



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Der Einfluss von Kindheitstrauma auf das sexuelle
Erleben und Verhalten im Erwachsenenalter“

verfasst von / submitted by

Lara Rustemeyer, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2019 / Vienna 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Urs Markus Nater

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mehreren Personen danken, die mich auf unterschiedliche Art während der Zeit des Schreibens unterstützt haben.

An erster Stelle danke ich Prof. Dr. Urs Nater zum einen für die Betreuung meiner Masterarbeit und die fachliche Unterstützung, und zum anderen für die Gelegenheit, an diesem spannenden Forschungsprojekt mitzuarbeiten. Durch die Mitarbeit an der Studie wurde nicht nur mein Interesse an dem Thema der Sexualität im psychologischen Kontext geweckt, sondern ich entdeckte auch - unerwarteter Weise -, dass Forschungsarbeit tatsächlich Spaß machen kann. Darüber hinaus will ich auch Hanna Mües danken, die stets für alle Rückfragen offen war und mir dadurch in mehreren Fällen sehr weitergeholfen hat.

Meiner Familie will ich dafür danken, dass sie mir dieses Studium ermöglicht haben. Euer Zuspruch und bedingungsloser Rückhalt haben mir in den schwierigeren Phasen unglaublich geholfen und mich darin bestärkt, auf dem richtigen Weg zu sein.

Ganz besonders möchte ich auch Sabrina danken – einfach für alles. Für die langen Gespräche, die Aufmunterungen, das Korrekturlesen, abstruse SPSS-Versuche und Weihnachtskitschfilmabende. Ich bin so froh, dass wir damals zusammen in einer TEWA-Referatsgruppe gelandet sind, du hast die letzten Semester meines Studiums um einiges schöner gemacht! Als nächstes möchte ich Sören danken, für's Da-Sein, inspirieren, gemeinsam lachen, kämpfen und die Leichtigkeit. Danke Johannes für die unglaublich wertvolle Hilfe bei Statistik, aber auch für deine Gelassenheit, die mir viel Stress genommen hat. Und zuletzt danke ich meiner WG für das wundervolle Zuhause und den Rückzugsort, die ihr für mich wart.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Theoretischer Hintergrund.....	3
2.1 Kindheitstrauma.....	3
2.1.1. Definition	3
2.1.2. Prävalenz	5
2.1.3. Die Auswirkungen von Kindheitstrauma.....	7
2.2. Sexualität	8
2.2.1. Sexuelles Erleben.....	9
2.2.2. Sexuelles Verhalten.....	10
2.2.3. Modelle der Sexualität	11
2.3. Trauma und Sexualität	14
2.3.1. Stand der Forschung: Vermeidung und Kompulsion.....	15
2.3.2. Geschlechtsunterschiede	17
2.3.3. Nichtsexuelle Traumatisierung	18
2.3.4. Limitationen bisheriger Forschung	20
2.4. Ziele der vorliegenden Arbeit	22
2.5. Fragestellung und Hypothesen.....	22
3. Methoden.....	24
3.1. Studiendesign.....	24
3.2. Stichprobe	24
3.2.1. Ein- und Ausschlusskriterien	24
3.2.2. Rekrutierung	25
3.2.3. Stichprobencharakterisierung.....	26
3.3. Studienablauf	26
3.4. Ethische Aspekte	28
3.5. Messverfahren	29
3.5.1. Messmethoden	29
3.5.2. Beschreibung der gemessenen Konstrukte	30
3.5.3. Ambulantes Assessment	31
3.6. Statistische Herangehensweise	34
3.6.1. Aufbereitung des Datensatzes.....	34
3.6.2. Statistische Analysen	35

3.6.3. Einzelfallanalysen	36
4. Ergebnisse	37
4.1. Vorbereitende Datenanalyse	37
4.1.1. Compliance	37
4.1.2. Überprüfung der Voraussetzungen	37
4.2. Deskriptive Beschreibung der Stichprobe	38
4.2.1. Unterteilung der Stichprobe: Bildung der Traumagruppen	38
4.2.2. Demografische Daten.....	38
4.2.3. Deskriptive Angaben zu Partnerschaft und Sexualität.....	39
4.2.4. Subskalen des Childhood Trauma Questionnaire	40
4.2.5. Einzelfälle	42
4.2.6. Deskriptive Statistik zu sexuellem Erleben und Verhalten im Alltag	44
4.3. Untersuchung der Hypothesen.....	46
4.3.1. Zusammenhang zwischen Trauma und Sexualität.....	46
4.3.2. Gruppenvergleich: Trauma und Kein-Trauma.....	47
4.3.3. Vergleich zwischen den Geschlechtern	48
4.3.4. Zusammenfassung der Ergebnisse	51
5. Diskussion	52
5.1. Zusammenfassung der Studienergebnisse	52
5.2. Diskussion der Ergebnisse	52
5.2.1. Stichprobe	53
5.2.2. Hypothese 1 und 2	54
5.2.3. Hypothese 3	57
5.2.4. Einzelfälle	61
5.3. Kritische Würdigung der vorliegenden Forschungsarbeit.....	62
5.3.1. Studiendesign und Messinstrumente.....	63
5.3.2. Stichprobe	64
5.3.3. Ausblick und praktische Implikationen	65
Literaturverzeichnis.....	69
Abbildungsverzeichnis	79
Tabellenverzeichnis	80
Zusammenfassung	81
Abstract	82
Anhang	83

1. Einleitung

Mit manchen Themen wollen sich die meisten Menschen eher ungern näher auseinandersetzen. Traumatisierung von Kindern durch Missbrauch oder Vernachlässigung ist eines davon. Wobei sich hier aber eine auffallende Diskrepanz zeigt: Zum einen scheint das emotional und moralisch aufgeladene Thema äußerst präsent in den Nachrichten und im Literatur- und Filmgenre des Krimis oder Thrillers. Zum anderen zeichnet es sich durch eine gewisse gesellschaftliche Vernachlässigung aus. Obwohl in den vergangenen Jahren das öffentliche Bewusstsein für das Vorkommen sexueller Gewalt gestiegen ist und unter anderem durch Kampagnen wie der #metoo-Bewegung eine sehr viel offenere und direktere Debatte mit solchen Themen entstanden ist (Mendes, Ringrose, & Keller, 2018), zeichnen sich die medialen Darstellungen von Kindesmissbrauch bei näherem Hinsehen häufig durch eine einseitige, unsachgemäße und lückenhafte Darstellung aus. Dies zeigt sich beispielsweise in der seltenen Thematisierung von Männern als Opfer von sexueller Gewalt sowohl in den Medien als auch der Wissenschaft, weswegen hier von einer erheblichen Dunkelziffer ausgegangen werden kann (Boothe, 2019). Des Weiteren zeichnet sich hier ab, dass in Bezug auf Kindheitstrauma die Aufmerksamkeit primär auf sexuellem Missbrauch liegt, während andere Formen der Traumatisierung, wie Vernachlässigung und körperlicher Missbrauch, oft außer Acht gelassen werden (Meston, Heiman, & Trapnell, 1999; Schloredt & Heiman, 2003).

Dass die mediale Berichterstattung häufig geprägt ist von Emotionalisierungen und Moralisationen (Scheufele, 2005) spiegelt sich beispielsweise in Stereotypen und Fehlinformationen bezüglich der Täter- und Opferbilder wider (Hoffmann, 2006). So zeigt sich eine deutliche Tendenz, Täter*innen¹ zu „dämonisieren“ und als „Unmenschen“ darzustellen (Egle, Hoffmann, & Joraschky, 2000), wobei die Bestrafung und strafrechtliche Verfolgung der Täter*innen hierfür gewöhnlich im Vordergrund stehen. Die langfristigen Folgen für die Opfer, sowohl physische wie auch psychische, rücken dabei meist in den Hintergrund (Hoffmann, 2006). Zu diesen langfristigen Folgen gehören auch potenzielle Auswirkungen auf das sexuelle Erleben und Verhalten der Betroffenen im Erwachsenenalter. Da Sexualität für viele Menschen

¹ In der vorliegenden Arbeit wird zur Benennung geschlechtsbezogener Bezeichnungen ein Asterisk (Gender-Sternchen) verwendet, wodurch alle sozialen Geschlechter sowie Geschlechtsidentitäten in gleichem Maße repräsentiert werden sollen. Auf diese Weise soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass Sprache Realität nicht nur abbildet, sondern diese darüber hinaus auch prägen kann. Gendersensible Sprache kann in diesem Zusammenhang also zu einer adäquaten Repräsentation, zum Abbau von Diskriminierung und zur Differenzierung beitragen (Binder & Vedder, 2019).

nach wie vor ein Tabuthema darstellt, über das öffentlich nicht gesprochen wird (Hoyer, 2012), überrascht es nicht, dass gerade im Zusammenhang mit Kindheitstrauma keine explizite Auseinandersetzung in der Öffentlichkeit erfolgt. Allerdings findet sich dieser Mangel an Aufmerksamkeit auch in Forschung und Therapie (Hoyer, 2012; O’Driscoll & Flanagan, 2015). Dies kann auf Behandler*innenseite zum einen durch die Angst vor einer Retraumatisierung und dem Auslösen von Intrusionen und Dissoziationen begründet sein, aber auch durch das Fehlen einer etablierten therapeutischen und diagnostischen Vorgehensweise (Büttner, 2018). Da Sexualität jedoch einen bedeutsamen Lebensbereich darstellt, welcher einen maßgeblichen Teil zur eigenen Identität, psychischem Wohlbefinden und partnerschaftlichen Beziehungen beiträgt, sollte das Ausmaß der Auswirkungen traumaassoziierter sexueller Probleme für Betroffene nicht unterschätzt werden (Büttner, Dulz, Sachsse, Overkamp, & Sack, 2014).

Für die Entwicklung empirisch basierter diagnostischer, präventiver und therapeutischer Maßnahmen ist ein umfassendes Verständnis der Vielschichtigkeit des Zusammenhangs zwischen Kindheitstrauma und der späteren Sexualität notwendig. Bisherige Studien haben dies meist mittels retrospektiver Erhebungen getan, wobei der Fokus in den meisten Fällen auf weibliche Stichproben und sexuellen Missbrauch in der Kindheit gelegt wurde (Abajobir, Kisely, Maravilla, Williams, & Najman., 2017; Najman, Dunne, Purdie, Boyle, & Coxeter, 2005; Vaillancourt-Morel et al., 2015). In Bezug auf die Sexualität werden häufig nur Funktionsstörungen und einzelne Teilbereiche untersucht. Die vorliegende Studie hat es daher zum Ziel, ein möglichst umfassendes und alltagsnahes Bild verschiedener Aspekte sexuellen Erlebens und Verhaltens zu erfassen sowie potenzielle Unterschiede zwischen den Geschlechtern und verschiedenen Traumatisierungsformen zu beleuchten.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Kindheitstrauma

2.1.1. Definition

„Und bist du nicht willig, so brauch ich Gewalt.“

- Johann Wolfgang von Goethe (1782)

Eine Traumatisierung in der Kindheit, also eine starke seelische Erschütterung als Reaktion auf eine Extrembelastung (Büttner, 2018), bringt für Betroffene häufig auch im Erwachsenenalter noch weitreichende Folgen mit sich, auf psychischer, körperlicher, sozialer, emotionaler sowie kognitiver Ebene. Die individuelle Reaktion auf das traumatisierende Ereignis hängt dabei von verschiedenen Faktoren ab. Dazu gehören unter anderem die Art, Schwere und Dauer des Traumas, aber auch das subjektive Erleben, Vulnerabilitäten und Bewältigungsressourcen der betroffenen Person (Sack, 2010). Eine allgemein anerkannte, die unterschiedlichsten Aspekte umfassende Operationalisierung von Kindesmisshandlung fehlt bis heute. Die Definitionen der beiden Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5 sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Traumadefinitionen der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5

Traumadefinition nach ICD-10 (Dilling et al., 2011)
Kurz oder langanhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
Traumadefinition nach DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)
Konfrontation mit dem Tod oder Todesbedrohung, schwerer Verletzung oder sexueller Gewalt über einen der folgenden Wege: <ul style="list-style-type: none">• Direktes Erleben des traumatisierenden Ereignisses• Miterleben des traumatisierenden Ereignisses als Zeuge

- Kenntnis darüber erlangen, dass einem engen Familienmitglied oder Bekannten ein traumatisierendes Ereignis widerfahren ist (Tod oder Todesbedrohung müssen in diesem Fall gewaltsam oder unfallbedingt sein)
- Wiederholte oder extreme Konfrontation mit aversiven Details eines traumatisierenden Ereignisses (nicht durch Medien, Bilder, TV oder Film, es sei denn im Arbeitskontext)

In diesen Definitionen wird der Fokus vor allem auf traumatisierende Ereignisse gelegt, welche in einem Zusammenhang mit einer Bedrohung der körperlichen Integrität stehen. Dabei finden Entwicklungstraumatisierungen in Form von chronischer psychischer und körperlicher Gewalt allerdings keine Berücksichtigung (Büttner, 2018). Diese Aspekte werden dagegen in einem Definitionsversuch der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO, 1999) zu Kindesmissbrauch aufgegriffen:

Child abuse or maltreatment constitutes all forms of physical and/or emotional ill-treatment, sexual abuse, neglect or negligent treatment or commercial or other exploitation, resulting in actual or potential harm to the child's health, survival, - development or dignity in the context of a relationship of responsibility, trust or power. (S. 15)

Im Einklang mit dieser Definition wird Kindheitstrauma für gewöhnlich unterteilt in aktive und passive Formen, unter Berücksichtigung körperlicher, sexueller und psychisch-emotionaler Dimensionen (Wingenfeld et al., 2010). Demnach kann unterschieden werden zwischen körperlichem, sexuellem und emotionalem Missbrauch (aktiv) und körperlicher und emotionaler Vernachlässigung (passiv). Wobei die Grenzen häufig fließend sind und die verschiedenen Misshandlungsformen oft gemeinsam auftreten (Wöller, 2006).

Unter *sexuellem Missbrauch* in der Kindheit wird das Involvieren eines Kindes in eine sexuelle Handlung verstanden, durch einen Erwachsenen oder ein anderes Kind, das sich aufgrund seines Alters oder Entwicklungsstands in einer verantwortlichen, vertrauten oder überlegenen Position befindet. Wobei diese Handlungen auf die Befriedigung der ausübenden Person abzielen und Zwang und Ausbeutung einschließen können (WHO, 1999). *Körperlicher Missbrauch* wird definiert als jede direkte Gewalteinwirkung (wie Schlagen, Verbrennen oder andere körperliche Schädigungen) auf das Kind. *Emotionaler Missbrauch* „kennzeichnet ein wiederkehrendes Muster feindseliger, ablehnender, schädigender, einschüchternder und verbal herabwürdigender Interaktionen, die eine negative Grundeinstellung gegenüber dem Kind

widerspiegeln“ (Sack, 2010). Es wird also eine aktiv feindselige Haltung eingenommen, wobei das Kind in manchen Fällen als Objekt zur Abreaktion aggressiver Impulse fungieren muss. Unzureichende Versorgung und Gesundheitsfürsorge fallen in den Bereich der *körperlichen Vernachlässigung*, während eine *emotionale Vernachlässigung* ein unzureichendes Beziehungsangebot durch die Eltern, ständige Wechsel der Bezugspersonen, mangelnde emotionale Wärme, fehlende elterliche Aufsicht sowie das Bagatellisieren der emotionalen Probleme des Kindes umfasst (Wöller, 2006).

Eine Traumatisierung kann verschiedene physische, kognitive und emotionale Reaktionen auslösen. Durch eine häufig eintretende vollständige oder teilweise Amnesie auf kognitiver Ebene haben Betroffene häufig nur eingeschränkte Erinnerungen an das Ereignis. Eine emotionale Reaktion kann sich in Furcht, Angst, Panik und Gefühlen von Hilflosigkeit, Ausweglosigkeit und Schutzlosigkeit, oder aber durch das Eintreten einer emotionalen Taubheit äußern (Pausch & Matten, 2017).

2.1.2. Prävalenz

Aussagen über die Prävalenz von Kindheitstrauma sind schwer zu treffen, da sich das Forschungsfeld sehr heterogen gestaltet und sich Studien zur Thematik häufig uneinheitlicher Methoden bedienen. So werden beispielsweise oft sehr unterschiedliche Klassifizierungen und Definitionen verwendet oder nur bestimmte Altersabschnitte oder Teilbereiche von Kindheitstrauma untersucht (Büttner, 2018; Rind & Tromovitch, 2007; Rind, Tromovitch, & Bauserman, 1998). Darüber hinaus wird eine Einschätzung der Prävalenzen dadurch erschwert, dass in Deutschland und Österreich im Gegensatz zu verschiedenen anderen Ländern bisweilen kein bundesweites Erfassungsregister vorliegt (Lampe, 2002; Pillhofer, Ziegenhain, Nandi, Fegert, & Goldbeck, 2011; Schweitzer & Gross, 2013). Schätzungen über die Prävalenz von Kindesmisshandlung können daher über die polizeiliche Kriminalstatistik und die Kinder- und Jugendhilfestatistik vorgenommen werden, wobei jedoch davon ausgegangen werden kann, dass solche Zahlen die tatsächliche Häufigkeit unterschätzen, da viele Fälle nicht zur Anzeige gebracht werden (Häuser, Schmutzer, Brähler, & Glaesmer, 2011; Lampe, 2002; Pillhofer et al., 2011).

Eine Alternative dazu stellen bevölkerungsrepräsentative Studien dar, wie sie beispielsweise von Häuser et al. im Jahr 2011 in Deutschland durchgeführt wurde. Hierbei wurden insgesamt 2504 Erwachsene (Mindestalter 14 Jahre) retrospektiv mithilfe der deutschen

Kurzform des Childhood Trauma Questionnaires (CTQ) nach Kindheitstraumata bis zum Alter von 18 Jahren befragt. Mittels Regressionsanalysen wurden potenzielle Zusammenhänge mit demografischen Variablen wie Geschlecht und Alter untersucht. In der untersuchten Stichprobe berichteten 1.6% schweren emotionalen Missbrauch, 2.8% schweren körperlichen Missbrauch und 1.9% schweren sexuellen Missbrauch. Bei schwerer emotionaler Vernachlässigung waren es 6.5% und bei schwerer körperlicher Vernachlässigung sogar 10.8%. Die Häufigkeiten der verschiedenen Kindheitstraumata in Abhängigkeit vom jeweiligen Schweregrad sind in Tabelle 2 aufgeführt (siehe Anhang A). Es zeigte sich, dass alle Formen von Kindheitstrauma signifikant miteinander korrelierten ($p < .001$), mit den stärksten Korrelationen zwischen emotionalem und physischem Missbrauch ($r = .67$) sowie emotionaler und physischer Vernachlässigung ($r = .59$) (Häuser et al., 2011).

Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit der Annahme, dass die verschiedenen Misshandlungsformen häufig gemeinsam auftreten und die Grenzen zwischen ihnen meist schwer zu ziehen sind. So treten physische wie auch sexuelle Misshandlungen meist in einem familiären Umfeld auf, das durch emotionale Zurückweisung und Vernachlässigung geprägt ist (Wöller, 2006). Des Weiteren zeigten die Ergebnisse von Häuser et al. (2011), dass physische Gewalt häufiger von Jungen berichtet wurde, während weibliches Geschlecht als Prädiktor für schweren sexuellen Missbrauch fungierte. Das Vorliegen von Geschlechtsunterschieden steht im Einklang mit den Ergebnissen mehrerer anderer Studien, die ergaben, dass Mädchen allgemein häufiger von sexuellem Missbrauch betroffen sind (Breiding, 2014; Egle et al., 2000). Darüber hinaus unterscheiden sich die Erfahrungen von Jungen und Mädchen hierbei insofern, dass sexueller Missbrauch bei Mädchen häufiger im familiären Umfeld auftritt, die Altersdifferenz zum/zur Täter*in größer ist und es sich meist um einen männlichen Täter handelt (Hall, 2007). Jungen werden dagegen überwiegend von gleichgeschlechtlichen und gleichaltrigen oder wenig älteren Täter*innen missbraucht (Büttner, 2018; Egle et al., 2000; Hall, 2007). Die Tatsache, dass sexueller Missbrauch von Jungen bzw. Männern häufig auch später nicht berichtet wird, kann unter anderem durch soziale Normen von Maskulinität erklärt werden, die es Männern erschweren können, sich selbst als Opfer zu sehen und durch die sie eher gehemmt sind, sich öffentlich dazu zu bekennen (Büttner, 2018; Egle et al., 2000; Hall, 2008).

Wie bereits oben erwähnt, kann sowohl bei polizeilichen Kriminalstatistiken als auch bei bevölkerungsrepräsentativen Studien davon ausgegangen werden, dass sie die tatsächliche Prävalenz von Kindheitstrauma nicht realitätsgetreu abbilden. Grund dafür sind zum einen die

begrenzte Anzeigebereitschaft und -fähigkeit minderjähriger Opfer, insbesondere in Bezug auf intrafamiliäre Gewalt. Zum anderen müssen hinsichtlich retrospektiver Befragungen potenzielle Erinnerungsverzerrungen oder begrenzte Antwortbereitschaft berücksichtigt werden (Breiding, 2014; Wingenfeld et al., 2010). Auch wenn eine eindeutige Einschätzung des Vorkommens von Kindheitstrauma sich als schwierig erweist, kann festgehalten werden, dass es sich um ein sehr präsent Thema in unserer Gesellschaft handelt, dessen Auftretenswahrscheinlichkeit weit höher ist, als vielen Personen bewusst ist (Aaron, 2012).

2.1.3. Die Auswirkungen von Kindheitstrauma

Die Kindheit stellt im Leben eines Menschen eine äußerst vulnerable Phase dar, während der die neurobiologischen und psychischen Fähigkeiten zur Bewältigung belastender Ereignisse noch nicht voll entwickelt sind. Dies bedeutet, dass eine ausreichende emotionale und kognitive Verarbeitung und Reflexion meist noch nicht stattfinden kann (Büttner, 2018). Daher überrascht es auch nicht, dass traumatische Erlebnisse in diesem Entwicklungsstadium eine große Bandbreite potentieller negativer Folgen mit sich bringen, die sich auch auf die psychische Gesundheit erstrecken und bis ins Erwachsenenalter reichen können (Varese et al., 2012).

In Folge traumatischer Erlebnisse kommt es häufig zu Störungen der Emotionsregulation, im Rahmen derer Gefühle oft nicht differenziert erfasst werden können, was zu undifferenzierten Affektzuständen mit diffuser und unerträglicher Spannung führen kann (Wöller, 2006). Darüber hinaus kann es zu selbstverletzendem Verhalten, Substanzmissbrauch, Ess- und Schlafstörungen sowie zu körperlichen Beschwerden, wie beispielsweise Schmerzsyndromen oder kardiovaskulären Erkrankungen kommen (Pausch & Matten, 2017; Sack, 2010; Wöller, 2006). Viele der durch traumatische Erlebnisse ausgelösten Beschwerden werden unter der Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung zusammengefasst, deren Kernsymptome Wiedererleben, Vermeidungsverhalten sowie vegetative Übererregbarkeit bilden (Pausch & Matten, 2017; Sack, 2010). Doch auch ohne das Vorliegen einer Vollaussprägung einer solchen Posttraumatischen Belastungsstörung können einzelne Symptome in subsyndromaler, also abgeschwächter Form auftreten. Dies sollte auch bei der Betrachtung einer nicht-klinischen Stichprobe im Hinterkopf behalten werden.

Da sich Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit im Kontext interpersonaler Beziehungen abspielen, überrascht es nicht, dass sich in mehreren Studien ein Zusammenhang

zwischen Kindheitstrauma und einer Vielzahl variabler negativer Folgen auf intime Beziehungen und Sexualität im Erwachsenenalter zeigte (Aaron, 2012; Büttner et al., 2014; DiLillo, 2001; Easton, Coohy, O’leary, Zhang, & Hua, 2011; Vaillancourt-Morel et al., 2015; Vaillancourt-Morel et al., 2016). Die Sexualität der Betroffenen betreffend liegt natürlich insbesondere der Bezug zu sexuellem Missbrauch in der Kindheit nahe, was sich auch in der großen Anzahl an Forschungsstudien zu diesem Zusammenhang widerspiegelt. Wenn man aber bedenkt, dass auch andere Formen des Missbrauchs und der Vernachlässigung in einem direkten Konflikt mit solch grundlegenden psychologischen Bedürfnissen wie Liebe und einem Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Wertschätzung stehen, kann durchaus von Auswirkungen auf die Entwicklung der Sexualität ausgegangen werden (Meston et al., 1999).

Bevor ausführlicher auf den vielschichtigen und komplexen Zusammenhang zwischen Kindheitstrauma und späterer Sexualität eingegangen wird, widmet sich das folgende Kapitel zunächst grundlegenden Aspekten der Sexualität.

2.2. Sexualität

„Man mag das Problem des Erotischen anfassen wo man will, stets behält man die Empfindung, es höchst einseitig getan zu haben. Am allermeisten aber wohl dann, wenn es mit Mitteln der Logik versucht wurde: also von seiner Außenseite her.“

- Lou Andreas-Salomé (1910)

Sexualität scheint in unserer Gesellschaft allgegenwärtig zu sein: In den Medien, der Film- und Werbeindustrie. Wir leben in einer Zeit, in der ein sehr offener Umgang mit Sexualität vorzuherrschen scheint, so dass teilweise sogar von einer Übersexualisierung der Gesellschaft gesprochen wird (Osswald-Rinner, 2011). Nähert man sich dem Begriff der Sexualität allerdings an, wird deutlich, wie komplex und vielschichtig, und vor allem auch abhängig von individuellen und subjektiven Faktoren er ist. Daher überrascht es auch nicht, dass es eine Vielzahl an unterschiedlichen Definitionen und Modellen zur Sexualität gibt, welche jeweils ganz verschiedene Aspekte dieses umfassenden Konzepts berücksichtigen. So definiert die WHO (2006) Sexualität beispielsweise wie folgt:

Sexuality is a central aspect of being human throughout life and encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, ethical, legal, historical, religious and spiritual factors. (S. 5)

Diese ausführliche Definition spricht mehrere verschiedene Bereiche der Sexualität an, insbesondere auch die Tatsache, dass Sexualität nicht nur auf der behavioralen, sondern auch auf einer kognitiven und emotionalen Ebene zum Ausdruck kommt. Auf diese verschiedenen Teilbereiche soll im Folgenden näher eingegangen werden.

2.2.1. Sexuelles Erleben

Begonnen werden soll mit dem Bereich des sexuellen Erlebens, welcher ein weitläufiger und teilweise nicht ganz klar umrissener ist. Als die zwei zentralen Teilgebiete des sexuellen Erlebens werden für gewöhnlich sexuelles Verlangen und sexuelle Erregung genannt (Bancroft & Graham, 2011), wobei die Unterscheidung den meisten Menschen, sowohl Männern als auch Frauen, schwerfällt (Bancroft, Graham, Janssen, & Sanders, 2009; Brotto, Heiman, & Tolman, 2009; Janssen, McBride, Yarber, Hill, & Butler, 2007; Mitchell, Wellings, & Graham, 2013). Diese Schwierigkeiten in der Abgrenzung der beiden Begriffe weisen darauf hin, dass es sich um zwei komplexe und sich teilweise überschneidende Konstrukte handelt.

