untersuchungen zur Risikosexualität und zur zwanghaften Sexualität auf sehr geringen Stichprobengrößen bei den betroffenen Patienten beruhen, sind die hier vorgestellten Ergebnisse mit Vorsicht zu betrachten. Dennoch ergibt sich Anlass zu der Vermutung, dass Personen mit hypersexuellem Verhalten möglicherweise nicht mehr, tendenziell sogar weniger traumatische Vorbelastungen aufweisen als Personen ohne hypersexuelles Verhalten. Für die Patienten mit zwanghafter Sexualität konnte sogar ein signifikanter negativer Zusammenhang mit sexuellen Traumaerfahrungen nachgewiesen werden. Diese Ergebnisse werfen Fragen auf, insbesondere da die Befunde zu Untersuchungshypothese 1 gezeigt haben, dass hypersexuelle Störungen bei Patienten mit komplexer PTBS häufiger sind (Risikosexualität nichtsignifikant, zwanghafte Sexualität signifikant) als bei Patienten ohne komplexe PTBS. Darüber hinaus gilt es zu überlegen, wie die Ergebnisse im Kontext der Forschungsliteratur zu verstehen sind, die wiederholt bereits einen Zusammenhang zwischen früher sexueller Traumatisierung und hypersexuellen Störungen aufzeigen konnte (Hall, 2007; Hillis et al., 2001; Maniglio, 2009; Sack et al., 2009; Senn et al., 2008). Hillis konnte beispielsweise an 5.060 Patienten einer Managed-Care-Einrichtung nachweisen, dass jede der dort betrachteten aversiven Kindheitserfahrungen (körperlicher, verbaler und sexueller Missbrauch, Gewalt gegen die Mutter, Zusammenleben mit psychisch kranken oder substanzmissbrauchenden Personen sowie Inhaftierung eines Familienmitglieds) mit unterschiedlichen Ausprägungen sexuellen Risikoverhaltens assoziiert war. Unter sexuellem Risikoverhalten wurden dabei die Kategorien "Geschlechtsverkehr vor dem 15. Lebensjahr", "Selbsteinschätzung eines erhöhten Risikos an AIDS zu erkranken" und "mehr als 30 Sexualpartner" zusammengefasst. Jedes dieser drei Items war zudem positiv korreliert mit der Anzahl der erlebten aversiven Kindheitserfahrungen (Hillis et al., 2001). Senn sichtete 73 Studien zu frühem sexuellem Missbrauch und sexuellem Risikoverhalten und fand ebenfalls eindeutige Hinweise für einen Zusammenhang, und zwar nicht nur bei Frauen, sondern auch bei Männern (Senn et al., 2008).

Erste Hinweise auf eine mögliche Erklärung der unterschiedlichen Befunde bei den Patienten mit hypo- und hypersexuellen Störungen finden sich in einer prospektiven Studie von Noll, die zeigen konnte, dass bei Frauen, die eher leichtere Formen sexuellen Missbrauchs erlebt hatten (charakterisiert durch einen einzelnen Täter, der nicht der biologische Vater war, einen lebensgeschichtlich späteren Beginn des Missbrauchs, eine kürzere Dauer sowie weniger körperliche Gewalt) im Vergleich zu schwerer betroffenen Frauen besonders häufig sexuell zwanghaftes Verhalten anzutreffen war. Sexuell aversives Verhalten war bei dieser Patientengruppe kaum zu beobachten. Frauen, die durch den biologischen Vater, zwar zumeist

ohne Anwendung von körperlicher Gewalt, dafür zu einem lebensgeschichtlich frühen Zeitpunkt und/oder über einen langen Zeitraum hinweg missbraucht worden waren, zeigten nur wenig seltener sexuell zwanghaftes Verhalten, dafür aber sehr oft sexuell aversives und noch häufiger ambivalentes – das heißt wechselnd sexuell aversives und sexuell zwanghaftes – Verhalten. Ambivalentes sexuelles Verhalten war über alle Vergleichsgruppen betrachtet, die häufigste der drei untersuchten sexuellen Störungen. Eine dritte Subgruppe, die Missbrauch durch mehrere Täter, von denen keiner der biologische Vater war, über einen relativ geringen Zeitraum hinweg, dafür häufig unter Anwendung körperlicher Gewalt erlebt hatte, zeigte weniger sexuelle Zwanghaftigkeit als die beiden anderen Gruppen und nur geringfügig mehr sexuelle Aversion als die Patienten mit leichteren Missbrauchserfahrungen. Gegenüber einer Vergleichsgruppe ohne Missbrauchserfahrungen wiesen die drei Subgruppen in fast allen sexuellen Störungsbereichen erhöhte Werte auf. Einzige Ausnahme war der Bereich sexuelle Aversion bei der Gruppe mit leichteren Missbrauchserfahrungen (Noll et al., 2003). Zwar können wir aus diesen Beschreibungen keine explizite Erklärung für die Ergebnisse der vorliegenden Studie ableiten, doch erscheint es vor dem dargelegten Hintergrund vorstellbar, dass Personen mit hypersexuellen Störungen durchschnittlich weniger schwer sexuell und womöglich auch nicht-sexuell traumatisiert sind als Personen ohne hypersexuelle Störungen.

Nicht nur Nolls Studie, auch andere Forschungsarbeiten, die sich mit dem Einfluss missbrauchsabhängiger Variablen beschäftigt haben (Brunngraber, 1986; Rellini et al., 2007; Tsai et al., 1979), machen deutlich, dass verschiedenartige sexuelle Missbrauchserfahrungen sich ganz unterschiedlich auf die Sexualität auswirken können, womit klar wird, dass es in zukünftigen Studien zu diesem Thema wichtig sein wird, diese Erfahrungen differenzierter zu erfragen als bisher und etwaige Zusammenhänge mit Beschwerdebildern auch unter dem Aspekt des Schweregrades einer Missbrauchserfahrung zu betrachten. Dies ist jedoch nicht nur wie hier im Hinblick auf unterschiedliche Ausprägungen in der Symptomatologie relevant, sondern kann auch zur Erfassung einer Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen der Schwere des erlebten Missbrauchs und der Schwere eines damit zusammenhängenden Beschwerdebilds dienen. Neben isoliert auftretenden hypo- und hypersexuellen Störungen sollten dabei auch Störungsbilder mit komorbider hypo- und hypersexueller Ausprägung erfasst werden.

Dass zahlreiche Faktoren Einfluss auf das sexuelle Erleben des Erwachsenen nehmen, ist mittlerweile ebenfalls gut bekannt (Heiman, 2002; Kingsberg et al., 2009; Kockott, 2007). Bei vielen dieser Faktoren, wie zum Beispiel persönlichen Erfahrungen, Persönlichkeitsmerkmalen, Partnerschaftsdynamiken, psychischen und körperlichen Erkrankungen, Medikamenteneinnahme und auch den aktuellen Lebensumständen (Kockott, 2007) besteht jedoch wiederum ein Zusammenhang mit frühen Traumaerfahrungen, seien sie sexueller oder nicht-sexueller

Natur. Eindeutig mit früher Traumatisierung assoziierte psychische Beschwerdebilder, für die bereits ein einschränkender Einfluss auf das sexuelle Erleben nachgewiesen werden konnte, sind zum Beispiel die PTBS (Haase, 2009; Hawley et al., 2011; Letourneau et al., 1996; Tagay et al., 2004), die Depression (Haase, 2009; Meston et al., 2006), dissoziative Zustände (Freyberger, 2009; Rellini et al., 2006), die Borderline-Persönlichkeitsstörung (Dulz et al., 2009), Substanzabhängigkeiten (Wilsnack et al., 1997) und Essstörungen (Bolm, 2009). Alle erwähnten Symptombilder sind häufige Komorbiditäten der komplexen PTBS und wurden auch bei vielen Teilnehmern der vorliegenden Untersuchung beobachtet (siehe S. 60). Die Pathomechanismen, die zur Entwicklung einer traumabedingten sexuellen Störung leiten, scheinen also äußerst komplex zu sein. Eine Kontrolle aller Faktoren, die in diesem Rahmen eine Rolle spielen können, wird infolge des hiermit verbundenen Aufwands wohl auch in Zukunft kaum umsetzbar sein. Jedoch wäre es von Vorteil, in zukünftigen Studien zumindest einige bedeutsame Störvariablen zu kontrollieren (siehe S. 74).

Wie groß der isolierte Einfluss früher sexueller bzw. nicht-sexueller Traumatisierungen auf die Entwicklung sexueller Störungen nun tatsächlich ist, lässt sich aus unseren Ergebnissen nicht beantworten. Hierzu wäre es erforderlich gewesen, in der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen frühen sexuellen Traumatisierungen und sexuellen Störungen das Auftreten nicht-sexueller Traumatisierungen zu kontrollieren und umgekehrt. Vorschläge in diese Richtung kamen bereits von verschiedenen Autoren (Maniglio, 2009; Nelson et al., 2002; Rind et al., 1998), die betonten, dass der Einfluss früher sexueller Traumatisierungen auf die Entwicklung späterer Psychopathologien nur dann hinreichend beurteilt werden kann, wenn man weitere schädigende Einflüsse des familiären Umfelds kontrolliert. Gelegentlich wurde auch schon berichtet, dass der pathogene Einfluss früher sexueller Traumatisierungen bei genauerer Betrachtung möglicherweise geringer ist als bisher angenommen (Maniglio, 2009; Najman et al., 2005; Rind et al., 1998). Daher wäre es eine weitere Empfehlung für zukünftige Studien, je nach Fragestellung eine Kontrolle sexueller oder nicht-sexueller Traumatisierungen durchzuführen, was bei der hohen Überschneidung früher sexueller und nicht-sexueller Traumatisierungen allerdings eine besonders große Stichprobe voraussetzt.

Weitere Limitierungen dieser Untersuchung waren erneut die retrospektiven Angaben zu Traumatisierungen, die mittels eines Selbstratinginstruments erhoben wurden, sowie die eingeschränkte Kompatibilität der hier verwendeten Methodik und Begriffsdefinitionen mit anderen Studien.

8 Zusammenfassung

Die aktuelle Forschungsliteratur befasst sich zunehmend mit den Auswirkungen von frühen Traumatisierungen auf die Sexualität des Erwachsenen. Die vorliegende Studie untersucht, ob sexuelle Störungen bei Männern und Frauen mit komplexer PTBS gehäuft auftreten, welche geschlechtsspezifischen Unterschiede sich hinsichtlich der Symptomatologie sexueller Störungen und dem Vorliegen früher sexueller Traumaerfahrungen beobachten lassen und mit welchen frühen sexuellen und nicht-sexuellen Traumaerfahrungen sexuelle Störungen assoziiert sind.

274 Teilnehmer einer multizentrischen klinischen Studie wurden mittels strukturiertem Interview (I-kPTBS) auf das Vorliegen einer komplexen PTBS sowie begleitender sexueller Störungen untersucht. Zusätzlich wurden per Fragebogendiagnostik (TAQ) frühe Erfahrungen sexueller, physischer und emotionaler Gewalt sowie Vernachlässigung erfasst. Die Männer und Frauen mit (N = 189) und ohne PTBS (N = 85) wurden hinsichtlich der Prävalenz sexueller Störungen verglichen. Zusätzlich wurden bei den Teilnehmern mit komplexer PTBS geschlechtsspezifische Unterschiede im Auftreten sexueller Störungen und früher sexueller Traumaerfahrungen bestimmt und Zusammenhänge zwischen frühen Traumaerfahrungen und sexuellen Störungen ermittelt.

Alle untersuchten sexuellen Störungen traten bei den Patienten mit komplexer PTBS häufiger auf als bei der Vergleichsgruppe. Hyposexuelle Störungen waren bei den Frauen, hypersexuelle Störungen bei den Männern häufiger als beim jeweils anderen Geschlecht. Frauen hatten mehr frühe sexuelle Traumatisierungen erlebt als Männer, hinsichtlich früher nicht-sexueller Traumatisierungen zeigten sich kaum Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern. Patienten mit hyposexuellen Störungen wiesen durchschnittlich mehr, Patienten mit hypersexuellen Störungen durchschnittlich weniger frühe sexuelle und nicht-sexuelle Traumatisierungen auf als die jeweiligen Vergleichsgruppen. Trotz vielfach sehr ausgeprägter Prävalenzunterschiede wurde das Signifikanzniveau nicht durchweg erreicht. Dies ist möglicherweise eine Folge teilweise sehr geringer Fallzahlen in den einzelnen Untersuchungsgruppen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie unterstützen Befunde aus der aktuellen Forschungsliteratur, wobei sich der Vergleich mit anderen Untersuchungen aufgrund erheblicher methodischer und definitorischer Unterschiede schwierig gestaltet. Die Studie sollte an einer größeren Stichprobe mit ausgewogener Geschlechterverteilung, möglichst unter Einbeziehung der im DSM-IV verzeichneten bzw. fürs DSM-V vorgesehenen Störungsbilder und unter Kontrolle bedeutender Einflussfaktoren, repliziert werden.

9 Literaturverzeichnis

Agaibi, C. E., Wilson, J. P. Trauma, PTSD, and resilience: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse* 6 (2005), 195-216

Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R., Giles, W. H. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256 (2006), 174-186

Andrews, G., Slade, T., Peters, L. Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *Br J Psychiatry* 174 (1999), 3-5

Anticevic, V., Britvic, D. Sexual functioning in war veterans with posttraumatic stress disorder. *Croat Med J* 49 (2008), 499-505

APA. DSM-V Development. American Psychiatric Association, <<http://www.dsm5.org/proposedrevision/Pages/TraumaandStressorRelatedDisorders.aspx>>

Arnow, B. A., Millheiser, L., Garrett, A., Lake Polan, M., Glover, G. H., Hill, K. R., Lightbody, A., Watson, C., Banner, L., Smart, T., Buchanan, T., Desmond, J. E. Women with hypoactive sexual desire disorder compared to normal females: a functional magnetic resonance imaging study. *Neuroscience* 158 (2009), 484-502

AWMF. Leitlinien Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik: Posttraumatische Belastungsstörung, <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/051-010.htm>

Baeyer, W., Häfner, H., Kisker, K. P. "Psychiatrie der Verfolgten. Psychopathologische und gutachterliche Erfahrungen an Opfern der nationalsozialistischen Verfolgten und vergleichbarer Extrembelastungen", Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1964

Baldwin, D. S. Depression and sexual dysfunction. *Br Med Bull* 57 (2001), 81-99

Balon, R., Segraves, R. T., Clayton, A. Issues for DSM-V: sexual dysfunction, disorder, or variation along normal distribution: toward rethinking DSM criteria of sexual dysfunctions. *Am J Psychiatry* 164 (2007), 198-200

Bancroft, J. Sexual behavior that is "out of control": a theoretical conceptual approach. *Psychiatr Clin North Am* 31 (2008), 593-601

Bancroft, J., Loftus, J., Long, J. S. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav* 32 (2003), 193-208

Barnow, S. Trauma, Temperaments- und Charaktermerkmale bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und komplexer posttraumatischer Belastungsstörung. *Verhaltenstherapie* (2005), 148-156

Basson, R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ* 172 (2005), 1327-1333

Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., daCosta, G. A., Akman, D., Cassavia, E. A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 16 (1992), 101-118