Spector, Carey und Steinberg (1996) stellten im Zuge der Entwicklung des *Sexual Desire Inventory* eine Definition von sexuellem Verlangen auf, nach der Verlangen auf ein Interesse an sexueller Aktivität verweise. Es handle sich primär um eine kognitive Variable, die somit durch die Häufigkeit und Intensität sexueller Gedanken gemessen werden könne. Sie betonten, dass sexuelles Verlangen nicht zwingend an sexuelles Verhalten, wie Geschlechtsverkehr oder Masturbation, gekoppelt sei. Kaplan (1977) beschrieb sexuelles Verlangen als Empfindungen, durch die Individuen motiviert werden, sexuelle Stimulation zu initiieren oder dafür empfänglich zu werden. Levine (2003) zufolge ist sexuelles Verlangen die Summe der Kräfte, aufgrund welcher wir uns sexuellem Verhalten zu- oder abneigen. Er verweist darauf, dass das Spektrum des sexuellen Verlangens von Aversion bis Passion reicht und sich über die Lebensspanne hinweg verändern und entwickeln kann. Demnach ist sexuelles

Verlangen als ein dynamisches und wandelbares Phänomen anzusehen, welches nach Levine von verschiedenen Variablen – wie Alter, Geschlecht, sozialer Situation und Gesundheit – beeinflusst wird.

Während sexuelles Verlangen also kognitive, motivationale und auch emotionale Aspekte umfasst, kommt bei der sexuellen Erregung noch die Komponente der physiologischen Reaktion hinzu (Mitchell et al., 2013). Neben diesen objektiv messbaren körperlichen Aspekten spielen aber auch bei der Erregung subjektive Faktoren eine Rolle. Nach Bancroft (2005) bezeichne sexuelle Erregung somit einen komplexen Zustand, welcher verschiedene physische wie auch mentale Prozesse einschlieÙe, wie unter anderem die Verarbeitung relevanter Stimuli, ein generelles Arousal, Motivation und eine genitale Reaktion. In dieser Definition sind also sowohl Psyche als auch Körper miteingeschlossen sowie die auf ein bestimmtes Ziel ausgerichtete Motivation (Mitchell et al., 2013).

Im Hinblick auf diese Definitionsansätze wird deutlich, wie nah sich die Konzepte des sexuellen Verlangens und der sexuellen Erregung sind. Mitchell et al. (2013) untersuchten in ihrer Studie, wie Männer und Frauen die beiden Begriffe definieren und zwischen ihnen differenzieren. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass Verlangen üblicherweise als der Erregung vorausgehend angesehen wird, und Verlangen eher als psychisch und Erregung eher als körperlich wahrgenommen werde. Darüber hinaus wurden sowohl Verlangen als auch Erregung als responsiv und motivational eingeschätzt. Allerdings verweisen die Autor*innen darauf, dass es häufig zu Inversionen dieser Unterscheidungen komme und die Grenzen zwischen den Konzepten unscharf seien. In der vorliegenden Studie setzt sich das Konstrukt des sexuellen Erlebens aus den Variablen sexuelles Verlangen, sexuelle Erregung sowie sexuelle Gedanken und Fantasien zusammen (vgl. Kap. 3.5.3.).

2.2.2. Sexuelles Verhalten

Die Schwierigkeiten der genauen begrifflichen Definitionen setzen sich auch bezüglich sexuellen Verhaltens fort. Es scheint auf den ersten Blick zwar nahezuliegen, welche Verhaltensweisen unter dem Begriff zusammengefasst werden können, allerdings zeigten verschiedene Studien, dass es keinen Konsens darüber gibt, welches Verhalten als „Sex“ bezeichnet wird, sondern es stattdessen eine Vielfalt an unterschiedlichen Ansichten diesbezüglich gibt (Sanders et al., 2010). In einer Studie von Bogart, Cecil, Wagstaff, Pinkerton und Abramson (2000) sollten die Proband*innen angeben, ob sie in verschiedenen Szenarien

von einer männlichen und einer weiblichen Person dargestelltes Verhalten als „Sex“ einschätzten. Die Ergebnisse zeigten, dass diese Einschätzung von Faktoren wie Geschlecht der dargestellten Person sowie des/der Befragten, der Art der Aktivität (vaginaler, analer oder oraler Geschlechtsverkehr) und dem Auftreten eines Orgasmus abhing.

Die Tatsache, dass eine gewisse Diversität bezüglich der Begriffsdefinition besteht, verdeutlicht die Notwendigkeit einer präzisen Operationalisierung, um Missverständnisse durch subjektive Interpretationen zu vermeiden. In der vorliegenden Arbeit sollen daher neben den sexuellen Aktivitäten des Oral-, Anal- und Geschlechtsverkehrs auch Petting und Selbstbefriedigung als sexuelles Verhalten eingestuft werden, wobei der Fokus auf partnerschaftlicher sexueller Aktivität liegt.

2.2.3. Modelle der Sexualität

In den 1960er Jahren entwickelten Masters und Johnson basierend auf Laborforschungen das Modell des sexuellen Reaktionszyklus. Nach diesem lässt sich die sexuelle Reaktion des Menschen in vier aufeinander folgende Phasen unterteilen: Die *Erregungsphase*, welche sich durch gesteigertes Verlangen und eine Zunahme an subjektiver Erregung auszeichnet. In der *Plateauphase* steigert sich die sexuelle Erregung bis zu einem individuell unterschiedlichen Ausmaß, was sich in verschiedenen physiologischen Veränderungen, wie einem Anstieg des Blutdrucks und der Pulsfrequenz, sowie gesteigerten Muskelkontraktionen äußert. Das Maximum erreichen Blutdruck, Puls- und Atemfrequenz in der *Orgasmusphase*, welche zu einer Sekretion der Skene-Drüsen bei der Frau und der Ejakulation beim Mann führt. In der finalen Phase, der *Rückbildungsphase*, nähern sich alle physiologischen Reaktionen wieder dem Ausgangspunkt, also einem normalen Niveau an. Beim Mann schließt sich eine *Refraktärphase* an, welche durch eine sexuelle Reizunempfindlichkeit gekennzeichnet ist. Während dieser Phase kann es zu keiner weiteren Ejakulation kommen (Masters & Johnson, 1966). Ein Kritikpunkt an diesem Modell des sexuellen Reaktionszyklus stellt das Fehlen einer psychologischen Komponente dar (Levin, 2008). Die Sexualtherapeutin Helen Singer Kaplan kompensierte dieses Fehlen später, indem sie das ursprüngliche Modell durch eine der Erregungsphase vorausgehende *Appetenzphase* erweiterte (1977). Dieses anfängliche Stadium von Verlangen veranlasse das Individuum dazu, sexuelle Erfahrungen aufzusuchen oder dafür empfänglich zu werden (Brotto et al., 2009). Abbildung 1 verdeutlicht das kombinierte Modell von Masters und Johnson (1966) und Kaplan (1977).

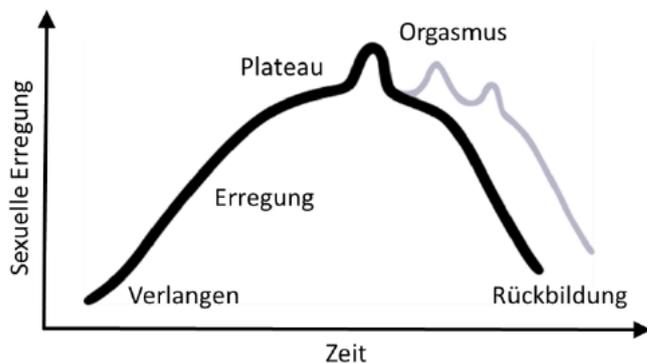


Abbildung 1: *Kombiniertes Modell der sexuellen Reaktion nach Masters und Johnson (1966) und Kaplan (1977).*

Anmerkung: Die schwarze Linie beschreibt den typischen Verlauf beider Geschlechter, die graue Linie zeigt mögliche Abweichungen weiblicher sexueller Reaktionen.

Auch wenn dieses Modell die theoretische Grundlage für Forschungs- und therapeutische Arbeit im Bereich der menschlichen Sexualität bildet, gibt es dennoch diverse Kritikpunkte. So ist zum Beispiel darauf hinzuweisen, dass durch die Darstellung der sexuellen Reaktion als eine lineare Abfolge festgelegter Phasen, Kontext- und Beziehungsfaktoren außer Acht gelassen werden (Dewitte & Mayer, 2018). Darüber hinaus wird teilweise eine nicht ausreichende Differenzierung zwischen Männern und Frauen kritisiert. Neuere Modelle legen einen größeren Fokus auf Faktoren, welche das Subjekt und die zwischenmenschliche Beziehung betreffen, anstelle von rein physischen Reaktionen (Baumeister, 2000).

Vor diesem Hintergrund entwickelte Basson (2000) ein zirkuläres Modell zur sexuellen Reaktion der Frau, welches von einem Zustand der sexuellen Neutralität ausgeht und als Motivation für sexuelle Handlungen insbesondere intimitätsbezogene Gründe berücksichtigt. Ihr zufolge kann sexuelles Verhalten auf eine Reihe verschiedener Gründe zurückgehen, wie zum Beispiel emotionale Nähe, Bindung, und dem Bedürfnis danach, sich begehrt zu fühlen (Basson, 2001). Eine Studie von Sand und Fisher (2007) zeigte allerdings, dass das zirkuläre Modell von Basson eher von Frauen mit sexuellen Schwierigkeiten bevorzugt werde. Während Frauen mit unproblematischem Verhalten häufiger die Modelle von Masters und Johnson oder Kaplan als repräsentativ einschätzen (Brotto et al., 2009).

Darüber hinaus kann die Annahme, dass Beziehungsvariablen ausschließlich für die weibliche, nicht aber die männliche Sexualität eine Rolle spielen, kritisch hinterfragt werden

(Giraldi, Kristensen, & Sand, 2015). In den vergangenen Jahren gab es vermehrt Forschung zu der Frage, ob das Modell zur Sexualität von Masters und Johnson repräsentativ für Frauen ist. Seine Anwendbarkeit in Bezug auf die männliche sexuelle Reaktion blieb dabei aber weitestgehend unangefochten (Janssen et al., 2007). Dagegen sprechen allerdings beispielsweise Forschungsergebnisse von Janssen et al. (2007), welche darauf verweisen, dass manche Männer neuere Modelle der Sexualität von Frauen (wie das von Basson, 2000) als repräsentativer für die eigene sexuelle Erfahrung einschätzen als traditionelle Modelle (wie das von Masters und Johnson, 1966). So gab in ihrer Studie eine große Anzahl an Männern an, eine emotionale Verbindung zum/zur sexuellen Partner*in trage entscheidend zur sexuellen Erregung bei.

Auf Geschlechtsunterschiede und -gemeinsamkeiten legten Bancroft et al. (2009) bei der Untersuchung ihres Modells der dualen Kontrolle ein besonderes Augenmerk, wobei sich zeigte, dass die Variabilität innerhalb der Geschlechter sehr viel größer ist, als zwischen den Geschlechtern. Das Modell der dualen Kontrolle (Bancroft & Janssen, 2000) fußt auf der Annahme, dass die sexuelle Reaktion von der Interaktion zweier getrennter Systeme abhängt – dem exzitatorischen und inhibitorischen System – wobei die Balance und das Zusammenspiel dieser beiden Systeme darüber entscheiden, ob es in einer bestimmten Situation zu einer sexuellen Reaktion kommt (Bancroft & Graham, 2011). Die neurobiologische Inhibition einer sexuellen Reaktion stelle demnach ein adaptives Muster dar, welches die Wahrscheinlichkeit einer sexuellen Reaktion in Situationen mindert, in welchen eine solche Reaktion nachteilig wäre. Charakteristisch für dieses Modells ist unter anderem der Fokus auf interindividuelle Unterschiede bezüglich der Neigung zu sexueller Exzitation und Inhibition. Eine erhöhte Neigung zu Exzitation bei gleichzeitig geringer Neigung zu Inhibition führe dazu, dass bei betroffenen Individuen eher Hypersexualität bzw. riskantes oder kompulsives Sexualverhalten auftrete (Kilimnik & Meston, 2016). Eine geringe Neigung zu sexueller Exzitation oder eine hohe Neigung zu sexueller Inhibition führe im Gegenzug dazu eher zu Beeinträchtigungen der sexuellen Reaktion, welche sich beispielweise in Form von sexuellen Funktionsstörungen oder vermeidendem Sexualverhalten äußern können. Das Ausmaß des Sexualtriebs könne interindividuell, intraindividuell und geschlechtsabhängig stark variieren. Obwohl es eine bedeutende Überschneidung zwischen den Geschlechtern gebe, scheinen Frauen durchschnittlich eher zu höherer Inhibition und Männer zu höherer Exzitation zu neigen (Bancroft et al., 2009; Graham et al., 2006; Janssen et al., 2007).

Abschließend soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass theoretische Modelle zur Sexualität immer eine simplifizierte Repräsentation der Realität darstellen, die nie die ganze Diversität sexueller Reaktionen erfassen können (Mitchell et al., 2013). Bei der Reaktion auf sexuelle Stimuli spielen kontextuelle und kulturelle Einflüsse und Skripte sowie interindividuelle Interaktionen eine entscheidende Rolle. Die Wirkweise dieser Stimuli wird von psychologischen und neurophysiologischen Merkmalen der involvierten Individuen mediiert, welche sowohl von genetischen Faktoren als auch von frühen Lernerfahrungen geprägt sind (Bancroft et al., 2009). Gerade bei der Betrachtung von Geschlechtsunterschieden sollte im Hinterkopf behalten werden, dass Sexualität einen sozial konstruierten Bereich menschlichen Verhaltens darstellt und die bestehenden Geschlechtnormen und -stereotype einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf das sexuelle Erleben und Verhalten von Individuen haben (Aaron, 2012; Alexander & Fisher, 2003).

2.3. Trauma und Sexualität

Das Sammeln erster sexueller Erfahrungen stellt für die meisten Menschen einen wichtigen Entwicklungsschritt im Leben dar. Wie im vorherigen Kapitel bereits ausgeführt wurde, stellt die Sexualität einen umfassenden und facettenreichen Lebensbereich dar, welcher nicht nur durch die behaviorale, ausübende Komponente, sondern auch durch emotionale und evaluative Dimensionen konstituiert wird (Easton et al., 2011). Bei Opfern sexuellen Missbrauchs in der Kindheit bilden frühe Missbrauchssituationen für gewöhnlich die ersten Erfahrungen im Bereich der sexuellen Entwicklung und stellen somit eine äußerst ungünstige Einführung in die Welt der sexuellen Aktivität dar, welche dem Kind die Möglichkeit zur Entwicklung der Sexualität im eigenen Tempo nimmt (Bartoi & Kinder, 1998). Allerdings sollte hier das Ausmaß des Einflusses anderer, nichtsexueller sozialer Erfahrungen nicht unterschätzt werden. Negative frühe soziale Interaktionen und widrige Erlebnisse mit wichtigen Bezugspersonen können zu einer psychischen Vulnerabilität führen, die dysfunktionale Muster in intimen Beziehungen sowie der psychosexuellen Entwicklung zur Folge haben können (Kinzl, Traweger, & Biebl, 1995). Insbesondere wenn der/die Täter*in aus dem näheren Umfeld des Kindes stammt, bedeuten solche Erfahrungen einen schwerwiegenden Vertrauensbruch und sind für das Kind meist verknüpft mit verwirrenden und widersprüchlichen Botschaften (Leonard & Follette, 2002).

Auf die Beziehung des Kindes zum/zur Täter*in sowie auf andere Faktoren von sexuellem Missbrauch legten Easton et al. (2011) den Fokus in ihrer Studie zu möglichen Auswirkungen auf drei Dimensionen des psychosexuellen Funktionierens (emotional, behavioral und evaluativ). Es zeigte sich unter anderem, dass die Wahrscheinlichkeit von Problemen in mindestens einem Bereich des psychosexuellen Funktionierens höher war bei Betroffenen, bei denen der/die Täter*in familienangehörig war, die beim ersten Missbrauch älter waren, Opfer von mehr als einem Missbrauchstäter waren, und die jemandem von dem Missbrauch erzählt hatten. Die Autor*innen schlussfolgerten, dass verschiedene den Missbrauch betreffende Faktoren sich auf unterschiedliche Dimensionen des psychosexuellen Funktionierens auswirken.

Einen interessanten Zusammenhang fanden darüber hinaus Rellini und Meston (2007) in ihrer Studie: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die sexuellen Auswirkungen unter Betroffenen von sexuellem Missbrauch in der Kindheit abhängig davon variieren können, ob sich die Betroffenen selbst als Überlebende von sexuellem Kindesmissbrauch identifizieren. Die Gruppe der Frauen, die sich selbst als Betroffene sexuellen Missbrauchs identifizierten, wiesen höhere sexuelle Belastung auf und berichteten von einem stärkeren negativen Effekt der Missbrauchserfahrungen auf ihre aktuelle Sexualität.

2.3.1. Stand der Forschung: Vermeidung und Kompulsion

Befasst man sich mit den langfristigen Folgen auf die Sexualität von Menschen, die in der Kindheit traumatisiert wurden, fällt auf, welches hohe Maß an Variabilität diese sexuellen Folgen aufweisen. Bei manchen Betroffenen scheinen sie gänzlich abwesend zu sein. So zeigte sich in einer Studie von Camuso und Rellini (2010) deren Fokus speziell auf den Zusammenhang zwischen verschiedenen Arten sexueller Fantasien, sexueller Erregung und sexuellem Missbrauch in der Kindheit lag, dass die Gruppe der traumatisierten Frauen keinen signifikanten Unterschied zur Vergleichsgruppe bezüglich der Häufigkeit von sexuellen Fantasien zeigte.

Bei anderen Betroffenen reichen sie dagegen von sexueller Inhibition, sexueller Vermeidung oder Aversion, verminderter Lust, und vaginalen oder Beckenschmerzen, zu sexueller Enthemmung, kompulsiver Sexualität, sexuellem Risikoverhalten und einer erhöhten Anzahl an Sexualpartner*innen (Vaillancourt-Morel et al., 2016). Wie beispielsweise in einer Studie von Leonard, Iverson und Follette (2008), in welcher von einigen Frauen mit sexuellen

Missbrauchserfahrungen Schwierigkeiten in den Bereichen der sexuellen Gedanken und Fantasien sowie mit Erregung und sexueller Lust berichtet wurden. Die Testergebnisse vieler Teilnehmerinnen deuteten auf Dysfunktionen in einzelnen Bereichen des sexuellen Funktionierens hin, wobei Orgasmuskstörungen am häufigsten vorkamen. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Kinzl et al. (1995): In ihrer Studie berichteten Frauen, die Opfer von sexuellem Missbrauch geworden waren, häufiger von späteren Orgasmusstörungen und Störungen mit verminderter sexueller Appetenz.

Während die Ergebnisse der meisten anderen Studien auf retrospektiven Daten basieren, verwendeten Noll, Trickett und Putnam (2003) für ihre Studie Daten aus einer prospektiven Längsschnittstudie. Hierbei zeigte sich, dass sexueller Missbrauch in der Kindheit als ein signifikanter Prädiktor für die Fixierung auf sexuelle Gedanken fungierte. Darüber hinaus verwiesen die Ergebnisse der Studie darauf, dass sexueller Missbrauch in der Kindheit einen Risikofaktor für frühes und risikobehaftetes Sexualverhalten sowie Teenagerschwangerschaft darstellte.

Dieses weit gefächerte Feld an verschiedenen Reaktionen wird von einigen Autor*innen in zwei sich gegenüberstehende Bereiche unterteilt (Aaron, 2012; Büttner, 2018; Easton et al., 2011; Najman et al., 2005; Noll et al., 2003; Rellini, 2008; Vaillancourt-Morel et al., 2016). Zum einen in die Gruppe der internalisierten Symptome, welche sich vorrangig durch Vermeidung und Funktionsstörungen äußern und häufig unter dem Begriff der *Hyposexualität* zusammengefasst werden. Zum anderen in die Gruppe der externalisierten Symptome, wie kompulsives Verhalten, welche auch als *Hypersexualität* bezeichnet werden (Vaillancourt-Morel et al., 2015). Als Beispiele für hyposexuelle Störungen können Aversion gegen körperliche Berührung und Vermeidung von Sexualität (Büttner et al., 2014), verminderte sexuelle Lust und Erregung sowie Anorgasmie (Rellini, 2007) angeführt werden. Hypersexuell gelagerte Störungen dagegen umfassen zwanghafte (gedankliche) Beschäftigung mit Sexualität, riskante und verfrühte sexuelle Aktivität sowie eine erhöhte Anzahl an Sexualpartner*innen (Büttner et al., 2014; Noll et al., 2003; Rellini, 2008).

Die Reaktionen auf eine Traumatisierung in der Kindheit lassen sich demnach also auf einem Kontinuum anordnen, welches von Rückzug bzw. Vermeidung, bis zu Hypersexualität und Kompulsion reicht (Aaron, 2012; Colangelo & Keefe-Cooperman, 2012). Allerdings gibt es neben dieser klaren Aufteilung in zwei sich gegenüber liegende Bereiche auch die Möglichkeit einer Kombination der beiden Endpunkte des Spektrums. Verschiedene Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass sexuelle Vermeidung und Kompulsivität sich nicht gegenseitig

ausschließen, sondern diese – auf den ersten Blick eher widersprüchlich anmutenden – Symptombilder auch gemeinsam bei derselben Person auftreten können (Büttner, 2018; Noll et al., 2003; Vaillancourt-Morel et al., 2015). Entweder alternierend, also mit sich abwechselnden Phasen sexueller Vermeidung und geringer sexueller Aktivität, und Phasen sexueller Überaktivität (Büttner, 2018), oder koexistierend, wie beispielsweise bei einer Person, die sexuelles Verhalten als nicht erstrebenswert empfindet, aber dennoch einen inneren Zwang oder Druck zu sexueller Aktivität verspürt (Noll et al., 2003). In diesem Zusammenhang wird für gewöhnlich von sexueller Ambivalenz gesprochen. Um dies näher zu untersuchen, bezogen Vaillancourt-Morel et al. (2016) in einer Studie sowohl den Beziehungsstatus als auch das Geschlecht der Testpersonen mit ein. Die Ergebnisse zeigten, dass die Schwere von sexuellem Missbrauch in der Kindheit assoziiert war mit höherer sexueller Kompulsivität bei ledigen Individuen, mit sowohl höherer Kompulsivität als auch Vermeidung bei zusammenlebenden Paaren, und mit erhöhter Vermeidung bei verheirateten Individuen.

Lemieux und Byers (2008) fanden in ihrer Studie, dass ein großer Anteil der Frauen, die sexuellen Missbrauch in der Kindheit erfahren hatten, sowohl eine Sexualisierung von Beziehungen (gesteigertes Ausmaß sexueller Aktivitäten), als auch einen Rückzug von sexuellen Beziehungen (freiwilliger Verzicht auf sexuelle Aktivitäten) aufwiesen, während andere Frauen nur entweder das eine oder das andere Verhalten zeigten. Die Autor*innen schlussfolgerten, dass die Langzeitfolgen von Kindesmissbrauch unterschiedliche Formen annehmen können - zwischen Individuen, als auch innerhalb eines Individuums zu verschiedenen Zeitpunkten.

2.3.2. Geschlechtsunterschiede

Zu der Frage, welche Faktoren ausschlaggebend dafür sind, an welchem Ende dieses Spektrums die Reaktionen in Erscheinung treten, gibt es verschiedene Theorien. Eine wiederkehrende These ist, dass die Erscheinungsform verschiedener sexueller Störungen, vom Geschlecht des/der Betroffenen abhängt. Aaron (2012) zufolge treten demnach bei Frauen eher sexuelle Funktionsstörungen und Vermeidung sowie internalisierendes Verhalten wie Angst auf, während bei Männern eher sexuell kompulsives und externalisierendes Verhalten auftritt. Es gibt allerdings wenige Studien, welche einen direkten Geschlechtervergleich bezüglich der Folgen von Missbrauch in der Kindheit auf die Sexualität im Erwachsenenalter anstellen.

Werden in Studien direkte Vergleiche zwischen Männern und Frauen angestellt, kommen die Autor*innen zu unterschiedlichen Ergebnissen bezüglich Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen den Geschlechtern. In einer Studie von Najman et al. (2005) zeigte sich zwar eine signifikante Assoziation zwischen sexuellen Missbrauchserfahrungen und Symptomen sexueller Dysfunktion bei beiden Geschlechtern. Allerdings ergaben weitere Analysen insofern Geschlechtsunterschiede, dass für Frauen sexueller Missbrauch in der Kindheit einen größeren Effekt auf das selbstberichtete sexuelle Funktionieren hatte. Ein weiterer Geschlechtsunterschied zeigte sich bezüglich der Anzahl der Sexualpartner*innen: Nur Frauen berichteten hier von einer höheren Zahl bezogen auf die Lebenszeit. Die Autor*innen schlussfolgerten, dass sexueller Missbrauch in der Kindheit zu einer bedeutenden Beeinträchtigung des sexuellen Funktionierens im Erwachsenenalter beitrage, insbesondere bei Frauen.

Vaillancourt-Morel et al. (2015) werteten die Ergebnisse ihrer Studie dagegen als Untermauerung der Annahme, dass mehr Ähnlichkeiten als Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich des sexuellen Verhaltens sowie der sexuellen Rollen und Werte bestünden. Sie untersuchten, inwiefern sexuell vermeidendes und kompulsives Verhalten als Mediator für dyadische Anpassung dient und befragten hierfür Männer und Frauen, die aktuell in einer Beziehung waren. Sowohl für Frauen als auch Männer war sexueller Missbrauch in der Kindheit mit gesteigerter sexueller Vermeidung und Kompulsion assoziiert, welche wiederum eine geringere Anpassung innerhalb der Beziehung vorhersagten. Diese Ergebnisse interpretierten die Autor*innen als vorläufige Bestätigung des weiter oben vorgestellten Modells eines von Vermeidung bis zu Hypersexualität reichenden Kontinuums.

2.3.3. Nichtsexuelle Traumatisierung

Beim Vergleich von Forschungsstudien, die neben sexuellem Missbrauch auch andere Formen der Traumatisierung einbeziehen, ist auffallend, wie sehr sie sich hinsichtlich der Auswahl der einbezogenen Traumaformen unterscheiden. Häufig wird der Hauptfokus weiterhin auf sexuellen Missbrauch gelegt, wie zum Beispiel in einer Studie von Schloredt und Heiman (2003). Die insgesamt 148 befragten Frauen unterteilten sie, basierend auf deren Missbrauchserfahrungen in der Kindheit, in drei Gruppen: Sexueller Missbrauch, sexueller und physischer Missbrauch, und keine Form des Missbrauchs. Die Ergebnisse zeigten, dass Frauen, welche sowohl sexuellen als auch physischen Missbrauch erlebt hatten, deutlich mehr negative Emotionen (wie zum Beispiel Angst, Wut oder Ekel) während sexueller Erregung erlebten als

Frauen ohne Missbrauchshintergrund. Darüber hinaus wiesen Frauen mit Missbrauchshintergrund im Vergleich gesteigertes sexuelles Risikoverhalten sowie eine höhere Anzahl an Sexualpartner*innen auf. Bezüglich sexuellen Interesses, sexueller Erregung, Orgasmus und sexueller Angst/Schmerzen ergaben sich dagegen keine Unterschiede zwischen den Gruppen.

Van Bruggen, Runtz und Kadlec (2006) legten in ihrer Studie den Fokus auf die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen drei Formen von Kindesmisshandlung (sexueller, physischer und psychologischer Missbrauch) und verschiedenen Aspekten von sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen sowie späterer Reviktimisierung im Erwachsenenalter. Es zeigte sich, dass höhere Werte bezüglich psychologischen Missbrauchs in der Kindheit assoziiert waren mit größeren sexuellen Sorgen, dysfunktionalen sexuellen Verhaltensweisen und einer größeren Anzahl an Gelegenheitssex. Darüber hinaus wiesen betroffene Frauen mehr Probleme mit der Bewältigung sexueller Gedanken, Gefühle und Interaktionen auf. Zwischen physischem Missbrauch in der Kindheit und späteren sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen zeigte sich dagegen kein Zusammenhang. In Bezug auf sexuellen Missbrauch war auffällig, dass Betroffene zwar ebenfalls größere Schwierigkeiten im Umgang mit ihren sexuellen Gedanken, Gefühlen und Interaktionen hatten, allerdings keine höheren Werte bei dysfunktionalen oder risikoreichen sexuellen Verhaltensweisen. Aus der Tatsache, dass psychologische Misshandlung mit einer größeren Anzahl an sexuellen Variablen assoziiert war, schlussfolgerten die Autor*innen, dass die Entwicklung sexueller Schwierigkeiten nicht ausschließlich mit sexuellem Trauma zusammenhängt, sondern es eventuell einen allgemeineren missbrauchsbezogenen Prozess gibt, welcher der Entwicklung sexueller Schwierigkeiten zugrunde liegt.

Es finden sich kaum Studien zur Sexualität, die sowohl verschiedene Traumaformen, als auch gemischtgeschlechtliche Stichproben untersuchen. Insgesamt weisen die Ergebnisse auf das Vorliegen von Geschlechtsunterschieden hin. Labadie, Godbout, Vaillancourt-Morel und Sabourin (2018) bezogen in ihrer Studie zu Bindungsverhalten und sexuellen Problemen zwar nichtsexuelle Traumatisierung in die Befragung ein, stellten allerdings keinen direkten Vergleich zwischen den Traumatisierungsformen an, sondern legten den Fokus auf sexuellen Missbrauch. Nichtsexuelle Missbrauchserfahrungen wurden von einer bedeutenden Anzahl der Betroffenen von sexuellem Missbrauch berichtet. Die Befragung mittels Online-Fragebögen ergab, dass die Betroffenen von sexuellem Missbrauch keine homogene Gruppe bildeten, sondern zwei distinkte Profile auftraten: Zum einen eine Subgruppe von unsicher gebundenen

Individuen ohne signifikante sexuelle Probleme. Und zum anderen eine Subgruppe von unsicher gebundenen Individuen, welche ein komplexes Muster sexueller Ambivalenz aufwiesen, sprich sowohl sexuelle Kompulsion als auch Vermeidung. In der ersten Gruppe war der Anteil an Frauen, in der zweiten Gruppe der Anteil an Männern signifikant größer.

Meston et al. (1999) befragten in ihrer Studie 1032 Student*innen mit dem Ziel, den Zusammenhang zwischen verschiedenen Formen frühen Missbrauchs (sexueller, physischer und emotionaler Missbrauch sowie Vernachlässigung) und inter- sowie intrapersoneller Sexualität im Erwachsenenalter zu untersuchen, mit Hinblick auf potentielle ethnische und geschlechtsbezogene Unterschiede. Die Ergebnisse zeigten auffallende Geschlechtsunterschiede. Unabhängig von anderen Formen des Missbrauchs stand *sexueller Missbrauch* bei Frauen in einem signifikanten Zusammenhang mit liberaleren sexuellen Haltungen und Verhalten, was sich in einer größeren Häufigkeit von Geschlechtsverkehr und Masturbation, einer größeren Vielfalt an sexuellen Erfahrungen und Fantasien, und einer gesteigerten Wahrscheinlichkeit für unkontrolliertes sexuelles Verhalten äußerte. Bei Männern zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang ausschließlich zwischen *emotionalem Missbrauch* und einem negativen Körperbild und sexueller Unzufriedenheit, nicht aber zwischen den anderen Traumatisierungsformen und den sexuellen Variablen.

2.3.4. Limitationen bisheriger Forschung

Wie bereits weiter oben erwähnt, konzentrieren sich die meisten Studien im Kontext von Kindheitstrauma und Sexualität auf weibliche Stichproben. Rein männliche Stichproben gibt es dagegen kaum und auch auffallend wenige Studien, die direkte Vergleiche zwischen den Geschlechtern anstellen (Najman et al., 2005; Vaillancourt-Morel et al., 2015). In Hinblick auf die bisherigen Studienergebnisse zu Geschlechtsvergleichen zeigen sich uneinheitliche Ergebnisse, die teilweise eher auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern, teilweise aber auch auf das Überwiegen von Ähnlichkeiten hinweisen.

Auffallend ist auch die starke Konzentration auf sexuellen Missbrauch, während der Zusammenhang zwischen anderen Missbrauchsformen und Sexualität häufig außen vor gelassen wird. Dies ist insofern überraschend, da die verschiedenen Formen von Misshandlung sich zum einen häufig nicht eindeutig trennen lassen (Büttner, 2018) und darüber hinaus oft gemeinsam auftreten (Wöller, 2006). Sexueller Missbrauch weist in vielen Fällen eine Konfundierung mit einem dysfunktionalen häuslichen und familiären Milieu auf (Bartoi &

Kinder, 1998). Verschiedene Missbrauchsformen, getrennt oder kombiniert betrachtet, scheinen teilweise unterschiedliche Auswirkungen auf die spätere psychische Gesundheit (Davis, Petretic-Jackson, & Ting, 2001), als auch das Bindungs- und Beziehungsverhalten der Betroffenen zu haben (Van Bruggen et al., 2006). Daher liegt es nahe, auch eine Variabilität der Auswirkungen auf die Sexualität in Betracht zu ziehen. So könnte beispielsweise die Kombination von sexuellem Missbrauch mit anderen Traumaformen bestimmte spätere sexuelle Folgen erklären, die bisher nur auf sexuellen Missbrauch zurückgeführt worden waren. Auf diese Weise könnten eventuell auch widersprüchliche Ergebnisse bisheriger Forschung erklärt werden (Meston et al., 1999).

Anhand dieses Forschungsüberblicks wird deutlich, dass die bisherigen Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Kindheitstrauma und späterer Sexualität ein sehr variables Bild bieten. Dies ist unter anderem auf die unterschiedlichen Operationalisierungen der untersuchten Konstrukte zurückzuführen. Weiter oben wurde bereits darauf verwiesen, dass im Bereich des Kindheitstraumas keine allgemeingültige Definition existiert und so überrascht es auch nicht, dass in den einzelnen Studien verschiedene theoretische Definitionen und Erhebungsinstrumente hierfür verwendet werden.

Aber auch in Bezug auf die Sexualität zeigt sich kein einheitliches Vorgehen: häufig werden nur entweder sexuelles Verhalten oder sexuelles Erleben untersucht, nicht aber beides zusammen; darüber hinaus werden meist nur Teilaspekte der beiden Konstrukte erfasst. So werden beispielsweise in Bezug auf sexuelles Verhalten größtenteils nur Häufigkeiten abgefragt, anstatt den Begriff genauer zu differenzieren. Wichtig hierbei ist auch, dass im Zusammenhang mit Kindheitstrauma häufig Störungen oder Dysfunktionen der Sexualität untersucht werden. Das Auftreten bestimmter Veränderungen sollte allerdings nicht automatisch als Ausdruck einer sexuellen Störung gewertet werden, da dahinter auch eine selbstbestimmte Entscheidung stehen kann, die keineswegs eine Schwierigkeit für Betroffene darstellt (Büttner, 2018).

Weiterhin lässt sich festhalten, dass die meisten Studien die interessierenden Variablen anhand von Fragebögen erheben. Dies stellt eine Form der retrospektiven Beurteilung dar, bei der es häufig zu Erinnerungsverzerrungen kommt. In Bezug auf die Erfassung der Traumatisierung in der Kindheit lässt sich diese Art der Erhebung selbstverständlich nicht umgehen, doch gerade bei einem so dynamischen Konstrukt wie dem der Sexualität sind Erhebungsformen, die zeit- und alltagsnäher sind, klar vorzuziehen, da diese eine sehr viel umfassendere und realistischere Abbildung ermöglichen.

2.4. Ziele der vorliegenden Arbeit

Ziel der vorliegenden Studie ist es, weitere Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen einer Traumatisierung in der Kindheit und dem sexuellen Erleben und Verhalten beizutragen und dabei die beschriebenen Lücken der bisherigen Forschung in diesem Bereich zu schließen. Die untersuchte Stichprobe zeichnet sich dadurch aus, dass sie sich sowohl aus Männern als auch Frauen zusammensetzt, wodurch direkte Vergleiche hinsichtlich möglicher Geschlechterunterschiede oder -ähnlichkeiten möglich werden. Im Gegensatz zu der Majorität der bisherigen Studien bezieht die vorliegende Arbeit außerdem verschiedene Formen des Kindheitstraumas mit ein, anstatt sich nur auf sexuellen Missbrauch zu konzentrieren. Dadurch wird eine differenziertere Darstellung potenzieller Auswirkungen möglich. Hierbei sollen explorativ anhand von repräsentativen Einzelfällen Unterschiede hinsichtlich des sexuellen Erlebens und Verhaltens untersucht werden.

Eine, im Vergleich zur bisherigen Studienlage, differenziertere Abbildung wird auch im Bereich der Sexualität gewählt. So werden Häufigkeiten und Intensitäten verschiedener Aspekte des sexuellen Erlebens und Verhaltens erfasst. Hierbei wird der Fokus bewusst nicht auf Sexualstörungen, sondern auf klinisch nicht auffällige Veränderungen des normalen Verhaltens gelegt. Zu einer besonders realitätsnahen und umfassenden Darstellung der interessierenden Konstrukte trägt das Erhebungsdesign des ambulanten Assessments bei, welches in Bezug auf die Folgen von Kindheitstrauma auf die Sexualität im Erwachsenenalter bisher noch nicht verwendet wurde.

2.5. Fragestellung und Hypothesen

Ausgehend von der zentralen Fragestellung der vorliegenden Studie, welchen Einfluss Traumatisierung in der Kindheit auf das sexuelle Erleben und Verhalten bei Personen im Erwachsenenalter hat, leitet sich folgende erste Hypothese ab:

H.1.: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Traumatisierung in der Kindheit und der Häufigkeit der partnerschaftlichen sexuellen Aktivität sowie der Intensität des sexuellen Erlebens im Erwachsenenalter.

Die ungerichtete Formulierung der Hypothese ergibt sich aus der Annahme des vorgestellten Konzepts eines Kontinuums, welches von Rückzug bzw. Vermeidung, bis zu Hypersexualität

und Kompulsion reicht (vgl. Kapitel 2.3.1.). Hierbei soll anhand der Gesamtstichprobe untersucht werden, ob bzw. inwiefern sich die Sexualität über die gesamte Dimension verschiedener traumatischer Erfahrungen verändert.

In einem nächsten Schritt soll die Gesamtstichprobe in eine Gruppe von Personen ohne traumatische Erlebnisse in der Kindheit und eine Gruppe von Personen, die traumatische Erfahrungen gemacht haben, unterteilt werden. Daraufhin soll untersucht werden, ob bzw. inwiefern sich die beiden Gruppen bezüglich verschiedener Variablen des sexuellen Erlebens und Verhalten unterscheiden.

H.2.: Personen mit traumatischen Erfahrungen in der Kindheit unterscheiden sich bezüglich der Häufigkeit der partnerschaftlichen sexuellen Aktivität und der Intensität des sexuellen Erlebens zu Personen ohne solche Erfahrungen.

Abgeleitet aus den vorgestellten Limitationen bisheriger Forschung soll darüber hinaus in der Gruppe der traumatisierten Versuchsteilnehmer*innen ein Vergleich zwischen den Geschlechtern angestellt werden. Hierbei wird, aufbauend auf Aarons Forschungsergebnissen (2012) angenommen, dass Männer eher zu einem gesteigerten und Frauen eher zu einem verminderten sexuellen Erleben und Verhalten neigen.

H.3.: Es bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich des sexuellen Erlebens und Verhaltens bei Personen, welche eine Traumatisierung in der Kindheit erfahren haben.

H3.1: Die Häufigkeit der partnerschaftlichen sexuellen Aktivität ist bei traumatisierten Männern im Vergleich zu traumatisierten Frauen gesteigert.

H3.2: Die Intensität des sexuellen Erlebens ist bei traumatisierten Männern im Vergleich zu traumatisierten Frauen gesteigert.

Zusätzlich soll das potenzielle Vorliegen von Unterschieden zwischen den verschiedenen Traumatisierungsformen anhand von repräsentativen Einzelfällen untersucht werden.

Explorative Fragestellung: Unterscheiden sich Personen mit unterschiedlichen Traumatisierungserfahrungen hinsichtlich ihres sexuellen Erlebens und Verhalten?

3. Methoden

3.1. Studiendesign

Diese Arbeit wurde im Rahmen einer ambulanten Assessment Studie angefertigt, welche sich mit sexuellem Erleben und Verhalten im Alltag und dem Einfluss von Stress befasste. Zu Beginn der Studie wurden querschnittlich soziodemografische Daten erfasst und Fragebögen zu verschiedenen Themenbereichen vorgelegt. Relevant für die vorliegende Arbeit wird hierbei insbesondere der Childhood Trauma Questionnaire sein, welcher Erfahrungen während der Kindheit und Jugend in Bezug auf sexuellen, körperlichen und emotionalen Missbrauch sowie körperliche und emotionale Vernachlässigung erfasst.

Daraufhin folgte ein 14-tägiges ambulantes Assessment, welches längsschnittlich das sexuelle Erleben und Verhalten sowie Stress erhob. Dies erfolgte mittels eines iPods, welcher täglich zu sieben festen Messzeitpunkten Daten erfasste, wobei Angaben zur sexuellen Aktivität zusätzlich ereignisabhängig erfasst wurden.

Ambulantes Assessment

Das Ambulante Assessment stellt eine Erhebungsmethode dar, welche Selbstberichte, Verhaltensweisen oder physiologische Messwerte mithilfe computer-unterstützter Methoden im Alltag der untersuchten Personen erfasst (Fahrenberg, Myrtek, Pawlik, & Perrez, 2007). Die Daten werden also zeitnah im natürlichen Umfeld der Untersuchten gesammelt, wodurch insbesondere Erinnerungsverzerrungen minimiert und die ökologische Validität erhöht werden können (Trull & Ebner-Priemer, 2013). Dabei werden für gewöhnlich mehrmals pro Tag Abfragen gestartet, wobei das zeitliche Schema an den individuellen Tagesablauf der Testpersonen angepasst werden kann. Dadurch sind verschiedene individuelle Prozesse, Verlaufsmuster im Erleben und Verhalten über längere Zeiträume, als auch intra- und inter-individuelle Variabilität untersuchbar (Fahrenberg et al., 2007).

3.2. Stichprobe

3.2.1. Ein- und Ausschlusskriterien

Ziel der Studie war es unter anderem, eine junge und gesunde Stichprobe zu untersuchen, dementsprechend waren auch die Einschlusskriterien ausgerichtet. Es wurden

Personen eingeschlossen, die zwischen 18 und 35 Jahre alt waren und fließend Deutsch sprachen, um ein problemloses Verstehen der Items sicherzustellen. Die Testpersonen sollten sich seit mindestens einem Jahr in einer Partnerschaft befinden. Um die sexuelle Orientierung bei allen Testpersonen konstant zu halten, beschränkte sich die Studie auf Personen in heterosexuellen Partnerschaften. Um darüber hinaus die Möglichkeit für sexuelle Aktivität zu gewährleisten und zwischen den Proband*innen vergleichbar zu halten, sollte der Kontakt mit dem/der Partner*in an mindestens 12 der 14 Erhebungstage möglich sein. Darüber hinaus durfte immer nur jeweils ein/e Partner*in an der Studie teilnehmen, um abhängige Daten zu vermeiden. Bei teilnehmenden Frauen war zudem ein regelmäßiger Zyklus Voraussetzung zur Teilnahme. Die Erhebungsphase wurde in der Woche nach der Periode durchgeführt. Die vollständigen Einschlusskriterien sind in Tabelle 3 angeführt (siehe Anhang B).

3.2.2. Rekrutierung

Die Rekrutierung der Versuchspersonen erfolgte in zwei Durchgängen im Mai und September 2015 an der Philipps-Universität in Marburg durch Aushänge in verschiedenen Universitätsgebäuden einerseits und durch Emails, welche mithilfe des Versuchspersonenverteilers des Fachbereichs Psychologie und später auch mithilfe des allgemeinen Verteilers der Philipps-Universität versandt wurden andererseits. Auf diesem Wege wurden die Interessent*innen bereits darüber informiert, dass es sich um eine Studie über verschiedene Einflussfaktoren des sexuellen Erlebens und Verhaltens im Alltag handle sowie über die wichtigsten Ausschlusskriterien (u.a. Alter zwischen 18-35 Jahre, seit mindestens einem Jahr in einer heterosexuellen Partnerschaft, der/die Partner*in sollte in derselben Stadt leben). Darüber hinaus war die angebotene Aufwandsentschädigung von entweder 80 Euro oder fünf Versuchspersonenstunden plus 30 Euro aufgeführt.

Mit den Interessent*innen, welche sich per Email gemeldet hatten, wurde zur Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien zunächst ein etwa 15-minütiges Telefonscreening durchgeführt. Hierbei wurden mithilfe eines computergestützten Fragebogens (EFS Survey 10.1; Questback, 2015) alle Einschlusskriterien abgefragt und darauf basierend entschieden, ob die Person an der Studie teilnehmen konnte. War dies der Fall, wurde am Ende des Gesprächs ein Termin für die iPod-Ausgabe vereinbart sowie ausführliche Studieninformationen und Einverständniserklärung für den/die Proband*in und deren Partner*in per Email zugesandt.

3.2.3. Stichprobencharakterisierung

Im Rahmen der beiden Erhebungsdurchläufe meldeten sich insgesamt 92 Interessent*innen, wobei infolge verschiedener Ausschlussgründe letztendlich die Daten von 60 Personen (jeweils 30 Frauen und 30 Männer) für die Studie verwendet werden konnten. Der Ein- und Ausschluss der Versuchspersonen ist in Abbildung 2 graphisch zusammengefasst.

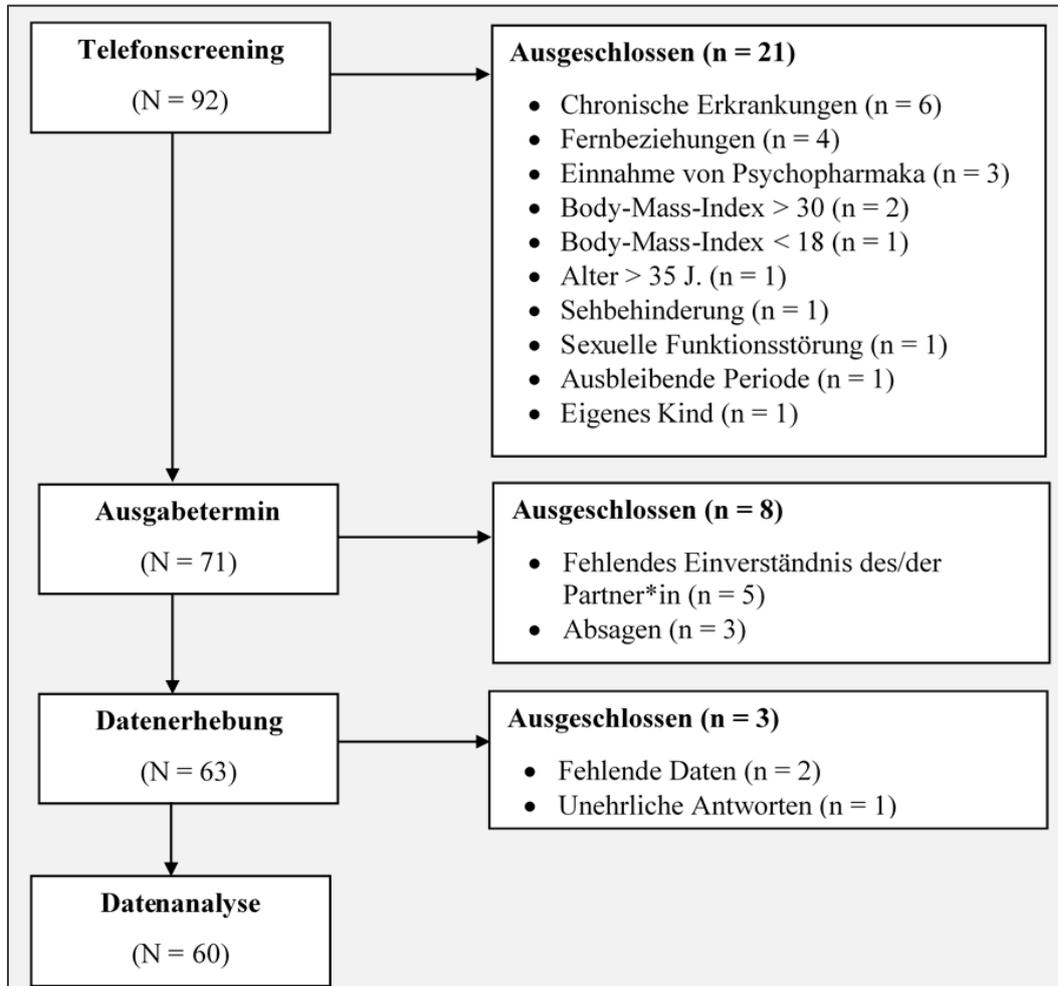


Abbildung 2: Ein- und Ausschluss der Versuchspersonen.

3.3. Studienablauf

Am Ende des bereits beschriebenen Telefon screenings wurde mit den in Frage kommenden Testpersonen ein Ausgabetermin vereinbart. Dieser fand in einem Versuchsraum der Universität statt und dauerte ca. 60 Minuten. Zu Beginn wurden die Proband*innen über den Verlauf des Termins aufgeklärt und die unterschriebenen Einverständniserklärungen eingeholt. Daraufhin folgte eine computergestützte Befragung mittels Online-Fragebogen über

das Programm EFS Survey 10.1 (Unipark, Questback, 2015) zu medizinischen Aspekten und soziodemografischen Variablen. Im Anschluss daran wurde der vorprogrammierte iPod inklusive Zubehör (Ladekabel, Schutzhülle, Bedienungsmanual) ausgegeben und die Bedienung des Geräts erklärt. Hierbei wurden auch Probeläufe mit dem iPod durchgeführt, um das Verständnis der Bedienung sicherzustellen. Zuletzt wurde ein Verständnistest mittels Fragebogen durchgeführt, durch den noch bestehende Unklarheiten ermittelt und behoben werden konnten. Darüber hinaus bestätigten die Teilnehmer*innen durch eine Unterschrift den Erhalt des iPods und dessen Ladekabel. Am Ende wurden mögliche noch offene Fragen geklärt sowie ein Termin für die Rückgabe ausgemacht.

Am darauffolgenden Tag begann das 14-tägige ambulante Assessment mit zwei selbstgestarteten Messungen direkt nach dem Aufwachen (Morgenmessung) und direkt vor dem Schlafengehen (Abendmessung), vier zeitlich festgelegten Messzeitpunkten pro Tag (Standard-Abfragen) sowie zusätzlich eigeninitiativ gestarteten Messungen nach sexueller Aktivität (Sex-Abfragen). Die Standardmessungen erfolgten um 11:00 Uhr, 14:00 Uhr, 17:00 Uhr, 20:00 Uhr (Tagesmessungen), wobei hierbei ein Klingeln des iPods die Versuchspersonen an die Messung erinnerte. Bei diesen Messungen beantworteten die Testpersonen verschiedene Fragen auf dem iPod über die App iDialog Pad. Die Beantwortung der Fragen erfolgte mittels der Auswahl von Antwortalternativen, durch Zahl-Skalen (z.B. von 1-5), oder durch Analogskalen. Abbildung 3 zeigt Beispielbilder zu den jeweiligen Antwortmöglichkeiten)



Abbildung 3: Beispiele zu den Antwortmöglichkeiten der iPod-Befragung.

Falls der Zeitpunkt für die Befragung ungünstig war, hatten die Testpersonen die Möglichkeit, die Abfrage um bis zu eine Stunde zu verschieben. Am Ende jeden Tages sollten die Daten mittels eines Exportbuttons exportiert werden. Um mögliche Fragen oder Probleme abzuklären, erfolgte am zweiten Tag der Erhebung eine telefonische Kontaktaufnahme durch die Versuchsleitung.

Nach dieser Erhebungsphase fand der vorher vereinbarte Rückgabetermin statt. Dieser diente zum einen dazu, den iPod inklusive Zubehör abzugeben, als auch zur Durchführung eines Post-Monitoring-Interviews. Bei diesem wurde nach möglichen Schwierigkeiten während der Erhebung sowie nach der Compliance bei der Beantwortung der Befragungen und eventuellen Verbesserungsvorschlägen gefragt. Abschließend erfolgte die Abklärung der Aufwandsentschädigung (Angabe der Bankdaten für die Überweisung, oder gegebenenfalls Gutschreiben der Versuchspersonenstunden). Zuletzt wurden die Daten noch einmal von der Versuchsleitung exportiert und der iPod auf die Werkseinstellungen zurückgesetzt.

3.4. Ethische Aspekte

Zu Beginn wurden die Teilnehmer*innen bereits über Ziele, Inhalt, Ablauf und Umfang der Studie sowie die Aufwandsentschädigung aufgeklärt. In einer schriftlichen Studieninformation wurden außerdem noch einmal ausführlich alle Information zur Studie schriftlich angeführt. Auch die Partner*innen der teilnehmenden Personen wurden über die Art der erhobenen Daten informiert und gaben, wie die Testpersonen selbst, eine schriftliche Einverständniserklärung ab. Die Studienteilnahme erfolgte freiwillig und konnte jederzeit ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden.

Um die Pseudonymität sicherzustellen, wurden Versuchspersonencodes vergeben, deren Zuordnung zu den jeweiligen persönlichen Daten nur von den, unter Schweigepflicht stehenden, Versuchsleiter*innen eingesehen werden konnte. Darüber hinaus wurde sichergestellt, dass bei persönlicher Bekanntschaft zwischen einer der Versuchsleiter*innen und Proband*innen kein direkter Kontakt zwischen diesen stattfand. In dem Bemühen, die zeitliche Belastung während der Erhebung im Alltag möglichst gering zu halten, erfolgte die Befragung anhand einzelner Items anstelle ganzer Fragebögen. Darüber hinaus sollte der normale Tagesablauf so wenig wie möglich beeinträchtigt werden. Daher konnten die Messzeitpunkte bis zu eine Stunde vorgezogen oder nach hinten verschoben werden.

Während der Erhebung hatten die Studienteilnehmer*innen jederzeit die Möglichkeit, die Studienleitung telefonisch zu kontaktieren um mögliche Fragen oder Schwierigkeiten abzuklären. Um sicherzustellen, dass nach Abschluss der Erhebung keine persönlichen Daten der Teilnehmer*innen auf dem iPod verblieben, wurden die Geräte vor einer erneuten Ausgabe von der Studienleitung auf die Werkseinstellungen zurückgesetzt. In einem Post-Monitoring Interview wurde eine Befragung zur Qualitätssicherung durchgeführt. Für die Durchführung der Studie lag ein positives Votum der Ethikkommission des Fachbereichs Psychologie der Philipps-Universität Marburg vor (Aktenzeichen: 2015-08k).