- Bergado, J. A., Lucas, M., Richter-Levin, G. Emotional tagging--a simple hypothesis in a complex reality. *Prog Neurobiol* 94 (2011), 64-76
- Bhandari, S., Winter, D., Messer, D., Metcalfe, C. Family characteristics and long-term effects of childhood sexual abuse. *Br J Clin Psychol* 50 (2011), 435-451
- Blain, L. M., Galovski, T. E., Peterson, Z. D. Female sexual self-schema after interpersonal trauma: relationship to psychiatric and cognitive functioning in a clinical treatment-seeking sample. *J Trauma Stress* 24 (2011), 222-225
- Bolm, T. Sexualität bei Borderline-Patienten mit Essstörung. In: "Borderline-Störungen und Sexualität Ätiologie - Störungsbild - Therapie ", Dulz, B., Benecke, C., Richter-Appelt, H. (Hrsg.), Schattauer, Stuttgart, 2009, 210-217
- Boroske-Leiner, K., Hofmann, A., Sack, M. Ergebnisse zur internen und externen Validität des Interviews zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS). *Psychother Psychosom Med Psychol* 58 (2008), 192-199
- Bremner, J. D., Narayan, M., Staib, L. H., Southwick, S. M., McGlashan, T., Charney, D. S. Neural correlates of memories of childhood sexual abuse in women with and without posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 156 (1999), 1787-1795
- Bremner, J. D., Randall, P., Vermetten, E., Staib, L., Bronen, R. A., Mazure, C., Capelli, S., McCarthy, G., Innis, R. B., Charney, D. S. Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse--a preliminary report. *Biol Psychiatry* 41 (1997), 23-32
- Breslau, N. Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Can J Psychiatry* 47 (2002), 923-929
- Breslau, N., Lucia, V. C., Davis, G. C. Partial PTSD versus full PTSD: an empirical examination of associated impairment. *Psychol Med* 34 (2004), 1205-1214
- Brewin, C. R., Andrews, B., Valentine, J. D. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 68 (2000), 748-766
- Briere, J. The long-term clinical correlates of childhood sexual victimization. *Ann N Y Acad Sci* 528 (1988), 327-334
- Briere, J., Hodges, M., Godbout, N. Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: A structural equation model. *J Trauma Stress* (2010),
- Briere, J., Runtz, M. Post sexual abuse trauma: Data and implications for clinical practice. *J Interpers Viol* 2 (1987), 367-379
- Briere, J., Runtz, M. Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a nonclinical adult sample. *Child Abuse Negl* 12 (1988), 51-59
- Broekman, B. F., Olf, M., Boer, F. The genetic background to PTSD. *Neurosci Biobehav Rev* 31 (2007), 348-362
- Brotto, L. A. The DSM diagnostic criteria for sexual aversion disorder. *Arch Sex Behav* 39 (2009), 271-277

- Brunngraber, L. S. Father-daughter incest: immediate and long-term effects of sexual abuse. *ANS Adv Nurs Sci* 8 (1986), 15-35
- Bryer, J. B., Nelson, B. A., Miller, J. B., Krol, P. A. Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 144 (1987), 1426-1430
- Burri, A., Spector, T. Recent and lifelong sexual dysfunction in a female UK population sample: prevalence and risk factors. *J Sex Med* 8 (2011), 2420-2430
- Cannon, W. B. "Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage", D. Appleton and Company, New York, London, 1915
- Carmen, E. H., Rieker, P. P., Mills, T. Victims of violence and psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 141 (1984), 378-383
- Carrive, P. Dual activation of cardiac sympathetic and parasympathetic components during conditioned fear to context in the rat. *Clin Exp Pharmacol Physiol* 33 (2006), 1251-1254
- Cavanaugh, R. M. Self-mutilation as a manifestation of sexual abuse in adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 15 (2002), 97-100
- CDC. Adverse childhood experiences reported by adults --- five states. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 59 (2009), 1609-1613
- Chamberlain, S. R., Muller, U., Blackwell, A. D., Robbins, T. W., Sahakian, B. J. Noradrenergic modulation of working memory and emotional memory in humans. *Psychopharmacology (Berl)* 188 (2006), 397-407
- Chiasson, M. A., Hirshfield, S., Humberstone, M., Difilippi, J., Koblin, B. A., Remien, R. H. Increased high risk sexual behavior after September 11 in men who have sex with men: an Internet survey. *Arch Sex Behav* 34 (2005), 527-535
- Choi, H., Klein, C., Shin, M. S., Lee, H. J. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) symptoms following prostitution and childhood abuse. *Violence Against Women* 15 (2009), 933-951
- Classen, C. C., Palesh, O. G., Aggarwal, R. Sexual revictimization: a review of the empirical literature. *Trauma Violence Abuse* 6 (2005), 103-129
- Cobia, D. C. Female Survivors of Childhood Sexual Abuse: Implications for Couples' Therapists. *Fam J Alex Va* 12 (2004), 312-318
- Cohen, L. J., Forman, H., Steinfeld, M., Fradkin, Y., Frenda, S., Galynker, I. Comparison of childhood sexual histories in subjects with pedophilia or opiate addiction and healthy controls: is childhood sexual abuse a risk factor for addictions? *J Psychiatr Pract* 16 (2010), 394-404
- Colman, R. A., Widom, C. S. Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: a prospective study. *Child Abuse Negl* 28 (2004), 1133-1151
- Cosgrove, D. J., Gordon, Z., Bernie, J. E., Hami, S., Montoya, D., Stein, M. B., Monga, M. Sexual dysfunction in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Urology* 60 (2002), 881-884

- Dannowski, U., Stuhrmann, A., Beutelmann, V., Zwanzger, P., Lenzen, T., Grotegerd, D., Domschke, K., Hohoff, C., Ohrmann, P., Bauer, J., Lindner, C., Postert, C., Konrad, C., Arolt, V., Heindel, W., Suslow, T., Kugel, H. Limbic Scars: Long-Term Consequences of Childhood Maltreatment Revealed by Functional and Structural Magnetic Resonance Imaging. *Biol Psychiatry* (2011),
- Davis, M. Neural systems involved in fear and anxiety measured with fear-potentiated startle. *Am Psychol* 61 (2006), 741-756
- Davis, M., Whalen, P. J. The amygdala: vigilance and emotion. *Mol Psychiatry* 6 (2001), 13-34
- de Bruijn, E. R., Grootens, K. P., Verkes, R. J., Buchholz, V., Hummelen, J. W., Hulstijn, W. Neural correlates of impulsive responding in borderline personality disorder: ERP evidence for reduced action monitoring. *J Psychiatr Res* 40 (2006), 428-437
- de Quervain, D. J., Aerni, A., Schelling, G., Roozendaal, B. Glucocorticoids and the regulation of memory in health and disease. *Front Neuroendocrinol* (2009),
- DeRogatis, L. R., Burnett, A. L. The epidemiology of sexual dysfunctions. *J Sex Med* 5 (2008), 289-300
- DiLillo, D. Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: empirical findings and methodological issues. *Clin Psychol Rev* 21 (2001), 553-576
- DiLillo, D., Peugh, J., Walsh, K., Panuzio, J., Trask, E., Evans, S. Child maltreatment history among newlywed couples: a longitudinal study of marital outcomes and mediating pathways. *J Consult Clin Psychol* 77 (2009), 680-692
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E. "Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis", Huber, Bern, 2006
- Dimock, P. T. Adult Males Sexually Abused as Children. *J Interpers Violence* 3 (1988), 203-221
- Donegan, N. H., Sanislow, C. A., Blumberg, H. P., Fulbright, R. K., Lacadie, C., Skudlarski, P., Gore, J. C., Olson, I. R., McGlashan, T. H., Wexler, B. E. Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biol Psychiatry* 54 (2003), 1284-1293
- Dong, M., Anda, R. F., Dube, S. R., Giles, W. H., Felitti, V. J. The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child Abuse Negl* 27 (2003), 625-639
- Diessen, M., Beblo, T., Reddemann, L., Rau, H., Lange, W., Silva, A., Barea, R. C., Wulff, H., Ratzka, S. Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? Zum Stand der Forschung. *Nervenarzt* 73 (2002), 820-829
- DSM-II. "Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Second edition", American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1968
- DSM-III. "Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition", American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1980

- DSM-IV-Sourcebook. American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1996
- DSM-IV. "Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition", American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1994
- DSM. "Diagnostic and statistical manual of mental disorders", American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1952
- Dudley, K. J., Li, X., Kobor, M. S., Kippin, T. E., Bredy, T. W. Epigenetic mechanisms mediating vulnerability and resilience to psychiatric disorders. *Neurosci Biobehav Rev* 35 (2011), 1544-1551
- Dulz, B., Benecke, C., Richter-Appelt, H. "Borderline-Störungen und Sexualität. Ätiologie - Störungsbild - Therapie ", Schattauer, Stuttgart, 2009
- Dulz, B., Jensen, M. Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten. In: "Handbuch der Borderline-Störungen", 167-193, Kernberg, O., Dulz, B., Sachsse, U. (Hrsg.), Schattauer, Stuttgart, 2000,
- Eissler, K. R. Die Ermordung von wievielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben? *Psyche* 17 (1963), 241-291
- Elliott, M. L. The use of "impotence" and "frigidity": why has "impotence" survived. *J Sex Marital Ther* 11 (1985), 51-56
- Fanselow, M. S. The midbrain periaqueductal gray as a coordinator of action in response to fear and anxiety. In: "The Midbrain Periaqueductal Gray Matter", Depaulis, A., Bandler, R. (Hrsg.), Plenum Press, New York, 1991, 151-173
- Feldner, M. T., Monson, C. M., Friedman, M. J. A critical analysis of approaches to targeted PTSD prevention: current status and theoretically derived future directions. *Behav Modif* 31 (2007), 80-116
- Felitti, V. J. Ergebnisse der Adverse Childhood Experiences (ACE)-Studie zu Kindheitstrauma und Gewalt – Epidemiologische Validierung psychoanalytischer Konzepte. *Trauma & Gewalt* 2 (2007), 2-15
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks, J. S. 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 (1998), 245-258
- Filipas, H. H., Ullman, S. E. Child sexual abuse, coping responses, self-blame, posttraumatic stress disorder, and adult sexual revictimization. *J Interpers Violence* 21 (2006), 652-672
- Finkelhor, D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 18 (1994), 409-417
- Finkelhor, D., Browne, A. The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *Am J Orthopsychiatry* 55 (1985), 530-541
- Finkelhor, D., Browne, A. Assessing the Long-term Impact of Child Sexual Abuse: A Review and Conceptualization. In: "Family Abuse and Its Consequences: New Directions in Research", Hotelling, G. T., Finkelhor, D., Kirkpatrick, J. T., Straus, M. A.

(Hrsg.), Sage, London, 1988, 270-284

Fischer, G., Riedesser, P. "Lehrbuch der Psychotraumatologie", UTB, Stuttgart, 2009

Ford, J. D., Kidd, P. Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 11 (1998), 743-761

Ford, J. D., Stockton, P., Kaltman, S., Green, B. L. Disorders of extreme stress (DESNOS) symptoms are associated with type and severity of interpersonal trauma exposure in a sample of healthy young women. *J Interpers Violence* 21 (2006), 1399-1416

Fossati, A., Madeddu, F., Maffei, C. Borderline Personality Disorder and childhood sexual abuse: a meta-analytic study. *J Pers Disord* 13 (1999), 268-280

Freud, S. Zur Ätiologie der Hysterie. In: "Gesammelte Werke, Band 1, Werke aus den Jahren 1892-1899: Studien über Hysterie, Frühe Schriften zur Neurosenlehre", Fischer, Frankfurt a. M., 1896, 6. Auflage (1977), 423-459

Freud, S. "Die Traumdeutung", Fischer, Frankfurt a. M., 1900

Freud, S. "Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie", Fischer, Frankfurt a. M., 1905

Freud, S. Selbstdarstellung. In: "Gesammelte Werke, Band 14, Werke aus den Jahren 1925-1931", Fischer, Frankfurt a. M., 1925, 7. Auflage (1976), 59

Freud, S. "Abriss der Psychoanalyse", Fischer, Frankfurt a. M., 1938

Freyberger, H. J. Sexualität und Dissoziation. In: "Borderline-Störungen und Sexualität", Dulz, B., Benecke, C., Richter-Appelt, H. (Hrsg.), Schattauer, Stuttgart, New York, 2009, 218-223

Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., Brewin, C. R. Considering PTSD for DSM-5. *Depress Anxiety* 28 (2011), 750-769

Frör, K. Dissoziative Identitätsstörung - eine polysymptomatische Störung? (Eine Validierungsstudie mit dem SIDDS). In, Fachbereich Psychologie. Marburg: Philipps Universität 2000

Gast, U. Komplexe Dissoziative Störungen. In. Hannover: Medizinische Hochschule Hannover; 2002

Gill, M., Tutty, L. Male survivors of childhood sexual abuse: A qualitative study and issues for clinical consideration. *J Child Sex Abus* 7 (1999), 19-33

Goldberg, E. Die ambulante Behandlung der Kriegsneurotiker in Ambulantenstationen für Nervenranke. *J Neurol* 64 (1919), 118-132

Green, B. L. Defining Trauma: Terminology and Generic Stressor Dimensions. *J Appl Soc Psychol* 20 (1990), 1632-1642

Haase, A. Sexuelle Dysfunktionen und sexuelle Zufriedenheit bei Patientinnen mit posttraumatischer Belastungsstörung. *Verhaltenstherapie* 19 (2009), 161-167

Hall, K. Sexual Dysfunction and Childhood Sexual Abuse - Gender Differences and

- Treatment Implications. In: "Principles and Practice of Sex Therapy", Leiblum, S. R. (Hrsg.), Guilford Publications, New York, 2007, 4,
- Hall, K. Childhood Sexual Abuse and Adult Sexual Problems: A New View of Assessment and Treatment. *Fem Psychol* 18 (2008), 546-556
- Halpern, A. L. The proposed diagnosis of hypersexual disorder for inclusion in DSM-5: unnecessary and harmful. *Arch Sex Behav* 40 (2011), 487-488; author reply 489-490
- Hapke, U., Schumann, A., Rumpf, H. J., John, U., Meyer, C. Post-traumatic stress disorder: the role of trauma, pre-existing psychiatric disorders, and gender. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256 (2006), 299-306
- Harkness, K. L., Bruce, A. E., Lumley, M. N. The role of childhood abuse and neglect in the sensitization to stressful life events in adolescent depression. *J Abnorm Psychol* 115 (2006), 730-741
- Hartmann, U., Heiser, K., Ruffer-Hesse, C., Kloth, G. Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. *World J Urol* 20 (2002), 79-88
- Hathaway, L. M., Boals, A., Banks, J. B. PTSD symptoms and dominant emotional response to a traumatic event: an examination of DSM-IV Criterion A2. *Anxiety Stress Coping* (2009), 1-8
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brahler, E., Glaesmer, H. Maltreatment in childhood and adolescence: results from a survey of a representative sample of the German population. *Dtsch Arztebl Int* 108 (2011), 287-294
- Hawley, W., Grissom, E., Keskitalo, L., Hastings, T., Dohanich, G. Sexual motivation and anxiety-like behaviors of male rats after exposure to a trauma followed by situational reminders. *Physiol Behav* 102 (2011), 181-187
- Hayes, R. D., Bennett, C. M., Dennerstein, L., Taffe, J. R., Fairley, C. K. Are aspects of study design associated with the reported prevalence of female sexual difficulties? *Fertil Steril* 90 (2008), 497-505
- Heim, C., Nemeroff, C. B. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry* 49 (2001a), 1023-1039
- Heim, C., Newport, D. J., Bonsall, R., Miller, A. H., Nemeroff, C. B. Altered pituitary-adrenal axis responses to provocative challenge tests in adult survivors of childhood abuse. *Am J Psychiatry* 158 (2001b), 575-581
- Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R., Miller, A. H., Nemeroff, C. B. Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA* 284 (2000), 592-597
- Heiman, J. R. Sexual dysfunction: overview of prevalence, etiological factors, and treatments. *J Sex Res* 39 (2002), 73-78
- Herman, J. L. Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *J Trauma Stress* 5 (1992), 377-391
- Herman, J. L. "Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden", Junfermann, Paderborn, 2, 2006