3.5. Messverfahren

3.5.1. Messmethoden

Das Besondere am Design der vorliegenden Studie ist die Kombination von querschnittlichen und längsschnittlichen Daten. An dem Termin der iPod-Ausgabe wurden mittels eines online-Fragebogenkatalogs querschnittlich soziodemografische Daten und Angaben zu verschiedenen relevanten Themenbereichen erfasst. Daraufhin folgte ein 14-tägiges ambulantes Assessment, welches längsschnittlich das sexuelle Erleben und Verhalten sowie das aktuelle Befinden und die aktuelle Tätigkeit, erlebten Stress, besondere Vorkommnisse seit der letzten Eingabe und den Kontakt zu anderen Personen erhob. Morgens und abends wurde zudem nach erlebten Zärtlichkeiten gefragt. Dieses Assessment erfolgt mittels eines iPods, welcher täglich zu sechs festen Messzeitpunkten Daten erhob, wobei Angaben zur sexuellen Aktivität zusätzlich ereignisabhängig erfasst wurden. Bei dieser selbstgestarteten Sexabfrage wurde zuerst nach einer Einordnung der sexuellen Aktivität in vorgegebene Kategorien (Selbstbefriedigung, Oralverkehr, Petting, Geschlechtsverkehr, Analverkehr) gefragt, und anschließend nach einer Einstufung des sexuellen Verlangens und Erlebens.

Die für diese Studie relevanten Variablen wurden sowohl quer- als auch längsschnittlich erfasst. Tabelle 4 bietet einen Überblick über die erhobenen Variablen und die jeweilige Untersuchungsmethode. Im Anschluss sollen die einzelnen Variablen und Messmethoden ausführlich beschrieben werden.

Tabelle 4: Erhobene Variablen und jeweilige Untersuchungsmethode

	Querschnittliche Erhebung	Ambulantes Assessment
Variable	<ul style="list-style-type: none"> - Geschlecht - Traumatisierung in der Kindheit - Sexualität und Partnerschaft 	<ul style="list-style-type: none"> - Sexuelles Erleben und Verhalten

3.5.2. Beschreibung der gemessenen Konstrukte

Im Rahmen der zu Beginn durchgeführten Abfrage mittels online-Fragebögen wurden umfassende Daten zur Soziodemografie, dem Stresserleben sowie körperlichem und psychischen Befinden erfasst. Aber auch Angaben zu Partnerschaft und Sexualität, und der individuellen Zufriedenheit mit diesen.

Traumatisierung in der Kindheit

Relevant für die vorliegende Arbeit ist hierbei insbesondere der Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), welcher mittels 28 Items Erfahrungen während der Kindheit und Jugend in Bezug auf sexuellen, körperlichen und emotionalen Missbrauch (abuse) sowie körperliche und emotionale Vernachlässigung (neglect) erfasst.

Die Antworten werden auf einer fünf-stufigen Likert Skala erfasst, welche von 1 (*überhaupt nicht*) bis 5 (*sehr häufig*) reicht, wobei höhere Werte hierbei für ein höheres Ausmaß an Misshandlungen und Vernachlässigung stehen. Jede der Subskalen besteht aus fünf Items, wobei der Score jeder Misshandlungssubskala von fünf Punkten (keine Misshandlung in der Kindheit und Jugend) bis zu 25 Punkten (extreme Erfahrungen von Misshandlung) reicht. Darüber hinaus wurde auch eine Bagatellisierungsskala mit drei Items hinzugefügt, durch welche geprüft werden soll, ob eine Antworttendenz zur Verleugnung oder Bagatellisierung vorliegt (Klinitzke, Rompell, Häuser, Brähler, & Glaesmer, 2011).

Klinitzke et al. (2011) fanden zwischen den Faktoren Korrelationen von $r = .30$ bis $r = .88$. Die Differenzierungsfähigkeit ist also zum Teil als sehr gut, zum anderen Teil als eher unbefriedigend einzuschätzen. Auffallend sei hier insbesondere die Skala *Körperliche Vernachlässigung*, welche mit drei anderen Subskalen über $r = .80$ korreliere. Die

Modellpassung wird von den Autor*innen insgesamt als zumindest adäquat eingeschätzt (Klinitzke et al., 2011).

Um die Schwere der Traumatisierung einschätzen zu können, liegen für jede der Subskalen Cut-Off-Werte vor. Diese reichen von „keine (oder minimal)“ über „wenig (bis moderat)“, „moderat (bis schwer)“ bis hin zu „schwer (bis extrem)“ (Bernstein und Fink, 1998). Diese Cut-Off-Werte, welche auch in der vorliegenden Arbeit zur Gruppierung verwendet wurden, sind in Tabelle 5 aufgeführt (siehe Anhang B).

Sexualität und Partnerschaft

Die Häufigkeit der sexuellen Aktivität wurde mithilfe der von Bodenmann (2007) entworfenen *Sexual Activity Scale* (SAS) erfasst. Diese enthält Fragen zur subjektiven Häufigkeit und Wunsch in Bezug auf Zärtlichkeiten, Petting, Geschlechtsverkehr und Selbstbefriedigung sowie zur allgemeinen Zufriedenheit mit dem Sexualleben und der allgemeinen Wichtigkeit der Sexualität. Die Erfassung der Partnerschaftsqualität erfolgte durch den *Partnerschaftsfragebogen* (PFB) nach Hahlweg (1996), welcher die drei Skalen Streitverhalten, Zärtlichkeit und Gemeinsamkeit/ Kommunikation enthält sowie eine zusätzliche Skala zu Stress innerhalb der Partnerschaft (nach Bodenmann, 2007).

3.5.3. Ambulantes Assessment

Die Datenerhebung erfolgte, wie bereits erläutert, innerhalb eines Zeitraums von 14 Tagen mithilfe eines iPods im Rahmen eines ambulanten Assessments (siehe Kap. 3.3.) Tabelle 6 zeigt einen Überblick über die relevanten Items und Messzeitpunkte.

Tabelle 6: *Items zur Erfassung der zentralen Konstrukte*

Konstrukt	Item	Messzeitpunkt
Sexuelles Verlangen	<ul style="list-style-type: none"> • „Haben Sie seit der letzten Eingabe sexuelles Verlangen verspürt?“ → Wenn ja: • „Wie stark war Ihr sexuelles Verlangen?“ auf einer Skala von 1 („gar nicht stark“) bis 5 („sehr stark“) 	Tagesmessung, Abendmessung

Sexuelle Erregung	<ul style="list-style-type: none"> • „Haben Sie seit der letzten Eingabe sexuelle Erregung verspürt?“ Wenn ja: • „Wie stark war Ihre sexuelle Erregung?“ auf einer Skala von 1 („gar nicht stark“) bis 5 („sehr stark“) 	Tagesmessung, Abendmessung
Sexuelle Gedanken und Fantasien	<ul style="list-style-type: none"> • „Haben Sie seit der letzten Eingabe sexuelle Gedanken/ Fantasien gehabt?“ Wenn ja: • „Wie intensiv waren diese Gedanken/Fantasien?“ auf einer Skala von 1 („gar nicht intensiv“) bis 5 („sehr intensiv“) 	Tagesmessung, Abendmessung
Sexuelle Aktivität	<ul style="list-style-type: none"> • „Die sexuelle Aktivität, die Sie gerade durchgeführt haben, war ...“ • Antwortalternativen: Selbstbefriedigung, Petting, Oralverkehr, Geschlechtsverkehr, Analverkehr 	Sexabfrage (ereignis- abhängig)

Sexuelles Verlangen

Im Kapitel zu sexuellem Erleben (siehe Kap. 2.2.1.) wurde bereits thematisiert, dass bezüglich der Definitionen sexueller Konstrukte teils große interindividuelle Unterschiede vorliegen. Um Missverständnissen vorzubeugen, wurden daher die untersuchten Variablen im Manual, welches an die Versuchteilnehmer*innen ausgegeben wurde, definiert und anhand verschiedener Beispiele veranschaulicht.

Sexuelles Verlangen wurde wie folgt definiert: „Die Bezeichnung sexuelles Verlangen bezieht sich auf den Wunsch nach oder das Interesse an einer sexuellen Aktivität. Sie haben dabei Lust auf die Empfindungen, die Sie durch eine sexuelle Aktivität verspüren würden. Es kann Sie auch motivieren, eine sexuelle Aktivität zu initiieren oder auf sexuelle Reize einzugehen. Die Ansprechbarkeit/Annäherung auf sexuelle Reize kann erhöht sein.“ (vgl. Pfaus, Kippin, & Coria-Avila, 2003; Pfaus, 1999; Spector et al., 1996). Als Beispiele für Situationen, in denen das sexuelle Verlangen erhöht sein kann, wurden Folgende angeführt: Eine attraktive Person sehen; mit einer attraktiven Person Zeit verbringen z.B. in der Uni, bei der Arbeit; romantische Situationen (Strandspaziergang, Candle-light-dinner etc.); mit einer attraktiven Person tanzen; erotische Tagträume haben. Hierbei wurde aber auch darauf verwiesen, dass erotische Gedanken, die sexuelles Verlangen auslösen, auch ohne besonderen Anlass aufkommen können. Es wurde zu den vier Tagesmessungen danach gefragt, ob sexuelles

Verlangen seit dem letzten Messzeitpunkt vorlag. Wurde diese Frage bejaht, sollte das Verlangen anschließend auf einer Skala von 1 („gar nicht stark“) bis 5 („sehr stark“) eingestuft werden.

Sexuelle Erregung

Die Definition der sexuellen Erregung ist angelehnt an das Instrument *Multiple Indicators of Subjective Sexual Arousal* von Mosher, Barton-Henry und Green (1988): „Sexuelle Erregung umfasst ein gesteigertes Ausmaß an sexuellem Verlangen. Dies zeigt sich durch ein Gefühl der sexuellen Erregung sowie zusätzlich durch körperliche Empfindungen in Genitalien sowie im ganzen Körper.“ (vgl. Levine, 2002; Mosher et al., 1988). Als Beispiele für körperliche Empfindungen in den Genitalien wurden Wärmegefühl, pulsieren, Lubrikation und Erektion bis hin zu Orgasmus genannt. Als Beispiele für körperliche Empfindungen im gesamten Körper dienten Wärmegefühl, Kribbeln, schnellerer Atem und Zittern (Mosher et al., 1988). Wie schon bei dem Item zum sexuellen Verlangen wurde auch hier zunächst nach dem generellen Vorkommen seit der letzten Eingabe und anschließend nach der Intensität gefragt.

Sexuelle Gedanken und Fantasien

Zu den Tagesmessungen wurde ebenfalls nach dem Vorliegen und gegebenenfalls der Intensität sexueller Gedanken und Fantasien gefragt. Sexuelle Gedanken beziehen sich hierbei laut Manual auf jede Art von mentaler Vorstellung, die sexuell erregend oder erotisch für eine Person ist und umfassen darüber hinaus flüchtige Gedanken an romantische oder sexuelle Aktivitäten. Im Gegensatz zu den eher flüchtigen sexuellen Gedanken seien erotische Fantasien Vorstellungen von bestimmten Handlungssträngen oder im Kopf ablaufenden „Skripten“, die sich beispielsweise auf sexuelle Handlungen mit einer bestimmten Person, besondere sexuelle Praktiken oder Vorlieben oder sexuelle Handlungen an bestimmten Orten beziehen können.

Sexuelle Aktivität

Nach einer sexuellen Aktivität sollten die Proband*innen sobald wie möglich (bestenfalls innerhalb von 15 Minuten) selbst eine Sex-Abfrage starten. Zunächst wurde hierbei nach der Art der sexuellen Aktivität gefragt, wobei folgende fünf Kategorien zur Auswahl standen, mit der Möglichkeit zur Mehrfachauswahl: Selbstbefriedigung, Petting, Oralverkehr,

Geschlechtsverkehr und Analverkehr. Die Bildung dieser Kategorien ist angelehnt an Studien von Bodenmann und Kolleg*innen (Bodenmann, Ledermann, & Bradbury, 2007; Bodenmann, Meuwly, Bradbury, Gmelch, & Ledermann, 2010).

Anschließend folgten mehrere weiterführende Fragen. Diese waren zum Beispiel bezogen darauf, wer die sexuelle Initiative ergriffen hatte, zu sexuellem Verlangen und Erregung sowie sexuellen Gedanken und Fantasien und dem Orgasmuserleben. Aber auch zu Schmerzen und Stress während der sexuellen Aktivität. Hierbei wurde wiederum nach dem Vorkommen des jeweiligen Konstrukts und anschließend nach der Intensität gefragt. Bei der Frage, ob die sexuelle Aktivität abgebrochen wurde, konnte darüber hinaus aus möglichen Gründen hierfür ausgewählt werden (z.B. „ich wollte nicht mehr“, „Partner/in wollte nicht mehr“, „wir wurden gestört“).

3.6. Statistische Herangehensweise

3.6.1. Aufbereitung des Datensatzes

Die exportierten iPod-Daten, die während der 14-tägigen Erhebungsphase gesammelt worden waren und als Excel-Datensätze vorlagen, wurden für die weitere Bearbeitung zunächst in SPSS-Daten umgewandelt. Daraufhin wurden im Zuge der Datenbereinigung alle Daten gelöscht, die außerhalb des 14-tägigen Erhebungszeitraums lagen, sowie alle Daten, die mehr als eine Stunde vor oder eine Stunde nach dem festen Messzeitpunkt erfolgt waren. Lagen zu einem Messzeitpunkt mehrere Eingaben vor, beispielsweise weil eine Eingabe vorzeitig abgebrochen und dann wieder neu gestartet worden war, wurden jeweils diejenigen Eingaben ausgewählt, welche am vollständigsten waren und am nächsten an der vorgegebenen Zeit lagen. Im Falle von fehlenden Eingaben wurden diese als fehlende Werte in den Datensatz integriert, wodurch für jede Testperson 84 zeitabhängige Messzeitpunkte (6 Messzeitpunkte pro Tag, über einen Zeitraum von 14 Tagen) sowie die zusätzlichen eventbasierten Messungen vorlagen. Bei zwei Versuchspersonen wurde der Erhebungszeitraum von 14 auf 15 Tage verlängert, da Probleme mit dem iPod aufgetreten waren. Durch dieses Vorgehen lagen letztendlich auch in diesen Fällen 14 gültige Erhebungstage vor. In einem weiteren Schritt wurden alle Items derart umkodiert, dass für jede Skala ein Nullpunkt vorlag: Der vorherige Skalenrange von 1 bis 5 wurde also zu einer Skala von 0 bis 4 umkodiert.

3.6.2. Statistische Analysen

Die zu untersuchenden Hypothesen dieser Arbeit befassen sich zum einen mit der Untersuchung von Zusammenhängen, und zum anderen mit Gruppenvergleichen hinsichtlich verschiedener Merkmalsausprägungen bestimmter Variablen. Das Design der Studie ist so angelegt, dass messwiederholte Daten für jede Person vorliegen. Dadurch sind beispielsweise intraindividuelle Entwicklungen der Personen zwischen den Messzeitpunkten untersuchbar. In diesem Falle würde man von genesteten Daten sprechen und diese mithilfe von hierarchisch linearen Modellen untersuchen (Woltman, Feldstain, MacKay, & Rocchi, 2012). Die Überprüfung solcher intraindividuellen Variationen spielte in der vorliegenden Arbeit allerdings keine Rolle, da der Augenmerk auf interindividuelle Unterschiede zwischen den Testpersonen bzw. den einzelnen Teilgruppen gelegt werden sollte. Die genestete Datenstruktur kann hier also außer Acht gelassen werden.

Zunächst sollte der Zusammenhang zwischen dem Grad der Ausprägung der Traumatisierung und dem sexuellen Erleben und Verhalten der Testpersonen betrachtet werden. Hierbei wurden also nicht nur die Werte von Personen mit einbezogen, welche Erfahrungen mit Traumatisierung in der Kindheit gemacht hatten, sondern es sollte die gesamte Dimension der CTQ-Werte untersucht werden. Dies erfolgte mittels der Berechnung des Produkt-Moment Korrelationskoeffizienten nach Pearson.

Der Vergleich zwischen den verschiedenen Teilgruppen der Stichprobe wurde mittels t-Test für unabhängige Stichproben angestellt. Durch den t-Test kann untersucht werden, ob sich die Mittelwerte zweier Stichproben unterscheiden. Die interessierenden Merkmale, nach denen die Subgruppen gebildet wurden, waren in diesem Fall zum einen die Trauma-Erfahrungen sowie jeweils das Geschlecht der Testpersonen. Durch die Unterteilung der Subgruppen hinsichtlich des Geschlechts lag eine geringere Größe der Teilstichproben vor, welche bei einem t-Test zu Verzerrungen führen kann. Um statistisch aussagekräftiger berichten zu können, wurde hierbei daher stattdessen der Mann-Whitney-U-Test herangezogen. Zur weiteren Überprüfung der Ergebnisse wurde dennoch ebenfalls ein t-Test durchgeführt, welcher die gefundenen Ergebnisse bestätigte.

3.6.3. Einzelfallanalysen

Zusätzlich zu den genannten quantitativen Analysen, welche sich auf den Vergleich zwischen Gruppen beziehen, sollten darüber hinaus auch ausgewählte Einzelfälle näher betrachtet werden. Wie bereits in Kapitel 2.5. erwähnt, besteht eine der Stärken der vorliegenden Studie darin, dass sie nicht nur auf eine einzelne Art der Traumatisierung fokussiert ist, sondern mithilfe des CTQs verschiedene Formen von Traumatisierung erhebt. Aufgrund der geringen Stichprobengröße fielen die einzelnen CTQ-Subgruppen zu klein aus, um statistisch aussagekräftige Analysen durchzuführen. Da aber nicht auf den Erkenntnisgewinn dieser Differenzierung der Traumatisierung verzichtet werden wollte, wurde stattdessen pro Subskala ein repräsentativer Einzelfall ausgewählt.

Allgemein befasst sich die Einzelfallanalyse mit einer einzelnen Untersuchungseinheit, welche sowohl durch eine Einzelperson, aber auch beispielsweise durch eine homogene Gruppe oder eine Kultur gebildet werden kann (Petermann, 2014). Zentral ist hierbei das Bemühen, die Individualität und Identität der zu Untersuchenden zu berücksichtigen und sie in ihrer Ganzheitlichkeit realitätsgerecht zu erfassen (Lamnek & Krell, 2016). Der/die Einzelne soll also nicht als bloßes Mitglied einer Stichprobe angesehen, sondern vielmehr möglichst umfassend in der eigenen Komplexität dargestellt werden. Durch diesen Anspruch kann die Einzelfallanalyse, welche häufig zu den qualitativen Forschungsmethoden gezählt wird, einen bedeutsamen Beitrag zur quantitativen Forschung leisten, da durch sie die statistischen Ergebnisse exemplarisch mit Leben gefüllt und illustriert werden können (Lamnek & Krell, 2016). Die Auswahl der Fälle erfolgt hierbei für gewöhnlich nicht zufällig, sondern bewusst (Hering & Schmidt, 2014): Sie werden so gewählt, dass sie „hinsichtlich einer gleich oder ähnlich strukturierten größeren Menge von Phänomenen als typische Fälle oder besonders prägnante oder aussagefähige Beispiele gelten“ (Hartfiel & Hillmann, 1982, S.160).

In der vorliegenden Arbeit wurden als Vertreter*innen der einzelnen Traumatisierungsformen jene Personen ausgewählt, die im Vergleich zur Gesamtstichprobe die höchste Ausprägung in der jeweiligen Subskala des CTQ aufwiesen. Die Daten dieser Einzelfälle wurden ergänzend zu den Ergebnissen der quantitativen Gruppenvergleiche verwendet, um tendenzielle Aussagen über die unterschiedlichen Traumaformen zu treffen. Hierzu wurden die Einzelfälle zum einen deskriptiv beschrieben und zum anderen im Rahmen der einzelnen Hypothesen als Veranschaulichung herangezogen. Zu beachten ist hierbei jedoch, dass auf Basis solcher Einzelfallbetrachtungen keine Generalisierungen auf die Population möglich sind.

4. Ergebnisse

4.1. Vorbereitende Datenanalyse

4.1.1. Compliance

Zur Überprüfung der Compliance erfolgte zunächst eine Analyse der fehlenden oder unvollständigen Messungen. Durch die tägliche Abfrage des Befindens zu insgesamt sechs festen Messzeitpunkten, lagen insgesamt 5040 Messungen der Gesamtstichprobe vor (84 Messungen pro Person). Über den gesamten Erhebungszeitraum hinweg fehlten die Daten von 549 Messungen (10.89%), was als ausreichend gute Compliance gewertet werden kann. Zur Überprüfung der Aufmerksamkeit pro Messung diente zudem ein Aufmerksamkeitsitem, welches zu jedem festen Messzeitpunkt erfragte, ob gerade eine Morgen- oder eine Abendmessung durchgeführt wurde. Da die Beantwortung dieser Frage nur in wenigen Fällen (< 1 %) nicht mit der Art der stattfindenden Messung übereinstimmte, kann auch diesbezüglich von einer ausreichenden Compliance ausgegangen werden.

Am Ende des 14-tägigen Erhebungszeitraums wurde darüber hinaus ein Post-Monitoring-Interview durchgeführt, in dem unter anderem nach der Ehrlichkeit bei der Beantwortung der Fragen während des ambulanten Assessments gefragt wurde. Eine Versuchsperson gab hierbei an, unehrlich geantwortet zu haben. Da die betroffene Person diese Antwort aber später im offenen Frageformat revidierte und ihr Datensatz ansonsten keine Auffälligkeiten aufwies, wurde sie nicht von der Datenanalyse ausgeschlossen. Insgesamt kann bei der vorliegenden Studie von einer guten Compliance der Studienteilnehmer*innen ausgegangen werden.

4.1.2. Überprüfung der Voraussetzungen

Wie bereits in Kapitel 3.6.2. ausgeführt, sollen die Vergleiche zwischen den einzelnen Teilgruppen mithilfe eines t-Tests für unabhängige Stichproben angestellt werden. Voraussetzung für diesen ist unter anderem die Unabhängigkeit der einzelnen Messwerte, sprich die Werte der einzelnen Teilgruppen sollten in keiner Beziehung zueinanderstehen (Bortz & Schuster, 2010), was in der vorliegenden Studie der Fall ist. Darüber hinaus sollte die abhängige Variable intervallskaliert sein. Des Weiteren erfordert der t-Test eine Homogenität der Varianzen. Dies bedeutet, dass die Varianzen der beiden Populationen gleich sein sollten (Bortz & Schuster, 2010). Das zu untersuchende Merkmal sollte außerdem in beiden

Teilpopulationen normalverteilt vorliegen, wobei eine Verletzung dieser Annahme bei einer hinreichend großen Stichprobe ($N \geq 30$) als unproblematisch anzusehen ist (Eid, Gollwitzer, & Schmitt, 2013). Insbesondere bei gleich großen Stichproben kann davon ausgegangen werden, dass der t-Test für unabhängige Stichproben auf Verletzungen seiner Voraussetzungen robust reagiert (Bortz & Schuster, 2010). Dennoch wurde für die Vergleiche zwischen männlichen und weiblichen Testpersonen innerhalb der Teilgruppen statt des t-Tests der Mann-Whitney-U-Test verwendet, da die zu kleine Stichprobengröße ($n = 15$) sonst eventuell zu verzerrten Ergebnissen hätte führen können.

4.2. Deskriptive Beschreibung der Stichprobe

In den folgenden Abschnitten soll darauf eingegangen werden, wie die Gesamtstichprobe in Teilstichproben unterteilt wurde sowie auf relevante demografische und deskriptive Daten. Darüber hinaus wird die Verteilung der Testpersonen hinsichtlich der verschiedenen Subgruppen des CTQ dargestellt. Zuletzt sollen die für die einzelnen Subskalen des CTQ repräsentativen Einzelfälle näher beschrieben werden.

4.2.1. Unterteilung der Stichprobe: Bildung der Traumagruppen

Um Vergleiche bezüglich der interessierenden Variablen anstellen zu können, wurde die Gesamtstichprobe in einem ersten Schritt unterteilt in eine Gruppe von Personen ohne traumatische Erlebnisse in der Kindheit (*Gruppe Kein-Trauma*) und eine Gruppe von Personen, die traumatische Erfahrungen gemacht hatten (*Gruppe Trauma*). Die Traumatisierung in der Kindheit wurde mit dem CTQ erfasst (vgl. Abschnitt 3.6.). Um die Werte der Testpersonen zu analysieren, wurden sie mithilfe der von Bernstein und Fink (1998) vorgeschlagenen Cut-Off-Werte gruppiert (vgl. Kapitel 3.5.2.). Die Gruppe Trauma bildeten hierbei diejenigen Testpersonen, welche in einer der fünf Subskalen des CTQ einen Wert von mindestens „wenig (bis moderat)“ aufwiesen. Durch diese Unterteilung entstanden zwei gleich große Gruppen mit jeweils $n = 30$ Personen. Im Folgenden sollen diese näher beschrieben werden.

4.2.2. Demografische Daten

Der Altersdurchschnitt der Gesamtstichprobe ($N = 60$) lag bei $M = 23.78$ ($SD = 2.95$), mit einer Spannbreite von 18 und 30 Jahren. Die Gesamtstichprobe teilte sich in 30 Frauen und

30 Männer, und auch in den beiden Teilstichproben Trauma und Kein-Trauma setzte sich diese gleichmäßige Verteilung der Geschlechter mit jeweils 15 Männern und 15 Frauen fort.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass sich bezüglich der demografischen Angaben keine bedeutenden Unterschiede zwischen den beiden Teilstichproben finden ließen. In beiden Gruppen gab die Mehrheit der Versuchspersonen als Staatsangehörigkeit Deutschland an und hatte die allgemeine Hochschulreife als höchste Schulbildung absolviert. Die häufigsten Wohnformen der Gesamtstichprobe bildeten das Zusammenleben mit dem/der Partner*in (46%) und das Leben in einer Wohngemeinschaft (23%). Auffallend ist hierbei, dass in der Traumagruppe eine größere Anzahl an Personen ($n = 18$) angab, mit dem/der Partner*in zusammenzuleben als in der Kein-Trauma-Gruppe ($n = 10$). Der Fisher-Yates-Test zeigte allerdings, dass die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bezüglich der Wohnform nicht signifikant waren ($p = .06$). Der Fisher-Yates-Test wurde in diesem Fall und auch im Folgenden statt des χ^2 -Tests verwendet, da bei diesem damit gerechnet werden kann, dass er bei kleineren Stichproben keine robusten Ergebnisse liefert.

Eine vollständige Auflistung der demografischen Daten der Gesamtstichprobe sowie jeweils der Kein-Trauma- und der Traumagruppe bietet Tabelle 7 (siehe Anhang C).

4.2.3. Deskriptive Angaben zu Partnerschaft und Sexualität

Die angegebene Partnerschaftsdauer der Versuchspersonen lag im Mittel bei 2.9 Jahren, mit einer Spannbreite von einem bis 18 Jahren. Die Versuchspersonen gaben an, den/die Partner*in durchschnittlich an $M = 24.4$ Tagen im Monat zu sehen, und $M = 22.4$ Nächte mit ihm/ihr zu verbringen. Die Glücklichkeit in der Beziehung wurde vom überwiegenden Teil der Stichprobe als „*sehr glücklich*“ oder „*glücklich*“ eingestuft. Die Einschätzung „*eher glücklich*“ oder „*eher unglücklich*“ in der Partnerschaft zu sein, wurde hierbei häufiger von Mitgliedern der Gruppe Trauma abgegeben im Vergleich zur Gruppe Kein-Trauma. Jedoch erwies sich dieser Unterschied zwischen den Gruppen nicht als signifikant ($p = .49$).

Auch bezüglich der Zufriedenheit mit dem Sexualleben zeigte sich ein Unterschied zwischen den Gruppen: Personen der Gruppe Kein-Trauma waren häufiger sehr zufrieden mit ihrem Sexualleben ($n = 12$) als Mitglieder der Traumagruppe ($n = 4$). Die Angabe, unzufrieden mit dem Sexualleben zu sein, wurde ausschließlich in der Traumagruppe abgegeben ($n = 2$). Der Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich der Zufriedenheit mit dem Sexualleben erwies sich allerdings nicht als signifikant ($p = .06$).

Die Angaben zu Partnerschaft und Sexualität sind in Tabelle 8 (siehe Anhang C) aufgeführt, zum einen für die Gesamtstichprobe sowie jeweils für die Trauma- und die Kein-Trauma-Gruppe.

4.2.4. Subskalen des Childhood Trauma Questionnaires

Wie bereits erwähnt, wurden die von Bernstein und Fink (1998) vorgeschlagenen Cut-Off-Werte jeder Subskala (vgl. Kapitel 3.6.) verwendet, um die Stichprobe entsprechend des Vorkommens und des Schweregrads der jeweiligen Art des Traumas zu gruppieren. Tabelle 9 zeigt die jeweiligen Werte der Gesamtstichprobe sowie für Frauen und Männer getrennt.

Interessant sind insbesondere die Werte der Subgruppe *körperlicher Missbrauch*: zwei Personen (3.33%) gaben an, wenig bis moderate Erfahrungen gemacht zu haben, jedoch gab es keine Personen, die Erfahrungen in den Cut-off-Bereichen „moderat bis schwer“ und „schwer bis extrem“ gemacht hatten. Die Ergebnisse des Fisher-Yates-Test zeigten, dass sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Verteilung der Geschlechter auf die einzelnen Subskalen des CTQ finden. Abbildung 4 veranschaulicht die Verteilungen der jeweiligen CTQ-Subskalen innerhalb der Gruppe Trauma.

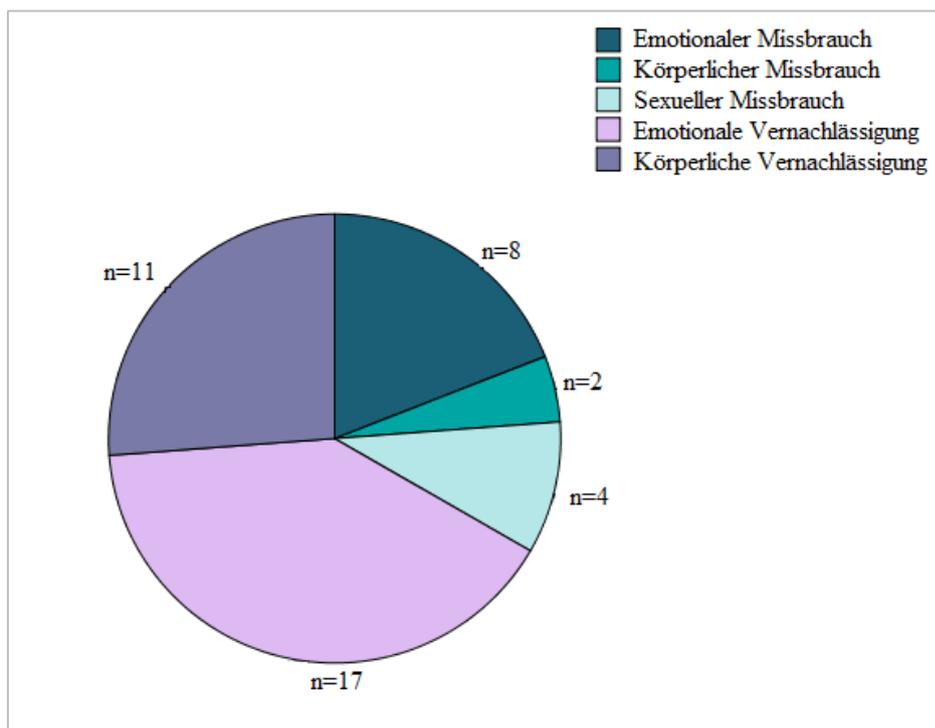


Abbildung 4: Verteilungen der CTQ-Subskalen innerhalb der Gruppe Trauma.

Tabelle 9: Häufigkeiten der Missbrauchsformen

	Gesamt N = 60	Frauen n = 30	Männer n = 30
	Häufigkeit (%)	Häufigkeit (%)	Häufigkeit (%)
Körperliche Vernachlässigung			
keine bis minimal	49 (81.67)	25 (83.33)	24 (80.0)
wenig bis moderat	9 (15.0)	4 (13.33)	5 (16.67)
moderat bis schwer	2 (3.33)	1 (3.33)	1 (3.33)
schwer bis extrem	-	-	-
Emotionale Vernachlässigung			
keine bis minimal	43 (71.67)	22 (73.33)	21 (70.0)
wenig bis moderat	16 (26.67)	8 (26.67)	8 (26.67)
moderat bis schwer	-	-	-
schwer bis extrem	1 (1.67)	-	1 (3.33)
Emotionaler Missbrauch			
keine bis minimal	52 (86.67)	25 (83.33)	27 (90.0)
wenig bis moderat	6 (10.00)	4 (13.33)	2 (6.67)
moderat bis schwer	2 (3.33)	1 (3.33)	1 (3.33)
schwer bis extrem	-	-	-
Körperlicher Missbrauch			
keine bis minimal	58 (96.67)	29 (96.67)	29 (96.67)
wenig bis moderat	2 (3.33)	1 (3.33)	1 (3.33)
moderat bis schwer	-	-	-
schwer bis extrem	-	-	-
Sexueller Missbrauch			
keine bis minimal	56 (93.33)	27 (90.0)	29 (96.67)
wenig bis moderat	3 (5.0)	2 (6.67)	1 (3.33)
moderat bis schwer	-	-	-
schwer bis extrem	1 (1,67)	1 (3.33)	-

4.2.5. Einzelfälle

Wie in Kapitel 3.6.3. bereits beschrieben wurde für jede der fünf Subskalen des CTQ je eine Person für die Einzelfallanalysen ausgewählt. Hierfür wurden Personen ausgewählt, welche die höchsten Ausprägungen in der jeweiligen Subskala aufwiesen. Für die Skalen *Emotionale Vernachlässigung* und *Sexueller Missbrauch* bedeutete dies Personen mit den Cut-Off-Werten „schwer (bis extrem)“. Für *Emotionaler Missbrauch* und *Körperliche Vernachlässigung* wurden Personen mit den Cut-Off-Werten „moderat (bis schwer)“ einbezogen. Da bei der Skala Körperlicher Missbrauch keine höheren Ausprägungen in der Stichprobe vorkamen, wurde hier eine Person mit dem Cut-Off-Wert „wenig (bis moderat)“ ausgewählt.

Um Missverständnissen bei der Zuordnung der Einzelfälle zu den jeweiligen Subgruppen vorzubeugen, werden die einzelnen Testpersonen wie folgt benannt: Tp. 9 (Emotionaler Missbrauch, weiblich), Tp. 41 (Körperlicher Missbrauch, männlich), Tp. 55 (Sexueller Missbrauch, weiblich), Tp. 43 (Emotionale Vernachlässigung, männlich), Tp. 35 (Körperliche Vernachlässigung, weiblich).

Die fünf Testpersonen waren im Schnitt $M = 22.00$ ($SD = 1.23$) Jahre alt, mit einer Spannweite von 20 bis 23 Jahren. Die Gruppe teilte sich in $n = 3$ Frauen und $n = 2$ Männer. Die durchschnittliche Beziehungsdauer (in Monaten) betrug $M = 17.60$ ($SD = 4.72$). Tabelle 10 zeigt die allgemeinen demografischen Daten sowie Angaben zu relevanten Variablen bezüglich Partnerschaft und Sexualität der einzelnen Testpersonen.

Bei näherer Betrachtung der Daten mit Augenmerk auf potenzielle Geschlechtsunterschiede fällt auf, dass beide männlichen Testpersonen angeben, sehr glücklich in ihrer Partnerschaft zu sein, während keine der weiblichen Testpersonen diese Angabe machte. In Bezug auf Sexualität gaben beide Männer an, dass ihnen diese sehr wichtig sei, allen drei Frauen ist sie wichtig. Während alle drei weiblichen Testpersonen angaben, mit der Häufigkeit der eigenen Selbstbefriedigung zufrieden zu sein, wünschten sich die beiden männlichen Testpersonen lieber weniger.

Tabelle 10: Demografische Daten der Einzelfälle

Tp	Tp. 9	Tp.41	Tp. 55	Tp. 43	Tp. 35
Subgruppe (Ausprägung)	Emotionaler Missbrauch (moderat bis schwer)	Körperlicher Missbrauch (wenig bis moderat)	Sexueller Missbrauch (schwer bis extrem)	Emotionale Vernachlässigung (schwer bis extrem)	Körperliche Vernachlässigung (moderat bis schwer)
Alter (Jahre)	20	22	22	23	23
Geschlecht	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich
Staatsangehörigkeit	Deutsch	Deutsch	Deutsch	Deutsch	Deutsch
Wohnform	Mit Partner	Mit Partnerin	Mit Partner	Alleine	In einer WG
Partnerschaft & Sexualität					
Partnerschaftsdauer (Jahre, Monate)	1 Jahr, 2 Monate	1 Jahr, 4 Monate	1 Jahr, 3 Monate	1 Jahr, 2 Monate	2 Jahre, 1 Monat
Partner*in sehen (Tage/Monat)	27	30	30	12	25
Art der Partnerschaft	Unverheiratet	Unverheiratet (Heiratspläne)	Unverheiratet	Unverheiratet	Unverheiratet
Glücklichkeit in Beziehung	Eher unglücklich	Sehr glücklich	Glücklich	Sehr glücklich	Eher glücklich
Stress in Bez. (letzte Tage)	Sehr gestresst	Nicht gestresst	Eher nicht gestresst	Gar nicht gestresst	Eher gestresst
Zufriedenheit mit Sexualeben	Zufrieden	Zufrieden	Zufrieden	Zufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden
Wichtigkeit von Sexualität	Wichtig	Sehr wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Wichtig
Austausch von Zärtlichkeiten	Häufig (Bin zufrieden)	Sehr häufig (Bin zufrieden)	Häufig (Bin zufrieden)	Sehr häufig (Bin zufrieden)	Häufig (Lieber mehr)
Geschlechtsverkehr	Manchmal (Bin zufrieden)	Sehr häufig (Bin zufrieden)	Häufig (Bin zufrieden)	Häufig (Lieber mehr)	Manchmal (lieber mehr)
Selbstbefriedigung	Häufig (Bin zufrieden)	Manchmal (Lieber weniger)	Selten (Bin zufrieden)	Sehr häufig (Lieber weniger)	Manchmal (Bin zufrieden)

4.2.6. Deskriptive Statistik zu sexuellem Erleben und Verhalten im Alltag

Eine Übersicht über die deskriptive Statistik zu sexuellem Erleben und Verhalten im Alltag der Gesamtstichprobe sind in Tabelle 11 angeführt, die Werte der Einzelfälle zeigt Tabelle 12.

Tabelle 11: Deskriptive Statistik zu sexuellem Erleben und Verhalten im Alltag der Gesamtstichprobe

	Gesamt	Männer	Frauen
	N =60	n = 30	n = 30
Sexuelles Verhalten	M (SD)	M (SD)	M (SD)
	Range	Range	Range
Gültige Werte	n = 60	n = 30	n = 30
Partnerschaftlicher Geschlechtsverkehr	5.78 (3.77) 1 - 19	5.17 (3.75) 1 - 19	6.40 (3.74) 2 - 17
Selbstbefriedigung	2.15 (2.38) 0 - 10	3.27 (2.45) 0 - 10	1.03 (1.71) 0 - 8
Sexuelles Erleben	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Gültige Werte	n = 56	n = 30	n = 26
Intensität sexuelle(r)			
Erregung	1.51 (0.91)	1.67 (.93)	1.34 (.88)
Verlangen	1.56 (0.81)	1.70 (.94)	1.42 (.63)
Gedanken	1.53 (0.76)	1.72 (.81)	1.33 (.67)
Fantasien	1.62 (0.84)	1.73 (.89)	1.50 (.78)

Während des 14-tägigen ambulanten Assessments wurden insgesamt zu 366 Zeitpunkten sexuelle Aktivitäten erfasst. Diese selbstgestarteten Abfragen zur sexuellen Aktivität umfassen sowohl partnerschaftliche sexuelle Aktivität, wie auch Selbstbefriedigung. Partnerschaftliche sexuelle Aktivität trat in der Gesamtstichprobe im Durchschnitt sechs Mal in den zwei Wochen auf, die höchste Angabe liegt hierbei bei 19 Mal. Innerhalb der Gruppe der Einzelfälle liegen die Frauen knapp unter, die Männer über diesem Durchschnitt.

Selbstbefriedigung kam durchschnittlich zwei Mal innerhalb der 14 Tage vor. Insgesamt 20 Personen gaben an, sich während der 14 Tage nicht selbst befriedigt zu haben, dazu gehört

auch Tp. 55 (Sexueller Missbrauch, weiblich) aus der Gruppe der Einzelfälle. Tp. 43 (Emotionale Vernachlässigung, männlich) gab an, sich insgesamt zehn Mal selbst befriedigt zu haben, was dem Maximum der Gesamtstichprobe entspricht.

Die einzelnen Skalen zum sexuellen Erleben im Alltag erfassten jeweils die Intensität der einzelnen Konstrukte auf einer Skala 1 („gar nicht stark“) bis 5 („sehr stark“). Die durchschnittliche Intensität sexueller Erregung lag in der Gesamtstichprobe bei $M = 1.51$ ($SD = 0.91$). Tp. 55 (Sexueller Missbrauch, weiblich) liegt demnach mit $M = 3.29$ ($SD = 1.11$) über dem Durchschnitt. Für sexuelle Fantasien lag der Mittelwert der Gesamtstichprobe bei $M = 1.62$ ($SD = 0.84$), sowohl Tp. 55 (Sexueller Missbrauch, weiblich) ($M = 3.60$) als auch Tp. 43 (Emotionale Vernachlässigung, männlich) ($M = 3.13$) lagen über diesem.

Tabelle 12: Deskriptive Statistik zu sexuellem Erleben und Verhalten im Alltag der Einzelfälle

Tp	Tp. 9 (Emot. M., weibl.)	Tp. 41 (Körperl. M., männl.)	Tp. 55 (Sex. M., weibl.)	Tp. 43 (Emot. V., männl.)	Tp. 35 (Körperl. V., weibl.)
Sexuelles Verhalten	Häufigkeit	Häufigkeit	Häufigkeit	Häufigkeit	Häufigkeit
Partnerschaftlicher Geschlechtsverkehr	3	10	5	8	4
Selbstbefriedigung	2	3	0	10	4
Sexuelles Erleben	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Intensität sexuelle(r)					
Erregung	1.50 (.71)	1.89 (0.78)	3.29 (1.11)	2.80 (0.45)	-
Verlangen	1.50 (.54)	1.89 (0.83)	3.00 (1.12)	2.81 (0.75)	1.50 (0.71)
Gedanken	1.40 (1.17)	1.94 (0.67)	2.56 (0.98)	3.00 (0.67)	1.00 (0.00)
Fantasien	1.50 (.58)	1.83 (0.98)	3.60 (0.89)	3.13 (0.64)	1.20 (0.45)

Anmerkungen: M.= Missbrauch; V.= Vernachlässigung; Emot.= Emotionale/r; Sex.= Sexueller; Körperl.= Körperliche/r; männl.= männlich; weibl.= weiblich

Insgesamt kam es bei vier Probandinnen zu fehlenden Werten bezüglich des sexuellen Erlebens im Alltag. Eine von ihnen berichtete keine sexuellen Fantasien im Alltag, eine weitere kein sexuelles Verlangen und keine sexuellen Fantasien, und eine dritte Probandin berichtete kein sexuelles Verlangen, keine sexuelle Erregung und keine Fantasien. Alle drei waren

weiblich, gehörten zur Gruppe Trauma und berichteten darüber hinaus von keiner Selbstbefriedigung während des Erhebungszeitraums. Die vierte Probandin mit fehlenden Werten war Tp. 35 (Körperliche Vernachlässigung, weiblich) aus der Gruppe der Einzelfälle. Bei ihr kam es zu keiner Angabe von sexueller Erregung im Alltag.

4.3. Untersuchung der Hypothesen

4.3.1. Zusammenhang zwischen Trauma und Sexualität

H.1.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Traumatisierung in der Kindheit und der Häufigkeit der partnerschaftlichen sexuellen Aktivität sowie der Intensität des sexuellen Erlebens im Erwachsenenalter.

In einem ersten Schritt sollte die Korrelation der CTQ-Gesamtwerte mit den verschiedenen interessierenden Variablen des sexuellen Erlebens und Befindens untersucht werden, wobei die Daten der Gesamtstichprobe einbezogen wurden. Als abhängige Variablen fungierten die Häufigkeit der sexuellen Aktivität mit dem/der Partner*in (*Partnersex_Gesamt*) sowie des sexuellen Verlangens, der sexuellen Erregung, sexueller Gedanken und sexueller Fantasien (gemittelt über den gesamten Erhebungszeitraum).

Für keine der abhängigen Variablen ergaben sich signifikante Zusammenhänge mit den Werten des CTQ. Zur Beurteilung der Stärke des Zusammenhangs wurden die von Cohen (1988) vorgeschlagenen Konventionen herangezogen. Demnach zeigte sich zwischen partnerschaftlicher sexueller Aktivität und den Werten des CTQ ein schwacher negativer Zusammenhang ($r = -.12, p = .35$). Schwache positive Zusammenhänge ergaben sich zwischen den Werten des CTQ und sexueller Erregung ($r = .16, p = .23$), sexuellem Verlangen ($r = .20, p = .14$), sexuellen Gedanken ($r = .05, p = .70$) und sexuellen Fantasien ($r = .16, p = .23$).

Die Hypothese H.1. muss demnach verworfen werden. Es besteht also kein Zusammenhang zwischen den Ausprägungen der Werte des CTQs und den verschiedenen untersuchten Variablen der Sexualität.

4.3.2. Gruppenvergleich: Trauma und Kein-Trauma

H.2.

Personen mit traumatischen Erfahrungen in der Kindheit unterscheiden sich bezüglich der Häufigkeit der partnerschaftlichen sexuellen Aktivität und der Intensität des sexuellen Erlebens zu Personen ohne solche Erfahrungen.

In der zweiten Hypothese sollte der Unterschied zwischen den Gruppen Trauma und Kein-Trauma untersucht werden (Gruppenbildung vgl. Kapitel 4.2.1.). Für die Variablen Häufigkeit des partnerschaftlichen Geschlechtsverkehrs, sexuelle Erregung, sexuelles Verlangen, sexuelle Gedanken und sexuelle Fantasien wurden jeweils t-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 13 angeführt.

Tabelle 13: Übersicht über die Ergebnisse des t-Tests beim Vergleich der Gruppen Kein-Trauma und Trauma

	Mittelwert der Differenzen	t	df	Sig. (2-seitig)	d	95% Konfidenz- intervall der Differenz	
						Untere	Obere
Sexuelles Verhalten							
Partnerschaftlicher Geschlechtsverkehr	0.03	0.03	58	.97	.008	-1.93	2.00
Sexuelles Erleben							
Intensität sexuelle(r)							
Erregung	0.03	0.11	56	.91	.03	-0.46	0.51
Verlangen	-0.03	-0.13	56	.9	.03	-0.46	0.40
Gedanken	0.21	1.05	58	.29	.27	-0.19	0.60
Fantasien	0.09	0.42	55	.68	.11	-0.36	0.54

Anmerkungen: M = Mittelwert; t = t-Wert; df = Freiheitsgrade; Sig. = p-Wert; d = Cohen's d

Es zeigte sich, dass für keine der untersuchten Variablen signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen vorlagen. Aus diesen Ergebnissen folgt, dass Hypothese H.2. verworfen werden muss. Dies bedeutet, dass sich in dieser Stichprobe keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des sexuellen Erlebens und Verhaltens zwischen den Gruppen Kein-Trauma und Trauma finden ließen.

4.3.3. Vergleich zwischen den Geschlechtern

H.3.

Es bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich des sexuellen Erlebens und Verhaltens bei Personen, welche eine Traumatisierung in der Kindheit erfahren haben.

H3.1: Die Häufigkeit der partnerschaftlichen sexuellen Aktivität ist bei traumatisierten Männern im Vergleich zu traumatisierten Frauen gesteigert.

H3.2: Die Intensität des sexuellen Erlebens ist bei traumatisierten Männern im Vergleich zu traumatisierten Frauen gesteigert.

Für die Untersuchung potenzieller Geschlechtsunterschiede hinsichtlich sexuellen Erlebens und Verhaltens wurden zunächst die Gruppenunterschiede zwischen männlichen und weiblichen Personen der Gruppe Trauma ermittelt. Um diese Ergebnisse im Kontext der Gesamtstichprobe interpretieren zu können, wurden darüber hinaus auch die Werte der männlichen und weiblichen Testpersonen der Gruppe Kein-Trauma verglichen. In einem letzten Schritt erfolgte ein Vergleich zwischen Frauen der Kein-Trauma-Gruppe und Frauen der Traumagruppe sowie zwischen Männern der Kein-Trauma-Gruppe und Männern der Traumagruppe.

Durch diese Unterteilung lag eine geringere Größe der Teilstichproben vor, welche bei einem t-Test zu Verzerrungen führen kann. Um statistisch aussagekräftiger berichten zu können, wurde daher stattdessen der Mann-Whitney-U-Test herangezogen. Zur weiteren Überprüfung der Ergebnisse wurde dennoch ebenfalls ein t-Test durchgeführt, welcher die gefundenen Ergebnisse bestätigte.

Geschlechterunterschiede: Gruppe Trauma

Die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests zu den Geschlechtsunterschieden innerhalb der Gruppe Trauma sind in Tabelle 14 angeführt.

Tabelle 14: Übersicht über die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests beim Vergleich von Männern und Frauen der Gruppe Trauma

	Mdn		U	z	p	r
	Männer	Frauen				
Sexuelles Verhalten						
Partnerschaftlicher Geschlechtsverkehr	6.00	6.00	104.00	.36	.37	.07
Sexuelles Erleben						
Intensität sexuelle(r)						
Erregung	1.76	1.00	56.00	1.91	0.03*	0.35
Verlangen	1.89	1.21	51.00	2.14	0.02*	0.39
Gedanken	1.80	1.07	46.00	2.76	0.002**	0.50
Fantasien	1.89	1.13	54.00	1.76	0.04*	0.32

Anmerkungen: Mdn = Median; U = Teststatistik; z = z-Wert; p = p-Wert; r = Effektstärke

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die männlichen und weiblichen Versuchsteilnehmer*innen der Gruppe Trauma hinsichtlich der Häufigkeit der partnerschaftlichen sexuellen Aktivität nicht signifikant unterschieden. Die Frauen ($M = 6.13$) wiesen allerdings bezüglich des Mittelwerts tendenziell höhere Werte auf als die Männer ($M = 5.40$).

Bezüglich der Variablen des sexuellen Erlebens wiesen die Männer durchwegs signifikant höhere Werte auf als die Frauen. Zieht man die Konventionen nach Cohen (1988) zur Interpretation heran, liegen in Bezug auf die Intensität der sexuellen Erregung, des sexuellen Verlangens und der sexuellen Fantasien jeweils mittlere Effekte vor. Für die Intensität sexueller Gedanken zeigte sich nach Cohen ein starker Effekt.

Demzufolge kann die dritte Hypothese teilweise angenommen werden: Hinsichtlich des sexuellen Erlebens wiesen die männlichen Versuchsteilnehmer höhere Werte auf als die weiblichen Teilnehmerinnen. Für die sexuelle Aktivität zeigte sich dahingegen kein solcher Unterschied.

Bei Betrachtung der Werte der ausgewählten Einzelfälle fällt auf, dass die beiden männlichen Versuchsteilnehmer über der durchschnittlichen Häufigkeit partnerschaftlicher sexueller Aktivität der traumatisierten Männer ($M = 5.40$, $SD = 2.50$) lagen: Tp. 41 (Körperlicher Missbrauch, männlich) gab an, während der zwei Wochen zehn Mal Geschlechtsverkehr gehabt zu haben, bei Tp. 43 (Emotionale Vernachlässigung, männlich) waren es acht Mal. Konträr dazu lag keine der drei Frauen über dem durchschnittlichen Wert traumatisierter Frauen ($M = 6.13$, $SD = 3.56$). Tp. 9 (Emotionaler Missbrauch, weiblich) lag mit drei Malen auffallend darunter.

In Bezug auf das sexuelle Erleben sind in der Gruppe der Einzelfälle insbesondere zwei der Versuchsteilnehmer*innen hervorzuheben, deren Werte bei allen Variablen über dem Durchschnitt des jeweiligen Geschlechts lagen: Tp. 55 (Sexueller Missbrauch, weiblich) und Tp. 43 (Emotionale Vernachlässigung, männlich). Für alle Werte siehe Tabelle 12 (Kapitel 4.2.6.).

Zusätzliche Geschlechtsvergleiche

In der Gruppe Kein-Trauma ließen sich zwischen Männern und Frauen keine Unterschiede hinsichtlich der Werte des sexuellen Erlebens im Alltag feststellen. Für partnerschaftlichen Geschlechtsverkehr lagen die Werte der Frauen ($Mdn = 5.00$) jedoch signifikant höher als die der Männer ($Mdn = 3.00$), $U = 59.00$, $z = 2.27$, $p = .01$. Die Effektstärke von $r = .41$ verweist auf einen mittleren Effekt.

Bezüglich des Vergleichs zwischen Männern der Gruppe Trauma und der Gruppe Kein-Trauma zeigte sich, dass keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des sexuellen Erlebens und Verhaltens vorlagen, wobei traumatisierte Männer jedoch tendenziell höhere Werte aufwiesen.

Bei den Vergleichen zwischen den weiblichen Studienteilnehmerinnen der Gruppe Kein-Trauma und der Gruppe Trauma wiesen die Ergebnisse darauf hin, dass keine signifikanten Unterschiede bezüglich des sexuellen Erlebens und Verhaltens vorlagen, mit

Ausnahme der Variable Intensität der sexuellen Gedanken. Hierbei lagen bei der Gruppe Kein-Trauma ($Mdn = 1.60$) signifikant höhere Werte vor als bei der Gruppe Trauma ($Mdn = 1.07$), $U = 55,50$, $z = 2,37$, $p = .02$. Die Effektstärke von $r = .43$ verweist laut Cohen (1988) auf einen mittleren Effekt. Für eine vollständige Auflistung der Werte siehe Tabellen 15-17 (Anhang D).

4.3.4. Zusammenfassung der Ergebnisse

Tabelle 18 zeigt die Zusammenfassung der Ergebnisse der einzelnen Hypothesen.

Tabelle 18: Zusammenfassung der Ergebnisse

Hypothese	Ergebnis
H.1.	
Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Traumatisierung in der Kindheit und der Häufigkeit der partnerschaftlichen sexuellen Aktivität sowie der Intensität des sexuellen Erlebens im Erwachsenenalter.	Verworfen
H.2.	
Personen mit traumatischen Erfahrungen in der Kindheit unterscheiden sich bezüglich der Häufigkeit der partnerschaftlichen sexuellen Aktivität und der Intensität des sexuellen Erlebens zu Personen ohne solche Erfahrungen.	Verworfen
H.3.	
Es bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich des sexuellen Erlebens und Verhaltens bei Personen, welche eine Traumatisierung in der Kindheit erfahren haben.	
H3.1: Die Häufigkeit der partnerschaftlichen sexuellen Aktivität ist bei traumatisierten Männern im Vergleich zu traumatisierten Frauen gesteigert.	Verworfen
H3.2: Die Intensität des sexuellen Erlebens ist bei traumatisierten Männern im Vergleich zu traumatisierten Frauen gesteigert.	Angenommen

5. Diskussion

5.1. Zusammenfassung der Studienergebnisse

Ziel der vorliegenden Studie war es, den Zusammenhang zwischen einer Traumatisierung in der Kindheit und sexuellen Erleben und Verhalten im Erwachsenenalter zu untersuchen, wobei auch potenzielle Geschlechtsunterschiede einbezogen wurden. Dies erfolgte im Rahmen eines 14-tägigen ambulanten Assessments, bei dem insgesamt 60 Versuchspersonen mehrmals täglich mittels eines iPods zu ihrem sexuellen Erleben und Verhalten sowie verschiedenen anderen Variablen befragt wurden. Zur Erfassung des Grads und der Art der Traumatisierung diente eine einmalige querschnittliche Erhebung durch die deutsche Kurzversion des CTQs. Hierbei wurden anhand von Einzelfällen Unterschiede zwischen den fünf Subskalen emotionaler, sexueller und körperlicher Missbrauch sowie emotionale und körperliche Vernachlässigung veranschaulicht. Die Variable *sexuelles Erleben* wurde während der ambulanten Erhebung mittels Fragen zu sexuellem Verlangen, sexueller Erregung, sexueller Gedanken und Fantasien im Alltag erhoben. Sexuelles Verhalten bezog sich auf partnerschaftlichen Geschlechtsverkehr.