- Herman, J. L., Perry, J. C., van der Kolk, B. A. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 146 (1989), 490-495
- Herrmann, B. Vernachlässigung und emotionale Misshandlung von Kindern und Jugendlichen. *Kinder- und Jugendarzt* 6 (2005), 1-7
- Hillis, S. D., Anda, R. F., Felitti, V. J., Marchbanks, P. A. Adverse childhood experiences and sexual risk behaviors in women: a retrospective cohort study. *Fam Plann Perspect* 33 (2001), 206-211
- Hofmann, A., Fischer, G., Koehn, F. "Traumatic Antecedents Questionnaire (TAQ)", Deutsches Institut für Psychotraumatologie, Köln, 1999
- Holmes, G. R., Offen, L., Waller, G. See no evil, hear no evil, speak no evil: why do relatively few male victims of childhood sexual abuse receive help for abuse-related issues in adulthood? *Clin Psychol Rev* 17 (1997), 69-88
- James, W. "The Principles of Psychology", Dover, New York, 1890
- Jespersen, S. Antidepressant induced sexual dysfunction, part 1: epidemiology and clinical presentation. *S Afr Psychiatry* (2006), 24-27
- Johnson, J. G., Smailes, E. M., Cohen, P., Brown, J., Bernstein, D. P. Associations between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: findings of a community-based longitudinal study. *J Pers Disord* 14 (2000), 171-187
- Jung, K., Steil, R. The feeling of being contaminated in adult survivors of childhood sexual abuse and its treatment via a two-session program of cognitive restructuring and imagery modification: a case study. *Behav Modif* 36 (2011), 67-86
- Kafka, M. P. Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav* 39 (2010), 377-400
- Kaplan, H. S. Hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Marital Ther* (1977), 3-9
- Kaplan, M. S., Krueger, R. B. Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *J Sex Res* 47 (2010), 181-198
- Kardiner, A. "The traumatic neuroses of war", Hoeber, New York, 1941
- Karl, A., Schaefer, M., Malta, L. S., Dorfel, D., Rohleder, N., Werner, A. A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. *Neurosci Biobehav Rev* 30 (2006), 1004-1031
- Kastenberger, E. DFP-Allgemeinmedizin: Das Trauma. ärztemagazin, <http://www.medizin-medien.at/dynasite.cfm?dsmid=61464&dspaid=701063>
- Kelly, R. J., Wood, J. J., Gonzalez, L. S., MacDonald, V., Waterman, J. Effects of mother-son incest and positive perceptions of sexual abuse experiences on the psychosocial adjustment of clinic-referred men. *Child Abuse Negl* 26 (2002), 425-441
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., Finkelhor, D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull* 113 (1993), 164-180
- Kingsberg, S., Althof, S. E. Evaluation and treatment of female sexual disorders. *Int*

- Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 20 Suppl 1 (2009), S33-43
- Kockott, G. Psychotherapie sexueller Funktions- und Erlebensstörungen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50 (2007), 11-18
- Kraepelin, E. "Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte.", J. A. Barth, Leipzig, 1899
- Lampe, A. Prävalenz von sexuellem Missbrauch, physischer Misshandlung und emotionaler Vernachlässigung in Europa. Z Psychosom Med Psychother 48 (2002), 370-380
- Lamprecht, F., Sack, M. Posttraumatic stress disorder revisited. Psychosom Med 64 (2002), 222-237
- Langkafel, M. Die Posttraumatische Belastungsstörung. Psychotherapie im Dialog 1 (2000), 3-12
- Laumann, E. O., Paik, A., Rosen, R. C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA 281 (1999), 537-544
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., Leweke, F. Borderline personality disorder. Lancet 377 (2011), 74-84
- Lemieux, A. M., Coe, C. L. Abuse-related posttraumatic stress disorder: evidence for chronic neuroendocrine activation in women. Psychosom Med 57 (1995), 105-115
- Leonard, L. M., Follette, V. M. Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: review of the empirical literature and clinical implications. Annu Rev Sex Res 13 (2002), 346-388
- Letourneau, E. J., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Best, C. L. Comorbidity of sexual problems and posttraumatic stress disorder in female crime victims. Behav Ther 27 (1996), 321-336
- Lewis, K. L., Grenyer, B. F. Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? An update on the controversy. Harv Rev Psychiatry 17 (2009), 322-328
- Loeb, T. B., Williams, J. K., Carmona, J. V., Rivkin, I., Wyatt, G. E., Chin, D., Asuan-O'Brien, A. Child sexual abuse: associations with the sexual functioning of adolescents and adults. Annu Rev Sex Res 13 (2002), 307-345
- Lohmer, M., Wernz, C. Sexualität und Abwehrmechanismen. In: "Borderline-Störungen und Sexualität Ätiologie - Störungsbild - Therapie ", Dulz, B., Benecke, C., Richter-Appelt, H. (Hrsg.), Schattauer, Stuttgart, 2009, 148-157
- Loranger, A. W., Janca, A., Sartorius, N. "Assessment and diagnosis of personality disorders - The ICD-10 International personality disorder examination (IPDE)", Cambridge University Press, Cambridge, 1997
- Lovick, T. A. Interactions between descending pathways from the dorsal and ventrolateral periaqueductal grey matter in the rat. . In: "The Midbrain Periaqueductal Gray Matter", Depaulis, A., Bandler, R. (Hrsg.), Plenum Press, New York, 1991, 101-120
- Maercker, A. "Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen", Springer, Berlin, 2. Auflage, 2003

- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H., Brahler, E. Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt* 79 (2008), 577-586
- Maier, T. Weathers' and Keane's, "the criterion A problem revisited: controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma". *J Trauma Stress* 20 (2007), 915-916; discussion 917-919
- Maniglio, R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev* 29 (2009), 647-657
- Marshall, L. E., Briken, P. Assessment, diagnosis, and management of hypersexual disorders. *Curr Opin Psychiatry* 23 (2010), 570-573
- Masson, J. "The Assault on Truth. Freud's Suppression of the Seduction Theory", Farrar, Straus, and Giroux, New York, 1984
- Masters, W., Johnson, V. "Human sexual inadequacy", Little, Brown & Co, Boston, MA, 1970
- Mathew, S. J., Price, R. B., Charney, D. S. Recent advances in the neurobiology of anxiety disorders: implications for novel therapeutics. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 148C (2008), 89-98
- Matussek, P. "Die Konzentrationslagerhaft und ihre Folgen", Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1971/01/01, 1971
- McFarlane, A., Clark, C. R., Bryant, R. A., Williams, L. M., Niaura, R., Paul, R. H., Hitsman, B. L., Stroud, L., Alexander, D. M., Gordon, E. The impact of early life stress on psychophysiological, personality and behavioral measures in 740 non-clinical subjects. *J Integr Neurosci* 4 (2005), 27-40
- McGaugh, J. L. The amygdala modulates the consolidation of memories of emotionally arousing experiences. *Annu Rev Neurosci* 27 (2004), 1-28
- McLean, L. M., Gallop, R. Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 160 (2003), 369-371
- Mehta, D., Binder, E. B. Gene x environment vulnerability factors for PTSD: The HPA-axis. *Neuropharmacology* (2011),
- Messer, J. M., Fremouw, W. J. A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clin Psychol Rev* 28 (2008), 162-178
- Meston, C. The Relation between Early Abuse and Adult Sexuality. (1999),
- Meston, C. M., Heiman, J. R. Sexual abuse and sexual function: an examination of sexually relevant cognitive processes. *J Consult Clin Psychol* 68 (2000), 399-406
- Meston, C. M., Rellini, A. H., Heiman, J. R. Women's history of sexual abuse, their sexuality, and sexual self-schemas. *J Consult Clin Psychol* 74 (2006), 229-236
- Miller, A. "Du sollst nicht merken: Variationen über das Paradies-Thema", Suhrkamp, 1981