Im Zuge der statistischen Auswertung der Daten zeigte sich, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Traumatisierung und dem sexuellen Erleben und Verhalten im Erwachsenenalter bestand. Auch bei einem direkten Gruppenvergleich zwischen traumatisierten und nicht traumatisierten Menschen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des sexuellen Erlebens und Verhaltens. In Bezug auf die erwarteten Geschlechtsunterschiede bei traumatisierten Menschen zeigte sich ein signifikanter Unterschied: Männliche Versuchsteilnehmer wiesen im Vergleich zu den weiblichen Versuchsteilnehmerinnen gesteigerte Werte im Bereich des sexuellen Erlebens auf. Für die sexuelle Aktivität zeigte sich dahingegen kein signifikanter Unterschied.

5.2. Diskussion der Ergebnisse

Im Folgenden sollen die gefunden Ergebnisse bezüglich der Stichprobe, der einzelnen Hypothesen und der Einzelfallanalysen näher diskutiert werden.

5.2.1. Stichprobe

Für die Testung der Hypothesen wurde die Gesamtstichprobe in zwei Gruppen eingeteilt: In die der traumatisierten (Gruppe Trauma, $n = 30$) und die der nicht traumatisierten Personen (Gruppe Kein-Trauma, $n = 30$). Die Gruppeneinteilung erfolgte hierbei mithilfe der Cut-Off-Werte der einzelnen CTQ-Subskalen: Jene Personen, die in mindestens einer der Subskalen einen Wert im Cut-Off-Bereich von zumindest „wenig (bis moderat)“ aufwiesen, bildeten die Gruppe Trauma. Versuchsteilnehmer*innen ohne traumatische Erlebnisse in der Kindheit (Cut-Off-Bereich „keine (oder minimal)“) bildeten die Gruppe Kein-Trauma. Hinsichtlich der Zusammensetzung der Traumagruppe gibt es mehrere Auffälligkeiten, auf die hier kurz eingegangen werden soll.

Zuallererst sollte hier auf die Größe der Gruppe Trauma eingegangen werden. Denn dass tatsächlich die Hälfte der Gesamtstichprobe Erfahrungen mit Traumatisierung in der Kindheit gemacht hatte, entsprach nicht dem erwarteten Wert für eine bewusst nicht-klinisch gewählte Stichprobe. Zwar kann an dieser Stelle angemerkt werden, dass der Großteil der traumatisierten Versuchsteilnehmer*innen nur CTQ-Werte im Cut-Off-Bereich „wenig (bis moderat)“ aufwiesen. Jedoch muss hier nachdrücklich betont werden, dass keine Form des Traumas als mild angesehen werden sollte (Noll et al., 2003).

Ein weiteres augenfälliges Merkmal ist außerdem die Verteilung der Geschlechter. So setzt sich die Gruppe Trauma aus gleich vielen Männern wie Frauen zusammen. Dies kann als eher ungewöhnlich angesehen werden, da häufig davon ausgegangen wird, dass tendenziell mehr Frauen Opfern einer Traumatisierung in der Kindheit werden (vgl. Kapitel 2.1.2.).

Des Weiteren fiel die sehr geringe Zahl an Personen auf, die nach eigenen Angaben Erfahrungen mit körperlichem Missbrauch gemacht hatte. Im Kontrast dazu stand die große Anzahl an Personen, die angab, emotionale Vernachlässigung in der Kindheit erlebt zu haben (Cut-Off-Bereich „wenig bis moderat“). Wie bereits in Kapitel 2.1.2. erwähnt, liegen kaum offizielle Zahlen zur Prävalenz emotionaler Vernachlässigung in Deutschland vor, weswegen es keine Vergleichswerte für die Ergebnisse der vorliegenden Studie gibt. Es wird aber im Allgemeinen von einer erheblichen Dunkelziffer ausgegangen und teilweise davon, dass es sich bei der Vernachlässigung um „die häufigste, aber auch am häufigsten übersehene Form der Kindesmisshandlung handelt“ (Schweitzer & Gross, 2013).

5.2.2. Hypothese 1 und 2

In Hypothese 1 sollte untersucht werden, ob ein Zusammenhang zwischen den Ausprägungen des CTQ-Gesamtwerts und dem sexuellen Erleben und Verhalten besteht. Der Fokus lag hierbei also auf der Frage, ob bzw. inwiefern sich die Sexualität über die gesamte Dimension verschiedener Trauma-Erfahrungen verändert. Im Zuge der statistischen Analysen fanden sich für diese Hypothese keine signifikanten Ergebnisse, weswegen sie nicht bestätigt werden konnte.

Im Rahmen der zweiten Hypothese sollte daraufhin ein direkter Vergleich zwischen den Gruppen Trauma und Kein-Trauma bezüglich des sexuellen Verhaltens und Erlebens angestellt werden. Zwischen den beiden Gruppen konnten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des sexuellen Verhaltens und Erlebens gefunden werden. Hypothese 2 konnte daher ebenfalls nicht bestätigt werden.

Das Fehlen der erwarteten Effekte in der vorliegenden Stichprobe kann durch mehrere verschiedene Gründe bedingt sein. Zum einen ist hierbei die Selektion der Stichprobe zu berücksichtigen. Es handelte sich um junge Personen in einer festen Partnerschaft, die sich bereit erklärten, an einer Studie zum Thema Sexualität teilzunehmen. Durch diese Auswahl kann von einer eher geringeren Varianz hinsichtlich der auf Sexualität und Partnerschaftszufriedenheit bezogenen Werte ausgegangen werden, da Personen, die sehr unzufrieden mit einem der beiden Bereiche sind bzw. sie als problematisch erleben, vermutlich nicht an einer solchen Studie teilnehmen würden. Des Weiteren handelt es sich um eine gemischtgeschlechtliche Stichprobe. Wie bereits in Kapitel 2.4. erwähnt, bezieht sich ein großer Anteil der bisherigen Forschung im Bereich von Trauma und Sexualität aber auf rein weibliche Stichproben sowie ausschließlich auf sexuellen Missbrauch.

Darüber hinaus war die vorliegende Studie nicht primär auf das Themenfeld von Trauma ausgerichtet, was sich sowohl auf die Selektion der Stichprobe, als auch auf die erhobenen Daten zur Traumatisierung auswirkte. So erfolgte die Erhebung der traumabezogenen Erfahrungen nur mittels eines einzelnen Fragebogens, der eher grundlegend das Vorhandensein solcher Erfahrungen abfragte und nicht auf eine differenzierte Beschreibung dieser ausgelegt war. Eine solche Differenzierung kann aber gerade bei der Betrachtung der Auswirkungen auf die spätere Sexualität einen wichtigen Informationsgewinn liefern. So zeigten Easton et al. (2011) beispielsweise inwiefern sich unterschiedliche Charakteristika von sexuellem Missbrauch auf verschiedene Dimensionen des psychosexuellen Funktionierens auswirken. Hier ergab sich unter anderem, dass ein höheres Alter zum Zeitpunkt des

Missbrauchs, und mehr als ein Täter eher dazu führten, dass die Betroffenen später Probleme mit Berührungen, Angst vor Sexualität und Erektionsprobleme aufwiesen.

Des Weiteren wurden in verschiedenen Studien, wie auch der von Easton et al. (2011), Stichproben untersucht, die sich ausschließlich aus Erwachsenen mit traumatischen Erfahrungen zusammensetzten. In der vorliegenden Studie wurde dagegen nicht spezifisch nach Personen mit traumatischen Erfahrungen, sondern vielmehr gezielt nach gesunden Teilnehmer*innen gesucht. Daher war die Varianz der CTQ-Ausprägungen in der letztendlichen Stichprobe wie erwartet gering. Obwohl es zwar einzelne Personen mit schwerwiegenden Trauma-Erfahrungen gab, bestand der Großteil der Teilnehmer*innen doch aus Personen, die keine oder leichte traumatische Erlebnisse angaben. Durch diese ungleichmäßige Verteilung hinsichtlich der CTQ-Ausprägungen und die geringe Größe der Teilstichproben muss hinterfragt werden, wie aussagekräftig die statistischen Ergebnisse tatsächlich sind.

Ein weiterer Punkt, der beim Vergleich der Ergebnisse mit denen anderer Studien berücksichtigt werden muss, sind die Unterschiede hinsichtlich der Operationalisierung der untersuchten Konstrukte. Wie bereits in Kapitel 2.1.1. erwähnt, existiert keine allgemeingültige Definition von Kindheitstrauma. Infolgedessen unterscheiden sich bisherige Studien nicht nur in der Definition von Trauma, sondern auch darin, welche Erhebungsinstrumente sie verwenden. Rellini und Meston (2007) befassten sich in ihrer Studie gezielt mit der Variabilität verschiedener Studienergebnisse bezüglich der Auswirkungen von sexuellem Missbrauch auf die Sexualität im Erwachsenenalter. Sie untersuchten, inwiefern sich diese Diskrepanz auf die differierenden Arten der Erhebung zurückführen lässt. Hierbei unterschieden die Autor*innen zwischen beziehungspezifischen und aktivitätsspezifischen Definitionen, die mithilfe verschiedener Fragen erhoben wurden. Die beziehungspezifische Frage bezog sich auf die eigene Auffassung der Person, ob sie sexuell missbraucht worden war (*“I feel I have been sexually abused during childhood.”*). Die aktivitätsspezifischen Fragen zielten dagegen auf eine Beschreibung des Verhaltens ab (*„I have been forced to engage in oralgenital sexual relations.“*). Allgemein zeigte sich, dass Studien, welche beziehungspezifische Definitionen verwendeten, niedrigere Prävalenzraten fanden als solche mit aktivitätsspezifischen Definitionen (Williams, Siegel, & Pomeroy, 2000). Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass Berichte der sexuellen Folgen unter Überlebenden sexuellen Missbrauchs variieren können in Abhängigkeit von der verwendeten Definition von Missbrauch.

Ein weiterer wichtiger Diskussionspunkt beim Vergleich der vorliegenden Ergebnisse mit anderen aus diesem Forschungsfeld betrifft den Bereich der Sexualität. So ist bei der Literaturrecherche zu dem Zusammenhang zwischen Trauma und Sexualität augenfällig, wie sehr sich die einzelnen Studien bezüglich der untersuchten Aspekte von Sexualität und deren Operationalisierungen unterscheiden. Unterschiede gibt es beispielsweise hinsichtlich der Frage, ob nur einzelne Teilbereiche oder ein umfassendes Bild der Sexualität erfasst werden soll. Darüber hinaus liegt der Fokus vieler Studien auf sexuellen Dysfunktionen.

Ein weiterer Unterschied zu bisherigen Forschungsarbeiten besteht darin, dass die Variablen der Sexualität früher gewöhnlich mittels retrospektiver Fragebögen erhoben werden. Wie bereits in Kapitel 2.4. ausgeführt, ist diese Erhebungsmethode allgemein sehr anfällig für Erinnerungsverzerrungen, wie lückenhafte Erinnerungen oder eine Über- bzw. Unterschätzung bezüglich der Häufigkeit oder Intensität der erfragten Konstrukte. In verschiedenen Studien basieren die Daten zur sexuellen Aktivität beispielsweise auf einer Angabe der Anzahl der Sexualpartner*innen über die Lebenszeit oder das vergangene Jahr (Bartoi & Kinder, 1998; Najman et al., 2005; Schloedt & Heiman, 2003; Van Bruggen et al., 2006). Bei einer solchen Operationalisierung muss beachtet werden, dass die Erfragung der Anzahl der Sexualpartner*innen eine ungenaue Art darstellt, um das Vorliegen von gesteigerter oder verminderter sexueller Aktivität zu erfassen, da hier beispielsweise eine erhöhte Anzahl an Geschlechtsverkehr mit nur einem/r Partner*in außer Acht gelassen wird. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass diese Einschätzung aufgrund eines Recall Bias fehlerhaft ist. Gerade im Bereich der Sexualität sollte außerdem die Tendenz, sozial erwünschte Antworten zu geben, berücksichtigt werden. Hierbei sind auch heute noch Geschlechtnormen und die damit verbundenen Rollenerwartungen von Bedeutung. So zeigten die Ergebnisse einer Studie von Alexander und Fisher (2003) beispielsweise, dass die Geschlechtsunterschiede bezüglich sexuellen Verhaltens und Erlebens zum Teil auf bewusste oder unbewusste Strategien der Selbstdarstellung zurückzuführen sind, die auf Konsistenz mit bestehenden Rollenerwartungen abzielen. Insbesondere Werte des sexuellen Erlebens, die durch retrospektive Auskünfte erhoben wurden, sind also mit Vorsicht zu interpretieren. Gerade so flüchtige und schwer greifbare Konstrukte wie sexuelle Gedanken, oder auch Erregung und Verlangen, lassen sich nicht an einer natürlichen objektiven Messeinheit festmachen, sondern sind abhängig von der subjektiven Einschätzung, was eine retrospektive Erhebung besonders erschwert.

In dieser Hinsicht unterscheidet sich die vorliegende Studie durch ihre alltagsnahe Erhebung von den bisherigen Forschungsarbeiten und es kann davon ausgegangen werden, dass

sie ein deutlich realistischeres Bild des sexuellen Erlebens und Verhaltens abbildet, da es zu keinen retrospektiven Erinnerungsverzerrungen kommt. Jedoch stellt sich dadurch auch die Frage, wie gut sie mit anderen Studien mit anderem Studiendesign vergleichbar ist.

An dieser Stelle ist es allerdings wichtig, darauf zu verweisen, dass sich in der bisherigen Forschung bei weitem kein einheitliches Bild hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Kindheitstrauma und Sexualität gibt. So gibt es durchaus auch andere Studien, die ebenfalls keine Unterschiede zwischen traumatisierten und nicht traumatisierten Personen fanden, oder nur für einzelne Variablen der Sexualität. Beispielsweise zeigte sich in einer Studie von Najman et al. (2005) zwar ein signifikanter Zusammenhang von sexuellem Missbrauch in der Kindheit und einer erhöhten Anzahl von Symptomen sexueller Dysfunktion sowie einem verstärkten negativen Einfluss auf das sexuelle Funktionieren. Es bestand aber kein Zusammenhang zu dem berichteten physischen oder emotionalen Genuss durch sexuelle Aktivität. Auch Schloreddt und Heiman (2003) fanden nur für bestimmte Teilaspekte der Sexualität Unterschiede zwischen traumatisierten und nicht traumatisierten Frauen. Traumatisierte Frauen berichteten zwar von einer höheren Anzahl Sexualpartner*innen über die Lebenszeit und mehr negativen Affekten während sexueller Erregung. Hinsichtlich sexuellen Verlangens, Orgasmushäufigkeit, sexuellen Schmerzen und Selbstbefriedigung unterschieden die Gruppen sich allerdings nicht.

Insgesamt kann also festgehalten werden, dass das Fehlen der erwarteten Effekte zum einen zwar durchaus auf mehrere Unterschiede zu bisherigen Forschungsarbeiten hinsichtlich des Studiendesigns zurückführen lässt. Zum anderen sind die gefundenen Ergebnisse aber unter Berücksichtigung der allgemeinen Heterogenität des Forschungsfelds nicht ungewöhnlich, sondern reihen sich vielmehr in die Variabilität bisheriger Forschungsergebnisse ein.

5.2.3. Hypothese 3

In der dritten Hypothese sollte die Gruppe der traumatisierten Personen hinsichtlich potenzieller Geschlechtsunterschiede untersucht werden.

Für diese Hypothese diene insbesondere die in Kapitel 2.3. ausgeführte Annahme als Grundlage, dass die sexuellen Reaktionen auf eine Traumatisierung im Kindesalter in zwei sich gegenüberstehende Bereiche unterteilt werden können (Aaron, 2012; Büttner, 2018; Easton et al., 2011; Najman et al., 2005; Noll et al., 2003; Rellini, 2008; Vaillancourt-Morel et al., 2016). Zum einen in einen Bereich, der primär durch sexuelle Funktionsstörungen, eine Vermeidung von Sexualität und Berührungen, als auch vermindertem Verlangen und Erregung und

Anorgasmie gekennzeichnet ist (Büttner et al., 2014; Rellini, 2008). Und zum anderen in einen Bereich mit vorwiegend externalisierten Symptomen, unter die beispielsweise kompulsives und gesteigertes sexuelles Verhalten, eine zwanghafte (gedankliche) Beschäftigung mit Sexualität, als auch eine erhöhte Anzahl an Sexualpartner*innen fallen (Büttner et al., 2014; Noll et al., 2003; Rellini, 2008). Eine wiederkehrende Erklärung für diese sehr variablen Reaktionen auf Trauma stellt das Geschlecht der Betroffenen dar. Auffallend hierbei ist jedoch, dass es kaum Studien gibt, die einen direkten Geschlechtsvergleich anstellen, sondern sich meist nur auf die Untersuchung von weiblichen Testpersonen fokussieren (vgl. beispielsweise Leonard et al., 2008; Lemieux & Byers, 2008; Noll et al., 2003; Schloredt & Heiman, 2003).

Obwohl frühere Studienergebnisse zum Teil eher auf Ähnlichkeiten zwischen den Geschlechtern hinweisen (Najman et al, 2005; Vaillancourt-Morel et al., 2015), wurde die dritte Hypothese der vorliegenden Studie basierend auf der Annahme formuliert, dass Männer eher zu gesteigertem und Frauen eher zu vermindertem sexuellen Erleben und Verhalten neigen (Aaron, 2012). Diese Annahme entspricht auch in der Gesellschaft gängigen Geschlechtsstereotypen, denen zufolge Männer sexuell freizügiger seien als Frauen (Alexander & Fisher, 2003). Dieses Muster zeigt sich auch in Ergebnissen von Studien zu selbstberichtetem sexuellen Verhalten und Erleben: Männer berichten, im Vergleich zu Frauen, nicht nur von einer größeren Häufigkeit sexueller Fantasien (Okami & Shackelford, 2001), sondern auch von einer größeren Anzahl von Sexualpartner*innen sowie einem häufigeren Vorkommen von Geschlechtsverkehr und Selbstbefriedigung (Oliver & Hyde, 1993). Vor dem Hintergrund dieser Annahmen, die sich auf die Normalbevölkerung beziehen, stellt sich natürlich die Frage, inwieweit ähnliche Geschlechtsunterschiede bei traumatisierten Menschen tatsächlich auf das Trauma zurückgeführt werden können, oder ob sie nicht vielmehr eine grundlegende Tendenz in der Bevölkerung widerspiegeln. Basierend auf diesen Überlegungen wurden daher in der vorliegenden Studie auch Geschlechtsvergleiche innerhalb der Gruppe Kein-Trauma angestellt.

Der Geschlechtsvergleich in der Gruppe Trauma zeigte, dass kein signifikanter Unterschied bezüglich der partnerschaftlichen sexuellen Aktivität vorlag. Rein deskriptiv berichteten die weiblichen Teilnehmerinnen im Durchschnitt aber tendenziell von mehr sexueller Aktivität als die Männer. Ein ähnliches Ergebnis fanden Najman und Kolleg*innen (2005), in deren Studie traumatisierte Frauen eine höhere Anzahl an Sexualpartner*innen angaben als Männer. Interessant ist hierbei, dass sich in der vorliegenden Studie innerhalb der Gruppe Kein-Trauma die gleiche Tendenz zeigte: Auch hier gaben die weiblichen Teilnehmerinnen im Durchschnitt eine höhere Häufigkeit von Geschlechtsverkehr an als die

Männer, wobei dieses Ergebnis als statistische signifikant bewertet werden kann. Die Tatsache, dass in der Gruppe Trauma kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern vorliegt, kann eventuell darauf zurückgeführt werden, dass es sich um eine Stichprobe von psychisch gesunden jungen Erwachsenen in Partnerschaftsbeziehungen handelt. Dies könnte dazu führen, dass potenzielle Geschlechtsunterschiede reduziert werden (Vaillancourt-Morel et al., 2015).

Eine nähere Betrachtung der Werte der untersuchten Einzelfälle, also Personen mit schwerwiegenden traumatischen Erfahrungen, lässt aber noch eine alternative Erklärung zu. Hier zeigte sich nämlich, dass die beiden Männer (Tp. 41, körperlicher Missbrauch; Tp. 43, emotionale Vernachlässigung) in der Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs sowohl über dem allgemeinen Mittelwert der Gruppe traumatisierter Männer lagen, als auch deutlich über den Werten der drei Frauen (Tp. 9, emotionaler Missbrauch; Tp. 55, sexueller Missbrauch; Tp. 35, körperliche Vernachlässigung). Diese lagen wiederum unter dem Mittelwert traumatisierter Frauen. Diese rein deskriptiven Ergebnisse könnten darauf hindeuten, dass sich vermutete Geschlechtsunterschiede erst bei einem schwereren Grad der Traumatisierung zeigen.

Hinsichtlich des sexuellen Erlebens im Alltag ergaben die statistischen Analysen, dass traumatisierte Männer in allen untersuchten Variablen (sexuelle(s) Erregung/ Verlangen/ Gedanken/ Fantasien) signifikant höhere Werte aufwiesen als traumatisierte Frauen. Daraus folgt, dass diese Hypothese als bestätigt angesehen werden kann. Im Kontrast dazu zeigte sich in der Gruppe Kein-Trauma kein solcher Geschlechtsunterschied bezüglich des sexuellen Erlebens. Im Vergleich zu nicht traumatisierten Männern wiesen traumatisierte Männer tendenziell eher höhere Werte auf, insbesondere bei den Variablen sexuelles Verlangen und sexuelle Gedanken. Bei traumatisierten Frauen zeigte sich dahingegen die gegenteilige Tendenz: ihre Werte waren tendenziell niedriger als die der nicht traumatisierten Frauen, wobei dieser Unterschied nur für die Variable sexuelle Gedanken signifikant wurde.

Nennenswert ist an dieser Stelle auch die Beobachtung, dass Tp. 55 (Sexueller Missbrauch, weiblich) in allen Variablen des sexuellen Erlebens im Alltag deutlich über dem Mittelwert der Frauen lag, während sich bei den anderen weiblichen Einzelfällen der vorliegenden Studie kein solcher Unterschied zeigte. Auf diese Beobachtung soll in Kapitel 5.2.4. noch genauer eingegangen werden.

Die bisherige Forschung zu Geschlechtsunterschieden bei traumatisierten Menschen bezieht sich überwiegend speziell auf die Variablen der sexuellen Kompulsion und Aversion (vgl. beispielsweise Labadie et al., 2018; Vaillancourt-Morel et al., 2015; Vaillancourt-Morel

et al., 2016). Hierbei werden für gewöhnlich Messinstrumente verwendet, die ein umfassenderes Bild der beiden Konstrukte liefern, wobei im letztendlichen Gesamtscore nicht zwischen Komponenten des sexuellen Verhaltens und Erlebens differenziert wird. Darüber hinaus sind diese Fragebögen auf problematisch empfundene Verhaltensweisen ausgerichtet, die das Leben des/der Betroffenen beeinträchtigen (Hook et al., 2010). Die Fragen der vorliegenden Studie zu sexuellem Erleben im Alltag weisen dagegen keine implizite Wertung auf, sondern fragen ausschließlich nach dem bloßen Vorkommen und der Intensität bestimmter Konstrukte. Des Weiteren ist durch das Studiendesign eine Trennung der einzelnen Variablen möglich. Aus diesen Gründen gibt es bisher keine vergleichbaren Ergebnisse bezüglich eines Geschlechtsvergleichs zu bestimmten Variablen des sexuellen Erlebens.

Fazit zu Hypothese 3:

Fasst man die Ergebnisse der Hypothesen H.3.1. und H.3.2. zusammen, zeigt sich also, dass hinsichtlich der Häufigkeit des partnerschaftlichen Geschlechtsverkehrs keine signifikanten Unterschiede zwischen traumatisierten Männern und Frauen bestehen. Im Bereich des sexuellen Erlebens im Alltag wiesen die Männer dagegen signifikant höhere Werte als die Frauen auf. Da es bisher keine vergleichbaren Untersuchungen zum Geschlechtervergleich mit einer Trennung von sexuellem Erleben und Verhalten gibt, können bei der Interpretation dieser Ergebnisse nur Vermutungen angestellt werden.

Dass sich die erwartete Tendenz, also dass Männer eher zu einer gesteigerten Sexualität neigen als Frauen, nur in Bezug auf das sexuelle Erleben zeigte, könnte eventuell darauf zurückzuführen sein, dass nur Personen in festen Partnerschaften untersucht wurden. Demnach könnte argumentiert werden, dass sich die Differenzen in ausagierten Verhaltenskomponenten zwischen den Geschlechtern angleichen, da in einer Partnerschaft die Wahrscheinlichkeit für kompulsives oder vermeidendes sexuelles Verhalten eher geringer ist. Insbesondere da gezielt nach einer sexuell gesunden Stichprobe gesucht worden war. In einem weiteren Schritt könnte die Vermutung angestellt werden, dass sich bei Männern diese nicht-ausagierte Tendenz zu einer gesteigerten Sexualität ausschließlich in den kognitiven und emotionalen Variablen des sexuellen Erlebens (Erregung, Verlangen, Gedanken und Fantasien) widerspiegelt. Um diese Vermutung weiter zu analysieren, könnte es sinnvoll sein, die spezifischen Inhalte der sexuellen Gedanken und Fantasien sowie deren Bewertung einzubeziehen und darüber hinaus die Anzahl bisheriger Sexualpartner*innen zu berücksichtigen.

5.2.4. Einzelfälle

Zuletzt soll noch auf die Beobachtungen bezüglich der ausgewählten Einzelfälle eingegangen werden. Hierfür wurde für jede der fünf Subskalen des CTQ (emotionaler, sexueller und körperlicher Missbrauch, emotionale und körperliche Vernachlässigung) je eine Person mit den jeweils höchsten Werten ausgewählt. Es ist zu beachten, dass die bei der Analyse dieser fünf Personen gefundenen Werte lediglich tendenzielle Aussagen zulassen und nicht zur Generalisierung auf die Population herangezogen werden können.

Insgesamt ist auffallend, dass es scheinbar größere Differenzen zwischen den Geschlechtern als zwischen den einzelnen Arten von Traumatisierung zu geben scheint. Dies zeigt sich beispielsweise bei der allgemeinen Zufriedenheit mit der Partnerschaft: Hier sind die beiden männlichen Testpersonen nach eigenen Angaben glücklicher und weniger gestresst als die drei weiblichen Probandinnen. Aber auch in Bezug auf die Häufigkeit von partnerschaftlicher sexueller Aktivität unterschieden sie sich insofern, dass die beiden Männer deutlich häufiger Geschlechtsverkehr angaben als die Frauen.