- Miller, M. W., Resick, P. A. Internalizing and externalizing subtypes in female sexual assault survivors: implications for the understanding of complex PTSD. *Behav Ther* 38 (2007), 58-71
- Miller, M. W., Resick, P. A., Keane, T. M. DSM-V: should PTSD be in a class of its own? *Br J Psychiatry* 194 (2009), 90
- Mills, L. J. Her body speaks: the experience of dance therapy for women survivors of child sexual abuse. *J Couns Dev* 80 (2002), 77-85
- Moggi, F. Sexuelle Kindesmisshandlung: Traumatisierungsmerkmale, typische Folgen und ihre Ätiologie. In: "Sexueller Missbrauch", Amann, G., Wipplinger, R. (Hrsg.), dgvt Verlag, Tübingen, 2005, 3. Auflage, 187-200
- Mombour, W., Zaudig, M., Berger, P., Gutierrez, K., Berner, W., von Cranach, M., Gighuber, O., von Bose, M. "IPDE", Huber, Bern, 1996
- Montgomery, K. A. Sexual desire disorders. *Psychiatry (Edgmont)* 5 (2008), 50-55
- Morilak, D. A., Barrera, G., Echevarria, D. J., Garcia, A. S., Hernandez, A., Ma, S., Petre, C. O. Role of brain norepinephrine in the behavioral response to stress. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 29 (2005), 1214-1224
- Müller, M. B., Zimmermann, S., Sillaber, I., Hagemeyer, T. P., Deussing, J. M., Timpl, P., Kormann, M. S., Droste, S. K., Kuhn, R., Reul, J. M., Holsboer, F., Wurst, W. Limbic corticotropin-releasing hormone receptor 1 mediates anxiety-related behavior and hormonal adaptation to stress. *Nat Neurosci* 6 (2003), 1100-1107
- Myers, C. S. A contribution to the study of shellshock. Being an account of the cases of loss of memory, vision, smell and taste admitted to the Duchess of Westminster's War Hospital, Le Touquet. *The Lancet* (Feb. 1915), 316-320
- Mylle, J., Maes, M. Partial posttraumatic stress disorder revisited. *J Affect Disord* 78 (2004), 37-48
- Nair, J., Singh Ajit, S. The role of the glutamatergic system in posttraumatic stress disorder. *CNS Spectr* 13 (2008), 585-591
- Najman, J. M., Dunne, M. P., Purdie, D. M., Boyle, F. M., Coxeter, P. D. Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: an Australian population-based study. *Arch Sex Behav* 34 (2005), 517-526
- Nanni, V., Uher, R., Danese, A. Childhood Maltreatment Predicts Unfavorable Course of Illness and Treatment Outcome in Depression: A Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* (2011),
- Navalta, C. P., Polcari, A., Webster, D. M., Boghossian, A., Teicher, M. H. Effects of childhood sexual abuse on neuropsychological and cognitive function in college women. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 18 (2006), 45-53
- Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, P. A., Cooper, M. L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K. K., Glowinski, A., McLaughlin, T., Dunne, M. P., Statham, D. J., Martin, N. G. Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Arch Gen Psychiatry* 59 (2002), 139-145

- Noll, J. G., Trickett, P. K., Putnam, F. W. A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *J Consult Clin Psychol* 71 (2003), 575-586
- Orcutt, H. K. Use of Sexual Intercourse to Reduce Negative Affect as a Prospective Mediator of Sexual Revictimization. *J Trauma Stress* 18 (2005), 729–739
- Orr, S. P., Lasko, N. B., Metzger, L. J., Berry, N. J., Ahern, C. E., Pitman, R. K. Psychophysiologic assessment of women with posttraumatic stress disorder resulting from childhood sexual abuse. *J Consult Clin Psychol* 66 (1998), 906-913
- Ozer, E. J. Who develops Posttraumatic Stress Disorder? *Curr Dir Psychol Sci* 13 (2004), 169-172
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., Weiss, D. S. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull* 129 (2003), 52-73
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., Violato, C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *J Psychol* 135 (2001), 17-36
- Parish, S. J. From whence comes HSDD? *J Fam Pract* 58 (2009), S16-21
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B. A., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., Resick, P. Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *J Trauma Stress* 10 (1997), 3-16
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., Gomez-Benito, J. The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Negl* 33 (2009), 331-342
- Polusny, M. A., Folette, V. M. Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Appl Prev Psychol* 4 (1995), 143-166
- Ponticas, Y. Sexual aversion versus hypoactive sexual desire: a diagnostic challenge. *Psychiatr Med* 10 (1992), 273-281
- Pujols, Y., Meston, C. M., Seal, B. N. The Association Between Sexual Satisfaction and Body Image in Women. *J Sex Med* (2009),
- Quirk, G. J., Garcia, R., Gonzalez-Lima, F. Prefrontal mechanisms in extinction of conditioned fear. *Biol Psychiatry* 60 (2006), 337-343
- Rauch, S. L., Shin, L. M., Phelps, E. A. Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research--past, present, and future. *Biol Psychiatry* 60 (2006), 376-382
- Reid, R. C., Carpenter, B. N., Draper, E. D. Disputing the notion of psychopathology among women married to hypersexual men using the MMPI-2-RF. *J Sex Marital Ther* 37 (2011), 45-55
- Reid, R. C., Karim, R., McCrory, E., Carpenter, B. N. Self-reported differences on measures of executive function and hypersexual behavior in a patient and community sample of men. *Int J Neurosci* 120 (2010), 120-127
- Rellini, A. 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 (2008), 31-46