Nur im Bereich des sexuellen Erlebens zeigt sich ein etwas anderes Bild: es setzt sich zwar die Tendenz fort, dass die männlichen Versuchsteilnehmer höhere Werte aufweisen als die Weiblichen. Jedoch weisen zwei Testpersonen in allen Variablen des sexuellen Erlebens im Alltag deutlich über den Mittelwerten des jeweiligen Geschlechts: Tp. 55 (Sexueller Missbrauch, weiblich) und Tp. 43 (Emotionale Vernachlässigung, männlich). Ob es sich hierbei um Zufall oder ein zugrundeliegendes Muster handelt, lässt sich aufgrund der Tatsache, dass es sich um einzelne Personen handelt, nicht sagen. Allerdings wurden in einer Studie von Meston et al. (1999) ebenfalls ähnliche gesonderte Effekte verschiedener Formen der Traumatisierung auf die Sexualität gefunden. Diese Studie stellt eine der Wenigen dar, die sowohl verschiedene Formen der Traumatisierung, als auch einen Vergleich zwischen den Geschlechtern einbezieht. Allerdings wurde hier nicht zwischen emotionaler Vernachlässigung und Missbrauch unterschieden, sondern beide Variablen zu einer zusammengefasst, was beim Vergleich der Ergebnisse berücksichtigt werden muss. Die Ergebnisse zeigten, dass für Frauen ein signifikanter Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und liberaleren sexuellen Einstellungen und Verhalten bestand, welches sich in einer größeren Häufigkeit von Geschlechtsverkehr und Selbstbefriedigung, einer größeren Spannbreite von sexuellen Fantasien und einer größeren Wahrscheinlichkeit für unkontrolliertes sexuelles Verhalten zeigte. Bei Männern zeigte sich hingegen kein signifikanter Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und verschiedenen Variablen der Sexualität, dafür aber bei emotionalem

Missbrauch: Dieser hing signifikant negativ zusammen mit sexueller Zufriedenheit und Körperbild. Den Autor*innen zufolge suggerieren diese Ergebnisse, dass es eigenständige Zusammenhänge zwischen sexuellem Missbrauch und späterem sexuellen Verhalten bei Frauen gibt, und zwischen emotionalem Missbrauch und sexueller Anpassung bei Männern. Die Autor*innen schlussfolgerten, dass es wichtig sei bei der Untersuchung von Kindheitstrauma und späterer Sexualität Vergleiche zwischen den Geschlechtern zum einen, und zwischen spezifischen Formen der Traumatisierung zum anderen einzubeziehen (Meston et al., 1999).

Auch von anderen Autor*innen wurde in Bezug auf sexuellen Missbrauch bereits die Vermutung angestellt, dass dieser in den Auswirkungen auf die spätere Sexualität von anderen Missbrauchsformen unterscheidet (Noll et al., 2003). Lemieux und Byers (2008) stellten in ihrer Studie zur sexuellen Gesundheit von Frauen mit sexuellen und nicht-sexuellen traumatischen Kindheitserfahrungen die Überlegung an, dass die in sexuellem Missbrauch involvierten Dynamiken ganz spezifische Auswirkungen auf die langzeitliche sexuelle Anpassung haben. Ihnen zufolge wäre es möglich, dass sexuelle und nicht-sexuelle traumatische Erfahrungen sich unabhängig voneinander auf die Sexualität im Erwachsenenalter auswirken.

Nennenswert ist an dieser Stelle auch die Beobachtung, dass Tp. 55 (Sexueller Missbrauch, weiblich) in allen Variablen des sexuellen Erlebens im Alltag deutlich über dem Mittelwert der Frauen liegt. Eine ähnliche Beobachtung machten Van Bruggen et al. (2006): in ihrer Studie erlebten Frauen, die in ihrer Kindheit sexuell missbraucht worden waren, größere Schwierigkeiten damit, ihre sexuellen Gedanken und Gefühle zu bewältigen, während sie aber keine höheren Level an dysfunktionalen sexuellen Verhaltensweisen aufwiesen.

Zur Überprüfung, ob sich die hier gefundenen Unterschiede hinsichtlich des sexuellen Erlebens und Verhaltens entweder auf Geschlechtsunterschiede oder verschiedene Traumatisierungsformen, oder aber eine spezielle Kombination der beiden (wie bei Meston et al., 1999) zurückführen lassen, wäre allerdings ein Gruppenvergleich mit einer höheren Anzahl an Personen in den einzelnen Trauma-Subgruppen notwendig.

5.3. Kritische Würdigung der vorliegenden Forschungsarbeit

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, Zusammenhänge zwischen einer Traumatisierung in der Kindheit und der Sexualität im Erwachsenenalter zu untersuchen. Die Herangehensweise und die Wahl des Untersuchungsdesign bilden hierbei die großen Stärken

und Alleinstellungsmerkmale der Studie, da sie sich dadurch weitgehend von bisherigen Forschungsarbeiten zu dieser Thematik unterscheidet. So handelt es sich um eine der wenigen Studien, die einen direkten Geschlechtervergleich und darüber hinaus einen Vergleich mit einer Kontrollgruppe ohne traumatische Erfahrungen angestellt hat. Des Weiteren wurden bewusst gesunde Personen ausgewählt und der Fokus nicht auf dysfunktionale Sexualität, sondern vielmehr auf mögliche Veränderungen unproblematisch erlebter Sexualität gelegt. In Bezug auf die Erfassung zeigt sich eine weitere Besonderheit, da hierbei sowohl verhaltensbezogene, aber auch kognitive und emotionale Aspekte einbezogen wurden, wodurch ein umfassendes und vielschichtiges Bild vom sexuellen Erleben und Verhalten gewonnen wurde. Im Folgenden soll näher auf die Stärken und mögliche Schwächen der Studie eingegangen werden.

5.3.1. Studiendesign und Messinstrumente

Einen großen Vorteil der vorliegenden Studie stellt das Untersuchungsdesigns des Ambulanten Assessments dar, durch welches alltagsvalide Ergebnisse und somit eine hohe ökologische Validität, wie auch eine erschwerte Manipulierbarkeit der Daten erzielt werden. Allerdings muss hierbei beachtet werden, dass es bei dieser Form der Untersuchung eine umfassende Kontrolle der Störvariablen, wie dies in einem Laborsetting der Fall ist, nicht möglich ist. Durch das daraus resultierende Auftreten multipler Effekte und die Unmöglichkeit des Ausschlusses von Alternativerklärungen, muss die interne Validität als eingeschränkt angesehen werden (Fahrenberg et al., 2007). Dennoch ist hinsichtlich der Untersuchung von Variablen der Sexualität davon auszugehen, dass das ambulante Assessment einer Untersuchung im Laborsetting vorzuziehen ist, da die Unnatürlichkeit einer solchen Situation mit großer Wahrscheinlichkeit zu einer Veränderung des Verhaltens beitragen würde. Allerdings sollte auch im ambulanten Assessment die Möglichkeit der Reaktivität nicht außer Acht gelassen werden, also eine Rückwirkung der Untersuchungssituation auf die Auftretenshäufigkeit und Intensität des interessierenden Verhaltens (Fahrenberg et al., 2007). Hierbei spielt insbesondere die Möglichkeit eines gewissen angenommenen Erwartungsdrucks bezüglich der Häufigkeit sexueller Aktivitäten und Kognitionen eine Rolle.

In Bezug auf die verwendeten Messinstrumente zur Erfassung der Sexualität im Alltag ist als positiv zu bewerten, dass sich durch die sehr differenzierte Erhebung der einzelnen Konstrukte ein sehr facettenreiches Bild der Sexualität ergab. So umfasste beispielsweise die Variable des sexuellen Erlebens die vier Aspekte des Verlangens, der Erregung, Gedanken und Fantasien, wobei nicht nur die bloße Häufigkeit, sondern auch die selbst wahrgenommene

Intensität abgefragt wurde. Allerdings stellt sich hier die Frage, wie gut die beiden Konstrukte des Verlangens und der Erregung tatsächlich unterscheidbar sind, da hier bereits in anderen Studien Hinweise darauf gefunden wurden, dass es vielen Personen schwerfällt, die beiden Bereiche eindeutig voneinander abzugrenzen (vgl. Kapitel 2.2.1.). Darüber hinaus muss kritisiert werden, dass bei der Abfrage nicht näher auf den Inhalt und die eigene Bewertung der sexuellen Gedanken und Fantasien eingegangen wurde und daher fraglich ist, ob die Erhebung der Komplexität dieser Konstrukte gerecht wird.

Zur retrospektiven Erfassung der Traumatisierung in der Kindheit wurde die deutsche Kurzversion des CTQ verwendet, welcher als ein reliables und valides Screeninginstrument angesehen werden kann (Wingenfeld et al., 2010). Insbesondere seine Kürze macht den CTQ zu einem sehr ökonomischen und vielfältig einsetzbaren Messinstrument, allerdings bringt dies auch gewisse Einschränkungen mit sich. So werden viele Details der Traumatisierung nicht erfasst, wie die Beziehung zum/r Täter*in, sowie deren Anzahl. Auch die Häufigkeit, Dauer und der genaue Zeitpunkt des Missbrauchs werden nicht abgefragt. Diese weniger umfangreiche Erfassung kann aber dadurch erklärt werden, dass die vorliegende Arbeit nicht primär für die Untersuchung von Trauma konzipiert wurde und daher der Fokus mehr auf das grundlegende Vorliegen als auf eine detaillierte Beschreibung dessen lag. Allgemein sollte aber beachtet werden, dass die Erfassung einer Traumatisierung durch eine retrospektive Selbstbeurteilung grundlegende Fehlermöglichkeiten wie Fehlattritionen, Suggestibilität und Erinnerungsverzerrungen birgt (Wingenfeld et al., 2010).

5.3.2. Stichprobe

Die Stichprobe setzte sich aus insgesamt 60 Personen zusammen, wobei die beiden Geschlechter gleich verteilt waren, was als sehr positiv zu werten ist. Allerdings führte die Unterteilung in einzelne Subgruppen dazu, dass diese teilweise nur eine eher geringe Anzahl an Personen umfasste. Diese geringe Teilstichprobengröße könnte zu einer Einschränkung der statistischen Power geführt haben und somit eventuell ein Grund dafür sein, warum erwartete Effekte teilweise nicht gefunden wurden.

Durch die Anwendung sehr strenger Ein- und Ausschlusskriterien konnten zwar gewisse personenbezogene Störvariablen kontrolliert werden, allerdings haben sie auch zur Folge, dass die Stichprobe in hohem Ausmaß selektiv ist und die Ergebnisse daher nicht uneingeschränkt generalisierbar sind. So besteht die untersuchte Stichprobe aus jungen gesunden Menschen, die

größtenteils über einen hohen Bildungsgrad verfügen und in einer glücklichen Partnerschaft leben. Auch das Thema der Studie, das den Teilnehmer*innen bekannt war, kann zu gewissen Selektionseffekten geführt haben, da davon auszugehen ist, dass eher Personen an einer Untersuchung zu Sexualität im Alltag teilnehmen, die einerseits einen offenen Umgang mit Sexualität pflegen und zum anderen zufrieden mit ihrem Sexleben sind. Diese Aspekte könnten eventuell zu einer eher geringeren Varianz beigetragen haben.

Dadurch, dass die vorliegende Studie nicht zentral auf die Untersuchung traumatisierter Menschen ausgerichtet war, ergab sich, wie auch bereits in Kapitel 5.2.2. ausgeführt, eine geringe Varianz hinsichtlich der Schweregrade der Traumatisierung. Durch das Ausschlusskriterium der psychisch gesunden Stichprobe ist anzunehmen, dass Personen mit sehr schwerwiegenden traumatischen Erlebnissen von vornherein ausgeschlossen wurden. Dies führte insbesondere am Ende des Spektrums der gesteigerten CTQ-Werte zu einer sehr geringen Varianz.

Ein letzter sehr wichtiger Punkt in Bezug auf die Selektivität der Stichprobe stellt die gezielte Ausrichtung auf heterosexuelle Paare und somit der Ausschluss homosexueller Paare dar. Dies kann im Sinne der Vergleichbarkeit mit ähnlichen Studien sowie der Konstanthaltung bestimmter Störvariablen durchaus als sinnvoll erachtet werden. Allerdings sollte sich bewusst gemacht werden, dass es in der psychologischen Forschung eine lange Tradition gibt, verschiedenartige sexuelle Ausrichtungen auszuschließen und Heterosexualität als unhinterfragte Norm zu betrachten (Brown, 1989; Kitzinger, 2001). Die Wahl der Forschungsthemen reflektiert, wie Forscher*innen die Zielpopulation konzeptualisieren (Lee & Crawford, 2012), wodurch sie sich auch in der Lage befinden, in der Gesellschaft vorherrschende heteronormative Sichtweisen zu reproduzieren (Hartmann, Klesse, Fritzsche, Wagenknecht, & Hackmann, 2008). Daher sollten zukünftige Studien auch Personen mit anderen sexuellen Ausrichtungen mit einbeziehen.

5.3.3. Ausblick und praktische Implikationen

Forschung

Aus der Diskussion der Ergebnisse und den Limitationen der Studie lassen sich verschiedene Implikationen für die zukünftige Forschung und psychotherapeutische Praxis

ableiten. So könnte es beispielsweise für ähnlich ausgelegte zukünftige Studien zum sexuellen Erleben und Verhalten interessant sein, auch Personen zu untersuchen, die sich aktuell nicht in einer Partnerschaft befinden. Insbesondere auf die vorliegende Fragestellung bezogen, könnte so abgeklärt werden, ob nur aufgrund der Partnerschaft kein Unterschied hinsichtlich der sexuellen Aktivität zwischen traumatisierten und nicht traumatisierten Personen vorliegt. Darüber hinaus könnte eine größere Spannbreite bezüglich des Alters einbezogen werden um zum einen mögliche Generationsunterschiede zu untersuchen, und um zum anderen insgesamt eine größere Heterogenität der Stichprobe herbeizuführen, wodurch eine bessere Generalisierbarkeit gewährleistet wäre. Des Weiteren würde der Einbezug homosexueller Paare einen entscheidenden Informationsgewinn mit sich bringen, da diesbezüglich ein Mangel psychosexuellen Forschungsarbeiten im Allgemeinen vorliegt, und an Arbeiten zu Trauma und Sexualität im Besonderen.

Ferner könnte eine stärkere Ausrichtung auf die Thematik der Traumatisierung in der Kindheit noch spezifischere Schlussfolgerungen zulassen. Eine gezielte Suche nach Personen mit traumatischen Erfahrungen könnte beispielsweise zu einer höheren Varianz hinsichtlich der höheren CTQ-Werte und den einzelnen Subskalen führen, wodurch die statistischen Analysen wahrscheinlich aussagekräftigere Ergebnisse hervorbringen würden. Hierbei sollten zukünftige Studien auch noch mehr auf die Details der Traumatisierung eingehen, um mögliche Zusammenhänge genauer differenzieren zu können. Des Weiteren würde das Einbeziehen von Fragebögen, die speziell auf die Erfassung von sexueller Aversion, Kompulsion und Ambivalenz ausgerichtet sind, zur Eindeutigkeit der Ergebnisse und zur Vergleichbarkeit mit anderen Forschungsstudien beitragen.

Zudem sollte zukünftig insbesondere auf den Einbezug von Männern in die untersuchten Stichproben geachtet werden, da diese in bisherigen Forschungsarbeiten zu Trauma und Sexualität eher unterrepräsentiert waren. Diese Notwendigkeit wird noch mehr durch die Ergebnisse der vorliegenden Studie unterstrichen, welche auf das Vorliegen eines Geschlechterunterschieds hinweisen. Zukünftige Forschung könnte sich demnach gezielt auf eine genauere Untersuchung eines solchen fokussieren. Die gefundenen Ergebnisse verweisen des Weiteren auf die zentrale Bedeutung des sexuellen Erlebens, welches möglicherweise besonders in Partnerschaften eine übergeordnete Rolle gegenüber sexuellem Verhalten spielt. Eine differenzierte Erfassung der Konstrukte des sexuellen Erlebens, insbesondere auch bezüglich der Inhalte sexueller Gedanken und Fantasien, könnte sich hier also als interessant erweisen.

Praxis

Forschungsarbeiten wie die Vorliegende können in Zukunft einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung empirisch validierter Behandlungskonzepte bilden, bei denen sowohl die Traumatisierung als auch deren mögliche Auswirkungen auf die Sexualität im Fokus stehen. Hierbei ist es wichtig, sich in der Therapie nicht ausschließlich auf einen der beiden Aspekte zu konzentrieren, wie zum Beispiel die Behandlung einer Posttraumatischen Belastungsstörung, ohne Berücksichtigung der sexuellen Symptome (Büttner, 2018; O’Driscoll & Flanagan, 2015; Schnurr et al., 2009). Ebenso wenig eignet sich allerdings eine rein sexualtherapeutische Herangehensweise, insbesondere für Betroffene von sexuellem Missbrauch, da ein zu direktes Vorgehen hierbei eventuell an die Missbrauchssituation erinnern und dadurch sexualitätsbezogene Ängste aufrechterhalten könnte, was eher zu einer Verschlechterung der Symptomatik führen würde (Büttner, 2018; Hall, 2008). Hierbei könnte auch Psychoedukation eine entscheidende Rolle spielen, um die Betroffenen darüber aufzuklären, wie ihre traumatischen Erfahrungen ihre aktuelle Sexualität beeinflussen. Eine bessere Integration und ein Verständnis dieser psychischen Vorgänge könnten hierbei dazu führen, dass eigene sexuelle Bedürfnisse besser erkannt werden können. Dies wiederum könnte sowohl zu einem größeren psychosexuellen und auch beziehungsbezogenen Wohlbefinden beitragen (Vaillancourt-Morel et al., 2016) und darüber hinaus auch als Prävention vor Reviktimisierungen dienen (Van Bruggen et al., 2006). Vor allem in einem paartherapeutischen Kontext sollten sowohl der/die Betroffene, als auch der/die Partner*in über die Auswirkungen der traumatischen Erlebnisse auf das psychosexuelle Funktionieren aufgeklärt und ein offener, unterstützender Austausch zwischen den Partner*innen gefördert werden (Easton et al., 2011).

Sowohl die Ergebnisse aus der vorliegenden Studie, als auch jene vorangegangener Studien, weisen darauf hin, dass in der Kindheit traumatisierte Menschen eine heterogene Population bilden (Labadie et al., 2018). Interindividuelle Unterschiede können sowohl als Auswirkung verschiedener Arten der Traumatisierung, als auch zwischen den Geschlechtern auftreten. Ein besseres Verständnis dieser Unterschiede könnte zur Entwicklung therapeutischer Verfahren beitragen, die gezielt auf distinkte Subgruppen traumatisierter Menschen ausgerichtet sind (Vaillancourt-Morel et al., 2015). Hierbei könnte insbesondere ein verstärkter Einbezug sexualitätsbezogener kognitiver, emotionaler und evaluativer Komponenten eine wichtige Rolle spielen. Die vorliegenden Ergebnisse weisen darauf hin, dass traumatisierte Männer und Frauen sich insbesondere hinsichtlich der Variablen des sexuellen Erlebens unterscheiden. Durch weiterführende Untersuchungen zu den genauen

Wirkmechanismen dieser Komponenten und dazu, inwiefern sich verschiedene Subgruppen traumatisierter Menschen hierbei unterscheiden, könnte es leichter werden, die optimale klinische Intervention für einzelne Personen zu finden. Darüber hinaus scheint eine ausschließliche Konzentration auf behaviorale Aspekte nicht ausreichend zu sein - sowohl in der Diagnostik wie auch in der Therapie. Stattdessen sollte die enge Verschränkung des Erlebens und Verhaltens zum einen, und die Möglichkeit, dass nur einzelne Bereiche betroffen sind zum andern, berücksichtigt werden (Easton et al., 2011; Rellini, 2008).

Für die klinische Behandlung lässt sich also zusammenfassend folgern, dass eine therapeutische Herangehensweise, die sowohl traumaspezifische und sexualtherapeutische Maßnahmen integriert, als auch geschlechtsspezifische Unterschiede - vor allem in Bezug auf Komponenten des sexuellen Erlebens – berücksichtigt, notwendig zu sein scheint (Büttner et al., 2014).

Literaturverzeichnis

- Aaron, M. (2012). The pathways of problematic sexual behavior: A literature review of factors affecting adult sexual behavior in survivors of childhood sexual abuse. *Sexual Addiction & Compulsivity, 19*(3), 199–218.
- Abajobir, A. A., Kisely, S., Maravilla, J. C., Williams, G., & Najman, J. M. (2017). Gender differences in the association between childhood sexual abuse and risky sexual behaviours: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect, 63*, 249–260. doi: 10.1016/j.chiabu.2016.11.023
- Alexander, M. G., & Fisher, T. D. (2003). Truth and consequences: Using the bogus pipeline to examine sex differences in self-reported sexuality. *Journal of Sex Research, 40*(1), 27–35. doi: 10.1080/00224490309552164
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5*. Washington, D.C.: Amer Psychiatric Pub Incorporated.
- Andreas-Salomé, L. (1910). *Die Erotik*. Frankfurt am Main: Rütten & Loening.
- Bancroft, J. (2005). The endocrinology of sexual arousal. *Journal of Endocrinology, 186*(3), 411–427. doi: 10.1677/joe.1.06233
- Bancroft, J., & Graham, C. (2011). The varied nature of women's sexuality: Unresolved issues and a theoretical approach. *Hormones and Behavior, 59*(5), 717–729. doi: 10.1016/j.yhbeh.2011.01.005
- Bancroft, J., Graham, C. A., Janssen, E., & Sanders, S. A. (2009). The dual control model: current status and future directions. *Journal of Sex Research, 46*(2-3), 121–142. doi: 10.1080/00224490902747222
- Bancroft, J., & Janssen, E. (2000). The Dual Control Model of male sexual response: A theoretical approach to centrally mediated erectile dysfunction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 24*(5), 571–579. doi: 10.1016/s0149-7634(00)00024-5
- Bartoi, M. G., & Kinder, B. N. (1998). Effects of child and adult sexual abuse on adult sexuality. *Journal of Sex & Marital Therapy, 24*(2), 75–90. doi: 10.1080/00926239808404921
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy, 26*(1), 51–65. doi: 10.1080/009262300278641

- Basson, R. (2001). Human sex-response cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(1), 33–43. doi: 10.1080/00926230152035831
- Baumeister, R. F. (2000). Gender differences in erotic plasticity: The female sex drive as socially flexible and responsive. *Psychological Bulletin*, 126(3), 347–374. doi: 10.1037/0033-2909.126.3.347
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A Retrospective Self-report*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Binder, B., & Vedder, U. (2019). *Sprache und Wirklichkeit und die Diskussion um das Gendersternchen*. Zugriff am 19. Oktober 2019, von <https://www.huberlin.de/de/pr/nachrichten/maerz-2019/nr-19327-2>
- Bodenmann, G., Ledermann, T., & Bradbury, T. N. (2007). Stress, sex, and satisfaction in marriage. *Personal Relationships*, 14(4), 551–569. doi: 10.1111/j.1475-6811.2007.00171x
- Bodenmann, G., Meuwly, N., Bradbury, T. N., Gmelch, S., & Ledermann, T. (2010). Stress, anger, and verbal aggression in intimate relationships: Moderating effects of individual and dyadic coping. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(3), 408–424. doi: 10.1177/0265407510361616
- Bogart, L. M., Cecil, H., Wagstaff, D. A., Pinkerton, S. D., & Abramson, P. R. (2000). Is it “sex”? College students’ interpretations of sexual behavior terminology. *Journal of Sex Research*, 37(2), 108–116.
- Boothe, B. (2019). MeToo: Sexualität im Dienst der Macht. *Psychotherapeut*, 64(2), 127–133. doi: 10.1007/s00278-019-0336-2
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin, Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-642-12770-0
- Breiding, M.J. (2014). Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization—National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011. *American Journal of Public Health*, 105(4), e11–e12. doi: 10.2105/AJPH.2015.302634

- Brotto, L. A., Heiman, J. R., & Tolman, D. L. (2009). Narratives of desire in mid-age women with and without arousal difficulties. *Journal of Sex Research, 46*(5), 387–398. doi: 10.1080/00224490902792624
- Brown, L. S. (1989). New voices, new visions: Toward a lesbian/gay paradigm for psychology. *Psychology of Women Quarterly, 13*(4), 445–458. doi: 10.1111/j.1471-6402.1989.tb01013.x
- Büttner, M. (2018). *Sexualität und Trauma: Grundlagen und Therapie traumaassoziierter sexueller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Büttner, M., Dulz, B., Sachsse, U., Overkamp, B., & Sack, M. (2014). Trauma und sexuelle Störungen. *Psychotherapeut, 59*(5), 385–391. doi: 10.1007/s00278-014-1068-y
- Camuso, J., & Rellini, A. H. (2010). Sexual fantasies and sexual arousal in women with a history of childhood sexual abuse. *Sexual and Relationship Therapy, 25*(3), 275–288. doi: 10.1080/14681994.2010.494659
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Colangelo, J., & Keefe-Cooperman, K. (2012). Understanding the impact of childhood sexual abuse on women's sexuality. *Journal of Mental Health Counseling, 34*(1), 14–37. doi: 10.17744/mehc.34.1.e045658226542730
- Davis, J. L., Petretic-Jackson, P. A., & Ting, L. (2001). Intimacy dysfunction and trauma symptomatology: Long-term correlates of different types of child abuse. *Journal of Traumatic Stress, 14*(1), 63–79. doi: 10.1023/a:1007835531614
- Dewitte, M., & Mayer, A. (2018). Exploring the link between daily relationship quality, sexual desire, and sexual activity in couples. *Archives of Sexual Behavior, 47*(6), 1675–1686. doi: 10.1007/s10508-018-1175-x
- DiLillo, D. (2001). Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: empirical findings and methodological issues. *Clinical Psychology Review, 21*(4), 553–576. doi: 10.1016/s0272-7358(99)00072-0
- Dilling, H., & World Health Organization. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.