- Rellini, A., Meston, C. Sexual function and satisfaction in adults based on the definition of child sexual abuse. *J Sex Med* 4 (2007), 1312-1321
- Rellini, A. H., Hamilton, L. D., Delville, Y., Meston, C. M. The cortisol response during physiological sexual arousal in adult women with a history of childhood sexual abuse. *J Trauma Stress* 22 (2009), 557-565
- Rellini, A. H., Meston, C. M. Psychophysiological sexual arousal in women with a history of child sexual abuse. *J Sex Marital Ther* 32 (2006), 5-22
- Rellini, A. H., Meston, C. M. Sexual self-schemas, sexual dysfunction, and the sexual responses of women with a history of childhood sexual abuse. *Arch Sex Behav* 40 (2011), 351-362
- Reul, J. M., Nutt, D. J. Glutamate and cortisol--a critical confluence in PTSD? *J Psychopharmacol* 22 (2008), 469-472
- Reynolds, D. V. Surgery in the rat during electrical analgesia induced by focal brain stimulation. *Science* 164 (1969), 444-445
- Riley, A., Riley, E. Controlled studies on women presenting with sexual drive disorder: I. Endocrine status. *J Sex Marital Ther* 26 (2000), 269-283
- Rind, B., Tromovitch, P. National samples, sexual abuse in childhood, and adjustment in adulthood: a commentary on Najman, Dunne, Purdie, Boyle, and Coxeter (2005). *Arch Sex Behav* 36 (2007), 101-106; discussion 107-109
- Rind, B., Tromovitch, P., Bauserman, R. A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychol Bull* 124 (1998), 22-53
- Rinne, T., de Kloet, E. R., Wouters, L., Goekoop, J. G., DeRijk, R. H., van den Brink, W. Hyperresponsiveness of hypothalamic-pituitary-adrenal axis to combined dexamethasone/corticotropin-releasing hormone challenge in female borderline personality disorder subjects with a history of sustained childhood abuse. *Biol Psychiatry* 52 (2002), 1102-1112
- Rinne, T. W., H. G. M., den Boer, J. A., van den Brink, W. Serotonergic blunting to meta-chlorophenylpiperazine (m-CPP) highly correlates with sustained childhood abuse in impulsive and autoaggressive female borderline patients. *Biol Psychiatry* 47 (2000), 548-556
- Rooszendaal, B., Schelling, G., McGaugh, J. L. Corticotropin-releasing factor in the basolateral amygdala enhances memory consolidation via an interaction with the beta-adrenoceptor-cAMP pathway: dependence on glucocorticoid receptor activation. *J Neurosci* 28 (2008), 6642-6651
- Rosenman, S., Rodgers, B. Childhood adversity in an Australian population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39 (2004), 695-702
- Ross, C. A., Herber, S., Norton, G. R., Anderson, D., Anderson, G., Barchet, P. "The Dissociative Disorders Interview Schedule", Wiley, New York, 1989
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B. A., Mandel, F. S. Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *J Trauma Stress* 10 (1997), 539-555

- Rumstein-McKean, O., Hunsley, J. Interpersonal and family functioning of female survivors of childhood sexual abuse. *Clin Psychol Rev* 21 (2001), 471-490
- Sachsse, U. Selbstverletzendes Verhalten und Sexualität. In: "Borderline-Störungen und Sexualität Ätiologie - Störungsbild - Therapie ", Dulz, B., Benecke, C., Richter-Appelt, H. (Hrsg.), Schattauer, Stuttgart, 2009, 134-137
- Sachsse, U., Eßlinger, K., Schilling, L. Vom Kindheitstrauma zur schweren Persönlichkeitsstörung. In: "Traumazentrierte Psychotherapie: Theorie, Klinik und Praxis", Sachsse, U. (Hrsg.), Schattauer Verlag, Stuttgart, 2004, 92-95
- Sack, M. Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Nervenarzt* 75 (2004), 451-459
- Sack, M. "Schonende Traumatherapie: Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen", Schattauer, Stuttgart, 2010
- Sack, M., Cillien, M., Lempa, W., Hopper, J. W. Acute dissociation and cardiac reactivity to script-driven imagery in trauma-related disorders. Bisher unveröffentlichte Forschungsarbeit (2012a),
- Sack, M., Lempa, W., Lamprecht, F. Diagnostik der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung - empirische Befunde mit einem standardisierten Interview und konzeptuelle Überlegungen. Vortrag auf der 4. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie Köln 06.04.2002. *Psychotraumatologie* 3 (2002),
- Sack, M., Sachsse, U., Dulz, B. Störungen der Sexualität bei Patientinnen und Patienten mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung. In: "Borderline-Störungen und Sexualität Ätiologie - Störungsbild - Therapie ", Dulz, B., Benecke, C., Richter-Appelt, H. (Hrsg.), Schattauer, Stuttgart, 2009, 134-137
- Sack, M., Sachsse, U., Overkamp, B., Dulz, B. Komplexe Traumafolgestörungen und dissoziative Störungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung - Ergebnisse einer Multicenterstudie. *Nervenarzt im Druck* (2012b),
- Sansone, R. A., Hahn, H. S., Dittoe, N., Wiederman, M. W. The relationship between childhood trauma and borderline personality symptomatology in a consecutive sample of cardiac stress test patients. *Int J Psychiatry Clin Pract* 15 (2011), 275-279
- Saß, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M., Houben, I. "Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. (DSM-IV-TR): Textrevision", Hogrefe-Verlag, Göttingen, 2000
- Schloredt, K. A., Heiman, J. R. Perceptions of sexuality as related to sexual functioning and sexual risk in women with different types of childhood abuse histories. *J Trauma Stress* 16 (2003), 275-284
- Schmid, M. F., J. M.; Petermann, F. Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra. *Kindheit und Entwicklung* 19 (2010), 47-63
- Schmidt, U., Holsboer, F., Rein, T. Epigenetic aspects of posttraumatic stress disorder. *Dis Markers* 30 (2011), 77-87
- Schulte-Herbrüggen, O., Ahlers, C. J., Kronsbein, J. M., Ruter, A., Bahri, S., Vater, A., Roepke, S. Impaired Sexual Function in Patients with Borderline Personality Disorder is

- Determined by History of Sexual Abuse. *J Sex Med* (2009),
- Schwartz, M. F. Developmental psychopathological perspectives on sexually compulsive behavior. *Psychiatr Clin North Am* 31 (2008), 567-586
- Scott, K. M., Von Korff, M., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Haro, J. M., Lepine, J. P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Tachimori, H., Kessler, R. C. Association of childhood adversities and early-onset mental disorders with adult-onset chronic physical conditions. *Arch Gen Psychiatry* 68 (2011), 838-844
- Seal, B. N., Bradford, A., Meston, C. M. The association between body esteem and sexual desire among college women. *Arch Sex Behav* 38 (2009), 866-872
- Senn, T. E., Carey, M. P., Venable, P. A. Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clin Psychol Rev* 28 (2008), 711-735
- Shengold, L. L. Child abuse and deprivation: soul murder. *J Am Psychoanal Assoc* 27 (1979), 533-559
- Shifren, J. L., Monz, B. U., Russo, P. A., Segreti, A., Johannes, C. B. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* 112 (2008), 970-978
- Shin, L. M., McNally, R. J., Kosslyn, S. M., Thompson, W. L., Rauch, S. L., Alpert, N. M., Metzger, L. J., Lasko, N. B., Orr, S. P., Pitman, R. K. Regional cerebral blood flow during script-driven imagery in childhood sexual abuse-related PTSD: A PET investigation. *Am J Psychiatry* 156 (1999), 575-584
- Simons, J. S., Carey, M. P. Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research. *Arch Sex Behav* 30 (2001), 177-219
- Skelton, K., Ressler, K. J., Norrholm, S. D., Jovanovic, T., Bradley-Davino, B. PTSD and gene variants: New pathways and new thinking. *Neuropharmacology* (2011),
- Soloff, P. H., Meltzer, C. C., Greer, P. J., Constantine, D., Kelly, T. M. A fenfluramine-activated FDG-PET study of borderline personality disorder. *Biol Psychiatry* 47 (2000), 540-547
- Sorensen, R. C. "Adolescent Sexuality in Contemporary America: Personal Values and Sexual Behavior: Ages Thirteen to Nineteen", World Publishing, New York, 1973
- Southern, S. Treatment of compulsive cybersex behavior. *Psychiatr Clin North Am* 31 (2008), 697-712
- Staples, J., Rellini, A. H., Roberts, S. P. Avoiding Experiences: Sexual Dysfunction in Women with a History of Sexual Abuse in Childhood and Adolescence. *Arch Sex Behav* (2011),
- Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L., Forde, D. R. Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *Am J Psychiatry* 154 (1997), 1114-1119
- Straus, M. A., Savage, S. A. Neglectful behavior by parents in the life history of university students in 17 countries and its relation to violence against dating partners. *Child Maltreat* 10 (2005), 124-135