- Easton, S. D., Coohy, C., O'leary, P., Zhang, Y., & Hua, L. (2011). The effect of childhood sexual abuse on psychosexual functioning during adulthood. *Journal of Family Violence*, 26(1), 41–50. doi: 10.1007/s10896-010-9340-6
- Eid, M., Gollwitzer, M., & Schmitt, M. (2013). *Statistik und Forschungsmethoden: Lehrbuch. Mit Online-Materialien*. Weinheim: Beltz.
- Egle, U. T., Hoffmann, S. O., & Joraschky, P. (2000). *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung: Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früherer Traumatisierungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Pawlik, K., & Perrez, M. (2007). Ambulantes Assessment - Verhalten im Alltagskontext erfassen. *Psychologische Rundschau*, 58(1), 12–23. doi: 10.1026/0033-3042.58.1.12
- Giraldi, A., Kristensen, E., & Sand, M. (2015). Endorsement of models describing sexual response of men and women with a sexual partner: an online survey in a population sample of Danish adults ages 20–65 years. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(1), 116–128. doi: 10.1111/jsm.12720
- Hahlweg, K. (1996). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik: (FPD)*. Göttingen: Hogrefe.
- Hall, K. (2007). Sexual dysfunction and childhood sexual abuse: Gender differences and treatment implications. In S. R. Leiblum (Hrsg.), *Principles and Practice of Sex Therapy* (4th ed.). 350–378. New York, London: Guilford Publications.
- Hall, K. (2008). Childhood sexual abuse and adult sexual problems: A new view of assessment and treatment. *Feminism & Psychology*, 18(4), 546–556. doi: 10.1177/0959353508095536
- Hartfiel, G., & Hillmann, K. H. (1982). *Wörterbuch der Soziologie*. Stuttgart: Kröner.
- Hartmann, J., Klesse, C., Wagenknecht, P., Fritzsche, B., & Hackmann, K. (2007). *Heteronormativität: Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2011). Maltreatment in childhood and adolescence. *Deutsches Ärzteblatt Online*. doi: 10.3238/arztebl.2011.0287

- Hering, L., & Schmidt, R. J. (2014). Einzelfallanalyse. In N. Baur, & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 529–541). Wiesbaden: Springer VS.
- Hoffmann, D. (2006). Bertram Scheufele: Sexueller Missbrauch. Mediendarstellung und Medienwirkung. Wiesbaden: VS, 2005. *Medien & Kommunikationswissenschaft*, 54(3), 486–488. doi: 10.5771/1615-634x-2006-3-486
- Hook, J. N., Hook, J. P., Davis, D. E., Worthington, E. L., & Penberthy, J. K. (2010). Measuring sexual addiction and compulsivity: A critical review of instruments. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36(3), 227–260. doi: 10.1080/00926231003719673
- Hoyer, J. (2012). Sexuelle Funktionsstörungen und ambulante Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 58(4), 371–378. doi: 10.1007/s00278-012-0919-7
- Janssen, E., McBride, K. R., Yarber, W., Hill, B. J., & Butler, S. M. (2007). Factors that influence sexual arousal in men: A focus group study. *Archives of Sexual Behavior*, 37(2), 252–265. doi: 10.1007/s10508-007-9245-5
- Kaplan, H. S. (1977). Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 3(1), 3–9. doi: 10.1080/00926237708405343
- Kilimnik, C. D., & Meston, C. M. (2016). Role of body esteem in the sexual excitation and inhibition responses of women with and without a history of childhood sexual abuse. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(11), 1718–1728. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.09.004
- Kinzl, J. F., Traweger, C., & Biebl, W. (1995). Sexual dysfunctions: Relationship to childhood sexual abuse and early family experiences in a nonclinical sample. *Child Abuse & Neglect*, 19(7), 785–792. doi: 10.1016/0145-2134(95)00048-d
- Kitzinger, C. (2001). Sexualities. In R. K. Unger (Hrsg.), *Handbook of the psychology of women and gender* (S. 272-285). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Klinitzke, G., Romppel, M., Häuser, W., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2011). Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) – psychometrische Eigenschaften in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 62(02), 47–51. doi: 10.1055/s-0031-1295495
- Labadie, C., Godbout, N., Vaillancourt-Morel, M., & Sabourin, S. (2018). Adult profiles of child sexual abuse survivors: attachment insecurity, sexual compulsivity, and sexual

- avoidance. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(4), 354–369.
doi: 10.1080/0092623x.2017.1405302
- Lamnek, S., & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Lampe, A. (2002). Prävalenz von sexuellem Mißbrauch, physischer Mißhandlung und emotionaler Vernachlässigung in Europa. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48(4), 370–380. doi: 10.13109/zptm.2002.48.4.370
- Lee, I., & Crawford, M. (2012). Lesbians in empirical psychological research: A new perspective for the twenty-first century?. *Journal of Lesbian Studies*, 16(1), 4–16.
doi: 10.1080/10894160.2011.557637
- Lemieux, S. R., & Byers, E. S. (2008). The sexual well-being of women who have experienced child sexual abuse. *Psychology of Women Quarterly*, 32(2), 126–144.
doi: 10.1111/j.1471-6402.2008.00418.x
- Leonard, L. M., & Follette, V. M. (2002). Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: Review of the empirical literature and clinical implications. *Annual Review of Sex Research*, 13, 346–388.
- Leonard, L. M., Iverson, K. M., & Follette, V. M. (2008). Sexual functioning and sexual satisfaction among women who report a history of childhood and/or adolescent sexual abuse. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(5), 375–384.
doi: 10.1080/00926230802156202
- Levin, R. J. (2008). Critically revisiting aspects of the human sexual response cycle of Masters and Johnson: Correcting errors and suggesting modifications. *Sexual and Relationship Therapy*, 23(4), 393–399. doi: 10.1080/14681990802488816
- Levine, S. B. (2002). Reexploring the concept of sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(1), 39–51. doi: 10.1080/009262302317251007
- Levine, S. B. (2003). The nature of sexual desire: A clinician's perspective. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 279–285. doi: 10.1023/a:1023421819465
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Boston, MA: Little, Brown.
- Mendes, K., Ringrose, J., & Keller, J. (2018). #MeToo and the promise and pitfalls of challenging rape culture through digital feminist activism. *European Journal of Women's Studies*, 25(2), 236–246. doi: 10.1177/1350506818765318

- Meston, C. M., Heiman, J. R., & Trapnell, P. D. (1999). The relation between early abuse and adult sexuality. *Journal of Sex Research*, 36(4), 385–395. doi: 10.1080/00224499909552011
- Mitchell, K. R., Wellings, K. A., & Graham, C. (2013). How do men and women define sexual desire and sexual arousal?. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(1), 17–32. doi: 10.1080/0092623x.2012.697536
- Mosher, D. L., Barton-Henry, M., & Green, S. E. (1988). Subjective sexual arousal and involvement: Development of multiple indicators. *Journal of Sex Research*, 25(3), 412–425. doi: 10.1080/00224498809551471
- Najman, J. M., Dunne, M. P., Purdie, D. M., Boyle, F. M., & Coxeter, P. D. (2005). Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: An Australian population-based study. *Archives of Sexual Behavior*, 34(5), 517–526. doi: 10.1007/s10508-005-6277-6
- Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 575–586. doi: 10.1037/0022-006x.71.3.575
- O'Driscoll, C., & Flanagan, E. (2015). Sexual problems and post-traumatic stress disorder following sexual trauma: A meta-analytic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(3), 351–367. doi: 10.1111/papt.12077
- Okami, P., & Shackelford, T. K. (2001). Human sex differences in sexual psychology and behavior. *Annual Review of Sex Research*, 12, 186-241.
- Oliver, M. B., & Hyde, J. S. (1993). Gender differences in sexuality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 114(1), 29–51. doi: 10.1037/0033-2909.114.1.29
- Osswald-Rinner, I. (2011). *Oversexed and underfucked: Über die gesellschaftliche Konstruktion der Lust*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pausch, M. J., & Matten, S. J. (2017). Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) – Definition, Einteilung, Epidemiologie und Geschichte. *Trauma und Traumafolgestörung*, 3–12. doi: 10.1007/978-3-658-17886-4_2
- Petermann, F. (2014). *Einzelfallanalyse*. Berlin: De Gruyter.
- Pfaus, J. G. (1999). Revisiting the concept of sexual motivation. *Annual Review of Sex Research*, 10, 120–156.

- Pffaus, J. G., Kippin, T. E., & Coria-Avila, G. (2003). What can animal models tell us about human sexual response?. *Annual Review of Sex Research, 14*(1), 1–63.
- Pillhofer, M., Ziegenhain, U., Nandi, C., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2011). Prävalenz von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung in Deutschland. *Kindheit und Entwicklung, 20*(2), 64–71. doi: 10.1026/0942-5403/a000042
- Rellini, A. (2008). Review of the empirical evidence for a theoretical model to understand the sexual problems of women with a history of CSA. *The Journal of Sexual Medicine, 5*(1), 31–46. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00652.x
- Rellini, A., & Meston, C. (2007). Sexual function and satisfaction in adults based on the definition of child sexual abuse. *The Journal of Sexual Medicine, 4*(5), 1312–1321. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00573.x
- Rind, B., & Tromovitch, P. (2007). National samples, sexual abuse in childhood, and adjustment in adulthood: A commentary on Najman, Dunne, Purdie, Boyle, and Coxeter (2005). *Archives of Sexual Behavior, 36*(1), 101–106. doi: 10.1007/s10508-006-9058-y
- Rind, B., Tromovitch, P., & Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin, 124*(1), 22–53. doi: 10.1037/0033-2909.124.1.22
- Sack, M. (2010). *Schonende Traumatherapie: Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Sand, M., & Fisher, W. A. (2007). Women's endorsement of models of female sexual response: The nurses' sexuality study. *The Journal of Sexual Medicine, 4*(3), 708–719. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00496.x
- Sanders, S. A., Hill, B. J., Yarber, W. L., Graham, C. A., Crosby, R. A., & Milhausen, R. R. (2010). Misclassification bias: Diversity in conceptualisations about having 'had sex'. *Sexual Health, 7*(1), 31. doi: 10.1071/sh09068
- Scheufele, B. (2005). *Sexueller Missbrauch: Mediendarstellung und Medienwirkung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schloretdt, K. A., & Heiman, J. R. (2003). Perceptions of sexuality as related to sexual functioning and sexual risk in women with different types of childhood abuse histories. *Journal of Traumatic Stress, 16*(3), 275–284. doi: 10.1023/a:1023752225535

- Schnurr, P. P., Lunney, C. A., Forshay, E., Thurston, V. L., Chow, B. K., Resick, P. A., & Foa, E. B. (2009). Sexual function outcomes in women treated for posttraumatic stress disorder. *Journal of Women's Health, 18*(10), 1549–1557. doi: 10.1089/jwh.2008.1165
- Schweitzer, K., & Gross, M. (2013). Kindesvernachlässigung. *Klinisch-forensische Medizin, 279–282*. doi: 10.1007/978-3-211-99468-9_23
- Spector, I. P., Carey, M. P., & Steinberg, L. (1996). The sexual desire inventory: Development, factor structure, and evidence of reliability. *Journal of Sex & Marital Therapy, 22*(3), 175–190. doi: 10.1080/00926239608414655
- Trull, T. J., & Ebner-Priemer, U. (2013). Ambulatory Assessment. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*(1), 151–176. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185510
- Vaillancourt-Morel, M., Godbout, N., Labadie, C., Runtz, M., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2015). Avoidant and compulsive sexual behaviors in male and female survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 40*, 48–59. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.10.024
- Vaillancourt-Morel, M., Godbout, N., Sabourin, S., Briere, J., Lussier, Y., & Runtz, M. (2016). Adult sexual outcomes of child sexual abuse vary according to relationship status. *Journal of Marital and Family Therapy, 42*(2), 341–356. doi: 10.1111/jmft.12154
- Van Bruggen, L. K., Runtz, M. G., & Kadlec, H. (2006). Sexual revictimization: The role of sexual self-esteem and dysfunctional sexual behaviors. *Child Maltreatment, 11*(2), 131–145. doi: 10.1177/1077559505285780
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveerse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., . . . Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin, 38*(4), 661–671. doi: 10.1093/schbul/sbs050
- Williams, L. M., Siegel, J. A., & Pomeroy, J. J. (2000). Validity of women's self-reports of documented child sexual abuse. In A. A. Stone, J. S. Turkkan, C. A. Bachrach, J. B. Jobe, H. S. Kurtzman, & V. S. Cain (Hrsg.), *The science of self-report: Implications for research and practice* (S. 211-226). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H., Hill, A., Gast, U., . . . Driessen, M. (2010). Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Erste

Befunde zu den psychometrischen Kennwerten. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 60(11), 442–450. doi: 10.1055/s-0030-1247564

Witte, B. (1998). *Gedichte von Johann Wolfgang Goethe*. Stuttgart: P. Reclam.

Wöller, W. (2006). *Trauma und Persönlichkeitsstörungen: psychodynamisch-integrative Therapie*. Stuttgart: Schattauer.

Woltman, H., Feldstain, A., MacKay, J. C., & Rocchi, M. (2012). An Introduction to Hierarchical Linear Modeling. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 8(1), 52–69.

World Health Organization (2006). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health*. Geneva: WHO.

World Health Organization (1999). *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*. Geneva: WHO.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kombiniertes Modell der sexuellen Reaktion nach Masters und Johnson (1966) und Kaplan (1977).....	12
Abbildung 2: Ein- und Ausschluss der Versuchspersonen	26
Abbildung 3: Beispiele zu den Antwortmöglichkeiten der iPod-Befragung	27
Abbildung 4: Verteilungen der CTQ-Subskalen innerhalb der Gruppe Trauma	40

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Traumadefinitionen der Klassifikationssysteme DSM-5 und ICD-10.....	3
Tabelle 2: Häufigkeiten der Missbrauchsformen in Abhängigkeit vom Schweregrad (Häuser et al., 2011).....	83
Tabelle 3: Einschlusskriterien.....	84
Tabelle 4: Erhobene Variablen und jeweilige Untersuchungsmethode.....	30
Tabelle 5: Cut-off-Werte für die Klassifizierung der einzelnen Traumatisierungsformen.....	85
Tabelle 6: Items zur Erfassung der zentralen Konstrukte.....	31
Tabelle 7: Demografische Daten der Gesamtstichprobe und der Teilstichproben.....	86
Tabelle 8: Angaben zur Partnerschaft der Gesamtstichprobe sowie der Teilstichproben.....	87
Tabelle 9: Häufigkeiten der Missbrauchsformen.....	41
Tabelle 10: Demografische Daten der Einzelfälle.....	43
Tabelle 11: Deskriptive Statistik zu sexuellem Erleben und Verhalten im Alltag der Gesamtstichprobe.....	44
Tabelle 12: Deskriptive Statistik zu sexuellem Erleben und Verhalten im Alltag der Einzelfälle.....	45
Tabelle 13: Übersicht über die Ergebnisse des t-Tests beim Vergleich der Gruppen Kein-Trauma und Trauma.....	47
Tabelle 14: Übersicht über die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests beim Vergleich von Männern und Frauen der Gruppe Trauma.....	49
Tabelle 15: Übersicht über die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests beim Vergleich von Männern und Frauen der Gruppe Kein-Trauma.....	89
Tabelle 16: Übersicht über die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests beim Vergleich der Männer der Gruppen Trauma und Kein-Trauma.....	89
Tabelle 17: Übersicht über die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests beim Vergleich der Frauen der Gruppen Trauma und Kein-Trauma.....	90
Tabelle 18: Zusammenfassung der Ergebnisse.....	51

Zusammenfassung

Die bisherige Forschung zu den potenziellen Auswirkungen einer Traumatisierung in der Kindheit auf die Sexualität im Erwachsenenalter zeichnet sich vor allem durch inkonsistente Erhebungsmethoden und Ergebnisse aus. Der Hauptfokus liegt darüber hinaus meist auf ausschließlich weiblichen Stichproben und sexuellem Missbrauch in der Kindheit sowie dysfunktionale Ausprägungen der Sexualität. Die vorliegende Studie hat es sich daher zum Ziel gesetzt, in einer gesunden Stichprobe mögliche Veränderungen des partnerschaftlichen sexuellen Verhaltens und Erlebens im Zusammenhang mit verschiedenen Arten einer Traumatisierung sowie potenzielle Geschlechtsunterschiede zu untersuchen.

Hierfür wurden im Rahmen einer ambulanten Assessment-Studie über einen Zeitraum von 14 Tagen Daten direkt im Alltag der Studienteilnehmer*innen erfasst. Die Stichprobe setzte sich aus 60 Proband*innen (30 Männer, 30 Frauen) im Alter zwischen 18 und 35 Jahren zusammen, die seit mindestens einem Jahr in einer heterosexuellen Partnerschaft lebten. Die Erhebung der traumatischen Erfahrungen erfolgte querschnittlich vor Beginn des Erhebungszeitraums. Mithilfe eines iPods wurden während der zweiwöchigen Erhebungsphase Variablen des sexuellen Erlebens (Erregung, Verlangen, Gedanken, Fantasien) und Geschlechtsverkehr erfasst.

Die gefundenen Ergebnisse zeigten, dass sich traumatisierte und nicht traumatisierte Versuchspersonen in Bezug auf sexuelles Erleben und Verhalten nicht unterschieden. Bezüglich eines erwarteten Geschlechtsunterschieds innerhalb der Subgruppe der traumatisierten Personen ergab sich, dass die männlichen Versuchsteilnehmer im Vergleich zu den weiblichen Versuchsteilnehmerinnen signifikant höhere Werte im Bereich des sexuellen Erlebens aufwiesen. Für die sexuelle Aktivität zeigte sich diesbezüglich dahingegen kein signifikanter Unterschied.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie können richtungsweisend für zukünftige Forschung dienen und geben wichtige Implikationen bezüglich der geeigneten therapeutischen Behandlung, die sowohl traumaspezifische, als auch sexualtherapeutische Maßnahmen integriert.

Schlüsselwörter: Kindheitstrauma, sexuelles Erleben, sexuelles Verhalten, Geschlechtsvergleich, ambulantes Assessment

Abstract

Previous research about the potential impact of childhood trauma on adult sexuality is characterized both by inconsistent survey methods and outcomes. In addition, it focuses mostly on exclusively female samples and sexual abuse in childhood, as well as sexual dysfunctions. The aim of the present study is therefore to investigate possible changes in sexual behavior and experiencing related to different types of trauma, as well as potential gender differences in a healthy sample.

Within the framework of an ambulatory assessment study over a period of 14 days, data were recorded directly in the daily routine of the study participants. The sample consisted of 60 subjects (30 men, 30 women) between the ages of 18 and 35, who had been living in a heterosexual relationship for at least one year. Traumatic experiences were collected in a cross-sectional assessment before the start of the survey period. Using an iPod, variables of sexual experiencing (arousal, desire, thoughts, fantasies) and sexual intercourse were recorded during the two-week survey phase.

The results showed that traumatized and non-traumatized subjects did not differ in terms of sexual experiencing and behavior. Regarding an expected gender difference within the subgroup of traumatized persons, it was found that the male participants had significantly higher values of sexual experiencing compared to female participants. There was no significant gender difference in terms of sexual activity.

The results of the present study may be indicative of future research and give important implications for the appropriate therapeutic treatment that integrates both trauma-specific and sexualtherapeutic measures.

Keywords: Childhood trauma, sexual experiencing, sexual behavior, gender differences, ecological momentary assessment

Anhang

Anhang A: Theoretischer Hintergrund

Tabelle 2: Häufigkeiten der Missbrauchsformen in Abhängigkeit vom Schweregrad (Häuser et al., 2011)

CTQ Subskala	Emotionaler Missbrauch	Körperl. Missbrauch	Sexueller Missbrauch	Emotionale Vern.	Körperl. Vern.
Schweregrad					
Häufigkeit (%)					
Kein bis minimal	2123 (84,8)	2198 (87,8)	2186 (87,3)	1259 (50,3)	1288 (51,4)
Gering bis mäßig	259 (10,3)	162 (6,5)	158 (6,3)	888 (35,5)	491 (19,6)
Mäßig bis schwer	75 (3,0)	70 (2,8)	109 (4,3)	184 (7,3)	450 (18,0)
Schwer bis extrem	40 (1,6)	69 (2,7)	47 (1,9)	164 (6,5)	269 (10,8)
Anmerkungen: Körperl.: körperlich; Vern.: Vernachlässigung					
N = 2504					

Anhang B: Methoden

Tabelle 3: *Einschlusskriterien*

Einschlusskriterien	
Allgemein	<ul style="list-style-type: none">• Alter 18-35 Jahre• In einer heterosexuellen Partnerschaft (mind. 1 Jahr)• Keine Fernbeziehung• Anwesenheit des Partners/der Partnerin gegeben (≤ 2 Nächte abwesend)• BMI: 18-30• Fließend Deutsch sprechend• Keine Kinder
Nur Frauen	<ul style="list-style-type: none">• Keine Schwangerschaft/Stillzeit• Regelmäßiger Zyklus
Krankheiten und Medikamente	<ul style="list-style-type: none">• Keine Medikamenteneinnahme mit Einfluss auf Sexualität, Hormone, Zyklus (Ausnahme Empfängnisverhütung)• Keine Psychopharmakaeinnahme (>14 Tage)• Keine chronischen somatischen Erkrankungen• Keine Einnahme von Drogen im vergangenen Jahr oder Cannabis (>14 Tage)• Keine Einnahme von Medikamenten mit Einfluss auf Sexualität oder Hormone
Psychische Störungen	<ul style="list-style-type: none">• Keine akute depressive Episode• Kein Alkoholmissbrauch• Kein Missbrauch und Abhängigkeit von Substanzen• Essstörungen: mindestens 5 Jahre remittiert• Keine psychotischen Störungen• Keine Borderline-Persönlichkeitsstörung• Keine sexuelle Funktionsstörung• Keine anderen psychischen Erkrankungen

Tabelle 5: Cut-off-Werte für die Klassifizierung der einzelnen Traumatisierungsformen

Skala	Emotionaler Missbrauch	Körperl. Missbrauch	Sexueller Missbrauch	Emotionale Vern.	Körperl. Vern.
Keine (oder minimal)	5-8	5-7	5	5-9	5-7
Wenig (bis moderat)	9-12	8-9	6-7	10-14	8-9
Moderat (bis schwer)	13-15	10-12	8-12	15-17	10-12
Schwer (bis extrem)	≥ 16	≥ 13	≥ 13	≥ 18	≥ 13

Anmerkungen: Körperl.: Körperlich; Vern.: Vernachlässigung

Anhang C: Demografische Angaben

Tabelle 7: Demografische Daten der Gesamtstichprobe und der Teilstichproben

	Gesamt	Nicht-Trauma	Trauma
	N=60	n=30	n=30
	M (SD)	M (SD)	M (SD)
	Range	Range	Range
Alter	23.73 (2.95)	23.7 (2.96)	23.77 (2.98)
	18 – 30	18 – 30	19 – 30
	Häufigkeit (%)	Häufigkeit (%)	Häufigkeit (%)
Geschlecht			
weiblich	30 (50.0)	15 (50.0)	15 (50.0)
männlich	30 (50.0)	15 (50.0)	15 (50.0)
Staatsangehörigkeit			
Deutschland	55 (91.7)	28 (93.3)	27 (90.0)
Kroatien	1 (1.7)	1 (3.3)	-
Spanien	1 (1.7)	-	1 (3.3)
Ukraine	1 (1.7)	-	1 (3.3)
Polen	1 (1.7)	1 (3.3)	-
Österreich	1 (1.7)	-	1 (3.3)
Wohnform			
Allein	4 (6.7)	1 (3.3)	3 (10.0)
Wohngemeinschaft	23 (38.3)	15 (50.0)	8 (26.7)
Mit Partner*in	28 (46.7)	10 (33.3)	18 (60.0)
WG mit Partner*in	1 (1.7)	1 (3.3)	-
Studentenwohnheim	1 (1.7)	-	1 (3.3)
Wohnheim	1 (1.7)	1 (3.3)	-
Eltern	2 (3.3)	2 (6.7)	-

Höchste Schulbildung			
Allgemeine Hochschulreife	57 (95)	30 (100.0)	27 (90.0)
Fachabitur	3 (5)	-	3 (10.0)
Berufsausbildung			
Hochschule	45 (75)	20 (66.7)	25 (83.3)
Lehre	1 (1.7)	1 (3.3)	-
Keine Berufsausbildung	14 (23.3)	9 (30.0)	5 (16.7)
Religion			
Christentum	37 (61.7)	19 (63.3)	18 (60)
Islam	1 (1.7)	-	1 (3.3)
Konfessionslos	21 (35)	11 (36.7)	10 (33.3)
Andere	1 (1.7)	-	1 (3.3)

Tabelle 8: Angaben zur Partnerschaft der Gesamtstichprobe sowie der Teilstichproben

	Gesamt N=60 M (SD) Range	Kein-Trauma n=30 M (SD) Range	Trauma n=30 M (SD) Range
Partnerschaftsdauer (Monate)	2.92 (2.89) 1 - 18	3.33 (3.38) 1 - 18	2.5 (2.16) 1 - 9
Partner*in sehen in (Tag/Monat)	24.4 (5.7) 9 - 30	22.8 (6.1) 9-30	24.4 (5.7) 9-30
Partner*in übernachten (Tag/Monat)	22.4 (7.4) 5 - 30	21.1 (7.5) 9-30	22.4 (7.4) 5-30
Alter 1. Geschlechtsverkehr	17.1 (2.3) 13 – 23	16.9 (2.4) 13-23	17.2 (2.2) 13-22

	Häufigkeit (%)	Häufigkeit (%)	Häufigkeit (%)
Art der Partnerschaft			
Unverheiratet	35 (58.3)	18 (60.0)	17 (56.7)
Unverheiratet, Heiratspläne	23 (38.3)	11 (36.7)	12 (40.0)
Verheiratet	2 (3.3)	1 (3.3)	1 (3.3)
Glücklichkeit in Beziehung			
Sehr glücklich	26 (43)	15 (50.0)	11 (36.7)
Glücklich	26 (43)	13 (43.3)	13 (43.3)
Eher glücklich	5 (8)	1 (3.3)	4 (13.3)
Eher unglücklich	3 (5)	1 (3.3)	2 (6.7)
Sehr unglücklich	-	-	-
Zufriedenheit mit Sexualleben			
Sehr zufrieden	16 (26.7)	12 (40.0)	4 (13.3)
Zufrieden	35 (58.3)	15 (50.0)	20 (66.7)
Weder zufrieden noch unzufrieden	7 (11.7)	3 (10.0)	4 (13.3)
Unzufrieden	2 (3.3)	-	2 (6.7)
Wichtigkeit von Sexualität			
Sehr wichtig	28 (46.7)	13 (43.3)	15 (50.0)
Wichtig	29 (48.3)	15 (50.0)	14 (46.7)
Neutral	3 (5)	2 (6.7)	1 (3.3)

Anhang D: Ergebnisse

Tabelle 15: Übersicht über die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests beim Vergleich von Männern und Frauen der Gruppe Kein-Trauma

	Mdn		U	z	p	r
	Männer	Frauen				
Sexuelles Verhalten						
Partnerschaftlicher Geschlechtsverkehr	3.00	5.00	59.00	2.27	.011*	.41
Sexuelles Erleben						
Intensität sexuelle(r)						
Erregung	1.36	1.11	107.00	0.23	.42	.04
Verlangen	1.44	1.57	100.00	0.52	.31	.09
Gedanken	1.39	1.60	106.50	0.25	.41	.05
Fantasien	1.38	1.59	103.00	0.39	.35	.07

Anmerkungen: Mdn = Median; U = Teststatistik; z = z-Wert; p = p - Wert; r = Effektstärke

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

Tabelle 16: Übersicht über die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests beim Vergleich der Männer der Gruppen Trauma und Kein-Trauma

	Mdn		U	z	p	r
	Trauma	Kein-Trauma				
Sexuelles Verhalten						
Partnerschaftlicher Geschlechtsverkehr	6	3	78.50	1.43	.15	.26
Sexuelles Erleben						
Intensität sexuelle(r)						
Erregung	1.76	1.36	92.50	0.83	.41	.15
Verlangen	1.89	1.44	88.50	0.99	.32	.18

Gedanken	1.80	1.39	95.00	0.73	.47	.13
Fantasien	1.89	1.38	91.00	0.89	.37	.16

Anmerkungen: Mdn = Median; U = Teststatistik; z = z-Wert; p = p-Wert ; r = Effektstärke

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

Tabelle 17: Übersicht über die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests beim Vergleich der Frauen der Gruppen Trauma und Kein-Trauma

	Mdn		U	z	p	r
	Trauma	Kein-Trauma				
Sexuelles Verhalten						
Partnerschaftlicher Geschlechtsverkehr	6.00	5.00	110.50	0.08	.93	.02
Sexuelles Erleben						
Intensität sexuelle(r)						
Erregung	1.00	1.11	78.00	0.90	.37	.16
Verlangen	1.21	1.57	61.50	1.66	.09	.30
Gedanken	1.07	1.60	55.50	2.37	.018*	.43
Fantasien	1.13	1.59	56.50	1.64	.10	.29

Anmerkungen: Mdn = Median; U = Teststatistik; z = z-Wert; p = p- Wert; r = Effektstärke

*p < .05, **p < .01, ***p < .001