- Tagay, S., Herpertz, S., Langkafel, M., Senf, W. Trauma, posttraumatische Belastungsstörung und Somatisierung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 54 (2004), 198-205
- Teegen, F., Schriefer, J. Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung. Eine Untersuchung des diagnostischen Konstruktes am Beispiel misshandelter Frauen. *Klin Psychol Psychiatr Psychother* 1 (2002), 219-233
- Terr, L. C. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 148 (1991), 10-20
- Testa, M., VanZile-Tamsen, C., Livingston, J. A. Prospective prediction of women's sexual victimization by intimate and nonintimate male perpetrators. *J Consult Clin Psychol* 75 (2007), 52-60
- Thomaes, K., Dorrepaal, E., Draijer, N., de Ruiter, M. B., Elzinga, B. M., Sjoerds, Z., van Balkom, A. J., Smit, J. H., Veltman, D. J. Increased anterior cingulate cortex and hippocampus activation in Complex PTSD during encoding of negative words. *Soc Cogn Affect Neurosci* (2011),
- Tsai, M., Feldman-Summers, S., Edgar, M. Childhood molestation: variables related to differential impacts on psychosexual functioning in adult women. *J Abnorm Psychol* 88 (1979), 407-417
- Ursano, R. J., Zhang, L., Li, H., Johnson, L., Carlton, J., Fullerton, C. S., Benedek, D. M. PTSD and traumatic stress From gene to community and bench to bedside. *Brain Res* (2009),
- van Berlo, W., Ensink, B. Problems with sexuality after sexual assault. *Annu Rev Sex Res* 11 (2000), 235-257
- van der Kolk, B. The assessment and treatment of complex PTSD. In: "Traumatic Stress", Yehuda, R. (Hrsg.), American Psychiatric Press, Washington, DC, 2001,
- van der Kolk, B. A. "Traumatic Antecedents Questionnaire (TAQ)", The Trauma Center, Brookline, Massachusetts, 1997
- van der Kolk, B. A. Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. In: "Textbook of Biological Psychiatry", Panksepp, J. (Hrsg.), Wiley-Liss, Inc., Hoboken, New Jersey, 2004, 319-344
- van der Kolk, B. A. Developmental Trauma Disorder: Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatr Ann* 35 (2005), 401-408
- van der Kolk, B. A., Fisler, R. Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *J Trauma Stress* 8 (1995), 505-525
- van der Kolk, B. A., Fisler, R. E. Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bull Menninger Clin* 58 (1994), 145-168
- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., Herman, J. L. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *Am J Psychiatry* 153 (1996), 83-93
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., Spinazzola, J. Disorders of

- extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress* 18 (2005), 389-399
- Weathers, F. W., Keane, T. M. The Criterion A problem revisited: controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. *J Trauma Stress* 20 (2007), 107-121
- Weniger, G., Lange, C., Sachsse, U., Irle, E. Reduced amygdala and hippocampus size in trauma-exposed women with borderline personality disorder and without posttraumatic stress disorder. *J Psychiatry Neurosci* 34 (2009), 383-388
- Wenninger, K., Heiman, J. R. Relating body image to psychological and sexual functioning in child sexual abuse survivors. *J Trauma Stress* 11 (1998), 543-562
- Wetzels, P. "Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit. Ergebnisse einer repräsentativen Prävalenzstudie für die BRD.", Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e. V., Hannover, 1997
- Whealin, J. M. Child sexual abuse. National Center for Posttraumatic Stress Disorder, <http://www.ptsd.va.gov/public/pages/child-sexual-abuse.asp>
- Whitaker, D. J., Le, B., Karl Hanson, R., Baker, C. K., McMahon, P. M., Ryan, G., Klein, A., Rice, D. D. Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: a review and meta-analysis. *Child Abuse Negl* 32 (2008), 529-548
- WHO. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January, 2002 In. Geneva; 2002
- Wilsnack, S. C., Vogeltanz, N. D., Klassen, A. D., Harris, T. R. Childhood sexual abuse and women's substance abuse: national survey findings. *J Stud Alcohol* 58 (1997), 264-271
- Wipplinger, R., Amann, G. Zur Bedeutung der Bezeichnungen und Definitionen von sexuellem Missbrauch. In: "Sexueller Missbrauch", Wipplinger, R. (Hrsg.), dgvt Verlag, Tübingen, 2005, 2. Auflage, 13-38
- Wittchen, H. U., Beloch, E., Garczynski, E., Holly, A., Lachner, G., Perkonigg, A., Vodermaier, A., Vossen, A., Wunderlich, U., Zieglgänsberger, S. "Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI), Version 2.2.", Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München, München, 1995
- Wittchen, H. U., Zaudig, M. F., T. "Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV", Hogrefe, Göttingen, 1997
- Woon, F. L., Hedges, D. W. Hippocampal and amygdala volumes in children and adults with childhood maltreatment-related posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Hippocampus* 18 (2008), 729-736
- Woon, F. L., Hedges, D. W. Amygdala volume in adults with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 21 (2009), 5-12
- Wurmser, L. Psychoanalytische Behandlung - Trauma, Konflikt und "Teufelskreis". In: "Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung: Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen", Egle, U. T., Hoffmann, S. O., Joraschky, P. (Hrsg.), Schattauer, Stuttgart, New York, 2004, 517-529

- Yehuda, R. Adult neuroendocrine aspects of PTSD. *Psychiatric Annals* 33 (2003), 30-36
- Yehuda, R., Bell, A., Bierer, L. M., Schmeidler, J. Maternal, not paternal, PTSD is related to increased risk for PTSD in offspring of Holocaust survivors. *J Psychiatr Res* 42 (2008a), 1104-1111
- Yehuda, R., Bierer, L. M. Transgenerational transmission of cortisol and PTSD risk. *Prog Brain Res* 167 (2008b), 121-135
- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., Skodol, A. E., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Sanislow, C. A., Zanarini, M. C., Bender, D. S., Rettew, J. B., McGlashan, T. H. Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Nerv Ment Dis* 190 (2002), 510-518
- Zald, D. H. The human amygdala and the emotional evaluation of sensory stimuli. *Brain Res Brain Res Rev* 41 (2003), 88-123
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Silk, K. R. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry* 161 (2004), 2108-2114
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Silk, K. R. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 163 (2006), 827-832
- Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., Morey, L. C., Grilo, C. M., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Gunderson, J. G. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: reliability of axis I and II diagnoses. *J Pers Disord* 14 (2000), 291-299
- Zimmerman, D. J., Choi-Kain, L. W. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in borderline personality disorder: a review. *Harv Rev Psychiatry* 17 (2009), 167-183
- Zimmermann, P., Neumann, A., Celik, F. "Sexuelle Gewalt gegen Kinder in Familien ", Deutsches Jugendinstitut e.V. , München, 2011
- Zlotnick, C., Zakriski, A. L., Shea, M. T., Costello, E., Begin, A., Pearlstein, T., Simpson, E. The long-term sequelae of sexual abuse: support for a complex posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 9 (1996), 195-205

Danksagung

Ich möchte mich bei allen, die mich bei der Erstellung meiner Doktorarbeit unterstützt haben, sehr herzlich bedanken:

Mein besonderer Dank gilt Herrn PD Dr. Martin Sack für die Überlassung des Themas und die jederzeit gewährte, geduldige Hilfestellung bei der Erarbeitung der Dissertation.

Frau Dr. Birgitt Marten-Mittag möchte ich für Ihren freundlichen und kompetenten Rat in allen statistischen Belangen sehr danken.

Bei Frau Melanie Sauer bedanke ich mich für die Bereitstellung der soziodemographischen Daten.

Ganz besonders danke ich meiner Familie für die unermüdliche Rückenstärkung, Zuwendung und Rücksichtnahme, die mir sehr dabei geholfen haben, mein Lebensziel zu verwirklichen, sowie meinem Partner Alexander, der einfach immer für mich da war.